

# Behandeling van kinderen met chronische buikklachten

Sophie Ansems, Marjolein Berger, Bert Holvast, Gea Holtman

**Huisartsen zien regelmatig kinderen met chronische buikklachten. Huisartsen kunnen de meeste van deze kinderen heel goed onderzoeken en behandelen. Ze moeten dan wel in staat zijn ernstige organische aandoeningen tijdig te herkennen zonder het kind te belasten met onnodig aanvullend onderzoek. Hoe dat kan, laten we zien aan de hand van nieuwe inzichten uit de literatuur in aanvulling op de NHG-Standaard. De 4 hoekstenen van de eerstelijnszorg aan kinderen met functionele buikklachten zijn: neem de tijd, geef uitleg op maat, behandel symptomatisch en bied goede follow-up.**

Een huisarts ziet per jaar gemiddeld ongeveer 10 kinderen met chronische buikklachten. Elk kind zorgt voor 2 klinische uitdagingen.<sup>1,2</sup> De eerste is dat de huisarts aandoeningen die in de eerste lijn te behandelen zijn, zoals gastro-enteritis of functionele buikpijn, moet onderscheiden van ernstige aandoeningen die een indicatie zijn voor verwijzing, zoals coeliakie of een inflammatoire darmziekte. Laatstgenoemde aandoeningen zijn zeldzaam. De kans erop is dus klein, maar het is zaak ze niet te missen, want uitstel van behandeling kan leiden tot serieuze complicaties.<sup>3-5</sup> Tegelijkertijd kun je kinderen met functionele buikpijn niet te veel diagnostische tests en verwijzingen aandoen want ook dat heeft vervelende gevolgen, waaronder medicalisering en mogelijk aanhoudende klachten.<sup>6</sup>

Er is nog een tweede uitdaging, namelijk goed uitleggen wat functionele buikklachten zijn. Van elke 10 kinderen met niet-acute buikklachten hebben er 9 functionele buikklachten, zoals functionele buikpijn, prikkelbaredarmsyndroom en functionele obstipatie.<sup>1,7</sup> Ook kinderen met functionele buikklachten hebben baat bij een adequate behandeling. Het is de taak van de huisarts om ouders én kind uit te leggen wat die diagnose inhoudt en ze hierbij te begeleiden. Dat is niet altijd makkelijk, want de klachten kunnen hardnekkig zijn en de helft van de patiënten heeft een jaar na de eerste presentatie nog steeds functionele buikklachten die de dagelijkse activiteiten beïnvloeden, geregeld tot schoolverzuim leiden en soms tot in de adolescentie een grote impact hebben op de kwaliteit van leven.<sup>8-10</sup>

De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen (2012) adviseert om bij niet-acute buikpijn alleen aanvullend onderzoek te

doen als er aanwijzingen zijn voor een somatische oorzaak.<sup>11</sup> Verwijzing wordt aanbevolen bij afwijkende coeliakieserologie of alarmsignalen. De standaard raadt verder aan te overleggen met een kinderarts bij het vermoeden van kindermishandeling en bij ernstige aanhoudende functionele buikpijn. Het beleid berust in eerste instantie op goede communicatie, voorlichting en geruststelling. Een goede follow-up, bijvoorbeeld na een maand, is van belang. Recent is in patiëntendossiers van 57 huisartsenpraktijken onderzocht welk beleid de huisarts volgde bij 2200 kinderen van 4-18 jaar met niet-acute buikklachten. Bij 1 op de 3 kinderen had de huisarts tijdens het eerste consult aanvullend onderzoek aangevraagd, (slechts) 1 op de 4 kinderen had binnen 1 maand een vervolgspraak gekregen en 1 op de 7 was binnen 12 maanden naar een specialist verwezen.<sup>12</sup>

Aan de hand van de 2 zojuist beschreven klinische uitdagingen geven we een aantal aanbevelingen voor de evaluatie en behandeling van kinderen met chronische buikklachten.

