

# Onbegrepen buikklachten: Wat als niets helpt?

Jenny Brouns  
Diëtist MDL Maastricht UMC+

Diëtistendagen: 15 november 2025



# Casuïstiek ernstige Functionele Dyspepsie

## Vrouw 29 jaar:

- Progressieve FD klachten sinds 1,5 jaar. Begonnen tijdens stressvolle periode; inmiddels meer rust; klachten persisteren.
- rVG PTSS

## Gepoogd:

- lowFODMAP, glutenvrij, vloeibaar/drinkvoeding: geen effect
- Prokinetica: geen effect
- Steeds minder eten. Gewichtsverlies -15 kg.
- Nu 6 maanden gastric rest/dds: 1500ml polymere vezelrijke SV

**Zodra pt probeert te eten: pijn, stase, misselijkheid, opboeren.**

**Eet alleen “veilige voeding”: ice tea green, vanillevla, pepsils, rijstwafels**

# Programma

- Maastricht UMC+ Landelijk expertisecentrum Neurogastroenterologie en Motiliteit (NGM)
- Rol van de diëtist binnen de NGM
- Voedingsadviezen en de rol van de diëtist als onderdeel van de integrale behandeling bij motiliteitsstoornissen
- Voedingsadviezen en de rol van de diëtist als onderdeel van de integrale behandeling bij sensibiliteitsstoornissen

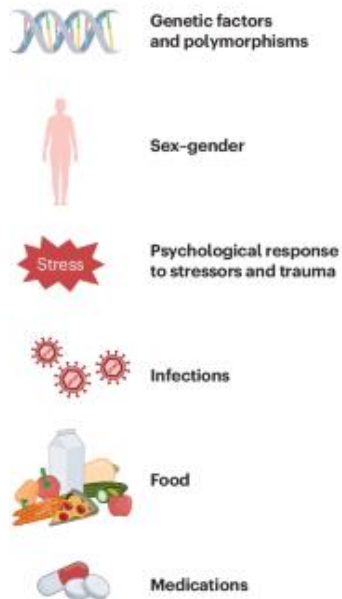


# Expertisecentrum NGM

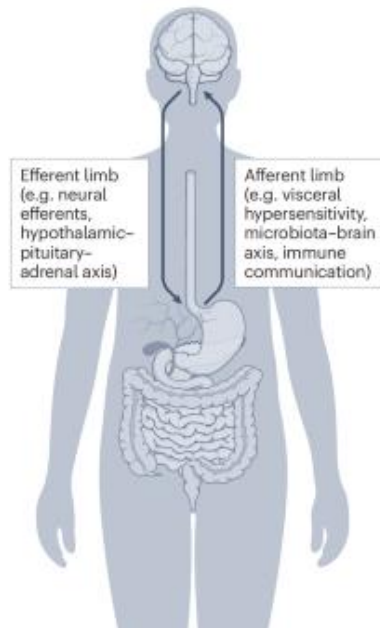
- Poliklinisch spreekuur MDL arts gericht op beoordelen van transport, motiliteit en waarneming van het maagdarmsstelsel.
  - **Is er sprake van een motiliteitsprobleem of een sensorisch probleem of beiden?**
  - BMI > 18
  - Geen gebruik van opiaten
  - Integrale diagnostiek, maatwerkgericht afhankelijk van de problematiek. MDL-arts, beeldvorming, Psychiater, Psycholoog, Bekkenfysiotherapeut, logopedist, diëtist
  - Integraal advies voor de eigen regio

# Sensibiliteitsprobleem Hersen-darm-as

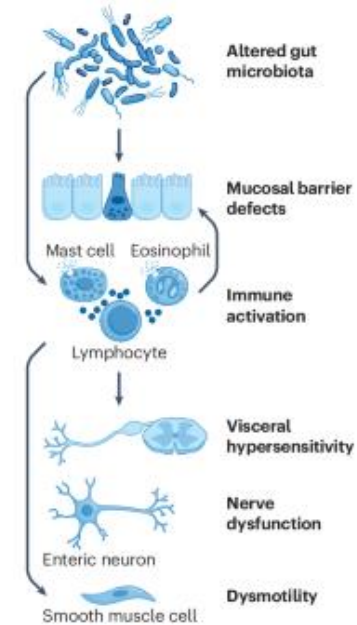
## a Triggers and predisposing factors



## b Dysfunctional gut-brain axis communication



## c Peripheral pathophysiological factors



# Rome IV – diagnoses hersen-darm-as

## Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain

- Centrally mediated abdominal pain syndrome
- Narcotic bowel syndrome and/or opioid-induced gastrointestinal hyperalgesia

