

Zakkaartje Prikkelbare Darmsyndroom (PDS)

1. Wat is PDS? • Terugkerende buikpijn of ongemak in de buik, samen met een verandering of wisseling in het ontlastingspatroon (frequentie en/of vorm) • 3 vormen: PDS-C (vooral obstipatie), PDS-D (vooral diarree), PDS-M (mengvorm) • Vaak ook: winderigheid, slijm bij de ontlasting, opgeblazen gevoel, misselijkheid • Prevalentie 13 per 1000 patiënten; vaker bij vrouwen; meestal 19-65 jaar • Chronisch beloop, maar geeft géén verhoogd risico op ernstige darmziekte	2. Anamnese • Kernsymptomen: buikpijn/ongemak + wisselend ontlastingspatroon • Relatie met voeding: welke producten lijken klachten te geven of worden vermeden? • Recente stressvolle periode, eerdere heftige darminfectie, PDS in de familie? • Somatische of psychiatrische comorbiditeit (met name angst, depressie)? • Invloed op werk, slapen en sociaal leven — gebruik zo nodig SCEGS als houvast • Vraag naar frequentie en mate van lichaamsbeweging	3. Lichamelijk onderzoek • Altijd bij eerste presentatie: inspecteer, ausculteer en palpeer de buik • Op indicatie: rectaal en/of vaginaal toucher • Let op perianale afwijkingen (fistel, abces) en abnormale weerstand in abdomen, rectum of bekken • Doel: een onderliggende somatische aandoening meer of minder waarschijnlijk maken • Bevindingen horen niet bij de diagnostische criteria voor PDS zelf
4. Alarmsymptomen • Rectaal bloedverlies, niet verklaard door hemorrhoiden, fissuren, NSAID's of antistolling • Verandering ontlasting > 2 weken: frequenter ($\geq 3 \times$/dag), nachtelijke diarree, dunne consistentie • Onbedoeld en onverklaard gewichtsverlies ($> 5\%$ in 1 mnd of $> 10\%$ in 6 mnd) • Begin van de klachten op hogere leeftijd (≥ 50 jaar) • 1e graads familielid met IBD, coeliakie of colorectaal-/ovarium-/endometriumcarcinoom < 70 jaar • Cyclusgebonden buikpijn (endometriose)	5. Aanvullend onderzoek • Niet nodig bij PDS-C zonder alarmsymptomen • Calprotectinetest bij PDS-D/M met niet-acute, recidiverende diarree (3-6 mnd): < 50 = onwaarschijnlijk IBD, $50-100$ = overleg mdl-arts, > 100 = verwijs • Coeliakieonderzoek laagdrempelig bij PDS-D/M of 1e graads familielid met coeliakie • Coloscopie en FIT: niet zinvol c.q. afgeraden bij PDS • Fecesonderzoek op protozoa bij diarree > 14 dagen (nog niet chronisch)	6. Diagnose & differentiaal • PDS: op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, mits géén alarmsymptomen • Rectaal bloedverlies → overweeg IBD of maligniteit • Dunne/frequenter ontlasting > 2 wkn → overweeg IBD of coeliakie • Onbedoeld gewichtsverlies → overweeg IBD, coeliakie of maligniteit • Start klachten ≥ 50 jr → overweeg maligniteit; cyclusgebonden pijn → overweeg endometriose
7. Voorlichting & advies • Geef zo vroeg mogelijk uitleg: geen eenduidige oorzaak; klachten door overgevoelige darm en/of te snelle (PDS-D) of te langzame (PDS-C) darmwerking • PDS geeft géén verhoogd risico op ernstige darmziekte • Beloop is wisselend en niet goed te voorspellen • Elke behandeling helpt gemiddeld maar 1 op de 5 patiënten • Verwijs naar thuisarts.nl en de PDS Belangenorganisatie	8. Zelfzorg & niet-medicamenteus • Bespreken van ongerustheid vermindert klachten; ontmoedig vermijdingsgedrag • Richtlijnen Goede Voeding; pas voeding alleen aan bij een duidelijke trigger (caféïne, alcohol, vet, kunstmatige zoetstoffen e.d.) • Laag-FODMAP-dieet alleen onder begeleiding van een diëtist • Psylliumvezels als zelfzorg: veel vocht bij obstipatie, weinig vocht bij diarree • Beweegnorm: $\geq 2,5$ uur matig intensief per week + $\geq 2 \times$ spier-/botversterkend • Overweeg psychologische behandeling (mindfulness, hypnotherapie, relaxatietherapie)	9. Medicamenteus: PDS-C • 1e keus: volumevergroter laxans (psylliumzaad) of macrogol, met ruim vocht • Lactulose heeft niet de voorkeur (gasvorming, opgeblazen gevoel) • Evalueer na 2 weken en probeer het laxans te staken; bij bijwerkingen: magnesiumhydroxide • Linaclotide bij onvoldoende baat van voeding/laxantia: 1 dd 290 microgram, ≥ 30 min vóór de maaltijd • Niet bij zwangerschap; evalueer na ≥ 4 weken, heroverweeg na 12 weken
10. Medicamenteus: PDS-D & pijn • Psylliumzaad ook bij diarree (met weinig vocht innemen) • Loperamide 2 mg: onderhoud 2-12 mg/dag, streef naar de laagst effectieve dosering • Bij buikpijn: paracetamol als 1e keus; NSAID's en opioïden niet aanbevolen • Pepermuntolie (maagsapresistente capsules 182 mg, 1-3 dd, evt. tot 2-6 dd): nuchter, 30 min voor het eten; evalueer na 8 weken • Mebeverine en scopolaminebutyl worden niet langer aanbevolen	11. Antidepressiva & controles • Overweeg offlabel bij onvoldoende effect van bovenstaande adviezen/middelen • TCA (bv. amitriptyline 1dd 10 mg 's avonds) bij pijn en/of PDS-D • SSRI (bv. citalopram 1dd 10 mg) bij PDS-C met angst/depressieve klachten • Beoordeel effect na 4-6 weken, opnieuw na 12 weken • Na uitleg: in principe géén medische controle nodig; nodig uit terug te komen bij alarmsymptomen	12. Verwijzen • Mdl-arts: bij alarmsymptomen, diagnostische onzekerheid, vastlopend beleid, calprotectine $50-100$ (overleg) of > 100 (verwijs) • Diëtist: laagdrempelig bij voedingstriggers, onevenwichtig voedingspatroon of kandidaat laag-FODMAP-dieet • Psycholoog: gz-psycholoog, klinisch psycholoog of hypnotherapeut met kennis van PDS • Bedrijfsarts: bij werkgerelateerde hinder of (frequent) verzuim • Begeleiding blijft bij voorkeur in de eerste lijn (huisarts, diëtist, psycholoog)