

---

Willem De Keyzer, Lic.  
Lector - Diëtist  
Hogeschool Gent  
Departement Gezondheidszorg Vesalius  
Opleiding voedings- en dieetkunde  
Keramiekstraat 80  
9000 Gent  
09/321 21 21  
[willem.dekeyzer@hogent.be](mailto:willem.dekeyzer@hogent.be)

## **PRIKKELBAAR DARMSYNDROOM - IRRITABLE BOWEL SYNDROME - SPASTISCH COLON**

*Nota: het artikel is vulgariserend geschreven; het beschrijft de symptomen, de hedendaagse denkpiste m.b.t. de fysiopathologie van de ziekte, de diagnose en het voedingsadvies (uiteraard weinig nieuws) en eindigt met de vraag welke voedingsadviezen een wetenschappelijke basis hebben.*

Prikkelbaar darmsyndroom (in de volksmond nog vaak 'spastisch colon' genoemd) of Irritable Bowel Syndrome (IBS) is een functionele darmaandoening welke gekenmerkt wordt door buikpijn, abdominaal ongemak en ontlastingsproblemen. Van alle symptomen staat buikpijn doorgaans op de voorgrond en dit is dikwijls dé belangrijkste reden om een arts te raadplegen. Pijn is evenwel zeer subjectief en er bestaat bij IBS patiënten een grote variatie in zowel plaats als intensiteit van de pijngewaarwording. Meestal is de pijn krampachtig van aard die ter hoogte van de linker onderbuik waargenomen wordt en verbetert na ontlasting.

Een veranderd stoelgangpatroon wordt steeds gezien bij IBS, maar dit kan sterk variëren. Ofwel is er sprake van een harde, weinig frequente ontlasting zoals die bij constipatie gezien wordt. Het tegenovergestelde waarbij de patiënt voornamelijk last heeft van diarree is eveneens mogelijk. Hierbij treedt vaak een snelle aandrang tot ontlasting op die wel eens kan leiden tot ongecontroleerd verlies. Vaak echter presenteert de patiënt zich met een wisselend stoelgangpatroon waarbij verstopping en diarree alternerend voorkomen. Naast pijn en ontlastingsproblemen klagen patiënten dikwijls over een opgeblazen gevoel en slijmverlies.

In werkelijkheid spreken we beter over "overprikkelbaarheid" van de darm aangezien een zekere prikkelbaarheid noodzakelijk is voor het normaal functioneren ervan. Zoals de benaming weergeeft betreft het een syndroom, wat wil zeggen dat de combinatie van verschillende ziekteverschijnselen samen aanleiding geven tot een bepaald ziektebeeld. Bij IBS treden zoals vermeld voornamelijk buikpijn en stoelgangproblemen op de voorgrond. Niet zelden komen hier nog psychosociale problemen bij.<sup>1</sup> Patiënten ervaren de aandoening dikwijls als

---

een continue belasting op hun sociaal leven (vb. buitenshuis eten) en psychologisch welbevinden door het wispelturig karakter van de ziekte en de soms grote onzekerheid omtrent oorzaak en concrete behandeling ervan.

IBS komt vrij frequent voor. Men vermoed dat 10-20% van de Westerse volwassen bevolking er mee te maken heeft.<sup>2</sup> Deze prevalentie ligt waarschijnlijk hoger aangezien niet iedereen met maag-darmklachten een arts consulteert.<sup>3</sup> Verder komt het in onze streken tweemaal meer voor bij vrouwen dan bij mannen waarbij en kent doorgaans een intrede op jongvolwassen leeftijd.<sup>4</sup> IBS gaat tevens gepaard met een grote kost voor de maatschappij. Een recent uitgevoerde Amerikaanse studie toont dit aan met enkele cijfers. Men berekende hierbij de door IBS veroorzaakte afwezigheid op het werk in een periode van zes maand voor en na diagnose. Hieruit bleek dat vóór diagnose de afwezigheid met 70% gestegen was. Bovendien werd geschat dat de bijkomende afwezigheid na diagnose ruim drie maal zo hoog lag vergeleken met personen zonder maagdarm aandoeningen.<sup>5</sup>

Een diagnose van IBS stellen komt in de praktijk vaak neer op het uitsluiten van andere oorzaken die aanleiding geven tot darmklachten. Hiervoor moeten veel onderzoeken verricht worden waardoor de fysische en psychische belasting van de patiënt stijgt en niet in het minst de kostprijs voor de maatschappij. Een handig instrument bij de diagnose zijn de Rome II criteria (tabel I). Hierbij wordt nagegaan of er in het voorbije jaar sprake is geweest van buikpijn of abdominale ongemakken. Er is pas sprake van IBS indien in het afgelopen jaar een persoon gedurende minstens twaalf weken, die mekaar niet noodzakelijk hoeven op te volgen, abdominale ongemakken of pijn heeft met minstens twee van de volgende drie kenmerken :

1. verlichting door ontlasting;
2. samenvallen van het begin van de klachten met een verandering in ontlastingsfrequentie;
3. samenvallen van het begin van de klachten met een verandering in consistentie van de ontlasting.