## Oesophageal disorders

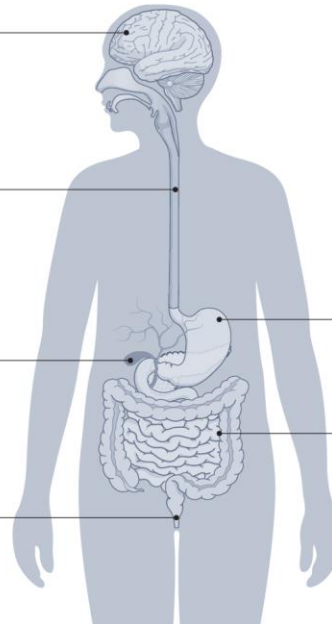
- Functional chest pain
- Functional heartburn
- Reflux hypersensitivity
- Globus
- Functional dysphagia

## Gallbladder and sphincter of Oddi disorders

- Biliary pain
  - Functional gallbladder disorder
  - Functional biliary sphincter of Oddi disorder
- Functional pancreatic sphincter of Oddi disorder

## Anorectal disorders

- Faecal incontinence\*
- Functional anorectal pain
  - Levator ani syndrome
  - Unspecified functional anorectal pain
  - Proctalgia fugax
- Functional defecation disorders
  - Inadequate defecatory propulsion
  - Dyssynergic defecation



