

# Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk

René Bijkerk

## Inleiding

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een functionele aandoening met een afwijkend ontlastingspatroon of met kenmerken van een verstoorde stoelgang.<sup>1</sup> PDS-patiënten consulteren de huisarts veelvuldig, zowel voor PDS als voor andere problemen. Hoewel veel pathofysiologische verklaringen voor PDS zijn aangedragen, is de etiologie nog steeds onbekend. Het lijkt erop dat dezelfde mechanismen verantwoordelijk zijn voor buikpijn en een afwijkend ontlastingspatroon bij mensen met en zonder PDS. PDS kan het beste worden verklaard met het bio-psychosociale model.<sup>2-5</sup> De behandeling van PDS dient te zijn gebaseerd op de aard en ernst van de symptomen, de mate van psychologische ontregeling en de eventuele functionele beperkingen.

## Diagnostiek: symptomen en het patiëntenprofiel

Zoals bij veel functionele aandoeningen zal de huisarts bij het diagnosticeren van PDS balanceren tussen een symptoomdiag-

## Samenvatting

In deze beschouwing worden aanbevelingen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van PDS-patiënten. Huisartsen kunnen PDS-patiënten op basis van de symptomen met zekerheid identificeren. Bij alarmsymptomen is aanvullend onderzoek geïndiceerd. De diagnose PDS wordt in de huisartsenpraktijk tevens bepaald door het 'patiëntenprofiel'. De karakteristieken daarvan zijn: een frequent consultatiepatroon, een verhoogde prevalentie van somatische en psychiatrische comorbiditeit en een voorgeschiedenis met lichamelijk onverklaarde klachten. De huisarts zou de behandeling moeten starten met het onderzoeken van de perceptie en verwachtingen van de patiënt. De volgende stap is het geven van uitleg en geruststelling, waarbij de goedaardige achtergrond van het syndroom wordt uitgelegd. Leefstijl aanpassing is onderdeel van de behandeling. PDS-patiënten met functionele of psychiatrische comorbiditeit hebben mogelijk baat bij psychologische interventies of medicamenteuze behandeling.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. C.J. Bijkerk, huisarts-onderzoeker.

Correspondentie: c.j.bijkerk-2@umcutrecht.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift 'Irritable bowel syndrome in primary care' van C.J. Bijkerk. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2008.

nose en het uitsluiten van andere gastro-intestinale aandoeningen. De huisarts is de eerst aanwezige specialist die met deze uitdaging wordt geconfronteerd en ook degene die de toon zet. Diverse factoren beïnvloeden deze balans: de kans op organische ziekte, de aanwezigheid van alarmsymptomen, de noodzaak om somatisatie te voorkomen, de aanwezigheid van comorbiditeit en psychosociale factoren, en de behoefte van dokter of patiënt aan diagnostische zekerheid.

Huisartsen en patiënten beschouwen beiden buikpijn en een opgeblazen gevoel als dominante symptomen van PDS.<sup>6</sup> Huisartsen hanteren andere criteria dan specialisten in de tweede lijn, die uitgaan van de strikte, op consensus gebaseerde criteria.<sup>7,8</sup> In ons onderzoek voldeed slechts eenderde van de door de huisarts gediagnosticeerde patiënten aan de strikte Rome-definitie van meer dan drie maanden buikpijn in het voorgaande jaar.<sup>6,9</sup> Huisartsen zijn duidelijk in staat PDS-patiënten met zekerheid te identificeren, maar hoe stellen ze de diagnose in de dagelijkse praktijk?

Algemene symptomen, zoals buikpijn of een opgeblazen gevoel, leiden tot de diagnose. Aanvullende symptomen, zoals obstipatie, diarree, winderigheid of dyspepsie, kunnen de diagnose ondersteunen. De dominante PDS-symptomen kunnen per cultuur verschillen.<sup>10</sup> Het gegeven dat huisartsen geen strikte tijdslijn gebruiken, is blijkbaar een van de belangrijkste verschillen met het diagnostische proces zoals dat is gesuggereerd door de Rome-groep. Waar de Rome-criteria de aanwezigheid van de symptomen gedurende minstens een jaar noodzakelijk achten, diagnosticeren huisartsen PDS bij patiënten met een veel kortere ziektegeschiedenis. Recentelijk verschenen richtlijnen gaan uit van een in de huisartsenpraktijk toepasbare definitie van PDS inclusief buikpijn of ongemak, opgeblazen gevoel en verandering in het ontlastingspatroon gedurende minimaal vier weken.<sup>10</sup> De diagnose in de huisartsenpraktijk wordt ook bepaald door het 'patiëntenprofiel'. Vrouwen hebben vaker PDS en er zijn familiepatronen van PDS door de generaties heen te herkennen. Enkele karakteristieken ondersteunen dit 'PDS-profiel': een frequent consultatiepatroon, een recent ingrijpend *life event*, verhoogde prevalentie van somatische en psychiatrische comorbiditeit, en een voorgeschiedenis met lichamelijk onverklaarde klachten. Een van de essentiële verschillen tussen het diagnostisch proces in de eerste en tweede lijn is dat huisartsen – dankzij de langdurige relatie met de patiënt – op de hoogte zijn van de karakteristieken van dit patiëntenprofiel.

