

Het gebruik van protonpomp inhibitoren bij pasgeborenen

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Redactie > KESTENS Wies, DE GROOTE Thomas, HUYGHEBAERT Claire
MACKEN Evelyn

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juli 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

Het gebruik van protonpomp inhibitoren bij pasgeborenen

01	Inleiding.....	3
02	Onderzoeksvragen	4
03	Methodologie	4
	Studieperiode	4
	Studiepopulatie	5
	Maagzuurremmers	5
	Analyses.....	5
04	Resultaten.....	6
	Evolutie in het gebruik van maagzuurremmers bij zuigelingen	6
	Profiel van de kinderen met gebruik van PPI's binnen 12 maanden na geboorte	7
	Opstart van de PPI's bij pasgeborenen	9
05	Discussie.....	11
06	Conclusie	12
07	Aanbevelingen	13
08	Referenties	14

01 Inleiding

Protonpompinhibitoren (PPI's), zoals omeprazole, esomeprazole en pantoprazole, worden in België vaak gebruikt voor de behandeling en preventie van maagzuurgerelateerde aandoeningen zoals maagzweren, slokdarmontsteking, of brandend maagzuur [1]. Het RIZIV rapporteert dat het gebruik van PPI's sterk gestegen is de voorbije jaren, en dat een groot deel van dit gebruik plaatsvindt buiten de normale indicaties, met onnodig hoge dosissen en een te lange behandelingsduur [2]. Het meest recente MORSE rapport toont dat de uitgaven binnen de verplichte verzekering voor 'Geneesmiddelen voor maagzweer en gastro-oesofageale refluxziekte', waar PPI's onder vallen, met 3,8% stegen tussen 2023 en 2024, tot 114,1 miljoen euro [3]. Deze geneesmiddelen werden afgeleverd aan 2,4 miljoen patiënten, dus aan ongeveer 1 op de 5 Belgen. België zit daarmee in de OESO-landen met het hoogste gebruik van deze geneesmiddelen: in 2023 werden 105,5 standaarddagdosissen per 1 000 inwoners afgeleverd, vergeleken met bijvoorbeeld 27,7 in Oostenrijk en 76,1 in Denemarken [4]. Daarom voerde de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie eind 2024 twee indicatoren in om het doelmatig voorschrijven van deze geneesmiddelen te evalueren [2]. Deze indicatoren gelden enkel voor huisartsen en dus niet voor andere artsen, zoals kinderartsen.

Gastro-oesofageale reflux (GER), namelijk het terugstromen van melk of maaginhoud naar de slokdarm, is een veelvoorkomend fenomeen bij pasgeborenen en jonge zuigelingen. Het komt voor bij ongeveer de helft van de baby's jonger dan 3 maanden, met een piek op de leeftijd van 4 maanden [5]. Tegen 10-12 maanden oud hebben nog slechts 5% van de kinderen er last van. Meestal veroorzaakt reflux niet veel klachten, gaat het vanzelf over [5] en is er geen behandeling nodig [6]. Soms veroorzaakt reflux wel problemen: men spreekt van gastro-oesofageale refluxziekte (GERD) wanneer reflux (al dan niet met regurgitatie) leidt tot hinderlijke klachten of complicaties [6]. Internationale cijfers spreken van een prevalentie van 25,5% bij baby's van 0-1 maanden tot 1,1%-1,6% van de 1-jarigen [7]. Gezondheid en Wetenschap schrijft dat GERD vaker voorkomt *'bij baby's met aandoeningen aan de maag of slokdarm, bij baby's die te vroeg geboren zijn en bij baby's die tijdens de zwangerschap of na de geboorte blootgesteld zijn aan nicotine'* [5]. In dat geval kan het aangewezen zijn om een huisarts of kinderarts te raadplegen voor de juiste diagnostiek en eventuele behandeling. Of en welke behandeling nodig is, hangt af van verschillende elementen, zoals leeftijd, klinische manifestaties en complicaties [8]. Er is echter weinig evidentie voor de behandeling van gastro-oesofageale refluxziekte door PPI's bij pasgeborenen [8], [9]. Een recente systematische review stelt zelfs dat PPI's niet effectiever zijn dan een placebo bij kinderen tot 18 maanden oud [7]. PPI's zijn ook niet zonder risico: observationele studies vonden een verhoogd risico op astma, ernstige infecties en andere ongewenste effecten bij jonge kinderen die PPI startten [7], [10], [11]. Het BCFI stelt dat een medicamenteuze behandeling alleszins niet geïndiceerd is bij *'kinderen met lichte tot matige reflux (regurgitatie) zonder alarmsymptomen zoals een abnormale gewichtsevolutie'* [9]. In België is de behandeling van GERD bij zuigelingen jonger dan 1 jaar niet opgenomen in de SPK ('de bijsluiter') van de verschillende specialiteiten.

