

Factsheet voor de Bedrijfsarts

van de multidisciplinaire richtlijn

'Inflammatoire darmziekten bij volwassenen'

De multidisciplinaire richtlijn Inflammatoire darmziekten verscheen in 2008. De richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. De NVAB participeerde in de werkgroep en werd vertegenwoordigd door bedrijfsarts G.J. (Govert) Houwert.

Definitie

Inflammatoire darmziekten (inflammatory bowel disease of IBD) betreft een groep van ideopatische, chronisch inflammatoire darmaandoeningen waaronder de Ziekte van Crohn (ZvC) en colitis ulcerosa (CU). Bij een minderheid (5 tot 10%) van de patiënten kan – klinisch – het onderscheid tussen ZvC of CU niet gemaakt worden (niet-classificeerbare IBD).

Klachten

Symptomen bij eerste presentatie zijn diarree met of zonder bloedverlies, chronische pijn in de onderbuik of subacute pijn in de rechteronderbuik (lijkend op appendicitis) meestal met veranderingen in het defecatiepatroon. Ook onbedoeld gewichtsverlies met malaiseklachten en onverklaarde anemie kunnen duiden op IBD. De klachten zijn vooral afhankelijk van de lokalisatie en de ernst van de ontsteking – dus niet zo zeer van de diagnose ZvC of CU.

ZvC kan zich in de gehele tractus digestivus manifesteren met als voorkeurslocaties het colon en terminale ileum. CU is gelokaliseerd in de dikke darm (colon), variërend van alleen een proctitis tot de gehele dikke darm (in de ernstigste gevallen zelfs het terminale ileum).

Epidemiologie

Volgens gegevens van de Maag Darm Lever Stichting hebben meer dan 50.000 mensen in Nederland de diagnose IBD gekregen. ZvC begint meestal tussen het 15^{de} en 30^{ste} jaar, CU tussen het 10^{de} en 40^{ste} jaar. De incidentie van IBD neemt toe en is nu ongeveer 7:100.000 voor ZvC en 10:100.000 voor CU.

Risicofactoren

De etiologie van IBD is onbekend. Een positieve familieanamnese vormt een risicofactor – bij ZvC meer dan bij CU. Een duidelijke extrinsieke risicofactor is het rookgedrag: Roken vormt een risicofactor voor het manifesteren van ZvC én voor opvlammingen hiervan, anderzijds is juist het stoppen met roken een risicofactor voor het manifesteren van CU. Risicofactoren in het werk zijn niet bekend.

Diagnostiek

Differentiatie met het veel meer voorkomende prikkelbaar darmsyndroom (PDS) is van belang. De symptomen van PDS en IBD vertonen veel overlap wat het stellen van de juiste diagnose bemoeilijkt. Klachten die PDS waarschijnlijk(er) maken zijn langdurig intermitterend of continue buikpijn in relatie tot defecatie samen met een opgeblazen gevoel, afwisselend diarree en obstipatie of slijm bij ontlasting. Pijn bij palpatie van het colon past bij PDS. Normale ontstekingsparameters sluiten IBD niet per se uit. Pijnlijke, krampende aandrang rond anus en perineum (tenesmi ani) duidt op proctitis – mogelijk IBD.

De diagnose IBD wordt gesteld met een combinatie van klinische bevindingen en uitkomsten van biochemisch, radiologisch, endoscopisch en histologisch onderzoek. De verdenking op IBD wordt versterkt door aanwezigheid van bloedverlies, perianale afwijkingen, een positieve familieanamnese en tekenen van ontsteking. Patiënten die op basis van anamnese en onderzoek verdacht worden van een chronisch inflammatoire darmziekte horen verwezen te worden voor specialistisch onderzoek (onder meer ileocoloscopie met afnemen van bipten).

Aanwezigheid van extra-intestinale manifestaties passend bij IBD, maakt de verdenking groter. Dit betreft reactieve aandoeningen zoals inflammatoire huidreacties (aften, erythema nodosum), artropathie en oogontstekingen maar ook aandoeningen die meer voorkomen bij IBD zoals spondylitis ankylopoëtica en chronische leverziekte. Ook aandoeningen die optreden bij chronische darmziekte zoals galstenen, nierstenen en malabsorptie, worden tot de extra-intestinale manifestaties gerekend.

Bij opvlamming van de ziekteactiviteit is gericht onderzoek doorgaans aangewezen om de juiste behandeling te bepalen. ZvC en CU worden geclassificeerd op basis van de lokalisatie en het beloop van het ontstekingsproces. Sluitstuk van het diagnostisch traject is classificatie en fenotypering volgens de Montreal-criteria (dit is definitief mogelijk na 5 jaar follow-up).