## WELK AANVULLEND ONDERZOEK IS ZINVOL EN WANNEER?

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn meestal voldoende om te kunnen bepalen of de patiënt in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden. Dat geldt voor bijvoorbeeld dysmenorroe, functionele obstipatie of prikkelbaredarmsyndroom. Bij buikpijn in combinatie met diarree > 10 dagen valt fecesonderzoek naar parasieten te overwegen.<sup>11</sup> De NHG-Standaard adviseert om bij alarmsymptomen voor coeliakie en/of inflammatoire darmziekte coeliakieserologie te doen en bezinking (BSE), leukocytengetal en hemoglobine (Hb) te bepalen [**kader**].<sup>11</sup> Coeliakie heeft soms een atypische presentatie en de diagnostiek door huis- en kinderartsen verdient enige aandacht.<sup>13</sup> Daarbij moeten huisartsen zich wel realiseren dat er in de eerste lijn geen onderzoek is gedaan naar de waarde van coeliakieserologie en dat de test alleen zin heeft bij een reëel vermoeden van coeliakie.<sup>15</sup>

Uit het eerdergenoemde dossieronderzoek bleek dat huisartsen regelmatig aanvullend onderzoek doen bij kinderen met niet-acute buikklachten. De 5 meest ingezette tests waren C-reactief proteïne (CRP), leukocytengetal, hemoglobine, creatinine en urineonderzoek.<sup>12</sup> Mogelijk wordt CRP zo vaak gebruikt omdat het een point-of-care test is; wat ook mee kan spelen is de aanbeveling in de richtlijn van de Nederlandse

## DE KERN

- Bij een kind met chronische buikklachten is het een uitdaging functionele buikklachten te onderscheiden van een ernstige aandoening zonder onnodige diagnostiek.
- Bij een kind met functionele buikklachten is het de uitdaging zodanig goede uitleg en follow-up te bieden dat patiënt en ouders gerustgesteld worden.
- Er is steun te vinden bij kennis over de alarmsymptomen van ernstige aandoeningen, de [lage] incidentie van die aandoeningen, de kans op fout-positieve of fout-negatieve uitslagen van aanvullend onderzoek en de bijbehorende vervolgstappen.
- De huisarts is bij uitstek geschikt om kinderen met functionele buikklachten te behandelen. Neem de tijd voor een vervolgspraak, geef uitleg op maat en bied symptomatische behandeling aan.

Vereniging voor Kindergeneeskunde om bij alle kinderen met chronische buikpijn een volledig bloedbeeld, CRP en coeliakiescreening te overwegen.<sup>16</sup> In de huisartsenpraktijk kunnen negatieve uitslagen van CRP, BSE en Hb een inflammatoire darmziekte echter onvoldoende uitsluiten (de sensitiviteit is laag), en de diagnostische waarde van het leukocytengetal om functionele van inflammatoire darmziekten te onderscheiden is nooit onderzocht.<sup>17</sup> Huisartsen moeten zich realiseren dat het risico op fout-negatieve uitslagen bij deze onderzoeken hoog is.

De fecaal calprotectinetest kan, mits correct gebruikt, een alternatieve manier zijn om een inflammatoire darmziekte uit te sluiten. De test is niet-invasief en heeft een sensitiviteit van 0,99 (95%-BI 0,81 tot 1,00) bij kinderen met alarmsymptomen in de huisartsenpraktijk.<sup>18</sup> Toch wordt de test niet aanbevolen in de NHG-Standaard en in de praktijk nog weinig toegepast. Zou je de test inzetten bij alle kinderen met chronische buikpijn, ook zonder alarmsymptomen en ook < 5 jaar, dan zou dat leiden tot veel fout-positieven en juist tot méér verwijzingen voor aanvullende invasieve diagnostiek (endoscopie).<sup>18</sup> Op dit moment wordt onderzocht of de fecaal calprotectinetest in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk zorgt voor minder verwijzingen naar de tweede lijn.<sup>19</sup> Totdat deze resultaten bekend zijn, is het raadzaam de fecaal calprotectinetest nog niet te gebruiken.