Exacte cijfers over het gebruik van PPI's bij pasgeborenen in België zijn er momenteel niet. In verschillende studies wordt het gebruik in andere Europese landen wel onderzocht, en daar blijken sterke variaties uit: in Noorwegen wordt in 2020 aan 1,1% van de pasgeborenen binnen de eerste 11 levensmaanden een PPI afgeleverd [12], terwijl in Frankrijk 7,9% van de kinderen zonder diagnose in het ziekenhuis van refluxziekte een PPI afgeleverd krijgt tijdens het eerste levensjaar [13]. In Denemarken werden er in 2020 46,6 voorschriften per 1 000 pasgeborenen tot 11 maanden afgeleverd, en in Zweden 18,9 [12]. In Frankrijk lag het gebruik in 2019 op 162 voorschriften per 1 000 <2-jarigen [14].

Een zuurtegraadmeting kan meer duidelijkheid scheppen over de aanwezigheid van zure reflux, en zo de arts helpen bij de keuze voor een behandeling. Hierbij wordt de zuurtegraad in de slokdarm gedurende 24 uur gemeten met behulp van een kleine sonde die via de neus wordt ingebracht.

Tegen deze achtergrond rijst de vraag in welke mate maagzuurremmers bij pasgeborenen in België worden ingezet. Het begrijpen van deze dynamiek is essentieel om tot een rationeel en veilig voorschrijfbeleid te komen.

02 Onderzoeksvragen

We formuleren dan ook de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de evolutie in het aantal pasgeborenen aan wie PPI worden afgeleverd en in de duur van de behandeling tussen 2016 en 2024?
2. Wat is het profiel van de pasgeborenen aan wie PPI's worden afgeleverd tijdens hun eerste levensjaar in 2024-2025?
3. Hoe lang na de geboorte, waar (ambulant of tijdens ziekenhuisverblijf) en door welk type arts (huisarts, kinderarts, ...) worden de behandelingen opgestart van kinderen geboren in 2023? Wordt er een zuurtegraadmeting uitgevoerd?

03 Methodologie

Studieperiode

We bestuderen de evolutie in het gebruik van maagzuurremmers tussen 2013 en 2024. We bestuderen telkens het eerste levensjaar, wat dus in veel gevallen overlapt met een volgend kalenderjaar. We gebruiken dus ook gezondheidszorggegevens uit 2025 om de kinderen geboren in 2024 op te volgen.

Specifiek bestuderen we de jaren 2016, 2019, 2021, 2022, 2023 en 2024. We laten 2017 en 2018 achterwege ter simplificatie van de weergegeven figuren en tabellen. 2020

wordt ook niet bestudeerd omwille van de mogelijks grote impact van het uitstel of afstel van zorg door COVID-19 op de resultaten.

Studiepopulatie

We identificeren alle kinderen die geboren zijn in een gegeven jaar, bijvoorbeeld 2024, aan de hand van hun geboortedatum. We excluderen kinderen met een residentie in het buitenland, die kwamen te overlijden of die van ziekenfonds veranderden tijdens de observatieperiode van 12 maanden na de geboorte. De studiepopulatie bestaat jaarlijks uit ongeveer 20 000 tot 23 000 pasgeborenen. Onderstaande Tabel 1 geeft het aantal pasgeborenen per jaar weer.

Maagzuurremmers

We hebben enkel informatie over de maagzuurremmers die afgeleverd en terugbetaald zijn. We identificeren deze op basis van de ATC-groep A02BC.

Maagzuurremmers kunnen ook voorgeschreven worden aan volwassenen en de standaard dagdosis is daarom niet zeer informatief voor zuigelingen, aangezien die een veel lager gewicht hebben en de dosis voor jonge kinderen vaak gewichtsafhankelijk is. We kunnen echter de 'correcte' dagdosis niet berekenen omdat we geen informatie over het exacte gewicht van kinderen hebben, noch over de exacte dosering die de arts heeft vastgelegd. In het vervolg van de analyse gebruiken we telkens de officiële standaarddosis.

Ter referentie, als we een gemiddeld gewicht van zuigelingen van 6-7 kilogram nemen, dan impliceert dat dat de officiële standaard dagdosis voor omeprazole gemiddeld 2,5 dagen zou voldoen bij zuigelingen en de officiële standaard dagdosis voor esomeprazole voor gemiddeld 6 dagen.

Onze gegevens bevatten geen informatie over de voorschriften maar we kunnen de assumptie maken dat een aflevering van geneesmiddelen gelijk staat aan een voorschrift aangezien een arts maar één verpakking per voorschrift kan opschrijven voor deze geneesmiddelen.

Analyses

We beschrijven de evolutie van het gebruik van PPI's aan de hand van het aandeel kinderen dat PPI's afgeleverd krijgt, het gemiddelde aantal standaarddagdosissen en het aantal afleveringen per 1 000 kinderen. Deze laatste gebruiken we als alternatief voor het aantal voorschriften per 1 000 kinderen, een indicator die in de literatuur vaak gebruikt wordt. Daarna tonen we de evolutie van het aandeel kinderen dat minstens 2 weken, minstens 4 weken, minstens 8 weken, en minstens 16 weken PPI's afgeleverd kreeg.

