

PDS

Belangenvereniging
Prikkelbare Darm Syndroom

Special

Prikkels

REDUCE PDS

September 2016



Geweldig! Een blad dat enkel gewijd is aan REDUCE PDS, het project waar wij als PDSB de initiatiefnemer van zijn geweest. In de eerste plaats hulde aan Fien Stellingwerff-Beintema, die het project begeleidt vanuit de PDSB

Van de voorzitter

en dr. Marten Otten, die de kartrekker is geweest. Dankzij de initiatiefnemers is het uiteindelijk gelukt financiering te krijgen van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars, de NVMDL en de Maag Lever Darm Stichting. Gezien het enthousiasme waarmee het eindrapport is ontvangen, mogen we spreken van een zeer succesvolle stap voor allen die met PDS te maken hebben. In dit blad willen we alle

THEO SPAAN



aspecten van het project bespreken en daarmee de lezer informeren over het eindresultaat. Ik hoop dat deze studie snel opvolging krijgt, waardoor we verder kunnen om het leven van mensen met PDS beheersbaarder te maken. Met dank aan allen die aan dit project een bijdrage hebben geleverd.



FIEN STELLINGWERFF-BEINTEMA

Ervaring maakt wijzer

Wat een patiënt vaak allang weet, dringt niet direct tot de praktijk door. Overeenstemming tussen de arts en de patiënt over de behandeling en een goed gestructureerde begeleiding en voorlichting zijn van groot belang voor het welzijn van de patiënt. De PDSB werkte al jaren samen met dr. Marten Otten (lid van onze Raad van Advies) om de voorlichting over PDS te verbeteren. Samenwerking maakt sterk en we sloegen de handen ineen. Marten bedacht een goede naam en het pilot-project REDUCE PDS was geboren. Door het grote enthousiasme en niet aflatende doorzettingsvermogen van

Marten werd ook de financiering goed geregeld. De PDSB contracteerde het CBO (Centraal Begeleidings Orgaan) voor het projectmanagement. Marten maakte zijn collega's enthousiast en kreeg uiteindelijk medewerking van voldoende ziekenhuizen, zodat het project op 1 januari 2013 van start kon gaan. Vertragingen bij het aannemen van voldoende PDS-patiënten, het feit dat de deelnemende patiënten niet allemaal feedback gaven en het faillissement van het CBO, waardoor het project aangepast verder moest, zorgden ervoor dat we vooral het laatste half jaar veel extra vrije uren aan dit project hebben

besteed. Dankzij het harde werk van Marieke Welters die onze diepste wensen in vervulling liet gaan, Yvon Holierhoek die de MDL-verpleegkundigen onder haar hoede nam, maar ook samen met mij vele patiënten belde om hen aan te sporen de benodigde formulieren tijdig in te vullen en terug te sturen, Nico Dijkhuizen, onze penningmeester, die onverwacht met financiële problemen werd geconfronteerd, maar hier goed mee om wist te gaan, Loes Schouten die het projectmanagement voerde en natuurlijk onze onvolprezen inspirator Marten Otten, konden we uiteindelijk op 1 april 2016, later dan gepland, onze resultaten bekend maken. We wisten het! Door deze methode verbeterde de kwaliteit van leven van de deelnemende PDS-patiënten aanzienlijk. De methode is efficiënt en kost minder. Een mooi onderzoeksresultaat dat mijns inziens zeker navolging verdient!



MARTEN OTTEN

Pilotproject **REDUCE PDS** voltooid

Wie heeft er PDS?

In Nederland zijn er bijna drie miljoen mensen met het Prikkelbare Darm Syndroom. Het merendeel (75%) neemt de hinderlijke en wisselende klachten voor lief en gaat er niet voor naar de dokter. Deze patiënten moeten niet als 'zorgmijders' beschouwd worden. Ze zijn gewend aan de symptomen, herkennen de klachten en weten dat het na verloop van tijd ook weer beter zal gaan. De 25% die de huisarts wel bezoekt, heeft een ernstige vorm van PDS, een wat angstiger karakter of de neiging tot sombere gevoelens; deze mensen maken zich sneller zorgen dat er wat ernstigs aan de hand is.

Wie behandelt PDS?