Naast het meer of minder waarschijnlijk maken van een ernstige aandoening zijn er ook andere redenen om diagnostisch onderzoek te doen, bijvoorbeeld omdat de ouders om een bepaalde test vragen of omdat ouders en kind er toch niet gerust op zijn. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat een negatieve testuitslag lang niet altijd een geruststellend effect heeft.<sup>20</sup> De kans op geruststelling wordt wel groter bij een tweesporenbeleid.<sup>21</sup> Bespreek van tevoren welke stappen er na een negatieve uitslag zullen volgen en leg uit welke aandoeningen kunnen worden uitgesloten bij een negatieve uitslag.<sup>20-23</sup>

In het eerder genoemde dossieronderzoek werd 13% van de kinderen binnen een jaar na het eerste consult verwezen naar een specialist.<sup>12</sup> Dit lijkt veel, bij een voorafkans van ongeveer 1% op een ernstige aandoening. De huisartsen zullen de kinderen echter niet alleen verwezen hebben vanwege twijfel over de diagnose. Een verwijzing kan ook worden gegeven omdat de ouders niet overtuigd zijn dat het functionele buikklachten zijn of om bepaald onderzoek vragen, of om het kind een bepaalde behandeling te geven. Dat neemt niet weg dat verwijzingen naar de kinderarts bij niet-somatische buikpijn volgens Nederlandse huisartsen zelf tot de 30 meest 'zinloze' handelingen behoren.<sup>24</sup>

## UITLEG EN BEHANDELING

De behandeling van kinderen met functionele buikklachten kan grotendeels in de huisartsenpraktijk plaatsvinden. De eerste en belangrijkste stap is de tijd nemen om het vertrouwen te winnen van ouders en kind, zodat je samen tot een passende en acceptabele verklaring van de klachten kunt komen. Twee Noorse kwalitatieve onderzoeken lieten zien dat zowel ouders als kinderen er behoefte aan hebben dat hun huisarts een verklaring geeft voor de functionele buikklachten.<sup>25,26</sup> Een Nederlands interviewonderzoek met 13 ouders en 2 kinderen bevestigde dit beeld. Wat het best werkte, was een vervolgspraak plannen, daarin de klachten nogmaals bespreken en samen naar een verklaring zoeken.<sup>27</sup>

### ALARMSYMPTOMEN VOOR INFLAMMATOIRE DARMZIEKTE EN/OF COELIAKIE BIJ KINDEREN MET CHRONISCHE BUIKPIJN EN/OF DIARREE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

#### Anamnese

- Lengtegroei vertraging
- Ongewild gewichtsverlies
- Rectaal bloedverlies
- Familiair voorkomen van inflammatoire darmziekte of coeliakie

#### Lichamelijk onderzoek

- Coeliakie en inflammatoire darmziekte
  - ▶ afbuigende groeicurve
  - ▶ ongewild gewichtsverlies
  - ▶ vertraagde puberteitsontwikkeling
  - ▶ afteuze stomatitis
  - ▶ artritis
- Coeliakie
  - ▶ dermatitis herpetiformis
- Inflammatoire darmziekte
  - ▶ uveïtis, [epi]scleritis
  - ▶ perianale inspectie: skin tags, fistels, hemorroïden, fissuur, abces
  - ▶ huid: pyoderma gangrenosum, psoriasis, erythema nodosum



De 4 hoekstenen bij kinderen met functionele buikklachten zijn: de tijd nemen, uitleg op maat geven, symptomatisch behandelen en goede follow-up bieden.