Vervolgens bestuderen we het profiel van de kinderen die PPI's afgeleverd kregen, meer bepaald het geslacht, de woonplaats en het recht op de verhoogde tegemoetkoming. Aan de hand van de Chi kwadraatstoets stellen we vast of er significante verschillen in het gebruik van PPI's op basis van de indicatoren. We

visualiseren ten slotte ook de geografische variatie op arrondissementniveau in het aandeel kinderen met een aflevering en het gemiddeld aantal afgeleverde standaarddagdosissen. We includeren hierbij alle kinderen geboren in 2022-2023.

Ten slotte bestuderen we de opstart van de behandeling met PPI's aan de hand van de eerste aflevering ervan. Met behulp van een histogram tonen we de opstartdatum relatief tot de geboortedatum. We berekenen ook het aantal behandelingen dat opgestart werd tijdens een hospitalisatie en het aandeel dat voorgeschreven wordt door kinderartsen, huisartsen en andere artsen. Ten slotte tonen we ook de verdeling van het voorschrijfgedrag van kinderartsen, die aan minstens 50 kinderen zorg verleenden, door na te gaan wat het aandeel kinderen was dat PPI's kreeg voorgeschreven door deze artsen.

04 Resultaten

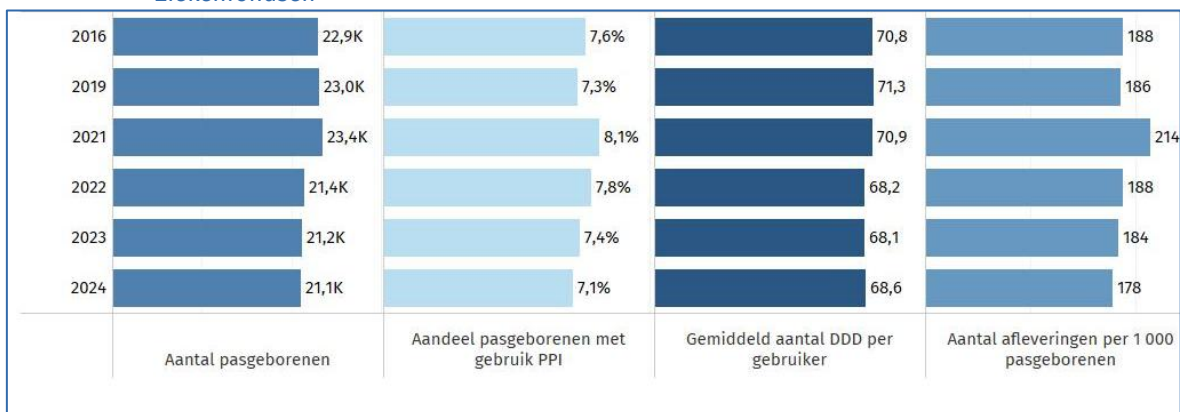
Evolutie in het gebruik van maagzuurremmers bij zuigelingen

Van de kinderen die in 2024 geboren werden, krijgt 7,1% minstens één keer maagzuurremmers afgeleverd in de eerste 12 levensmaanden, wat neerkomt op ongeveer 1 op 13 kinderen. Vergeleken met 2016 is het aandeel pasgeborenen met gebruik van maagzuurremmers relatief gedaald met 6,4% (0,5 procentpunten). Er was een piek in 2021 (8,1% van de kinderen, ongeveer 1 op 12) en sindsdien daalt het gebruik terug geleidelijk.

Het gemiddelde gebruik, uitgedrukt in standaard dagdosissen, ligt voor kinderen geboren in 2024 op 68,6 DDD. Dit betekent dat een kind gemiddeld voor meer dan 2 maanden PPI's afgeleverd krijgt. Vergeleken met 2016, daalt het gemiddelde gebruik met 3,1%.