De huisarts ziet verreweg de meeste patiënten met PDS. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een standaard die als richtlijn geldt voor de behandeling van PDS-patiënten door de huisarts. De richtlijn kent een beperkt aantal behandelingen: goede uitleg, geruststellen, vezels of macrogol bij obstipatie, loperamide bij diarree, paracetamol of ibuprofen voor de pijn en soms een middel tegen buikkrampen, zoals Duspatal of Buscopan. Gelukkig kan het merendeel van de PDS-patiënten hiermee behandeld worden. Maar in 10% van de gevallen is er vanuit de patiënt, de huisarts of beiden behoefte aan meer zekerheid. Dan volgt een verwijzing naar de Maag-Darm-Leverarts (MDL-arts). Het probleem voor de MDL-arts is dat ook de multidisciplinaire specialistische richtlijn van de NHG en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) samen niet veel meer aanknopingspunten bieden dan wat oriënterend laboratorium- en ontlastings-



onderzoek en in feite hetzelfde beperkte aantal behandelingen. Bij nieuwe patiënten boven de 50 jaar zal er veelal een colonoscopie worden verricht om colonpoliepen, kanker of de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa uit te sluiten. Als alles 'normaal' is, krijgt de patiënt dit te horen en volgt de mededeling dat er niet veel aan te doen is. Hij zal er mee moeten leren leven en wordt terugverwezen naar het spreekuur van de huisarts. Dit leidt bijna altijd tot veel frustratie bij de patiënt, die – bij ernstige klachten – niet zelden zijn heil zoekt in *second of third opinions* of in alternatieve behandelingen. Het vruchteloze 'shoppen' is begonnen.

REDUCE PDS: een nieuw behandelconcept

Omdat veel PDS-patiënten zich niet begrepen en niet serieus genomen voelen bij de huidige behandelingen heeft de PDS Belangenvereniging het initiatief genomen om een pilotproject te starten, waarbij zowel de diagnostiek als de behandeling voor een belangrijk deel begeleid worden door een gespecialiseerd MDL-verpleegkundige. Deze verpleegkundige heeft meer tijd en aandacht beschikbaar dan de MDL-arts. Wanneer de huisarts een patiënt verwijst naar

een REDUCE PDS-centrum, wordt de patiënt ontvangen door een MDL-verpleegkundige. De verpleegkundige doet de intake via een vragenlijst, controleert of er 'alarmsymptomen' zijn en bespreekt de gegevens met de MDL-arts. Soms moet er nog wat aanvullend onderzoek gedaan worden, maar meestal is de diagnose wel duidelijk. Nu volgt een belangrijk onderdeel van het pilotproject: de verpleegkundige vertelt de patiënt dat PDS de meest waarschijnlijke diagnose is en dat de patiënt vervolgens zelf een keuze kan maken uit tien behandelingen. De uitvoerige uitleg en toelichting van de behandelingen worden schriftelijk en/of via de mail aan de patiënt doorgegeven. Het is de bedoeling dat de patiënt in de twee weken daarna thuis de tien behandelopties uitvoerig bestudeert, bespreekt met zijn partner/huisgenoten en er drie uitkiest die hem het meeste aanspreken.

Het tweede consult

Na twee weken komt de patiënt op een combinatiesprekbeurt van MDL-arts en MDL-verpleegkundige. Bij deze ont-

Goed geïnformeerde PDS-patiënt kiest eigen behandeling en is zeer tevreden

moeting legt de arts nogmaals in grote lijnen uit wat PDS eigenlijk is. Daarna komen de drie behandelingen die de patiënt gekozen heeft ter sprake. De verpleegkundige geeft hierover nadere informatie. Als de patiënt alles goed begrepen heeft, wordt hij terugverwezen naar het spreekuur van de huisarts om de drie behandelingen achtereenvolgens te gaan uitvoeren. De huisarts krijgt via de mail verslag van het consult en krijgt dezelfde elektronische documentatie als de patiënt, over de door de patiënt gekozen behandelingen. Wanneer de patiënt op het spreekuur van de huisarts komt, start deze de eerste van de drie behandelingen. Na twee maanden volgt een evaluatie en kan eventueel de tweede en vervolgens de derde behandeling gestart worden.