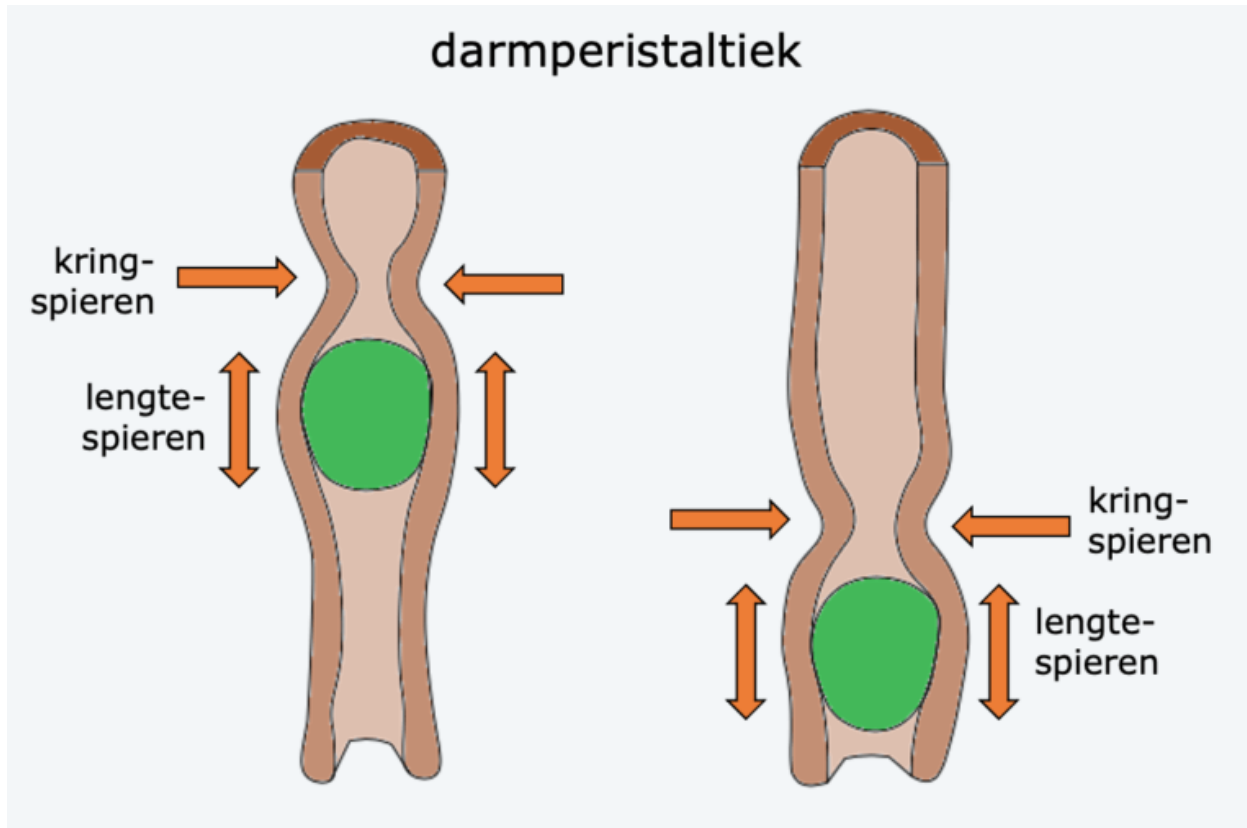
## Gastroduodenal disorders

- Functional dyspepsia\*
  - Postprandial distress syndrome\*
  - Epigastric pain syndrome\*
- Belching disorders
  - Excessive supragastric belching
  - Excessive gastric belching
- Nausea and vomiting disorders\*
  - Chronic nausea vomiting syndrome\*
  - Cyclic vomiting syndrome\*
  - Cannabinoid hyperemesis syndrome\*
- Functional nausea#
- Rumination syndrome\*
- Aerophagia#

## Bowel disorders

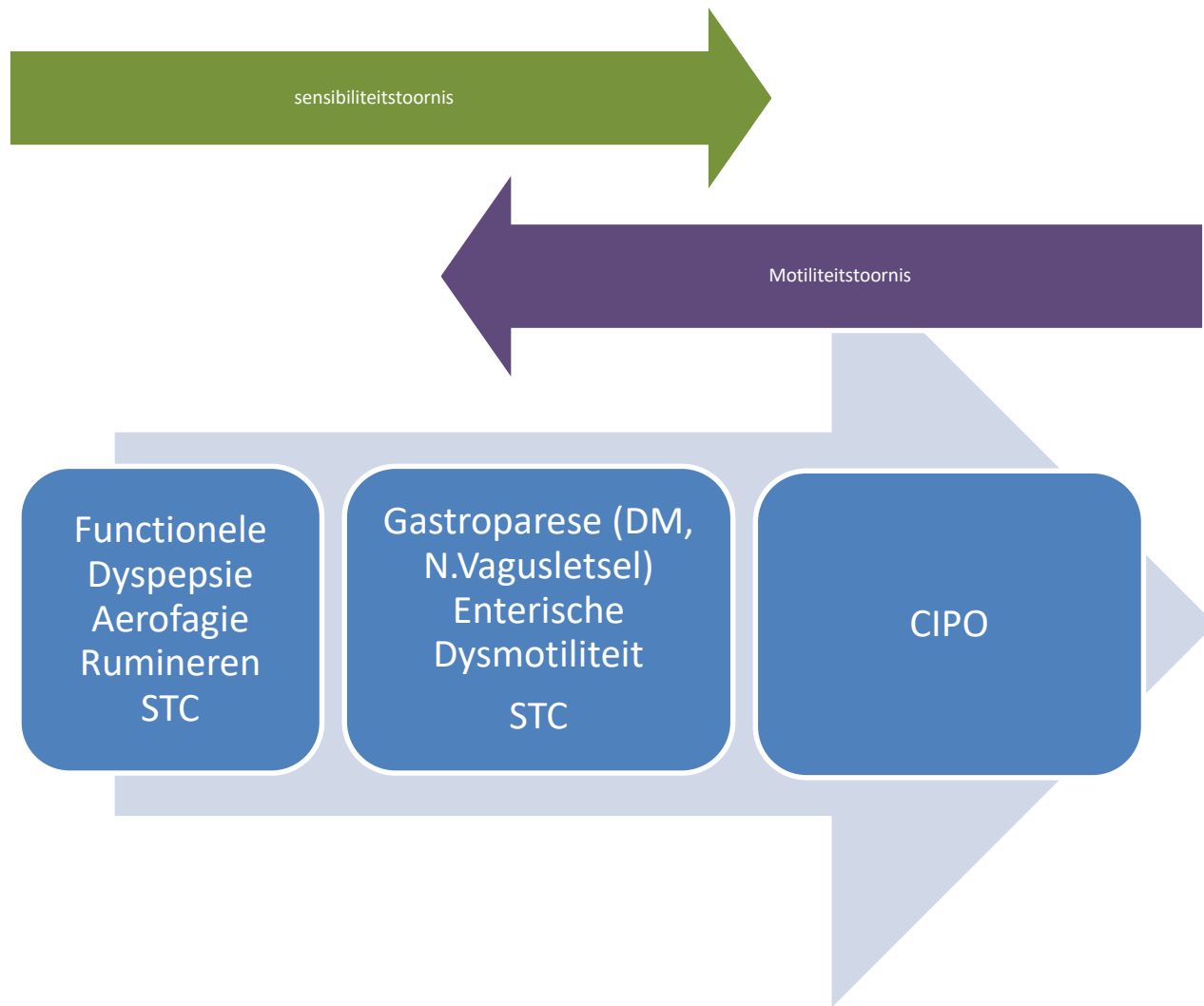
- Irritable bowel syndrome (IBS)\*
  - IBS with predominant constipation\*
  - IBS with predominant diarrhoea\*
  - IBS with mixed bowel habits\*
  - IBS unclassified\*
- Functional constipation\*
- Functional diarrhoea\*
- Functional abdominal bloating and/or distension\*
- Unspecified functional bowel disorder\*
- Opioid-induced constipation\*
- Abdominal migraine#
- Functional abdominal pain – NOS#