De ziekteontwikkeling van IBS kent een uitgebreide geschiedenis. Sinds de aandoening het eerst beschreven werd zijn er al veel hypothesen omtrent het tot stand komen ervan de revue gepasseerd. De theorie dat darmspasmen aan de oorsprong liggen wordt vandaag de dag samen met de daarmee gepaarde behandeling met krampwerende middelen verlaten. De laatste jaren wordt veel aandacht besteed aan de viscerale hypersensitiviteit (darmovergevoeligheid) van de dikke darm. Hierbij (over-)reageert de darm op lokale stimuli. Dit kan experimenteel aangetoond worden door een speciale ballon die in de dikke darm gebracht wordt op te blazen totdat de patiënt deze inwendig "voelt". Hierbij valt op dat bij personen met IBS het volume van de ballon, nodig om pijn te voelen, kleiner

---

is in vergelijking met gezonde personen.<sup>6</sup> Dat viscerale overgevoeligheid een oorzaak vormt voor een aantal symptomen die met IBS gepaard gaan geeft ons echter nog geen inzicht over de wijze waarop dit gebeurt. De huidige inzichten leren ons dat bij IBS patiënten de pijn, die ter hoogte van de darmen waargenomen wordt, veel te maken heeft met een gewijzigde interpretatie van signalen afkomstig uit het darmstelsel in de hersenen. In de literatuur spreekt men over de "brain-gut (hersenen-darm) interaction". Deze communicatie is bij IBS patiënten verstoord waardoor prikkels vanuit de darmen, door het centrale zenuwstelsel als pijnlijk worden beschouwd. Vroeger werd wel eens gedacht dat IBS een aandoening is die enkel in het hoofd van de getroffen persoon zit. Ironisch genoeg blijkt deze stelling niet geheel onjuist aangezien het probleem mogelijks een gestoorde communicatie is tussen de hersenen en de darm. De raadsels omtrent het mechanisme van IBS lijken stilaan ontrafeld maar het antwoord op de vraag waarom de ene persoon wel en de andere niet IBS ontwikkelt blijft nog onduidelijk.

Het is duidelijk dat het klinisch beeld van IBS vrij dispaaraat is. Een eigenschap die zich verder zet in de behandeling welke om deze reden een geïndividualiseerde aanpak vereist. Zowel over het voedingsadvies als de te gebruiken geneesmiddelen bestaan er geen eensluidende adviezen. Het overgrote deel van de voedingsadviezen zijn proefondervindelijk tot stand gekomen. De ervaring van artsen, diëtisten maar vooral patiënten leert ons dat een aantal voedingsmiddelen klachten van IBS kunnen verergeren. Sommige voedingsmiddelen staan bekend om hun stimulerende eigenschappen op de darm, zelfs bij gezonde personen, maar zeker bij IBS patiënten. Zo kunnen vette voedingsmiddelen (charcuterie, chips, ...) gefrituurde of sterk gekruide gerechten, koffie en alcohol oorzaak zijn van krampen en diarree. Ook slecht opneembare suikers zoals sorbitol (gebruikt als suikervervanger in snoep en dieetproducten) maar ook fructose (van nature aanwezig in honing en fruit) kunnen klachten veroorzaken. Verder worden gasproducerende voedingsmiddelen zoals bonen, kolen, peulvruchten, uien, bruisende dranken en volumineuze maaltijden gerapporteerd als verwekkers van een opgeblazen gevoel.

Indien we ons de vraag stellen welke van vorige verbanden tussen voeding en klachten via onderzoek bewezen zijn is het antwoord vrij eenvoudig: zo goed als geen! Dit wil niet zeggen dat adviezen gebaseerd op deze bevindingen niet zinvol zijn, integendeel. Wel moeten we beseffen dat ze (doorgaans) niet wetenschappelijk aangetoond en mogelijks zelfs niet aantoonbaar zijn. Toch worden inspanningen gedaan om via onderzoek de relatie tussen voeding en IBS beter te begrijpen. In wat volgt worden enkele daarvan verder toegelicht.