Bij het REDUCE PDS-project vulde de patiënt zowel bij de intake als bij het tweede consult en na ieder bezoek aan de huisarts een vragenlijst in over zijn klachten en kwaliteit van leven.

Hoe werd REDUCE PDS beoordeeld?

Aan het einde van het traject van zes maanden werd er een afsluitende

evaluatie-enquête opgestuurd naar de patiënt, de huisarts, de MDL-verpleegkundige en de MDL-arts. Op deze wijze kregen we een indruk hoe de begeleiding van de PDS-patiënt gewaardeerd wordt. Het is belangrijk om te begrijpen dat het REDUCE PDS-project *niet* bedoeld was om vast te stellen wat de beste van de tien behandelingen is. Het project wilde vooral onderzoeken of deze methode van begeleiding, met goede uitleg, goede voorlichting over de behandelmogelijkheden, het zelfstandig kunnen kiezen van een therapie en snelle terugverwijzing naar de huisarts met goede documentatie, gewaardeerd wordt en of er een betere kwaliteit van leven bereikt kan worden. Deze moderne methode om het resultaat van een behandeling door de patiënt zelf te laten beoordelen heet *patient reported outcome of measures* (PROM; door de patiënt gerapporteerde resultaten van behandeling). De beschreven methode van begeleiding wordt in de moderne literatuur beschreven als *shared decision making*; samen beslissen. De patiënt krijgt goede informatie en maakt samen met de arts een eigen keuze voor zijn

behandeling. Goede informatie staat hierbij centraal.

Deelnemende patiënten

Tussen 2012 en 2015 heeft het REDUCE PDS-project in twaalf ziekenhuizen gedraaid (zie tabel 1). In totaal zijn er 217 patiënten in het project opgenomen. 75% daarvan was vrouw en 25% was man. De gemiddelde leeftijd was 30 jaar. Van hen konden in totaal 198 in de evaluatie meegenomen worden. Volledige intakeformulieren waren beschikbaar van 116 patiënten (59%). Voor hen bleken voeding (79%) en stress (81%) belangrijke factoren die de klachten konden verergeren. De verschillende types van het Prikkelbare Darm Syndroom waren 25% obstipatie, 40% diarree en 35% gemengd type PDS. Buikpijn werd door 67% van de patiënten twee dagen of meer per week gevoeld. De ernst van de buikpijn was voor 42% van de patiënten een 7 of hoger op een schaal van 0 tot 10. Van de overige klachten stonden een opgeblazen gevoel (86%) en vermoeidheid (76%) op de voorgrond.

Tabel 1 Deelnemende ziekenhuizen

Nr.	Centrum	Locatie	MDL-arts	MDL-verpleegkundige/verpleegkundig specialist
1	Meander Medisch Centrum	Amersfoort	P.W. Friederich/J.R. Vermeijden	Y.C.W. Holierhoek
2	Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	H.J.A. Jebbing	A. Westendorp/A. de Ruiter
3	Isala Kliniek locatie Sophia	Zwolle	A.C. Poen	M. Schots/K. Fokkert
4	Ziekenhuis Bernhoven	Uden	I.A.M. Schellekens-Gisbertz	J. van kampen/M. van Rossem
5	Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	G.D.N. Heine	T.M.M. de Nieuwe
6	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	A.C.I.T.L.Tan/M.N. Aparicio-Pagés	M. Schlotter/P. Jannink
7	Spaarne Ziekenhuis	Hoofddorp	W. Bruins Slot	L. Meinsma - Span
8	Gelderse Vallei	Ede	B.J.M.Witteman	M. Jansen
9	Medisch Centrum de Veluwe	Apeldoorn	M.H. Otten	M. de Haan/E. Wooning
10	Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	E.J. Schoon	N. Slegers-Van der Plas
11	Maastricht Universitair Medisch Centrum	Maastricht	J.W. Kruimel	L. Vork
12	Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	E.A. van Hoboken	S. Bijwaard/M. Raghosing



Behandelingen

De algemene informatie die als eerste behandelmogelijkheid stond aangegeven, werd gegeven aan alle patiënten. Voor een deel daarvan was die uitleg en informatie voldoende. Van de tien beschikbare behandelingen was de meest gekozen therapie de pepermuntolie-capsules (Tempocol) (51%), gevolgd door probiotica (49%), het FODMAP-dieet (46%), hypnotherapie (36%) en het eliminatiedieet (27%). Hoewel het project niet de individuele behandelingen met elkaar vergelijkt, kunnen we wel wat zeggen over de behandeling van alle therapieën gezamenlijk. Na de eerste behandeling van twee maanden voelt 69% van de patiënten zich beter, 28% voelt zich hetzelfde en maar 3% voelt zich slechter.

