

Goed gebruik?

Evalueer regelmatig of er nog een valide indicatie is

Risico/baten balans

Bespreek met elke patiënt

Risico's?

↗ meldingen van zeldzame en potentieel ernstige ongewenste effecten
Opgelet indien polymedicatie en/of kwetsbare (oudere) patiënt

• **Potentieel ernstige ongewenste effecten**

- Vit B12-tekort → Anemie, neurologische problemen, depressie
- Mg-tekort → Cerebrale, neuromusculaire en/of cardiale klachten
- Gastro-enteritis (vb. C. difficile)
- Acute interstitiële nefritis
- Fracturen?

• **Medicamenteuze interacties**

- ↘ Absorptie van bepaalde geneesmiddelen
→ Associatie vermijden of interval van enkele uren (zie SKP) (ijzer, antimycotische azolen, vit-B12, ulipristal,...)
- CYP450 - Klinische relevantie onzeker
 - Clopidogrel – verschillende adviezen
 - → Interval van 12 uur tussen PPI en clopidogrel, of
 - Kies een ander PPI dan (es)omeprazol
 - ↗ Plasmaconcentratie van bepaalde geneesmiddelen
- Additief risico van hyponatriëmie (diuretica, SSRI, SNRI,...)
- Additief risico van acute interstitiële nefritis (NSAID, β-lactam AB,...)

Rebound effect na stoppen

Tijdelijk

- Studies gezonde personen: 21% tot 44%
- Duur: 2-8 weken



Stoppen

Is mogelijk in de 1^e lijn

Patiënten zonder indicatie voor langdurig gebruik

- 19% tot 31% kan stoppen met PPI
- 33% kan gebruik verminderen

Nuttige links

- www.farmaka.be
 - Artsenbezoek → PPI 
 - Documentatie → Patiënteninformatie 
- Deprescribing (zie verso) – Andere hulpmiddelen
 - Deprescribing.org
- NHG-Standaard Maagklachten 2013
 - www.nhg.org
- [RIZIV brochure PPI – Gebruik en voorschrijven](#)
- www.bcfi.be: Repertorium, SKP,...

- Functionele dyspepsie
- Typische refluxklachten, zonder bewijs oesofagitis
- Behandelde refluxoesofagitis graad A-B
- Behandelde gastroduodenale ulcera

Nee

Indicatie langdurig gebruik?

- Preventie ulcera bij NSAID/ASA bij risicopersonen*
- Refluxoesofagitis graad C-D
- Barrettoesofagus indien refluxklachten/oesofagitis
- Syndroom van Zollinger-Ellison

ja

Informatie en algemene maatregelen

- Maagklachten en reflux zijn frequent, met fluctuerend verloop, meestal voorbijgaand
- Medicamenteuze oorzaak van klachten? NSAID, bisfosfonaat, corticosteroid, anticholinergicum, calciumantagonist, nitraat,...
- ↘ Gewicht
- Hoofdeinde bed verhogen
- Rookstop
- Oorzakelijke voeding? Alcohol, frisdrank, kruiden, citrus, vetten,...
- Stressfactoren?

Adviseer stop

Bespreek voor- en nadelen met de patiënt
Leg rebound-effect uit

Adviseer afbouw
≥3 weken

Betrek de patiënt bij de concrete planning
Duur en snelheid van afbouw kan individueel aangepast worden
Onmiddellijk stoppen is eventueel een optie

½ dosis
gevolgd door/of
1 dag op 2

Opvolging tijdens afbouw en na stop

- Eventueel tijdelijk antacidum bij klachten
- Aanpassing afbouwschema indien nodig

Stop

Indien volledig stoppen niet mogelijk, streef naar

- On-demand gebruik (start bij refluxklachten, stop bij goede symptoomcontrole)
- Laagst mogelijke effectieve dosis
- Minder zuurremmende medicatie (ranitidine, antacida)

*Bij diagnose van functionele dyspepsie, blijvende klachten en onbekende H. Pylori status:
→ overweeg test en eradicatie*

* **Risicopersonen NSAID:** > 65j, ernstige comorbiditeit, voorgesch. ulcera/ulcuscomplicatie (bloeding, perforatie), gelijktijdig gebruik ASA of ander anti-aggregans, orale anticoagulantia, corticosteroiden

Risicopersonen lage dosis ASA: ≥80j, ≥70j + geneesmiddelen met ↗ bloedingsrisico, ≥ 60j met voorgeschiedenis ulcus