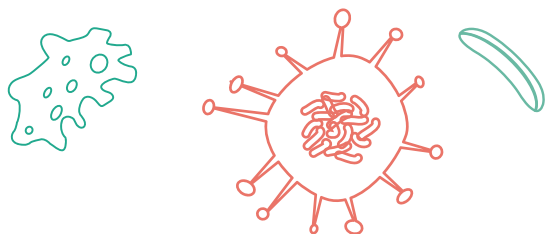
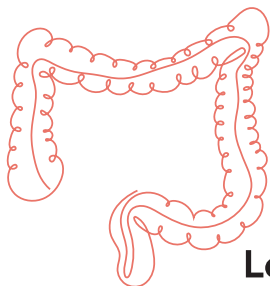


PROF. DR. DANNY DE LOOZE



PRIKKELBARE DARMEN

VERLICHTEN



Signalen, oorzaken en
behandeling van het
prikkelbaredarmsyndroom

Lannoo

INHOUD

INLEIDING

9

HOOFDSTUK 1

PDS BEGRIJPEN

	13
Meer vrouwen dan mannen	14
Wanneer heb je PDS?	15
Verschillende types PDS	17
Een gestoorde communicatie tussen darmen en hersenen	19
Welke symptomen heeft iemand met PDS?	21
Buikpijn	22
Constipatie	24
Diarree	24
Bloating of opgeblazen gevoel	25
Persen en onvolledig ledigingsgevoel	26
Slijmverlies	26
Urgentie of dringende aandrang	27
Welke aandoeningen kunnen verward worden met PDS?	28
Glutenintolerantie of coeliakie	28
Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	30
Darmkanker/darmpoliepen	30
Is PDS een allergie?	30
Is PDS dan een vorm van voedselintolerantie?	32
Hoe lokt 'eten' klachten uit bij PDS?	35
Uitrekking van de darmen (FODMAP's)	35

Invloed op de darmbeweeglijkheid (vetten)	37
Rechtstreekse zenuwprickeling (bewaarmiddelen, capsaïcine, histamine)	38
Stoornis van de permeabiliteit of doorlaatbaarheid van de darm ('leaky gut')	39
Een verstoord darmmicrobioom bij PDS?	40

HOOFDSTUK 2

PDS BEHANDELEN

De eerste aanpak door de huisarts	44
Voeding / dieet en PDS	45
Traditioneel PDS-dieet	45
Lactosevrij dieet	45
Laag-FODMAP-dieet	46
Glutenvrij dieet	47
Fructose-arm dieet	48
Capsaïcine-/histamine-vrij dieet	49
Medicatie bij PDS	49
PDS-constipatie	49
PDS-diarree	50
Bloating	52
Buikpijn	52
Probiotica bij PDS	54
Stoelgangtransplantatie dan?	54

HOOFDSTUK 3

GOEDE LEEFGEWOONTEN VOOR JE DARMEN

Vermijd overgewicht, roken en alcohol	59
Wees je bewust van je genen	61
Darmkanker: doe mee aan het bevolkingsonderzoek	61
Eet voldoende vezels	62
Het belang van bewegen, ontspanning, slaap	64

Goed op de pot: het belang van de juiste toilethouding	65
De onzin van sapkuren en detoxen	65
Fantastisch gefermenteerd?	66
Kijk uit met antibiotica	67

NAWOORD	71
----------------	----

BRONNEN	73
----------------	----

HOOFDSTUK 1

PDS BEGRIJPEN

Afgelopen zomer ging Jelle (23) met een vriend op werkkamp naar Nepal. Net als de meeste hulpverleners krijgt hij er na een week fikse diarree. Na enkele dagen gaat het de goede kant op en kan hij verder met zijn werk. Toch voelt hij dat z'n stoelgangpatroon niet meer is zoals voorheen, en ook na zijn terugkeer naar België blijft hij last hebben. Jelle gaat naar de huisarts, die aan een tropische ziekte denkt en zelfs een stoelganganalyse laat doen bij het Tropisch Instituut. Alles is in orde. Toch staat Jelle dagelijks op met buikpijn, die vooral erger wordt na een maaltijd. Zijn buik voelt nooit goed aan. Bovendien heeft hij vaak aandrang om naar het toilet te gaan – en dat moet hij dan niet te lang uitstellen.