Reactie van de huisarts

De reacties van de huisarts waren positief tot zeer positief over het project (69%) en de gekozen behandelingen (64%). In 10% van de gevallen liet de huisarts weten niet positief te staan tegenover het project. Meestal werd dit veroorzaakt door het gevoel dat er te weinig informatie over REDUCE PDS beschikbaar was.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven (*Quality of Life*, QOL) kan worden gemeten met de IBS-Q; een speciaal ontworpen vragenlijst. Deze schaal loopt van 0 tot 100. De

gemiddelde score bij aanvang van het project was slechts 66,4. Dit betekent dat de QOL van de PDS-patiënten uiterst matig was en vergeleken kon worden met die van patiënten met kanker of reuma. Gedurende het project liep de score geleidelijk op tot 75,5, een verbetering van 9,1% (zie tabel 2).

Waardering van het project

In de afsluitende vragenlijst gaven de deelnemers aan hoe zij het project waardeerden op een schaal van 0 tot 10. De hoogste waardering kreeg de verstrekte informatie over de mogelijke behandelingen (7,7). Overige waarden waren: begeleiding door de MDL-verpleegkundige (7,6), persoonlijke keuze van de behandeling (7,6), gezamenlijk maken van het behandelplan (7,2), iedereen zou zo behandeld moeten worden (7,2) en REDUCE PDS is een verbetering ten opzichte van bestaande behandeling (6,8).

Efficiëntie

Bij de analyse van het verrichte onderzoek bleek dat het aantal verrichte coloscopieën binnen het project (15%) aanzienlijk lager was dan in een

historische controlegroep (25%). Dit kan een behoorlijke reductie van de kosten betekenen, omdat grote aantallen patiënten met PDS-klachten worden verwezen naar een MDL-arts (1500 tot 3000 per jaar per ziekenhuis). Een andere winst voor de MDL-arts is dat de patiëntgebonden tijd vermindert. Onder normale omstandigheden kost iedere patiënt gemiddeld 45 minuten spreekuurtijd. Dit kan dankzij de inzet van de MDL-verpleegkundige teruggebracht worden tot tien minuten bij de MDL-arts. Nog een positieve zijde van REDUCE PDS is dat de patiënt veel betere begeleiding, uitleg en informatie over zijn ziekte en de vele behandelmogelijkheden krijgt, omdat de MDL-verpleegkundige meer tijd en aandacht hiervoor kan hebben dan de MDL-arts. De MDL-arts behoudt wel het overzicht en ziet zelf ook iedere patiënt, terwijl een goed opgeleide MDL-verpleegkundige de patiënten optimaal begeleidt.

Een geslaagd project

Het project REDUCE PDS is mogelijk gemaakt door een grote subsidie van het Innovatiefonds Ziektekostenverzekeraars, de Nederlandse Vereniging van Maag-

Tabel 2 Resultaten IBS-Q

	Totaal	Dysforie	Activiteit	Lichaamsbeeld gezondheid	Zorgen over vermijden	Voeding	Sociaal	Seksueel	Relaties
Gemiddelde startwaarde	66,4	63,6	64,6	65,8	70,4	49,7	71,5	75,2	78,3
Gemiddelde eindwaarde	75,5	79,2	74,1	75,3	75,7	53,6	77,9	81,3	83,5

Het volledige rapport en andere informatie vindt u op www.pdsb.nl/reduce.