# Motiliteitsstoornissen



# Sensibiliteit- of motiliteitsprobleem?

- Functionele dysfagie
- Functionele dyspepsie
- Enterische dysmotiliteit
- Prikkelbare darm syndroom
- Achalasie
- Gastroparese
- Chronische intestinale pseudo obstructie
- Slow transit obstipatie



# Functionele dyspepsie vs Gastroparese

## Wat is het verschil?



# Functionele dyspepsie vs Gastroparese

Een of meer van de volgende:

- Postprandiale “volheid”
- Vroege verzadiging
- Epigastrische pijn
- Epigastrische branderigheid

## EN

Geen bewijs van structurele ziekte die de symptomen waarschijnlijk verklaart

Symptoombegin ten minste **6** maanden voorafgaand aan de diagnose, met toename in laatste **3** maanden

Meest kenmerkende symptomen:

- Postprandiale “volheid”
- Vroege verzadiging
- Epigastrische pijn
- **Misselijkheid / braken**

## EN

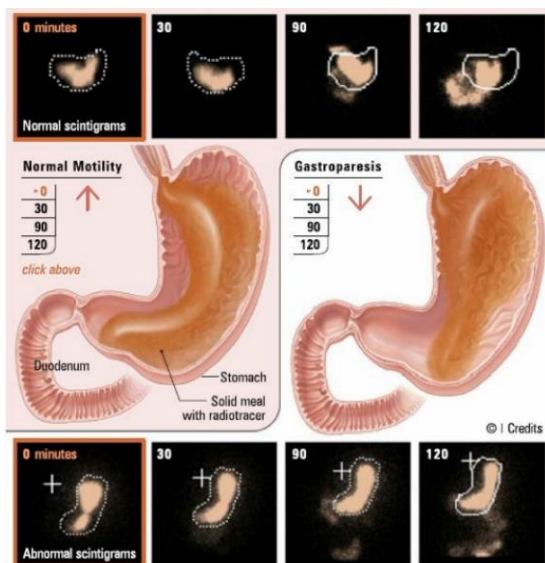
Geen mechanische obstructie bij gastroscopie

Symptoombegin ten minste **3** maanden voorafgaand aan de diagnose

# Motiliteitsstoornis van de maag

## Gastroparese

- Scintigrafie = ‘pannenkoeken onderzoek’



Tijd	Normaal	Abnormaal
1 uur	37-90%	> 90%
2 uur	30-60%	>60%
4 uur	0-10%	>10%

# Hoe wordt de behandelroute bepaald?

- Motiliteitsprobleem > Prokinetica
- Sensibiliteitsprobleem > SSRI / TCA / hypnose

Wat zijn de mogelijkheden voor de diëtist?