Hij begint op z'n voeding te letten, vermijdt frieten en andere vette kost, en durft ook geen bier meer te drinken. Eén keer zakt hij toch eens door met zijn maten en dat heeft hij geweten: hij krijgt hevige krampen en is niet op tijd op het toilet. Hij schaamt zich kapot en vermijdt sindsdien om mee op stap te gaan met zijn vrienden. Hij verzint smoesjes om niet mee te hoeven naar een restaurant of frietkot. Als hij aan z'n vrienden uitlegt dat hij geen frieten, frikandellen, bier en brood meer verdraagt, vinden ze dat hij overdrijft en dat hij zich wat inbeeldt.

Jelle ziet het daarom logischerwijs niet meer zitten 'een stapje in de wereld te zetten'. Zelfs de jaarlijkse vriendenuitstap naar Rock Werchter laat hij met een smoes aan zich voorbijgaan. Hij mag er niet aan denken dat hij in The Barn, in het midden van de dansende menigte, ineens dringend naar het toilet moet. Sporten doet hij ook niet meer, en als hij al eens naar de bioscoop gaat, zorgt hij er angstvallig voor dat hij aan de rand van de zaal zit. Dan is hij op zijn gemak – en gebeurt er in de regel niets.

Meer vrouwen dan mannen

Zeg niet te gauw, 't is weer een vrouw... Misschien ken je dit cliché, dat in de jaren '80 werd gelanceerd. We zouden het op PDS kunnen toepassen, want de aandoening komt volgens de statistieken beduidend vaker voor bij vrouwen. Toch moeten mannen nu niet denken dat zij het niet kunnen krijgen – daarom begon ik dit hoofdstuk met het verhaal van Jelle.

Globaal komt PDS in de westerse landen voor bij 5 tot 15 procent van de bevolking. Deze cijfers liggen ver uit elkaar, en dat komt door de criteria die we hanteren in de studies die dit op grote schaal hebben onderzocht. Een goed cijfer om te onthouden is 10 procent: **een op de tien personen heeft PDS**. Deze mensen hebben er echt last van: het heeft impact op hun dagelijks leven. Uiteindelijk hebben we allemaal wel eens last van onze darmen, bijvoorbeeld bij een stressmoment. Waar denk je dat onze uitdrukking 'stresskakje' vandaan komt? We spreken pas van PDS als de klachten aanhouden en leiden tot ongemakken.

Over het genderissue zijn alle studies het eens: twee derde van de patiënten is vrouw, een derde is man. Waarom dit zo is, is (nog) niet ontrafeld.

We krijgen regelmatig de vraag of PDS – en eigenlijk alle darmziekten – tegenwoordig vaker voorkomen. Het is inderdaad een feit dat er nog nooit eerder zoveel artikelen in kranten en tijdschriften zijn verschenen over darmziekten. In Vlaanderen konden we in 2024 op televisie kijken naar het VRT-programma *De grote boodschap*, waarin veel patiënten met PDS aan het woord kwamen. Vraag het aan restauranthouders en ze vertellen je allemaal hetzelfde: ze hebben hun keuken nog nooit zo vaak moeten aanpassen aan alle individuele voedselintoleranties die mensen met PDS aangeven.

En toch: als we naar de wetenschappelijke literatuur rond PDS kijken, moeten we concluderen dat de studies niet echt een reële toename tonen. Het cijfer dat we eerder aanhaalden – 10 procent van de bevolking – is al een paar decennia stabiel. Maar als arts ervaar ik ook dat er veel meer patiënten met PDS naar ons spreekuur komen. In een praktijk van een maag-darmspecialist vormen zij een kleine helft van de consultaties. Bij de huisarts gaat het om een op de tien consultaties. Ik denk dat mensen vandaag de dag sneller de stap naar de geneeskunde zetten en om hulp komen vragen. Dat is een goede evolutie. De toegenomen media-aandacht voor de darmen heeft daar ongetwijfeld ook iets mee te maken. Door correcte en duidelijke informatie te geven, hoop ik dat mensen met PDS aan de slag kunnen. Dat ze zelf mede het roer in handen nemen. Want als je weet wat er aan de hand is, kun je ook echt iets doen.