Foto: iStock

Het biopsychosociale model leent zich hier vaak het beste voor.<sup>28</sup>

Ook nadat er een passende verklaring is gevonden, blijven de klachten soms bestaan. In dat geval kan een symptomatische behandeling worden overwogen. In de tweede lijn wordt bij kinderen van 4-18 jaar met functionele buikpijn en prikkelbaredarmsyndroom cognitieve gedragstherapie geadviseerd.<sup>16</sup> Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij deze kinderen in de eerste lijn, maar er loopt wel een RCT naar hypnotherapie als thuisbehandeling.<sup>28</sup> Als een kind aanhoudend functionele buikpijn heeft, kan de huisarts overleggen met de kinderarts of het kind in aanmerking komt voor cognitieve gedragstherapie of hypnotherapie, en welke zorgverlener in de regio hiervoor geschikt is.

Sommige kinderen met chronische buikklachten hebben functionele obstipatie. Kinderen met langdurige obstipatieklachten kunnen baat hebben bij het bespreken van een gezond voedingspatroon, laxantia of bekkenbodempysiotherapie.<sup>29,30</sup> Om deze symptomatische behandelingen te kunnen aanbieden moet de huisarts binnen het lokale netwerk wel de juiste zorgverleners weten te vinden en op de hoogte zijn van hun behandelstrategieën. Bij kinderen met ernstige aanhoudende klachten of een complexe gezinssituatie is een verwijzing naar de kinderarts op zijn plaats, gezien diens expertise in de behandeling van ernstige functionele klachten en comorbiditeit zoals depressie en angst.

## CONCLUSIE

De huisarts is de aangewezen persoon om kinderen met chronische buikklachten te onderzoeken en te behandelen. Wel is het belangrijk daarbij het juiste midden te houden: ernstige organische aandoeningen moeten gesignaleerd worden, maar een overmaat aan aanvullend onderzoek en verwijzingen moet worden vermeden. De 4 hoekstenen van de eerstelijnszorg aan kinderen met functionele buikklachten zijn: de tijd nemen, uitleg op maat geven, symptomatisch behandelen en goede follow-up bieden. Op die manier krijgt het kind zorg op maat binnen de context van de huisartsenpraktijk. ■

## LITERATUUR

1. Spee LA, Lisman-van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Berger MY. Prevalence, characteristics, and management of childhood functional abdominal pain in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:197-202.
2. Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Ann Fam Med* 2011;9:337-43.
3. Walters TD, Kim MO, Denson LA, Griffiths AM, Dubinsky M, Markowitz J, et al. Increased effectiveness of early therapy with anti-tumor necrosis factor- $\alpha$  vs an immunomodulator in children with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2014;146:383-91.
4. Laurikka P, Nurminen S, Kivelä L, Kurppa K. Extraintestinal manifestations of celiac disease: Early detection for better long-term outcomes. *Nutrients* 2018;10:1015.
5. Ricciuto A, Fish JR, Tomalty DE, Carman N, Crowley E, Popalis