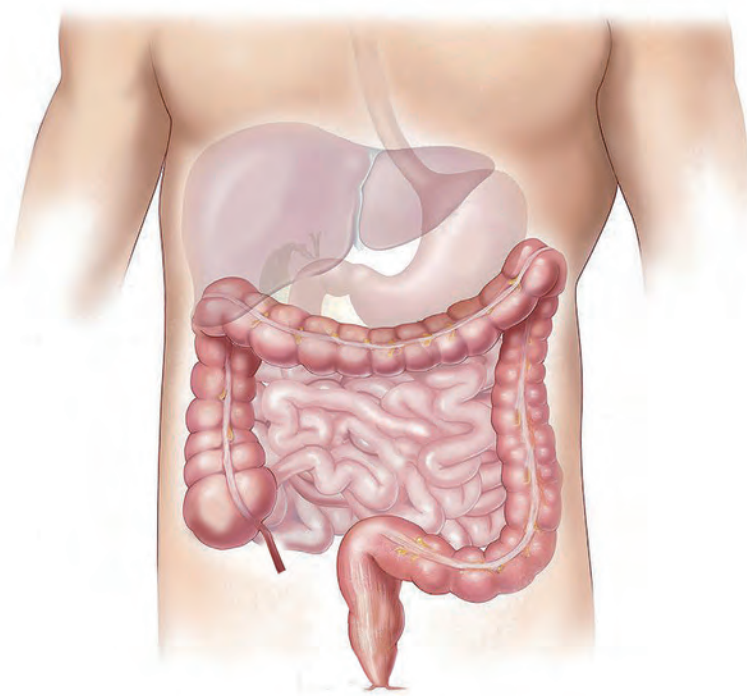
Darm-Leverartsen en de Maag Lever Darm Stichting. Uit de analyse van de gegevens blijkt dat deze nieuwe aanpak van diagnostiek, begeleiding en behandeling en snelle terugverwijzing door de patiënten zeer gewaardeerd wordt. Het levert bovendien de MDL-arts een aanzienlijke reductie van spreekuur-tijd op voor 30% van zijn patiënten. Daarnaast worden er ook minder coloscopieën verricht, terwijl de efficiëntie van informatieoverdracht aan de patiënt, en dus de tevredenheid, aanzienlijk toeneemt. Het is de verdienste van REDUCE PDS dat er uitgebreide schriftelijke en elektronische informatie over tien verschillende behandelopties beschikbaar is. Dit zijn behandelingen die niet in de NHG-standaard of de multidisciplinaire richtlijn genoemd worden. Hierbij is belangrijk dat de achtergrond en de kennis over de minder bekende behandelingen goed worden

toegelicht, zodat ze zowel voor de patiënt als de huisarts begrijpelijk zijn. De patiënt krijgt ruim de tijd om zich met partner of huisgenoot in de diverse opties te verdiepen en er daarna drie te kiezen die hem het meeste aanspreken. Uit de pilot blijkt dat deze benadering hoog gewaardeerd wordt. De patiënt is op deze wijze bij het tweede consult goed geïnformeerd en start op basis van *shared decision making* samen met zijn huisarts de drie meest passende therapieën. Wanneer een behandeling aanslaat, maar nog niet voldoende is, kan een volgende behandeling worden toegevoegd. In de Engelse literatuur wordt dit *augmentation therapy* genoemd (het combineren van twee of meer behandelingen om betere resultaten te bereiken). Overigens zal men bij iedere therapie goed moeten uitleggen en begrijpen dat het altijd om een *proefbehandeling* gaat. Het resultaat is

individueel zeer verschillend en onvoorspelbaar. Bovendien kan het effect bij sommige behandelingen vaak weken op zich laten wachten. Dat vergt uitleg en geduld van zowel patiënt als huisarts.

Navolging

Het team dat REDUCE PDS gecoördineerd en mogelijk gemaakt heeft, hoopt dat deze wijze van begeleiding in Nederland zoveel mogelijk navolging zal krijgen. REDUCE PDS wordt door middel van dit blad en andere publicaties onder de aandacht gebracht bij andere MDL-artsen, die hun patiënten zelf ook kunnen begeleiden volgens dit project. Het is ook de bedoeling dat er aan de huidige lijst van behandelingen steeds nieuwe behandelopties worden toegevoegd. Binnenkort hopen we onder meer Iberogast (kruidenmengsel) en Constella (voor PDS met obstipatie) aan de lijst toe te voegen.