---

Het voedingsadvies bij IBS is er in de eerste plaats op gericht de begeleidende symptomen te verlichten en uiteraard een adequaat nutriëntenaanbod te bieden. Om deze reden is een gezonde voeding met, in geval van constipatie aandacht voor voedingsvezels, het meest aangewezen.<sup>7</sup> Hierbij dient men na te gaan of het huidig voedingspatroon voldoende voedingsvezels aanbrengt. Vervolgens dient men op te volgen of de patiënt baat heeft bij een vezelaanbreng van dit niveau aangezien lang niet iedere IBS patiënt dezelfde reactie vertoont op aanwezigheid van voedingsvezel in zijn voeding. Zo blijkt uit een studie dat bij het gebruik van zemelen sommige patiënten een verbetering van de symptomen ervaren terwijl bij anderen de symptomen juist verslechteren.<sup>8</sup> Een andere studie onderzocht het gebruik van PHGG (gedeeltelijk gehydrolyseerde guargom) in vergelijking met tarwezemelen. Hierbij concludeerde men dat naast de hoeveelheid ook het type voedingsvezel een invloed heeft op het resultaat van de behandeling.<sup>9</sup> Gedurende 12 weken werden 188 IBS patiënten behandeld met 30g tarwezemelen of 15g PHGG. Na afloop bleek dat de hoofdsymptomen van IBS (buikpijn en wisselend stoelgangpatroon) verbeterden bij beide behandelingen. PHGG werd echter door de patiënten beter getolereerd en kreeg bij hen een grotere voorkeur waardoor de therapietrouw en de kans op een succesvolle behandeling steeg. Zoals altijd is het ook bij IBS patiënten, en zeker bij gebruik van vezelpreparaten, belangrijk om voldoende vocht op te nemen. Meer dan 1,5 liter drinkvocht per dag waarbij doorgaans alcohol en koffie beter beperkt worden. Een Nederlands onderzoek kon in 2001 evenwel geen relatie aantonen tussen het gebruik van stimulerende stoffen zoals koffie of alcohol en het voorkomen van IBS.<sup>10</sup>

Soms is het noodzakelijk om aanwezigheid van gluten of lactose in de voeding te vermijden. Uit data gepubliceerd in 2002 blijkt dat gluten- en lactose-intolerantie respectievelijk bij 5% en 24% van de IBS patiënten voorkomt. Enkel voor gluten-intolerantie (coeliakie) is dit cijfer aanzienlijk verschillend van het voorkomen in een doorsnee populatie.<sup>11</sup> Bij IBS patiënten met diarree zal men dan ook specifieke testen doen om lactose-intolerantie of coeliakie uit te sluiten. In geval een lactose-intolerantie gevonden wordt is een lactosevrije voeding aangewezen. Bij IBS is dit vaak een bijkomend verschijnsel zodat een lactosevrij dieet dikwijls een verbetering maar geen totale verdwijning van de symptomen geeft. Indien coeliakie ontdekt wordt (ook op volwassen leeftijd kan dit immers tot uiting komen) spreekt het voor zich dat een glutenvrij dieet zal beproefd worden.

Dikwijls hebben IBS patiënten het idee een voedselovergevoeligheid of voedselallergie te hebben wegens een verslechtering van de symptomen na consumptie van bepaalde voedingsmiddelen. Om deze reden worden in een aantal gevallen

---

exclusiediëten overwogen. Dit zijn diëten waarbij over een periode van weken of maanden bepaalde voedingsmiddelen geëlimineerd worden waarna gekeken wordt of de symptomen terugkomen bij het opnieuw consumeren van deze voedingsmiddelen. Eliminatie van voedingsmiddelen dient gebaseerd te zijn op analyse van antilichamen in het bloed en de kennis hieromtrent is nog zeer beperkt. Men mag dus niet zomaar voedingsmiddelen schrappen die 'verdacht' worden de klachten te vergroten maar enkel deze waarvoor het lichaam verdedigingsstoffen aanmaakt. Exclusiediëten hebben bovendien het nadeel vrij arbeidintensief te zijn en vergroten de kans op verstrekking van een onvolwaardige voeding.<sup>12</sup>

Tot slot enkele resultaten uit studies met probiotica. Onderzoekers hebben vastgesteld dat bij personen met IBS een bepaalde bacteriestam, meer bepaald Bifidobacterium, in minder grote aantallen aanwezig is in de darm ten opzichte van gezonde controlepersonen.<sup>13</sup> Vervolgens heeft men IBS patiënten vier weken lang de stammen Bifidobacterium en Lactobacillus toegediend. Een tweede groep IBS patiënten kreeg een placebo toegediend en fungeerde als controlegroep. Na vier weken zag men dat de ernst van de symptomen én de pijn met ongeveer 50% afgenomen was.<sup>14</sup> Hieruit concludeert men dat een korte termijn toediening van probiotica een hoopvolle benadering kan vormen in de niet medicamenteuze behandeling van IBS. Deze gegevens moeten evenwel bevestigd worden in goed opgezette studies.