Wanneer heb je PDS?

In studies en ook in onze praktijk gebruiken we de zogenaamde ‘Rome-criteria’ om de diagnose te stellen. Een groep wijze mannen en vrouwen, internationale experts, reist om de zoveel jaar naar Rome en stellen daar de criteria op. De laatste keer was dat in 2016. Deze criteria geven een duidelijk kader om de diagnose van PDS te stellen. Zeker voor wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld naar nieuwe medicatie, is zo’n afgelijnde definitie cruciaal. Toch zit er in de dagelijkse praktijk wel wat rek op. Zo is er bijvoorbeeld wat speelruimte rond de opgelegde tijdsduur van de klachten.

Rome-criteria om te kunnen spreken van prikkelbaredarmsyndroom (2016)

Concreet spreken we van PDS als er sprake is van terugkerende buikpijn, ten minste één dag per week gedurende de afgelopen drie maanden. De buikpijn gaat gepaard met minstens twee van de volgende criteria:

- De pijn verbetert (of verslechtert) na een stoelgang.
- De frequentie van de stoelgang verandert.
- De vorm (uiterlijk) van de stoelgang verandert.

.Deze klachten moeten al minstens drie maanden aanhouden, en de eerste symptomen moeten begonnen zijn ten minste zes maanden vóór de diagnose wordt gesteld – en in afwezigheid van alarmsymptomen.

Let op, deze klachten horen NIET bij PDS

Het is ook belangrijk om te weten welke klachten niet bij PDS horen. Dat zijn de zogenaamde alarmsymptomen.

Heb je:

- bloed in de stoelgang;
- koorts;
- onverklaarbaar gewichtsverlies?

Besef dan dat dit niet bij PDS hoort en ga naar de huisarts. Ook als je klachten ontstaan op latere leeftijd (boven de 45 jaar) of als de ontlasting plotseling duidelijk verandert, raad ik je aan een arts te consulteren.

Verskillende types PDS

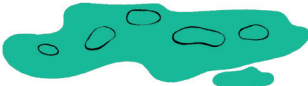
Voor alle duidelijkheid: er is geen enkele test (geen bloedonderzoek, geen scan, geen endoscopie) die zwart op wit kan aantonen dat iemand PDS heeft. De diagnose wordt gesteld op basis van een combinatie van een aantal symptomen.

We delen PDS vaak in volgens het stoelgangpatroon dat het meest op de voorgrond staat. Als je moeilijk (weinig frequent, hard) naar het toilet gaat, dan spreken we van 'PDS-C', waarbij de C staat voor constipatie. Is de ontlasting juist te slap of te frequent, dan spreken we van 'PDS-D'. De D staat voor diarree. Sommige patiënten wisselen van patroon: die zijn sommige weken geconstipeerd, hebben dan enkele weken diarree – en dan weer andersom. Dit noemen we 'PDS-M', waarbij de M staat voor *mixed*, een gemengd patroon. In grote lijnen komen de drie types even vaak voor: ze maken dus elk een derde van de groep uit. Het is belangrijk om te weten welk type iemand heeft, om de behandeling te kunnen sturen.

Om het type PDS te bepalen, moeten we dus weten *hoe* iemands stoelgangpatroon eruitziet. Dat kan gaan over de frequentie (hoe vaak per dag of per week), maar ook over de consistentie. Mensen kunnen dat plastisch omschrijven – ik ben zelf nogal fan van de vraag 'Is het zoals chocomousse, of eerder een harde nougat? Of keien? – maar gelukkig is er ook een gestandaardiseerd hulpmiddel: de Bristol stoelgangsschaal.