Marten Otten, MDL-arts
Medisch coördinator,
Medisch Centrum de Veluwe, Apeldoorn

Joanna Kruimel, MDL-arts
Maastricht Universitair Medisch Centrum +

Fien Stellingwerff
Coördinator PDSB

Yvon Holierhoek, nurse practitioner
Research coördinator,
Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Marieke Welters, senior project manager
Blauw Research bv, Rotterdam

Loes Schouten, senior adviseur
CBO, Utrecht

De 10

behandelmogelijkheden

Hoewel er 217 mensen meededen aan het REDUCE PDS-project, hebben slechts 79 daarvan na twee maanden de vragenlijst ingevuld over hun eerste behandeling. Daarom zijn de getallen in deze uiteenzetting laag.

Behandeling 1: Algemene informatie

Alle patiënten die meededen aan het REDUCE PDS-project ontvingen een brochure met algemene informatie, waarin stond wat PDS precies is, welke mogelijke oorzaken er zijn, hoe de diagnose wordt gesteld en welke mogelijkheden en behandelingen er zijn om de klachten te verlichten. Het doel van de brochure was niet alleen om de patiënt te informeren, maar ook om hem gerust te stellen. Zo staat in de brochure bijvoorbeeld uitgelegd dat PDS een echte ziekte is en dus niet alleen maar tussen de oren zit. Ook wordt uitgelegd dat men er niet eerder door doodgaat. Doordat een groot aantal verschillende behandelmogelijkheden kort wordt uitgelegd, zien patiënten dat ze veel mogelijkheden hebben om hun klachten te verlichten en hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Voor drie mensen die de vragenlijst hebben ingevuld, was deze informatie voldoende. Zij hebben deze behandeling gekozen als eerste behandeling en voelden zich daarna beter.



Behandeling 2: Eliminatiedieet



Ongeveer 70% van de patiënten met PDS heeft het gevoel dat voedsel klachten kan veroorzaken of verergeren. Voor die patiënten kan het nuttig zijn om te onderzoeken welke voeding daarvoor verantwoordelijk is. Vaak weet een PDS-patiënt zelf heel goed welke voeding een rol speelt bij de klachten. Met die informatie kan een gespecialiseerde diëtist goede adviezen geven, zodat er geen tekorten ontstaan. Het kan ook zijn dat de patiënt denkt dat voeding een rol speelt, maar er zelf niet achter komt welk specifiek voedsel het is. In dat geval zal een diëtist stapje voor stapje voedingsstoffen uit het dieet weglaten. Dat heet dan een eliminatiedieet. De patiënt houdt in zo'n geval een dagboekje bij om te zien of de klachten inderdaad verminderen of niet.

In de pilotstudie hebben vier mensen de vragenlijst ingevuld over het eliminatiedieet. Drie van hen gaven aan zich tijdens het volgen van het dieet beter te voelen. De andere persoon voelde zich hetzelfde.

Behandeling 3: FODMAP-dieet

De microbiota (de bacteriën in onze dikke darm) zijn heel nuttige bewoners van ons lichaam. Het kan echter zijn dat de darmbewoners uit voedselresten stoffen maken waar een PDS-patiënt niet tegen kan. We noemen dat *gisten* of *fermentatie* als het over koolhydraten gaat. Het FODMAP-dieet concentreert zich op die fermentatie van koolhydraten. FODMAP staat voor **F**ermentation of **O**ligosaccharides, **D**isaccharides, **M**onosaccharides **A**nd **P**olyols. Wanneer die koolhydraten door de bacteriën in onze dikke darm gefermenteerd worden, ontstaan er stoffen en gassen die kunnen leiden tot PDS-klachten. Met een gespecialiseerde diëtist maakt de patiënt een plan om voedsel dat veel FODMAP's bevat te laten staan. De verschillende FODMAP's worden daarna een voor een weer opnieuw geïntroduceerd. Het FODMAP-dieet kost veel tijd en aandacht. Het kan zeker twee maanden duren voordat duidelijk is of dit een succesvolle behandeling is.

24 mensen hebben de vragenlijst ingevuld over het FODMAP-dieet. Van hen voelde 42 procent zich veel beter na het volgen van dit dieet. 46 procent voelde zich beter en bij 8 procent maakte het dieet geen enkel verschil. 4 procent voelde zich slechter.