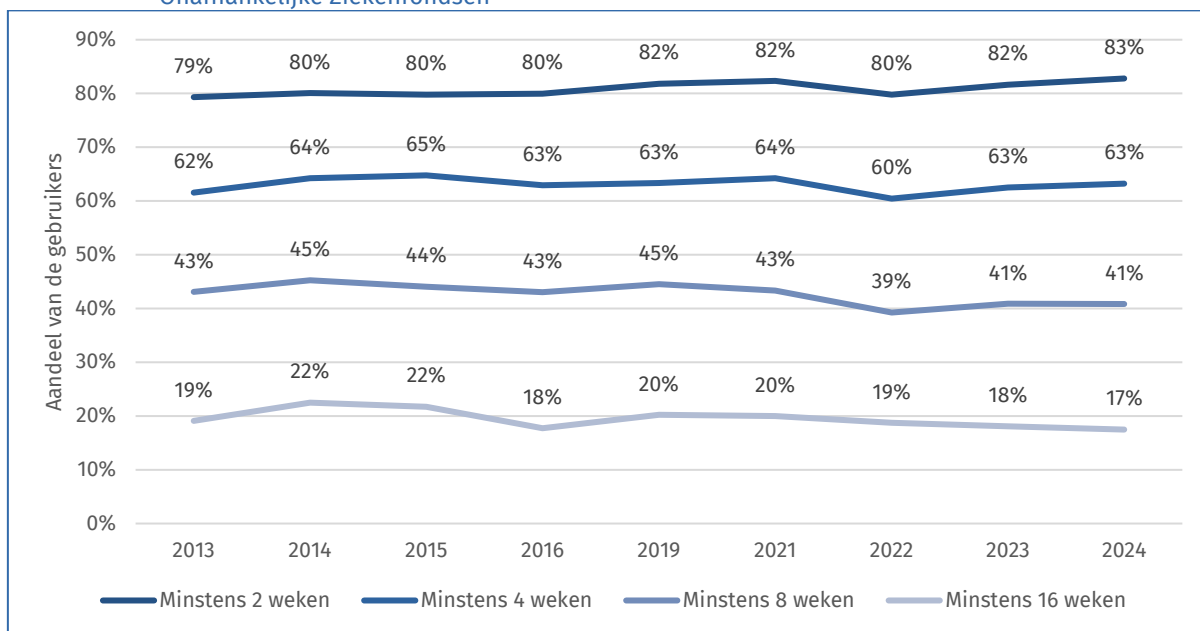
Het aantal afleveringen van PPI's per 1 000 kinderen ligt in 2024 op 178. Dit betekent dat er per 1 000 pasgeborenen 178 keer een PPI wordt afgeleverd tijdens het eerste levensjaar. Daarbij kunnen pasgeborenen meerdere afleveringen krijgen. Vergeleken met 2016 is dit een daling van 5,2%.

Figuur 1: Evolutie van het gebruik van PPI's bij pasgeborenen tussen 2016 en 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



De gebruiksduur van PPI's wordt in meer detail weergegeven in Figuur 2. Van de kinderen geboren in 2024 die PPI's gebruiken doen 8 op 10 dat voor minstens 2 weken in het eerste levensjaar, meer dan 6 op 10 voor minstens 4 weken, ongeveer 4 op 10 voor minstens 8 weken en ongeveer 2 op 10 voor minstens 16 weken. Deze cijfers blijven redelijk stabiel doorheen de jaren.

Figuur 2: Gebruiksduur van PPI's in de eerste 12 levensmaanden in de periode 2016-2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Profiel van de kinderen met gebruik van PPI's binnen 12 maanden na geboorte

We stellen vast dat het gebruik significant hoger ligt bij jongens dan bij meisjes, bijna 3 keer zo hoog ligt in Wallonië vergeleken met Brussel of Vlaanderen en hoger bij kinderen zonder recht op verhoogde tegemoetkoming vergeleken met kinderen met dit recht (Tabel 1). De gewestelijke verschillen blijven bestaan als we controleren voor verschillen in het recht op de verhoogde tegemoetkoming en, omgekeerd, blijven ook de verschillen tussen kinderen met en zonder verhoogde tegemoetkoming bestaan

wanneer we controleren voor de woonplaats: we zien dat bij kinderen met verhoogde tegemoetkoming het gebruik meer dan dubbel zo hoog ligt in Wallonië vergeleken met Brussel en Vlaanderen (8,7% vs. 3,5% en 2,9%) en bij kinderen zonder verhoogde tegemoetkoming het gebruik 3 keer zo hoog ligt in Wallonië dan in Brussel en Vlaanderen (13,6% vs. 4,5% en 4,2%).

Ook het gemiddeld aantal DDD ligt hoger bij jongens dan bij meisjes, hoger in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel en hoger bij kinderen zonder recht op verhoogde tegemoetkoming vergeleken met kinderen met dit recht.

Ten slotte ligt ook het aantal afleveringen per 1 000 pasgeborenen hoger bij jongens dan bij meisjes (210 vs. 161), sterk hoger in Wallonië dan in Vlaanderen of Brussel (349 vs. 104 en 112) en hoger bij kinderen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming dan bij kinderen met dit recht (190 vs. 157).

In conclusie, jongens, kinderen in Wallonië en kinderen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming krijgen dus niet alleen vaker PPI's tijdens het eerste levensjaar, ze krijgen er ook gemiddeld voor een langere periode dan respectievelijk meisjes, kinderen in Vlaanderen of Brussel, of kinderen met recht op de verhoogde tegemoetkoming.