De helft van de PDS-patiënten die de huisarts consulteren, bezochten het spreekuur meer dan eens in het voorgaande jaar.<sup>9</sup>

Vermindering van ziektespecifieke kwaliteit van leven en psychiatrische comorbiditeit of psychologische ontregeling zijn geassocieerd met consultatiegedrag. Maar deze aspecten speelden geen rol meer na correctie voor factoren die gerelateerd zijn aan de te onderzoeken risicofactoren en aan de uitkomst (confounding). Hoewel er aanwijzingen zijn dat psychiatrische comorbiditeit geassocieerd is met een toegenomen consultatiefrequentie bij patiënten met PDS, konden wij dit in ons onderzoek niet bevestigen.<sup>11-14</sup> Van der Horst et al. toonden aan dat huisartspatiënten met PDS hun buikklachten vaker toeschreven aan factoren als stress en eetgewoonten, terwijl verwezen patiënten hun klachten relateerden aan een organische verklaring.<sup>15</sup> Dit kan betekenen dat ervaren stress bijdraagt aan angst, depressie en somatisatie bij PDS-patiënten. Somatisatie bleek niet voorspellend voor het aantal consulten, maar huisartsen kunnen somatisatie mogelijk wel beïnvloeden door het inzetten van doelmatige diagnostiek en beleid en door aandacht te besteden aan het omgaan met de vaak langdurige klachten.<sup>16-18</sup>

PDS is geassocieerd met veel comorbiditeit. In ons onderzoek in de huisartsenpraktijk bleek de kans op een comorbide functionele aandoening het meest vergroot bij PDS-patiënten vergeleken met gematchte controlegroepen.<sup>9</sup> Somatische aandoeningen kwamen vaak voor bij patiënten met een korte historie van PDS (minder dan twee jaar), met een zesvoudige piek in het jaar dat de diagnose werd gesteld. De prevalentie van functionele, psychiatrische en psychosociale problemen verdubbelde in het jaar van de PDS-diagnose en bleef op dat niveau in de jaren daarna.<sup>9</sup> De hoge prevalentie van functionele comorbiditeit bij PDS-patiënten duidt mogelijk op een somatisatiestoornis die zich als verschillende functionele syndromen presenteert. Whitehead suggereerde dat een hoge prevalentie van comorbiditeit patiënten met dominante psychologische genese onderscheidt van patiënten met een oorspronkelijke somatische verklaring.<sup>19</sup> Onze resultaten bevestigen een toegenomen prevalentie van comorbiditeit ten tijde van de diagnose, maar gedurende de follow-up bleef alleen de prevalentie van psychologische comorbiditeit verhoogd.

### De rol van aanvullend onderzoek

In de huidige richtlijnen is aanvullend onderzoek alleen aanbevolen in geval van alarmsymptomen (gewichtsvlies, rectaal bloedverlies, nachtelijke buikpijn of anemie), een gebrekkige therapeutische respons en aanhoudende diarree.<sup>20</sup> De meeste huisartsen vinden dat PDS een positieve diagnose zou moeten zijn en zij vragen alleen bij alarmsymptomen aanvullend onderzoek aan. Daarentegen wil de helft van de patiënten aanvullend onderzoek of verwijzing naar de specialist.<sup>6</sup> Dit verschil tussen de verwachting van de patiënt en de aanpak van de huisarts kan een optimale behandeling in de weg staan. In de dagelijkse huisartsenpraktijk wordt bij 15% van de PDS-patiënten aanvullend onderzoek verricht: 5% op de praktijk en 10% met een endoscopie.<sup>21</sup> Uit onderzoeken is gebleken dat een intensieve diagnostiek bij verwezen patiënten van beperkte waarde is voor het aantonen van een organische verklaring. Laboratoriumonderzoek toonde schildklierstoornissen