- C, et al. Diagnostic delay in Canadian children with inflammatory bowel disease is more common in Crohn's disease and associated with decreased height. *Arch Dis Child* 2018;103:319-26.
6. Lindley KJ, Glaser D, Milla PJ. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: Lessons from children with functional abdominal pain. *Arch Dis Child* 2005;90:335-7.
  7. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology* 2016;150:1456-68.
  8. Lisman-van Leeuwen Y, Spee LA, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Berger MY. Prognosis of abdominal pain in children in primary care-A prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2013;11:238-44.
  9. Varni JW, Bendo CB, Nurko S, Shulman RJ, Self MM, Francis JP, et al. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *J Pediatr* 2015;166:85-90.
  10. Stone AL, Epstein I, Bruehl S, Garber J, Smith CA, Walker LS. Twenty-year outcomes of a pediatric chronic abdominal pain cohort: early adulthood health status and offspring physical and behavioral health. *J Pain* 2023;24:145-56.
  11. Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, De Jonge AH, Eizenga WH, Geijer RM, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Utrecht: NHG, 2012.
  12. Ansems SM, Berger MY, Pieterse E, Beugel GG, Couwenberg RPE, Holtman GA. Management of non-acute abdominal pain and diarrhea in children in general practice: a historic cohort study with one year follow-up using a Dutch routine primary care database (AHON). *Scand J Prim Health Care*. Forthcoming 2023.
  13. Damoiseaux JG, Damoiseaux RA. Coeliakiediagnostiek bij de huisarts. *Huisarts Wet* 2005;48:24-7.
  14. Sheppard AL, Elwenspoek MM, Scott LJ, Corfield V, Everitt H, Gillett PM, et al. Systematic review with meta-analysis: the accuracy of serological tests to support the diagnosis of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2022;55:514-27.
  15. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020;70:141-56.
  16. Tabbers MM, Rexwinkel R, De Bruijn CMA. Richtlijn Functionele buikpijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2022.
  17. Holtman GA, Lisman-van Leeuwen Y, Kollen BJ, Norbruis OF, Escher JC, Walhout LC, et al. Diagnostic test strategies in children at increased risk of inflammatory bowel disease in primary care. *PLoS One* 2017;12:e0189111.
  18. Holtman GA, Lisman-van Leeuwen Y, Kollen BJ, Norbruis OF, Escher JC, Kindermann A, et al. Diagnostic Accuracy of fecal calprotectin for pediatric inflammatory bowel disease in primary care: a prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2016;14:437-45.
  19. Ansems S, Berger M, Van Rheenen PF, Vermeulen K, Beugel G, Couwenberg M, et al. Effect of faecal calprotectin testing on referrals for children with chronic gastrointestinal symptoms in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021;11:e045444.
  20. McDonald I, Daly J, Jelinek V, Panetta F, Gutman J. Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ* 1996;313:329-32.
  21. Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: Randomised controlled trial. *Br Med J* 2007;334:352-4.
  22. Watson J, de Salis I, Banks J, Salisburly C. What do tests do for doctors? A qualitative study of blood testing in UK primary care. *Fam Pract* 2017;34:735-9.
  23. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005;61:1505-15.
  24. Van Dulmen SA, Tran NH, Wiersma T, Verkerk EW, Messaoudi JC, Burgers JS, et al. Identifying and prioritizing do-not-do recommendations in Dutch primary care. *BMC Prim Care* 2022;23:141.
  25. Brodwall A, Brekke M. Children's and adolescents' experiences with functional abdominal pain: a qualitative study in Norway. *BMJ Open* 2021;11:e048949.
  26. Brekke M, Brodwall A. Understanding parents' experiences of disease course and influencing factors: A 3-year follow-up qualitative study among parents of children with functional abdominal pain. *BMJ Open* 2020;10:e037288.
  27. Ansems SM, Ganzevoort IN, Van Tol DG, Fokkema T, Olthoff M, Berger MY et al. Qualitative study evaluating the expectations and experiences of Dutch parents of children with chronic gastrointestinal symptoms visiting their general practitioner. *BMJ Open* 2023;13:e069429.
  28. Broekhuijsen-van Henten DM, Luitse GH, Van de Putte EM, Berger MY. Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2319-3.
  29. Ganzevoort IN, Fokkema T, Mol-Alma HJ, Heida A, Van der Veen AL, Vermeulen K, et al. Home-based guided hypnotherapy for children with functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in primary care: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2023;13:e069653.
  30. Gordon M, Macdonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD009118.
  31. Van Summeren J, Holtman GA, Kollen BJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van Ulsen-Rust, Tabbers MM, et al. Physiotherapy for children with functional constipation: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. *J Pediatr* 2020;216:25-31.e2.

Ansems SM, Berger MY, Holvast A, Holtman GA. Behandeling van kinderen met chronische buikklachten. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2339-z.  
 Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: S.M. Ansems, promovenda Huisartsgeneeskunde: s.m.ansems@umcg.nl; prof. dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. G.A. Holtman, universitair docent Huisartsgeneeskunde. Martini Ziekenhuis, Afdeling Kindergeneeskunde, Groningen: dr. A. Holvast, kinderarts.  
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.