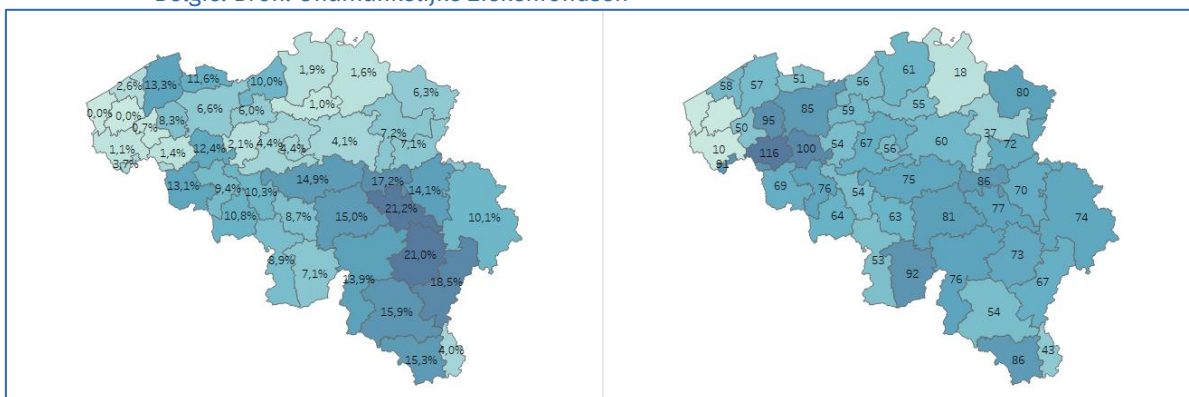
Tabel 1: Profiel van de kinderen geboren in 2024 aan wie PPI's worden voorgeschreven tijdens de eerste 12 levensmaanden. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

		Aandeel pasgeborenen met gebruik PPI	Gemiddeld aantal DDD	Aantal afleveringen per 1 000 pasgeborenen
Geslacht	Meisje	6,2%	67	161
	Jongen	8,0%	69	210
Woonplaats	Brussel	4,4%	56	112
	Vlaanderen	4,1%	66	104
	Wallonië	13,0%	73	349
Verhoogde tegemoetkoming	Nee	7,3%	69	190
	Ja	5,3%	59	157

De sterke geografische variaties die we observeren zetten zich door op arrondissementniveau. Onderstaande figuur toont het aandeel pasgeborenen uit 2023-2024 die in de eerste 12 levensmaanden minstens één PPI afgeleverd kregen (links) en het gemiddelde aantal standaarddagdosissen dat ze dan afgeleverd kregen (rechts). In 2 arrondissementen, namelijk Diksmuide (n<100) en Veurne (n<100), werd er aan geen van de pasgeborenen een PPI afgeleverd. Ook in enkele arrondissementen met een groter aantal pasgeborenen, zoals Antwerpen (aandeel PPI = 1,9%) Turnhout (aandeel PPI = 1,6%) en Mechelen (aandeel PPI = 1,0%) ligt het gebruik zeer laag. Daarentegen zien we een zeer hoog gebruik, tot bijna 1 op de 5 pasgeborenen, in Hoei (n>500, aandeel PPI = 22,1%), Marche-en-Famenne (n>100, aandeel PPI = 21,0%) en Bastogne (n>100, aandeel PPI = 18,5%). Ook in enkele arrondissementen met meer dan 1,000 pasgeborenen in 2023-2024, zoals Namen, Nijvel en Luik ligt het aandeel met PPI zeer hoog (14-15%). Over het algemeen kunnen we vaststellen dat het gebruik in de meeste arrondissementen in Wallonië hoger ligt dan het gebruik in de meeste arrondissementen in Vlaanderen of in Brussel, consistent met onze eerdere bevindingen.

Qua gebruiksduur (rechtse figuur) is Kortrijk (aandeel PPI = 1,4%) dan weer de uitschieter met een gemiddelde gebruiksduur van 116 DDD, gevolgd door Oudenaarde (aandeel PPI = 12,4%; gemiddelde gebruiksduur = 100 DDD). In Antwerpen daarentegen bedraagt de gemiddelde gebruiksduur maar 61 DDD, en in Brussel 56.

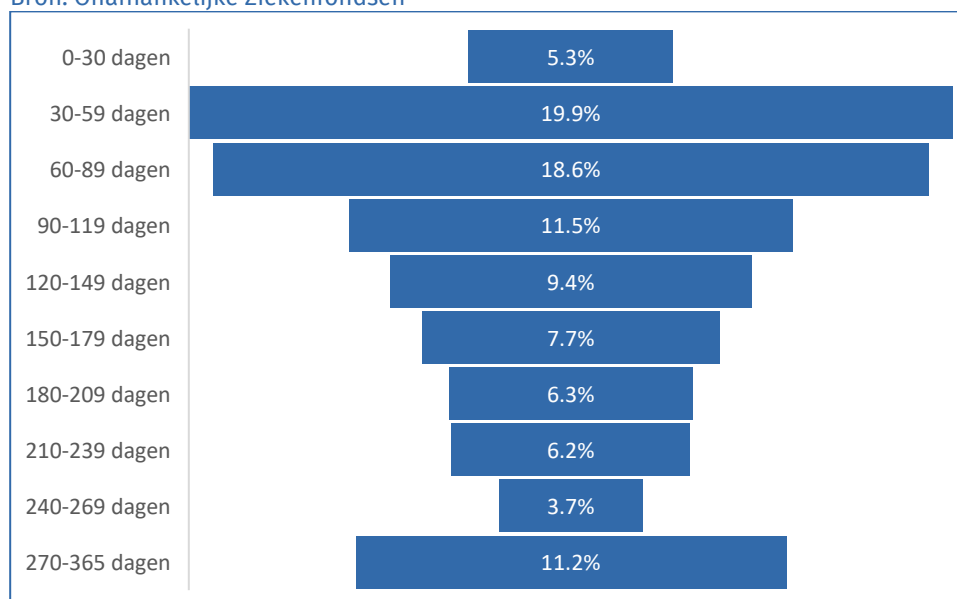
Figuur 3: Variatie in het gebruik van PPI's bij pasgeborenen uit 2023-2024 tussen arrondissementen in België. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Opstart van de PPI's bij pasgeborenen