### De kern

- ▶ Zowel huisartsen als patiënten beschouwen buikpijn en een opgeblazen gevoel als de belangrijkste symptomen van PDS.
- ▶ De ernst van de klachten - en niet de impact op de kwaliteit van leven of de ervaren stress - bepaalt of de patiënt met PDS de huisarts frequent consulteert.
- ▶ PDS is geassocieerd met een hoge prevalentie van comorbiditeit. De prevalentie van somatische comorbiditeit neemt af na de diagnose, terwijl de prevalentie van functionele en psychiatrische comorbiditeit hoog blijven.

aan in 6% van de gevallen, terwijl routine-endoscopie in slechts 2% van de gevallen afwijkingen aantoonde.<sup>22</sup> PDS is een chronische aandoening, waarbij 88% van de patiënten na 8 jaar follow-up nog steeds symptomen vertoont.<sup>23</sup> Bij slechts een klein aantal van de in de huisartsenpraktijk gediagnosticeerde patiënten wordt een organische verklaring gevonden. Tot nu toe zijn routineonderzoeken naar colorectaal carcinoom, coeliakie of andere mogelijke organische diagnoses niet kosteneffectief gebleken.<sup>8</sup> Deze observaties ondersteunen de aanbeveling om aanvullend onderzoek te beperken en de diagnostiek in eerste instantie te baseren op PDS-symptomen en aanvullende patiëntkenmerken. Alleen bij patiënten met diarree is er mogelijk noodzaak voor aanvullend onderzoek om PDS van *inflammatory bowel disorder* te onderscheiden. Tot op heden wordt dit voornamelijk gedaan door endoscopie, maar in de nabije toekomst kunnen tests op fecale biomarkers, zoals calprotetine en lactoferrine, worden gebruikt om patiënten te selecteren voor endoscopie.<sup>24</sup>

### Behandeling van PDS: welke weg te gaan?

De meerderheid (90%) van de patiënten met PDS wordt behandeld in de huisartsenpraktijk en gegeven het lage aantal verwijzingen lijkt dit ook de voorkeur te hebben.<sup>25</sup> Succesvolle behandeling hangt vooral af van een zekere diagnose en een open en sterke dokter-patiëntrelatie.

De behandeling begint met het onderzoeken van de perceptie en verwachtingen van de patiënt. Het geven van voorlichting en geruststelling is de volgende stap, met uitleg over de pathofysiologie en de symptomen van PDS, alsmede de prognose en de goedaardige achtergrond van het syndroom. Ten slotte komen de therapeutische mogelijkheden aan de orde, waarbij aandacht wordt besteed aan de beperkte resultaten van de huidige medicamenteuze behandeling en de noodzaak voor leefstijlaanpassing. Onderdeel daarvan is een dieetadvies, met nadruk op de toevoeging van vezels aan de voeding. In de helft van de gevallen start de behandeling van PDS in de huisartsenpraktijk met farmacotherapie.<sup>6</sup> De meerderheid van de patiënten (67%) gebruikt volumevergroterende laxantia, bijvoorbeeld de oplosbare vezel psyllium.<sup>26</sup> Oplosbare vezel biedt voordelen voor patiënten met PDS, terwijl onoplosbare vezel (tarwezemelen) terughoudend moet worden geadviseerd.

## Psychologische interventies: de ultieme remedie?

Het omgaan met buikklachten is voor de meeste PDS-patiënten een groot probleem. Door verscheidende factoren mislukken copingstrategieën: ingrijpende *life events*, aanvullende somatische klachten, catastrofale gedachten ('tekenen van pijn verpesten mijn dag'), overmatige zorgen, refractaire symptomen en een overmatige beperking van het dagelijkse functioneren.

Het rationaliseren van de ziekteperceptie, het inzetten van copingstrategieën en het verminderen van stress en zorgen zijn effectieve methoden om de impact van PDS op het dagelijks leven te verminderen.<sup>27</sup> Cognitief gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke psychotherapie, hypnose en ontspanningsoefeningen kunnen mogelijk de symptomen verlichten en de kwaliteit van leven verbeteren.<sup>28,29</sup> 'Mogelijk', omdat de methodologie van de meeste onderzoeken suboptimaal is en de duurzaamheid van de effecten onbekend.<sup>30</sup>

De keuze voor een psychologische behandeling is voor iedere patiënt afhankelijk van zijn achtergrond en voorkeur, de beschikbaarheid en de kosten. Op dit moment is de beschikbaarheid van methoden en van geschoolde therapeuten beperkt. Psychologi-