# Behandeldoelen:

- Adequate voedingsstatus
- Het verbeteren van de maagdarmpunctie
- De aan voeding gerelateerde klachten te verminderen
- Het stellen van realistische behandeldoelen voor de patiënt
- Educatie voeding in relatie tot multifactoriële problematiek/  
integraal advies
- Verbeteren van de kwaliteit van leven



# Voeding als onderdeel van de integrale behandeling

## Maatwerk

### Afhankelijk van

- De ernst van de klachten
- De voedingstoestand van de patiënt
- Medicamenteuze mogelijkheden en te verwachten effect op de motiliteit van de darm
- Medicamenteuze mogelijkheden en te verwachten effect op sensibiliteit van de darm
- Te verwachten effect logopedie, bekkenfysiotherapie, psychotherapie/ CGT
- Voedselvoorkeuren / gezondheidsvaardigheden patiënt

# Functionele Dyspepsie

- Maatwerk
- Adequate voedingsinname waarborgen
- Frequente kleine maaltijden/ rustig eten/ goed kauwen
- vezels naar tolerantie
- Triggers (voor maagzuur): alcohol, chocolade, koffie, sterke thee, pepermint, zuur vruchtensap, pittige kruiden, koolzuurhoudende dranken
- Stoppen met roken; gezonde leefstijl, gezond gewicht
- Voorkomen van verstopping
- Invloed stress/ angst



# Voedingsadviezen bij gastroparese

Mate beperking afhankelijk van ernst klachten

Frequente kleine maaltijden (4-10xdd)

Rustig eettempo, goed kauwen

Zit rechtop tijdens en tot 1-2 uur na de maaltijd

(deels) Vezelbeperkt

(deels) Vetbeperkt

(deels) Vloeibare voeding

Beperken koolzuurhoudende dranken



Am J Gastroenterol. 2013; 108(1):18-38

# Stelling

Psylliumvezels (oplosbare viskeuze vezels/ beperkt fermenteerbaar) worden doorgaans goed verdragen bij gastroparese

Waar

Niet waar



# Voedingsadviezen bij gastroparese (vervolg)



- Bij ondervoeding: hoog eiwit 1,2 gE/kg lichaamsgewicht
- Bij diabetes: aandacht voor een goede bloedglucoseregulatie
- Alcohol : afraden
- Bij deficiënties micronutriënten: overwegen multivitamine (bruistablet)
- Bij inadequate voedingsinname: aanvullende drinkvoeding/ postpylorische sondevoeding
- Bij PDS klachten: (tijdelijk) verminderen triggers/ gasvormers
- Bij obstipatie: zo nodig adequaat laxeerbeleid op advies van arts
- Bij diarree: vezel inname naar tolerantie en advies arts

Gastroenterol Hepatol 2020;5:1017-1026

Am J Gastroenterol. 2013; 108(1):18-38

Journal of Digestive Diseases 2016; 17;285-294

# Gastric Rest Zinvol?

Visie MUMC t.a.v. Gastric Rest is gewijzigd

**Behandeldoel:** Verbeteren van de voedingstoestand

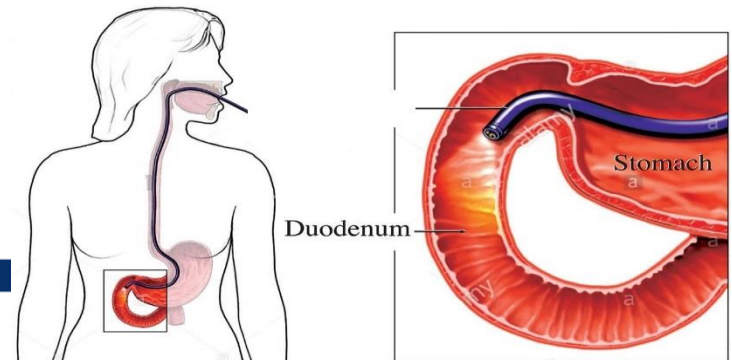
## Advies op Maat

Meestal Aanvullend

Soms volledig; bij hoog risico op luxeren van dds

Duur gastric rest in overleg

Bij verbetering klachten > langzaam orale intake uitbreiden



# Motiliteitsstoornis van de dunne darm

Ernstige vorm van verstoring van de dunne darmmotoriek:

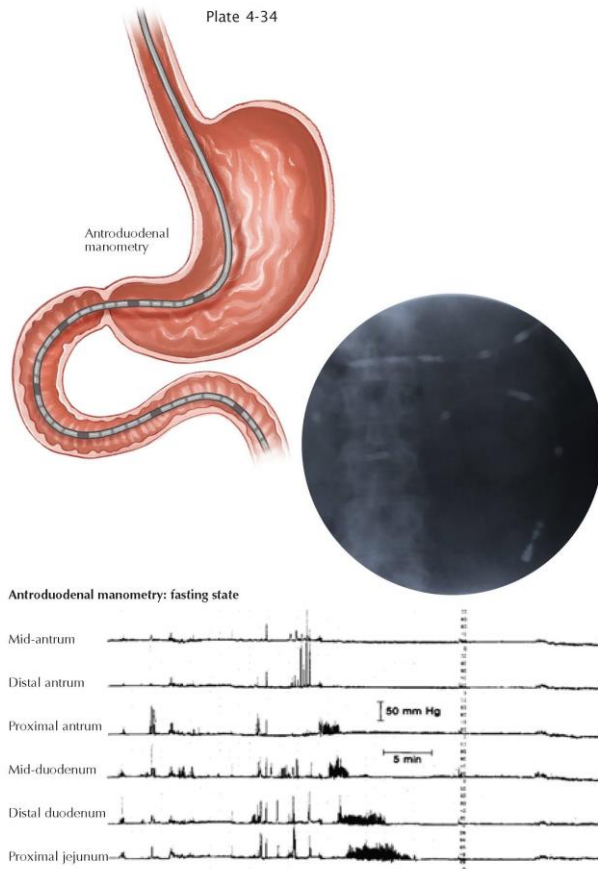
CIPO = **chronische intestinale pseudo-obstructie**

PIPO = **pediatrische intestinale pseudo-obstructie**

Zeldzaam!

0.24 per 100.000 personen / jaar

# Antroduodenale manometrie



- **Maaltijd:**  
**Scrambled ei, 2 witte  
boterhammen, 5 g margarine,  
zout, 150 ml water**
- **Duur:**  
**Minimaal 6 uur na maaltijd óf na  
volledig nuchter Migrerend Motor  
Complex (MMC)**

# Gestoorde dunne darm motiliteit

## Enterische Dysmotiliteit

- \* ADM: verminderde peristaltiek
- \* Samen met andere myopathieën en neuropathieën
- \* **Géén dillatatie dunne darm**
- \* Mogelijk component “viscerale hypersensitiviteit”

## CIPO/ PIPO

- \* ADM: verminderde peristaltiek
- \* Samen met andere myopathieën en neuropathieën
- \* **Wél dillatatie dunne darm**
- \* Reële kans op TPV

# Dilatatie dunne darm





# Voedingsadviezen bij motiliteitsstoornis van de dunne darm

Frequente kleine maaltijden (6-8xdd)

Rustig eten, goed kauwen, rechtop zitten tot 1-2 uur na maaltijd

Laatste maaltijd minimaal 2 uur voor slapen gaan

(deels) vloeibaar/ blenden/ pureren

Beperk vezels

Beperk vetrijke voeding/ lactose/ fructose bij klachten

Beperken gasvormers, koolzuurhoudende dranken

**Maatwerk, bij SIBO minder tolerantie van voeding verwacht**

Monitoren micronutriënten en zo nodig suppleren o.a.