Hieronder worden de tien behandelmogelijkheden kort uiteengezet en ziet u hoe de behandelmogelijkheden, die de patiënten als eerste behandeling hebben gekozen in het REDUCE PDS-project, zijn bevallen.

van REDUCE PDS

Behandeling 4: Probiotica

De microbiota lijken een rol te spelen bij PDS. De veronderstelling is dat bepaalde darmbacteriën verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de klachten. Met probiotica probeert men de samenstelling van de microbiota zo te veranderen dat de klachten verminderen. Met name bij het onaangename 'opgeblazen' gevoel kan het goed werken. Sommige bacteriën lijken een beschermend effect te hebben bij PDS-klachten. Dat zijn de bacteriën die vaak in probiotica gebruikt worden in een poging om de balans in de microbiota van PDS-patiënten te herstellen. Er bestaan heel veel verschillende soorten probiotica. We weten nog niet welk probioticum voor welke PDS-patiënt geschikt is. Daar is maar één oplossing voor: u moet het proberen en er met een dagboekje achter zien te komen of het voor u geschikt is. Dat vergt tijd en geduld.

13 mensen hebben de vragenlijst ingevuld over probiotica. Van hen voelde 15 procent zich veel beter. 69 procent voelde zich beter en 15 procent merkte geen verschil.



Behandeling 5: Hypnotherapie

In de jaren 80 van de vorige eeuw werd ontdekt dat hypnotherapie goed helpt bij onbehandelbare PDS. Inmiddels is er veel onderzoek gedaan en staat het wetenschappelijk vast dat hypnotherapie helpt bij 70 tot 80 procent van de mensen met moeilijk te behandelen PDS. Hypnose is sterk geconcentreerde aandacht. U bent wel bewust aanwezig, u kunt de therapeut horen en merken wat er in uw omgeving gebeurt. U leert zich echter te concentreren op uw innerlijke wereld. Bij hypnotherapie leert u van uw therapeut door met opgeroepen rustgevende beelden uw maagdarmkanaal te beïnvloeden, zodat emoties, angsten en denken er minder invloed op hebben. De bedoeling is dat na verloop van tijd uw darmen ontspannen en u die normaal (zonder krampen) kunt laten functioneren. Ook leert u anders met stressvolle situaties om te gaan. Daardoor verminderen de stimulerende prikkels naar uw darmen, waardoor de krampen en pijn kunnen afnemen.

Voor deze behandeling hebben vier mensen de vragenlijst ingevuld. De helft daarvan gaf aan zich na de behandeling beter te voelen, de andere helft voelde zich hetzelfde.

Behandeling 6: Antibiotica



Onze microbiota zorgen voor een stabiele omgeving in onze darmen, waar zich veel nuttige processen voor ons lichaam afspeelen. Naast de stofwisseling en energievoorziening verdedigen de microbiota ons tegen giftige stoffen en bacteriën en virussen die schadelijk kunnen zijn. Ook maken ze voor ons onmisbare vitamines. Daarnaast controleert ons immuunsysteem constant de samenstelling van de bacteriën in de darm. Is die uit balans, dan wordt dat opgelost. Inmiddels is bekend dat de samenstelling van de bacteriën bij mensen met PDS anders is dan bij mensen zonder PDS. Van bepaalde bacteriën kunnen er te veel of te weinig aanwezig zijn. Sommige bacteriesoorten staan erom bekend dat ze allerlei zuren produceren die onze darmwand kunnen irriteren en het immuunsysteem activeren, waardoor de PDS-klachten verergeren. Met het antibioticum Rifaximine wordt geprobeerd het aantal van dat soort bacteriën te verminderen.

Vijf mensen hebben de vragenlijst ingevuld. 20 procent daarvan voelde zich veel beter. Ook de overige 80 procent voelde zich beter.

Behandeling 7: Pepermuntoliecapsules

Pepermuntolie bevat menthol, een stof met een krampwerende werking. Menthol wordt gebruikt als smaakmiddel in snoepjes en thee, maar ook in tandpasta en scheergel. Het heeft daarnaast een antibacteriële werking. Maar pepermuntolie blijkt ook de spierspanning van glad spierweefsel in ons lichaam te beïnvloeden. Ons maagdarmkanaal bestaat voor een groot deel uit glad spierweefsel, wat dus door de pepermuntolie wordt beïnvloed. Zo ontstaan er minder krampen. Omdat menthol ook een antibacteriële werking heeft, is het theoretisch ook nog mogelijk dat de bacteriën in onze darm beïnvloed worden en de klachten daardoor verminderen. De gebruikte pepermuntoliecapsules bevatten een coating die bestand is tegen maagzuur. De pepermuntolie komt daardoor pas in de darm vrij en kan daar ter plaatse krampwerend werken.