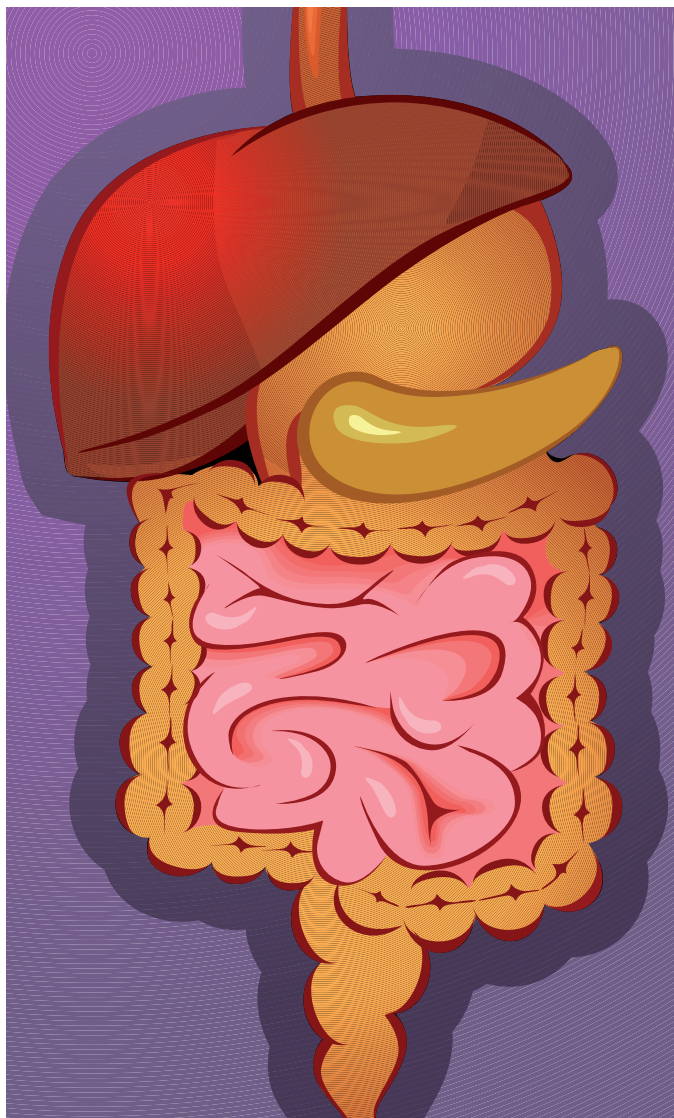


Foto: Shutterstock/tillyoksign

## Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional disorder in which abdominal pain or discomfort is associated with a change in bowel habit. IBS is a common disorder in primary care and patients have a high consultation frequency, as well for IBS as for other disorders. In this article we provide recommendations for the management of patients with IBS in primary care. GPs are able to identify IBS patients with confidence; additional investigations for diagnosing IBS are only recommended in case of alarm symptoms. In addition to symptoms the primary care diagnosis of IBS is guided by the 'patient's profile'. Characteristics that support this 'IBS profile' include high consultation patterns, increased prevalence of psychiatric and somatic comorbidity and a history of medically unexplained physical symptoms in the past. In clinical practice GPs' management of IBS starts with exploring the patients perception and expectations. Counseling and reassurance is the next step, explaining pathophysiology and symptom generation of IBS, and the prognosis and benign background of the syndrome. The need for lifestyle adaptation is part of the therapy. In IBS patients with functional or psychiatric comorbidity psychological treatment or psychotropic drugs could be considered.

sche interventies door verpleegkundigen/praktijkondersteuners, zoals *problem solving treatment* en CGT, kunnen bijdragen aan een bredere implementatie in de huisartsenpraktijk.

## Samenvattend: een optimale benadering van PDS

PDS kan adequaat worden gediagnosticeerd in de huisartsenpraktijk, voornamelijk op basis van alleen de symptomen en het patiëntenprofiel. Aanvullend diagnostisch onderzoek om organische buikaandoeningen uit te sluiten, bijvoorbeeld endoscopie, is slechts nodig bij patiënten met alarmerende of aanhoudende symptomen. Voorlichting is van belang om zeker te stellen dat de ziekteperceptie van de patiënt rationeel is en overeenkomt met die van de huisarts.

## Literatuur

- 1 Cayley WE. Irritable bowel syndrome. *BMJ* 2005;330:632.
- 2 Ohman L, Simren M. New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Dig Liver Dis* 2007;39:201-15.
- 3 Aziz Q, Thompson DG. Brain-gut axis in health and disease. *Gastroenterology* 1998;114:559-78.
- 4 Wilhelmsen I. Brain-gut axis as an example of the bio-psycho-social model. *Gut* 2000;47 Suppl 4:iv5-7.
- 5 Kamm MA. The role of psychosocial factors in functional gut disease. *Eur J Surg Suppl* 1998;37-40.
- 6 Bijkerk CJ, De Wit NJ, Stalman WA, Knottnerus JA, Hoes AW, Muris JW. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol* 2003;17:363-8.
- 7 Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-7.
- 8 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Meirrin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.