Behandeling

In eerste aanleg richt de behandeling zich op het tot rust brengen van de darmontstekingen met inductietherapie; bij CU 5-ASA of corticosteroïden; bij ZvC meestal corticosteroïden, immunosuppressie en zo nodig antibiotica, vervolgens wordt onderhoudsbehandeling ingesteld (idem evt. ciclosporine, thiopurine of antiTNF), gebruikelijk volgens de zgn. step-up strategie waarbij allereerst medicatie ingezet wordt met een relatief mild bijwerkingenprofiel.

Bij ± 20% schiet medicamenteuze inductie- en onderhoudstherapie tekort en is chirurgische interventie aangewezen. Indicaties voor acuut ingrijpen bij ZvC zijn: Persistierende ileus, bloeding die niet op niet-chirurgische wijze te stoppen is, een abces dat niet toegankelijk is voor een (te prefereren) percutane benadering en perianale abces. Electieve chirurgie wordt gedaan bij therapieresistente passageklachten, perianale fistels en refractaire ziekteactiviteit. Indicaties voor acuut ingrijpen bij CU zijn: Therapie-resistente toxische colitis of toxisch megacolon (totale colectomie met eindstandig ileostoma), perforatie en bloeding die niet op niet-chirurgische wijze te stoppen is. Indicaties voor electieve chirurgie zijn: Onvoldoende respons op optimale therapie, complicaties van medicatie, dysplasie of maligniteit en reconstructie na acute colectomie (na herstelperiode van 3 tot 6 maanden, afbouw van corticosteroïden en op wens van patiënt; restproctocolectomie met aanleg ileoanale pouch).

Bij zowel actieve als rustige ziekte bestaat een verhoogd risico op ondervoeding en puntdeficiënties. Probiotica zijn bewezen effectief bij het voorkomen van pouchitis (niet als behandeling daarvoor). Patiënten met ZvC of CU hebben een verhoogd risico op het krijgen van colorectaal carcinoom – geassocieerd met duur, ernst en uitgebreidheid van de ziekte. Hiervoor zijn surveillanceprogramma's van toepassing (met 3-, 2- of 1-jaarlijkse screening). De levensverwachting verschilt niet (bij CU) of nauwelijks (bij ZvC) van de totale bevolking.

Beleid met betrekking tot arbeid

Uit onderzoek (Boonen et al, 2002) blijkt dat IBD gepaard gaat met een (6,5%) lagere arbeidsparticipatie en – onder de respondenten met werk – meer ziektedagen (19,2 versus 11,8 in de controlegroep). In 2004 was ten minste 0,58% van de instroom in de WAO verbonden aan de diagnose IBD.

De mate van door IBD veroorzaakte beperkingen is vooral afhankelijk van de ziekteactiviteit. Vermoeidheidsklachten, bijwerkingen van de behandeling en eventuele extra-intestinale manifestaties, zijn van invloed, evenals de coping van de patiënt met (de onzekerheid rond) het chronisch ziek zijn. De kwaliteit van de zorg (waaronder communicatie en voorlichting door hulpverleners) en van aanwezige sociale steun speelt een grote rol. Voor mensen met IBD is een snelle toegang tot toiletten met adequate hygiënische voorzieningen van belang.

De aanleg en het leven met een stoma vormt vaak een extra psychische belasting. Mogelijke fysieke beperkingen zijn o.a. het hanteren van zware lasten, het werken in gebogen, getordeerde of anderszins oncomfortabele werkhoudingen, stootrisico, in krappe, warme of vochtige werkruimtes, oncomfortabele werkkleding en blootstelling aan schokken of trillingen.

Samenwerking

IBS is een chronische aandoening die kan drukken op de participatiemogelijkheden maar dit hoeft niet zo te zijn. Het is aangewezen dat bedrijfsartsen bekend zijn met de symptomen, risicofactoren en het klinisch beeld en beloop van IBD. Het in grote lijnen bekend zijn met de behandelmogelijkheden is bijdragend. De plek van het stoma kan meer of minder hinderlijk zijn bij het uitvoeren van werkzaamheden. Goede samenwerking met de curatieve sector – waaronder stoma-verpleegkundigen – bij het monitoren van ziekteactiviteit en het faciliteren van participatiemogelijkheden kan bijdragen aan het voorkómen van ernstigere klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid – met andere woorden een betere zorg voor de werkende met IBD.

De multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen' (2008) is te vinden [via deze link naar de website van Diliguide](#).