A,D,E,K, B12, Foliumzuur, Fe, Zink

# Parenterale voeding



- Terughoudendheid
- Alleen bij zeer ernstige gegeneraliseerde motiliteitsstoornis (o.a. CIPO) waarbij middels orale en/of enterale voeding de voedingstoestand niet kan worden gewaarborgd
- Soms is ondersteuning TPV tijdelijk

# Motiliteitsstoornis van de dikke darm



# Voedingsadviezen bij STC

- vezels met nuance: begin laag, bouw langzaam op en evalueer of de klachten verbeteren.
- Verbetert de stoelgangfrequentie door:
  - een (vezelrijk) ontbijt “gastrocolische reflex”
  - psyllium, 2 kiwi’s, pruimen, pectinerijk fruit (appel, peer, citrus), roggebrood
- Voldoende drinkvocht 1500-2000ml
- Regelmaat in voeding en leefstijl
- Beperken lactose, fructose, gasvormers bij klachten
- Beweging helpt de darmwerking
- Overmaat alcohol/koffie kan uitdrogend werken
- Laxeren op advies arts
- Bewaken van een adequate voedingstoestand



Dietary management of chronic constipation: a review of evidence-based strategies and clinical guidelines 2025

# Casuïstiek ernstige Functionele Dyspepsie

## Vrouw 29 jaar:

- Progressieve FD klachten sinds 1,5 jaar.
- Begonnen tijdens stressvolle periode; inmiddels meer rust; klachten persisteren.
- rVG PTSS

## Gepoogd:

- lowFODMAP, glutenvrij, vloeibaar/drinkvoeding: geen effect
- Prokinetica: geen effect
- steeds minder kunnen verdragen. -15 kg.
- nu 6 maanden gastric rest/dds: 1500ml polymere vezelrijke SV

**Zodra pt probeert te eten: pijn, stase, misselijkheid, opboeren.**

**Eet alleen “veilige voeding”: ice tea green, vanillevla, pepsils, rijstwafels**

# Herken én voorkom ARFID/ of andere eetstoornis

- 40% FD (PDS) populatie heeft onderliggende angst problematiek
- Alert zijn op Avoidend Restrictive Food Intake Disorder
  - Voedselvermijding uit angst voor MD klachten als pijn, overgeven of verstikking
  - Ondervoeding/ Zeer eenzijdige voeding
  - De patiënt vermijdt herintroductie van voeding
  - Toenemende angst om te eten
  - Psychosociale problemen
- Psychologische interventie wenselijk

Terughoudendheid met betrekking tot een eliminatiedieet is belangrijk bij patiënten met kenmerken die wijzen op een eetstoornis (waaronder ARFID) of wanneer er aanwijzingen voor een onderliggende angst- of paniekstoornis

# Casuïstiek MDO neurogastromotiliteit

## Integraal behandeladvies

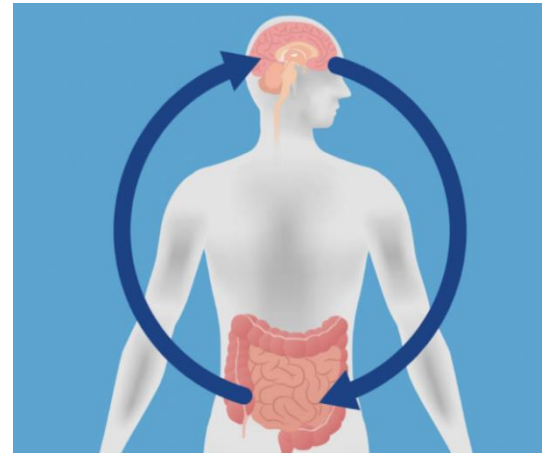
- Maaglediging normaal; geen aanwijzingen voor een motiliteitsstoornis
- Geen indicatie voor PEG-J plaatsing
- Advies start serotonineheropnameremmer (SSRI) in lage angstrelevante dosering (escitalopram of sertraline)
- Indicatie psychologische interventie eigen regio, bij voorkeur met kennis van ARFID
- Aerofagie waarvoor verwijzing logopedist eigen regio
- Dieetbehandelplan voor diëtist in eigen regio bij herintroduceren van voeding na gastric rest en start SSRI

# Stelling

Als diëtist vind ik het belangrijk om uitleg te kunnen geven over **sensibiliteitsstoornis als Functionele Dyspepsie/ PDS** (breder perspectief)