In de volgende figuur zie je de 'Bristol stool chart', een visuele weergave van de verschillende types stoelgang. Mensen met type 1 en 2 horen bij de groep van PDS-C, terwijl mensen met het type 6 en 7 bij de groep PDS-D horen. De types 3, 4 en 5 worden meestal als normaal beschouwd.

Bristol Stool Chart

TYPE 1		Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang)
TYPE 2		Als een worst, maar klonterig
TYPE 3		Als een worst, met barstjes aan de buitenkant
TYPE 4		Als een worst of slang, glad en zacht
TYPE 5		Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang)
TYPE 6		Zachte en papierige delen met niet-definieerbare randen
TYPE 7		Waterige, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar

Een gestoorde communicatie tussen darmen en hersenen

PDS werd lang beschouwd als iets dat ‘tussen de oren zat’. Er werd vaak bedenkelijk gekeken naar deze patiënten. Deze mensen beelden zich juist helemaal niets in: ze hebben reële klachten als gevolg van een verstoorde interactie tussen de zenuwen van de darmen en de hersenen. Want in de hersenen – en die zitten nu eenmaal *tussen de oren* – worden we ons bewust van alles wat er in en op ons lichaam gebeurt.

Ik probeer het eenvoudig uit te leggen – en dat is onvermijdelijk wat kort door de bocht. De hele dag door – 24/7 – sturen je darmen signalen naar je hersenen. Die signalen zijn er altijd, maar we merken ze meestal niet op. Alleen als de prikkel te hevig is, worden we ons ervan bewust. Die signalen worden opgepikt door de darmcellen, die ze doorgeven aan een complex netwerk van zenuwen in en rond de darmen. Dat netwerk noemen we ook wel het ‘gut-brain’ of darmbrein. Deze zenuwen staan via een ander zenuwnetwerk in verbinding met het ruggenmerg en vervolgens met de hersenen. In de hersenen (‘het brein’) komen deze signalen aan. Maar we nemen ze dus pas echt waar als ze opvallend of pijnlijk genoeg zijn.

Bij mensen met een verstoorde interactie tussen darmen en hersenen worden ook die onschuldige signalen uit de darmen bewust waargenomen. Die voelen dan aan als pijn, een opgeblazen gevoel of ongemak. Dit effect wordt nog versterkt door factoren als stress, ziekte, eetgewoonten en misschien wel erfelijke elementen – daar hebben we nog geen duidelijk idee over. Al speelt stress ongetwijfeld een rol bij het uitlokken of verergeren van klachten. Dit betekent níét dat deze aandoeningen ‘tussen de oren zitten’, want er zijn wel degelijk fysieke klachten. We noemen die aandoeningen vandaag de DGBI's: *Disorders of Gut-Brain Interaction*.

Aandoeningen waarbij de wisselwerking tussen de darmen en de hersenen verstoord is.

Dat verklaart meteen ook een van de meest typische verschijnselen bij PDS: *viscerale hypersensitiviteit*, of eenvoudiger gezegd: overgevoelige ingewanden. Als hun darmen uitzetten door gas, hebben mensen met PDS sneller pijn. Dat weten we uit onderzoeken waarbij proefpersonen via de anus een ballonnetje ingebracht kregen dat voorzichtig werd opgeblazen. Bij mensen zonder PDS kon dat ballonnetje tot wel 500 milliliter gevuld worden zonder dat ze echt pijn aangaven. Bij mensen met PDS zagen we al bij 200 à 300 milliliter duidelijke klachten opduiken.

De vraag is natuurlijk: *waarom* heeft of krijgt iemand een verstoorde ‘gut-brain interaction’? Wat we al langer weten, is dat PDS kan ontstaan na een flinke buikgriep. Denk maar aan het verhaal van Jelle hierboven. Het is bekend dat er bij een op de drie personen die een forse buikgriep doormaken, bijvoorbeeld een reizigersdiarree of een voedselvergiftiging, nadien symptomen van PDS ontstaan. We hebben er zelfs een specifieke term voor: ‘post-infectieus PDS’. Dat gegeven bracht onderzoekers op het idee om de oorzaak van de verstoorde darm-hersenfunctie te gaan zoeken in de darm-microbiota (de darmflora). Er zijn veel tekenen die in die richting wijzen, maar we staan met dit onderzoek pas in de beginfase. Het fijne weten we er nog niet van. Het zou kunnen dat bepaalde microben in de darm terechtkomen die op hun beurt stoffen produceren die de darmwand in milde mate doen ontsteken. Die ontsteking zou dan de zenuwen in de darmwand activeren en zorgen voor een overgevoeligheid. Zoals je merkt, gebruik ik vaak de voorwaardelijke wijs: veel van wat we vermoeden, is nog niet definitief bewezen. Ik sluit mijn lezingen over dit onderwerp dan ook graag af met ‘*Come and see next year(s)*’.