- 9 Bijkerk CJ. Irritable bowel syndrome in primary care. Utrecht: University Medical Center Utrecht, 2008.
- 10 Rubin G, De Wit NJ, Meineche-Schmidt V, Seifert B, Hall N, Hungin P. The diagnosis of IBS in primary care: consensus development using nominal group technique. *Fam Pract* 2006;23:687-92.
- 11 Koloski NA, Talley NJ, Huskic SS, Boyce PM. Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:841-51.
- 12 Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988;95:701-8.
- 13 Williams RE, Black CL, Kim HY, Andrews EB, Mangel AW, Buda JJ, et al. Determinants of healthcare-seeking behaviour among subjects with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:1667-75.
- 14 Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebaek C, Farup PG. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:1195-203.
- 15 Van der Horst HE, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Van Eijk JT, Fennis JF, Bleijenberg G. Do patients with irritable bowel syndrome in primary care really differ from outpatients with irritable bowel syndrome? *Gut* 1997;41:669-74.
- 16 Koloski NA, Talley NJ, Huskic SS, Boyce PM. Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:841-51.
- 17 Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2290-9.
- 18 Locke GR, Weaver AL, Melton LJ, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004;99:350-7.
- 19 Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
- 20 Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47 Suppl 2:ii1-19.
- 21 De Wit NJ, Van der Wind D, Schellevis FG, Van der Horst HE. Epidemiology and clinical management of irritable bowel syndrome in primary care; one year results from a nationwide database. *Gut Suppl* III 56, A40, 2007. Ref Type: Abstract.
- 22 Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP, Northcutt AR, Heath AT, Kapke GF, et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1279-82.
- 23 Thompson WG. The treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1395-406.
- 24 Costa F, Mumolo MG, Bellini M, Romano MR, Ceccarelli L, Arpe P, et al. Role of faecal calprotectin as non-invasive marker of intestinal inflammation. *Dig Liver Dis* 2003;35:642-7.
- 25 Oberndorff-Klein Woolthuis AH, Brummer RJ, De Wit NJ, Muris JW, Stockbrugger RW. Irritable bowel syndrome in general practice: an overview. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2004;241:17-22.
- 26 Cardol M, Van Dijk L, De Jong JD, De Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 27 Van der Horst HE, Schellevis FG, Van Eijk JT, Bleijenberg G. Managing patients with irritable bowel syndrome in general practice. How to promote and reinforce self-care activities. *Patient Educ Couns* 1998;35:149-56.
- 28 Kennedy T, Jones R, Darnley S, Seed P, Wessely S, Chalder T. Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2005;331:435.
- 29 Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet* 1984;2:1232-4.
- 30 Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-31.

## Intermezzo

# Te dik

Misschien bent u dikker geworden dezer dagen. Hebt u plannen om af te vallen? Niet doen, want een beetje te dik is voor de rijpere man of vrouw erg gezond. U leeft langer. Uw sterftekans ligt 40% onder het gemiddelde. Men zei altijd dat een BMI (Body Mass Index, kg/m<sup>2</sup>) van 20 tot 25 het best is, daarboven zou ongezond zijn. Dit klopt dus niet volgens het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Tot een BMI van 30 bent u beter af. In mijn geval is dat 100 kg, omdat ik 1,80 m ben. Volgens een ander onderzoek kan ik zonder risico 115 kg wegen. De mageren (BMI < 20) hebben gemiddeld een hogere sterfte. Er zijn meer voordelen van een leuk buikje en te dikke billen. Maatje 46 geeft bij ouderen minder kans op heupbreuken bij vallen. Hun botten zijn sterker, zij heb-

ben minder botontkalking en zij vallen op een verend vetkussen. Natuurlijk geldt dit niet bij suikerziekte. Dan moet u wel afvallen. Corpulentie is ook niet prettig bij versleten knieën. En we spreken niet over jongeren. Jongeren moeten strak in hun vel zitten. Maar voor de rest is enig overgewicht gunstig. Overdrijf niet. Kweek een buik of forse heupen tot een BMI van 30. Beweeg met mate, een keer per week wellicht. En wees niet te fanatiek, vermijd blessures. Gauw gaan zitten, goed eten, met een glaasje erbij. Als ik de statistieken over sterftedaling goed begrijp, wordt u er 100 mee.

Nico van Duijn