In de pilotstudie bleken de resultaten van pepermuntoliecapsules wisselend. Van de achttien mensen die de vragenlijst hebben ingevuld, gaf 6 procent aan zich veel beter te voelen, maar voelde 11 procent zich slechter. 39 procent voelde zich beter en 44 procent voelde zich hetzelfde.



Behandeling 8: Spasmolytica

Spasmolytica zijn geneesmiddelen die een verslappende werking hebben op de spieren van het maagdarmkanaal. Bij het Prikkelbare Darm Syndroom kan er sprake zijn van teveel spanning en krampen van de spieren in de darmen. Spasmolytica kunnen deze spanning en krampen verminderen. Er zijn meerdere soorten. Tijdens de pilotstudie werd gebruikt gemaakt van Buscopan (butylscopolamine) en Duspatal (mebeverine). De werking van spasmolytica berust op het remmen van de invloed van de bij PDS overactieve zenuwvezels (viscerale hypersensibiliteit) op de (gladde) spieren in de darm. Spasmolytica kunnen de receptor van de spier voor de werkzame stof uit de zenuw blokkeren. De spier kan dan niet meer samentrekken en ontspant, waardoor de pijn minder wordt. Omdat deze blokkering meteen tot stand komt nadat het spasmolyticum is ingenomen, kan de werking snel (binnen één uur) effectief zijn.

In de pilotstudie heeft slechts één persoon de vragenlijst ingevuld over de behandeling met spasmolytica. Bij deze persoon zijn de klachten hetzelfde gebleven.



Behandeling 9 en 10: Amitriptyline en Citalopram

Amitriptyline en Citalopram zijn beide medicijnen die zijn ontwikkeld voor de behandeling van depressies (anti-depressiva). Ze zijn erop gericht (beiden op een iets andere manier) de hoeveelheid serotonine in met name de hersenen te verhogen door de afbraak ervan te vertragen. Serotonine is een belangrijke stof die zowel in onze darmen als in onze hersenen voorkomt en die signalen tussen zenuwen en cellen mogelijk maakt. In de darmen kan het diarree, braken en buikpijn veroorzaken. In onze hersenen speelt het een belangrijke rol bij onze eetlust, stemming, geheugen, emotie, slaap, zelfvertrouwen en de verwerking van pijnprikkels. Naast de werking als antidepressivum is er door de jaren heen ontdekt dat veel chronische pijnsyndromen vaak goed reageren op behandeling met antidepressiva. De beleving van pijn wordt minder vervelend, doordat de pijnprikkels uit de buik worden verminderd en de beweeglijkheid van de darmen wordt verbeterd.

In de pilotstudie heeft slechts één persoon de vragenlijst ingevuld voor Citalopram. Bij deze persoon zijn de klachten hetzelfde gebleven. Vijf mensen hebben de vragenlijst ingevuld voor Amitriptyline. Van hen geeft 80 procent aan zich na de behandeling beter te voelen, de andere persoon merkte geen verschil.

Colofon

Prikkels is een uitgave van de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging
www.pdsb.nl

Redactieleden

Corianne Bartels, Barbara de Frens (hoofdredactie),
Janny Meijles, Wieke Mulder (beeldredactie) en
Gonneke Nakazawa (eindverantwoordelijke)

Aan dit nummer werkten verder mee
Marten Otten, Theo Spaan, Fien Stellingwerff-Beintema

Productie

Vormgeving: Buro van Erkelens
Drukker: NPN Drukkers

ISSN 1569 - 786 X

Het bestuur en de medewerkers zijn niet aansprakelijk voor eventuele (druk)fouten en eventuele schadelijke gevolgen die kunnen voortvloeien uit gebruik van de gegevens die in deze uitgave zijn opgenomen. Overname van tekst uit deze uitgave is alleen toegestaan na overleg met de redactie en met bronvermelding.