Toch beweegt er een en ander. Zo ontdekten we enkele jaren geleden dat sommige microben in de darmwand ‘mastcellen’ kunnen activeren. Deze mastcellen geven dan het eiwit ‘histamine’ vrij

– en van histamine weten we dat het krampen en diarree kan veroorzaken. Dat deze kennis zijn weg naar de behandeling al heeft gevonden, lees je verderop. Er is dus hoop!

Welke symptomen heeft iemand met PDS?

Elien is een 28-jarige directiesecretaresse bij een bank. Sinds haar puberteit heeft ze regelmatig buikpijn, vooral aan de linkeronderkant van haar buik. De buikpijn is telkens minder na de stoelgang. Haar stoelgang is altijd regelmatig, als ze maar dagelijks fruit eet en voldoende drinkt. De huisarts die ze in haar puberteit bezoekt, drukt haar op het hart om voldoende fruit te blijven eten en dagelijks naar het toilet te gaan.

Na haar studies vindt ze snel werk: ze begint op haar 24ste bij een bank in Brussel. Ze probeert 's morgens voor ze naar de trein vertrekt naar het toilet te gaan, maar dat lukt bijna nooit. In de trein naar het toilet gaan is er zeker niet bij (...) en bij de bank komt het er ook vaak niet van. Toch vindt ze het geen probleem om op haar werk naar het toilet te gaan – er is gelukkig geïnvesteerd in hygiënisch sanitair met volledig afgesloten toiletten. Maar door vergaderingen en allerlei verplichtingen stelt ze de aandrang vaak uit. Ze gaat soms drie dagen of langer niet naar het toilet. Ze krijgt dan ook meer buikpijn. Die lost ze op – dankzij een tip van haar moeder – door een goede schep olijfolie te drinken. Ze krijgt daar krampen en diarree van en dan is de pijn over. Als ze gaat werken, kan ze geen olijfolie innemen. Ze eet gezond: havermoutvlokken 's morgens, dagelijks twee appels, twee liter water, rauwkost 's middags, volkorenpasta 's avonds... Ze ondervindt meer en meer een opgeblazen gevoel van de buik. 's Morgens valt het nog mee, maar in de loop van de dag moet ze het bovenste knoopje van haar broek openzetten en naar de avond toe is haar buik zichtbaar opgezet – alsof ze zes maanden zwanger is. Ze heeft er zelfs loszittende kleding voor gekocht, want ze wil niet dat haar collega's haar dikke buik zien.

www.lannoo.com

Registreer u op onze website en we sturen u regelmatig een nieuwsbrief met informatie over nieuwe boeken en met interessante, exclusieve aanbiedingen.

Tekst: Danny De Looze

Redactie: Sandra Evers

Grafische vormgeving binnenwerk: Studio Lannoo (Mieke Verloigne)

Omslagontwerp: Studio Vonk & De Boer

Illustraties: Caroline De Cock (p. 18, p. 60: illustraties uit *Wat onze darmen ons vertellen*) – Nele Reyniers (p. 36: illustratie uit *Eat to beat: het prikkel-baredarmsyndroom*)

Als u opmerkingen of vragen heeft, kunt u

contact opnemen met onze redactie:

redactielifestyle@lannoo.com

© Danny De Looze en Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2025

NUR 860 — ISBN: 978 90 209 8096 7

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave zijn uitdrukkelijk niet toegestaan.

All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training and similar technologies.