Figuur 4 toont dat bij 5,3% van de pasgeborenen PPI's worden opgestart binnen de eerste levensmaand en bij 19,9% in de 2^e levensmaand. Bij ongeveer een kwart van de pasgeborenen worden de PPI's dus opgestart binnen de eerste 2 levensmaanden. In de daaropvolgende maanden worden ook nog vaak PPI's opgestart: 30,1% tijdens de 3^e en 4^e levensmaand. Meer dan 7 op de 10 behandelingen met PPI's tijdens het eerste levensjaar worden opgestart tijdens de eerste 6 levensmaanden (tot 179 dagen).

Figuur 4: Tijdstip van opstart PPI's tijdens eerste 12 levensmaanden relatief tot geboortedatum in 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Bij 10,9% van de kinderen geboren in 2024 die PPI's afgeleverd krijgen wordt de medicatie opgestart terwijl ze in het ziekenhuis verblijven.

Van de 21 037 kinderen geboren in 2023 werd er bij 155 een zuurtegraadmeting uitgevoerd tijdens het eerste levensjaar, wat neerkomt op 0,7% van de pasgeborenen (Tabel 2). Van de kinderen bij wie een pH-meting werd uitgevoerd, krijgt meer dan 1 op de 3 (34,2%) ook PPI's afgeleverd tijdens het eerste levensjaar. De pH-meting wordt uitgevoerd bij 3,4% van de pasgeborenen die PPI's krijgen afgeleverd in het eerste levensjaar en bij 0,5% van de kinderen die geen PPI krijgen afgeleverd.

Tabel 2: Gebruik van zuurtegraadmeting bij pasgeborenen in 2023 tijdens eerste levensjaar. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

	Geen zuurtegraadmeting			Zuurtegraadmeting		
	Aantal pasgeborenen	Aandeel binnen kolom	Aandeel binnen rij	Aantal pasgeborenen	Aandeel binnen kolom	Aandeel binnen rij
Geen PPI	19 522	92,8%	99,5%	10 200	65,8%	0,5%
Wel PPI	1 515	7,2%	96,6%	5 300	34,2%	3,4%
Totaal	21 037	100%	99,3%	15 500	100%	0,7%

Van de eerste afleveringen van een PPI aan een pasgeborene worden 75% voorgeschreven door een pediater, 9% door een huisarts en ongeveer 4% door een neus-keel-oor arts. Voor 12% van de afleveringen, waaronder de afleveringen in het ziekenhuis, hebben we geen informatie over wie deze geneesmiddelen voorschreef. Voor de 608 kinderartsen die zorg verleenden in de periode 2022-2025 aan minstens 50 pasgeborenen uit de periode 2022-2024 binnen onze ledenpopulatie, toont onderstaande tabel 3 de verdeling van het voorschrijfgedrag van PPI's. Er toont zich een grote variatie in het voorschrijfgedrag: we zien dat 50% (mediaan) van de kinderartsen aan maximum 1,5% van de pasgeborenen een PPI voorschrijft, terwijl 25% (percentiel 75) dit aan minstens 3,2% doet, 10% (percentiel 90) dit aan minstens 6,0% doet, en 5% (percentiel 95) dit aan minstens 9,4% van de pasgeborenen doet.

Tabel 3: Verdeling van het voorschrijfgedrag van 608 kinderartsen die aan minstens 50 pasgeborenen uit 2022-2024 zorg verleenden in 2022-2025. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

Percentiel 10	Percentiel 25	Mediaan (percentiel 50)	Percentiel 75	Percentiel 90	Percentiel 95	Gemiddelde
0,4%	0,7%	1,5%	3,2%	6,0%	9,4%	2,7%

05 Discussie

Onze resultaten tonen dat ongeveer 1 op 13 kinderen (7,1%) tijdens hun eerste 12 levensmaanden minstens één PPI afgeleverd kregen, vergelijkbaar met het gebruik van PPI's in Frankrijk tijdens eerste levensjaar (7,9%) [13]. We hebben echter geen info over het voorkomen van gastro-oesofageale refluxziekte bij pasgeborenen om het gebruik van PPI's mee te vergelijken, en alleszins zijn PPI's niet geïndiceerd in België voor de behandeling van gastro-oesofageale refluxziekte bij pasgeborenen, het zou hier dus gaan om off-label behandeling als ze daarvoor gebruikt zouden worden.