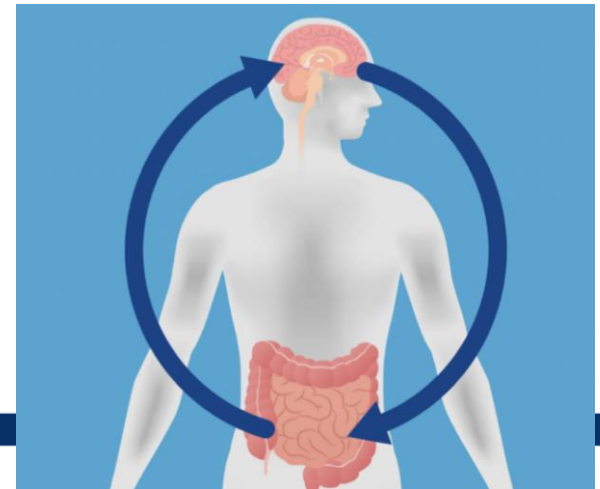
Waar

Niet waar



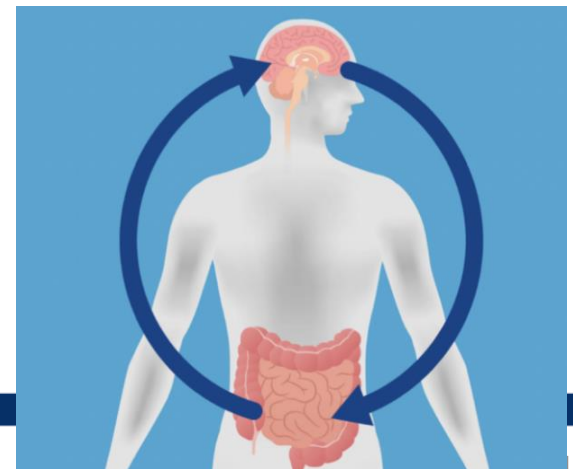
# Educatie sensibiliteitsstoornis als Functionele Dyspepsie/ PDS

- **Verandering in de autonome (onbewuste) communicatie tussen hersenen en maag/darmen met als gevolg**
  - Veranderde maag-darmmotiliteit > misselijkheid, opgeblazen gevoel, opboeren, zuurbranden, obstipatie en/of diarree
  - Viscerale hypersensitiviteit: verhoogde gevoeligheid voor prikkels uit het MD kanaal > buikpijn
  - Stress/ depressie of angst kunnen deze klachten verergeren
  - Klachten multifactorieel bepaald
- **Klachtenbeeld = uitgebreid/ divers**



# SSRI serotonineheropnameremmer

- Serotonine:
  - 90% in de darm en verder met name in de hersenen
  - Rol signaaloverdracht hersenen darm
  - Gevoeligheid darm verminderen
  - Effect op stemming en verminderen op angstLage dosering (**escitalopram of sertraline**)
- TCA (tricyclische antidepressiva) amitriptyline als pijnklachten op de voorgrond staan



# Uitbreiden van de voedingsinname na start SSRI

- Na start toename MD klachten als misselijkheid, braken, diarree.
  - Na instellen tot juiste dosering (3-6mnd, soms 1 jaar); zenuwcellen minder gevoelig; verminderde prikkelgeleiding hersen-darm-as
  - Langzaam herintroduceren van de voeding
  - Exposure: kleine haalbare stappen, vertrouwde omgeving
  - Alarmfalsificatie herkennen: lichte prikkeling/ borrelingen in MD kanaal na inname voeding is normaal. De zenuwcellen in MD zullen minder gevoelig reageren. Daar mag u op vertrouwen.
  - Bij ernstige klachten: pas op de plaats of stapje terug
  - Sondevoeding afbouwen op geleide van uitbreiden orale intake
- Rust bewaren/ vertrouwen uitspreken**

# Take home messages



- Zowel de behandeling van sensibiliteitsstoornissen als motiliteitsstoornissen is maatwerk.
- Integrale benadering is vaak ontzettend effectief.

## Voornaamste dieetbehandeldoel:

- Inname van voedingsstoffen / voedingstoestand optimaliseren

## Subdoel:

- Bewustwording van gedrag en de invloed van ervaringen uit het verleden
- Proberen om middels een verandering in voeding klachten te verlichten