We weten inmiddels dat stimuli die bij gezonde personen geen reactie geven, bij IBS patiënten wel pijn kunnen veroorzaken. Zelfs een normale beweging van de darm kan op deze manier als pijnlijk ervaren worden. Daarom mag men van voeding niet verwachten het probleem IBS volledig op te lossen. Voeding is hier, zoals dikwijls, één van de peilers die de totale behandelingsstrategie van IBS moet ondersteunen. Ter optimalisatie van de IBS behandeling wordt in de toekomst vooral van medicijnen veel verwacht. Voor IBS patiënten die gebaat zijn met eenvoudige voedingsaanpassingen is het zinvol met hoger vermelde adviezen rekening te houden. Het is echter niet aan te raden om strenge beperkende diëten op te leggen aangezien deze een onnodige daling van de levenskwaliteit en mogelijks malnutritie met zich mee kunnen brengen. Laten we hen dit besparen, leven met IBS is immers voor de meerderheid al vervelend genoeg.

---

**TABEL I ROME II CRITERIA VOOR IBS<sup>15</sup>**

---

In de voorafgaande 12 maanden ten minste 12 weken, die elkaar niet noodzakelijk hoeven op te volgen, met pijn of abdominale ongemakken in combinatie met 2 van de volgende kenmerken:

- ✓ verlichting door ontlasting
  - ✓ samenvallen van het begin van de klachten met een verandering in ontlastingsfrequentie
  - ✓ samenvallen van het begin van de klachten met een verandering in consistentie van de ontlasting
- 

**REFERENTIES**

- 
- <sup>1</sup> Wald A, Irritable Bowel Syndrome, *Curr Treat Options Gastroenterol*, 1999 Feb;2(1):13-19
- <sup>2</sup> Jones R, Lydeard S, Irritable bowel syndrome in the general population, *BMJ*, 1992 Jan 11;304(6819):87-90
- <sup>3</sup> Heaton KW, O'Donnell LJ, Braddon FE, Mountford RA, Hughes AO, Cripps PJ, Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters, *Gastroenterology*, 1992 Jun;102(6):1962-7
- <sup>4</sup> Smout AJPM, m.m.v. A. Wipkink-Bakker en W.K. Visser, *Prikkelbare Darm Syndroom*, Wormer, Inmerc, 2001
- <sup>5</sup> Zacker C, Chawla AJ, Wang S, Albers LA, Absenteeism among employees with irritable bowel syndrome, *Manag Care Interface*, 2004 May;17(5):28-32
- <sup>6</sup> Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M, Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development, *Gastroenterology*, 1997 Jun;112(6):2120-37
- <sup>7</sup> Mahan KL, Escott-Stump S, Krause's food, nutrition & diet therapy, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2000
- <sup>8</sup> Lewis MJ, Whorwell PJ, Bran: may irritate irritable bowel, *Nutrition*, 1998 May;14(5):470-1
- <sup>9</sup> Parisi GC et al., High-fiber diet supplementation in patients with irritable bowel syndrome (IBS): a multicenter, randomized, open trial comparison between wheat bran diet and partially hydrolyzed guar gum (PHGG), *Dig Dis Sci*, 2002 Aug;47(8):1697-704
- <sup>10</sup> Boekema Boekema PJ, van Dam van Isselt EF, Bots ML, Smout AJ, Functional bowel symptoms in a general Dutch population and associations with common stimulants, *Neth J Med*, 2001 Jul;59(1):23-30
- <sup>11</sup> Brandt LJ et al., Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America, *Am J Gastroenterol*, 2002 Nov;97(11 Suppl):S7-26
- <sup>12</sup> Whorwell P, Lea R, Dietary Treatment of the Irritable Bowel Syndrome, *Curr Treat Options Gastroenterol*, 2004 Aug;7(4):307-316
- <sup>13</sup> Si JM, Yu YC, Fan YJ, Chen SJ, Intestinal microecology and quality of life in irritable bowel syndrome patients, *World J Gastroenterol*, 2004 Jun 15;10(12):1802-5
- <sup>14</sup> Saggiaro A, Probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome, *J Clin Gastroenterol*, 2004 Jul;38(6 Suppl):S104-6
- <sup>15</sup> Drossman DA, The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process, *Gut*, 1999 Sep;45 Suppl 2:III1-5
-