Het aantal afleveringen van PPI's in de eerste 12 levensmaanden ligt op 178 per 1 000 pasgeborenen in 2024, veel hoger dan in Denemarken (46,6 binnen eerste 11 levensmaanden) en Zweden (18,9 binnen eerste 11 levensmaanden), en ook duidelijk hoger dan Frankrijk (162 binnen eerste 2 levensjaren) [12], [14]. Het gebruik van PPI's bij pasgeborenen ligt dus merkbaar hoger dan in andere Europese landen.

Op basis van inschatting van de standaarddosis voor volwassenen, wat waarschijnlijk een sterke overschatting is gegeven de lagere dosis die kinderen nemen, nemen kinderen PPI's gemiddeld voor meer dan 2 maanden, met 41% van de kinderen die PPI's gedurende minstens 8 weken gebruiken en 18% gedurende minstens 16 weken tijdens het eerste levensjaar.

Tijdens de eerste 12 levensmaanden krijgen pasgeborenen drie keer zo vaak minstens één PPI afgeleverd in Wallonië dan in Brussel en Vlaanderen. De geografische variatie toont zich ook op een lager niveau, met zeer sterke verschillen tussen de arrondissementen onderling: sommige arrondissementen hebben een gebruik dat tot 10 keer hoger ligt dan andere arrondissementen. Deze sterke geografische variatie is waarschijnlijk te verklaren door de sterke variatie in het voorschrijfgedrag bij pediaters, die veruit het vaakst een behandeling met PPI's opstarten: de helft van de pediaters schrijft slechts aan 1,5% van de pasgeborenen PPI's voor terwijl 25% dit aan minstens 3,2% van de pasgeborenen doet. De analyses op niveau van de verstrekker zijn natuurlijk wel partieel en dus voorzichtig te interpreteren aangezien slechts ongeveer 1 op de 5 pasgeborenen in België in onze gegevens voorkomt. Dit onderdeel van de analyse zou herhaald kunnen worden op Belgisch niveau, bijvoorbeeld met behulp van data van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

PPI's worden ook vaker voorgeschreven aan kinderen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming dan aan kinderen met dit recht. Een Franse studie vond eveneens een hoger gebruik van PPI's bij kinderen uit meer gefavoriseerde socio-economische milieus [13]. Hiervoor kunnen er verschillende oorzaken zijn. Zo wordt deze medicatie maar in beperkte mate terugbetaald en zou dat dus een drempel kunnen zijn. Daarnaast kan dit ook als comfortmedicatie gezien worden. De auteurs van de Franse studie suggereren dan ook dat factoren die strikt genomen niet medisch zijn een rol spelen bij gebruik van PPI's bij pasgeborenen.

Dat het aandeel kinderen met PPI's hoger ligt bij jongens dan bij meisjes, wordt ook in Frankrijk gezien [13], en verdient verder onderzoek. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of GERD vaker voorkomt bij pasgeboren jongens dan bij meisjes.

06 Conclusie

Ongeveer 1 op 13 kinderen (7,1%) krijgt tijdens hun eerste 12 levensmaanden in 2024-2025 minstens één PPI afgeleverd, vergelijkbaar met cijfers voor 2016-2017 (7,6%). PPI's worden gemiddeld voor 68,6 dagen voorgeschreven en 18% van de kinderen met minstens één aflevering gebruikt deze medicatie voor minstens 16 weken.

We zien sterke regionale verschillen, met een gebruik dat 3 keer zo hoog ligt in Wallonië dan in de andere regio's. Deze verschillen worden nog groter op niveau van het arrondissement, met een tienvoudig verschil tussen het arrondissement met het laagste gebruik en het arrondissement met het hoogste gebruik.

Deze geneesmiddelen worden ook meer gebruikt door jongens dan meisjes en meer door kinderen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming, een indicator voor socio-economische kwetsbaarheid, dan door kinderen met dit recht.

Slechts 3,4% van de kinderen bij wie PPI's worden opgestart hebben ook een zuurtegraadmeting gehad tijdens de eerste 12 levensmaanden.

Partiële analyses van het voorschrijfgedrag van kinderartsen, de artsen die veruit het vaakst een behandeling met PPI's opstarten, tonen ook sterke verschillen tussen de kinderartsen onderling: de helft van de pediaters schrijft slechts aan 1,5% van de pasgeborenen PPI's voor terwijl 25% dit aan minstens 3,2% van de pasgeborenen doet. Aangezien onze gegevens ongeveer 1 op de 5 pasgeborenen bevatten, is dit deel van de analyse voorzichtig te interpreteren.

07 Aanbevelingen

Voor de gezondheidsactoren en overheden

- Het is belangrijk om zorgverleners en ouders bewust te maken van het goedaardige karakter van fysiologische GERD om onnodige medicatievoorschriften te voorkomen [13]. Het gebruik van PPI's bij kinderen jonger dan 1 jaar is in bepaalde klinische situaties gerechtvaardigd. Medicamenteuze behandelingen zijn echter niet nodig, tenzij GERD de voeding, groei of ontwikkelingsmijlpalen beïnvloedt of complicaties veroorzaakt.
- De geografische variatie toont zeer verschillende praktijken in het gebruik van PPI's bij jonge kinderen. Maar in onze gegevens zitten slechts ongeveer 1 op de 5 pasgeborenen en onze resultaten op niveau van de voorschrijver zijn dus in belangrijke mate partieel. Dezes analyses zouden herhaald kunnen worden op Belgisch niveau, bijvoorbeeld met behulp van de data van het Intermutualistisch Agentschap.

