

# Prikkelbaredarmsyndroom: van richtlijn tot maatwerk?

Leopold G. Engels

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4584

Elders in dit tijdschrift staat een overzicht van de belangrijkste en nieuwe aanbevelingen van een nieuwe richtlijn voor de aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom (PDS).<sup>1</sup> Deze is opgesteld door een werkgroep bestaande uit leden van diverse medische en niet-medische beroepsgroepen, waarmee de multifactoriële achtergrond van PDS wordt onderstreept. Het is nuttig deze nieuwe ontwikkelingen rond de meest frequent voorkomende gastro-intestinale aandoening tegen het licht te houden. Dit kan artsen helpen deze heterogene patiëntengroep beter te leren definiëren en te behandelen. De vraag is of de auteurs hierin geslaagd zijn met het huidige voorstel. Het antwoord is: ja, maar. Sommige punten kunnen met exactere data worden onderbouwd. Bovendien is een aanvullende diagnostische test te overwegen bij het stellen van de diagnose.

Ten aanzien van de diagnostiek is het zinvol de lezer een indruk te geven van de waarde van de Rome III-criteria, waar de auteurs naar verwijzen. Deze hebben namelijk een sensitiviteit van 71% en een specificiteit van 88%,<sup>2</sup> waaruit blijkt dat ook in Rome niet alles perfect is. De huisarts kan dus zijn of haar werkwijze handhaven. Dit betekent dat hij patiënten met chronische buikklachten en defecatiestoornissen maar zonder alarmsymptomen beschouwt als PDS-patiënt.

## PDS-INDELING IN SUBTYPEN IS NUTTIG

De indeling van PDS in verschillende subtypen, PDS-C (vooral obstipatie), PDS-D (vooral diarree) en PDS-M ('mixed type') is vooral om differentiaaldiagnostische redenen zinvol. De werkgroep stelt terecht dat coeliakie dient te worden uitgesloten bij de patiënten met PDS-D en PDS-M, niet alleen om budgettaire redenen maar ook om puur klinische. De sterke verbetering van de algehele gezondheidstoestand van coeliakiepatiënten alleen door een glutenvrij dieet vind ik iedere keer weer een opzienbarende gebeurtenis. Een zo vroeg mogelijk gestelde diagnose 'coeliakie' is dus gewenst en uit de bonte PDS-

populatie (mits PDS-D en PDS-M) kunnen gemakkelijk patiënten geselecteerd worden voor screening. Met het door de werkgroep voorgestelde 'coeliakiepad' belandt de huisarts echter in drijfzand. Men adviseert 1 serologische test en eventueel een 2e, maar wat te doen als beide testen positief zijn? Praktischer lijkt het 1 serologische test af te nemen en bij positief resultaat te verwijzen naar een mdl-arts of zelf een gastroscopie met duodenumbiopsen aan te vragen om de diagnose rond te krijgen.<sup>3</sup>

Dat niet wordt geadviseerd ook naar lactose-intolerantie te kijken bij dezelfde PDS-groepen (subtypen D en M) vind ik een gemiste kans. Deze aandoening komt frequent voor: bij 8-15% van de autochtone en bij meer dan 50% van de allochtone bevolking in Nederland.<sup>4</sup> Lactose-intolerantie kan eenvoudig met een H<sub>2</sub>-ademtest worden vastgesteld en bovendien is een lactosevrij of lactosebeperkt dieet smakelijker en minder streng dan een glutenvrij dieet. Ik zou het aantal met 'PDS' gediagnosticeerde patiënten die uiteindelijk lactose-intolerant bleken te zijn en geweldig verbeterden na lactosebeperking in mijn praktijk niet graag de kost willen geven.

## THERAPEUTISCHE OVERWEGINGEN

De werkgroep geeft een opsomming van mogelijke therapeutische interventies vanuit diverse disciplines, zonder hierbij een bepaalde voorkeur aan te geven. Aangezien er geen panacee voor PDS is, vind ik dit terecht. Uit het palet aan opties dient de huisarts een keuze te maken die is toegesneden op het subtype PDS-patiënt en op zijn of haar psychosociale achtergrond, waarmee het echte maatwerk begint. Toch zijn uitleg en voorlichting over PDS de hoeksteen van de behandeling, waarbij ook informatie over de prognose nuttig is. Hiervoor kan teruggerepen worden naar een al wat oudere studie waarbij gekeken werd naar de stand van zaken 5 jaar na het stellen van de diagnose 'PDS'.<sup>5</sup> Ongeveer 70% van de patiënten bleek duidelijk minder en soms zelfs geen klachten meer te hebben; bij de overige patiënten veranderden de klachten niet.

## CONCLUSIE

Met de PDS-richtlijn heeft de werkgroep een doorwrocht werkstuk het licht doen zien. Met name het advies om te proberen binnen deze heterogene patiëntenpopulatie een klinische indeling op basis van subtypen te maken snijdt

Orbis Medisch Centrum, afd. Maag-,  
Darm-, Leverziekten, Sittard-Geleen.

Dr. L.G. Engels, mdl-arts  
(l.engels@orbisconcern.nl).

hout. Bij de subtypen D en M dient coeliakie – en naar mijn mening ook lactose-intolerantie – te worden uitgesloten. Bij de behandeling staat voorlichting over de aandoening in de breedste zin des woords bovenaan.

Aanvaard op 10 maart 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4783

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

---

## LITERATUUR

- 1 Woutersen-Koch H, Smout AJPM, Flik CE, Hulshof CTJ, Wit NJ de, Horst HE van der. Multidisciplinaire richtlijn prikkelbaredarmsyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4584.
- 2 Videlock EJ, Chang L. Irritable bowel syndrome: current approach to symptoms, evaluation and treatment. Gastroenterol Clin N Am. 2007;36:665-85.
- 3 Green PHR, Cellier C. Celiac disease. N Engl J Med. 2007;357:1731-43.
- 4 Bohmer CJ, Tuynman HA. The clinical relevance of lactose malabsorption in the irritable bowel syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1996;8:1013-6.
- 5 Harvey FR, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable-bowel syndrome: a 5 year prospective study. Lancet. 1987;1:963-6.