Voor de voorschrijvers en zorgverleners

- Bij kinderen aan wie PPI's worden voorgeschreven moet regelmatig heroverwogen worden of ze nog nodig zijn, en indien mogelijk dienen ze afgebouwd te worden. Dit kan bijvoorbeeld bij het afleveren van een hernieuwingsvoorschrift van PPI.
- Geruststelling van de ouders – door verwachtingen en kennis bij te sturen – is, in combinatie met leefstijl- en voedingsmaatregelen, doorgaans voldoende voor de aanpak van ongecompliceerd regurgiteren.
- Deze geneesmiddelen kunnen neveneffecten hebben en het gebruik is enkel aangeraden in specifieke situaties. Daarom is het aangeraden om ouders afdoende te informeren, bijvoorbeeld door ze te verwijzen naar bestaande informatiebronnen zoals Kind en Gezin ([Problemen bij borstvoeding bij baby's | Kind en Gezin](#)) of Gezondheid & Wetenschap ([Reflux bij baby's · Gezondheid en wetenschap](#)), om zo tot een geïnformeerde, gezamenlijke beslissing tussen ouders en zorgverlener te komen omtrent de opstart of verlenging van PPI's, afgestemd op de noden van de patiënt.

08 Referenties

- [1] BCFI, "Patiëntenbrief 'Stoppen met maagzuurremmers,'" 2025. Accessed: Apr. 21, 2026. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/wp-content/uploads/2025/03/Patientenbrief-PPI-NL-1.pdf>
- [2] RIZIV, "Kwaliteitsindicatoren voor rationeel voorschrijven van PPI's door huisartsen." Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kwaliteitszorg/indicatoren/maagzuurremmers-ppi-indicatoren-voor-het-doelmatig-voorschrijven-van-ppi-door-huisartsen>
- [3] RIZIV, "MORSE rapport gegevens 2024 ," Brussel, 2025. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE_rapport_2024_NL.pdf
- [4] OECD, "Data explorer – Pharmaceutical: Drugs for peptic ulcer and gastro-oesophageal reflux diseases (GORD)." Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=..DDD_10P3HB.&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=..DDD_10P3HB.&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)
- [5] Gezondheid en Wetenschap, "Reflux bij kinderen." Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/reflux-bij-kinderen>
- [6] Kind en Gezin, "Maagdarmstelsel." Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezondheid-en-vaccinatie/lichamelijke-aandoeningen/maagdarmstelsel>
- [7] S. M. Fernández-González, A. Moreno-Álvarez, and A. Solar-Boga, "Proton Pump Inhibitors in Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials," Mar. 01, 2024, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*. doi: 10.3390/children11030296.
- [8] K. Størdal, A. Ma, and C. E. Beck, "Reducing the use of proton pump inhibitors in infants with reflux symptoms," *BMJ*, vol. 385, p. e074588, May 2024, doi: 10.1136/bmj-2022-074588.
- [9] BCFI, "3.1 Maag en duodenumpathologie ", Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?frag=2493>
- [10] Y.-H. Wang, V. Wintzell, J. F. Ludvigsson, H. Svanström, and B. Pasternak, "Association Between Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Asthma in Children," *JAMA Pediatr.*, vol. 175, no. 4, pp. 394–403, Apr. 2021, doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.5710.
- [11] M. Lassalle, M. Zureik, and R. Dray-Spira, "Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Serious Infections in Young Children," *JAMA Pediatr.*, vol. 177, no. 10, pp. 1028–1038, Oct. 2023, doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.2900.
- [12] M. Lyamouri, K. Mårild, R. G. Nielsen, and K. Størdal, "Proton pump inhibitors for infants in three Scandinavian countries increased from 2007 to 2020 despite international recommendations," *Acta Paediatr.*, vol. 111, no. 11, pp. 2222–2228, Nov. 2022, doi: <https://doi.org/10.1111/apa.16491>.
- [13] M. Lassalle, S. Sebban, C. Talbotec, and R. Dray-Spira, "Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les enfants âgés de moins d'un an en France: Étude à partir du registre EPI-MERES issu du SNDS," Saint-Denis, May 2025. Accessed: Mar. 17, 2026. [Online]. Available: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/ipp-enfants-moins-de-1an/>
- [14] S. Yang *et al.*, "Pediatric Prescriptions of Proton Pump Inhibitors in France (2009-2019): Time-Series Analysis of Trends and Practice Guidelines Impact," *J. Pediatr.*, vol. 245, pp. 158-164.e4, Jun. 2022, doi: 10.1016/j.jpeds.2022.01.041.



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juli 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre