



RIZIV

Maagklachten

Wat te doen ?



DEZE PATIËNTENBROCHURE KWAM TOT STAND IN SAMENWERKING
MET HET GEZONDHEIDSTEAM VAN TEST AANKOOP

.be

Inhoud

Inleiding	2
I. Het spijsverteringssysteem: een woordje uitleg	3
II. Maagklachten	4
1. Oorzaken en risicofactoren.....	4
2. Klachten.....	5
a. Dyspepsie.....	6
b. Refluxziekte	6
c. Slokdarmontsteking.....	8
d. Barrett-slokdarm.....	8
3. Wanneer ga je best naar je huisarts?	9
III. Behandeling van maagklachten	10
1. Algemene maatregelen.....	11
2. Geneesmiddelen.....	13
a. Maagzuurbinders.....	14
b. Maagzuurremmers.....	14
c. Maagledigingsversnellers	16
3. Chirurgische behandeling.....	16
4. Concrete richtlijnen bij maag- en slokdarmproblemen	17
a. Dyspepsie.....	17
b. Refluxziekte	17
c. Slokdarmontsteking.....	18
d. Barrett-slokdarm.....	19
IV. Preventief gebruik van PPI's.....	20
V. Nadelen van PPI's	21
1. Overconsumptie	21
2. Ongewenste effecten.....	22
VI. Stoppen met PPI's.....	23
VII. Conclusie.....	24

Inleiding

Maagproblemen blijven één van de meest genoemde gezondheidsklachten. Bijna iedereen heeft wel eens last van een opgeblazen gevoel, brandend maagzuur of een zure oprisping, bv. na een zware maaltijd. Veel van die klachten situeren zich ter hoogte van de maag en de slokdarm.

Maagzuurremmers staan centraal in de behandeling van zulke klachten. Er zijn namelijk heel wat maagzuurremmende geneesmiddelen op de markt, zowel in originele als in generieke vorm. Eén groep van maagzuurremmers wordt veelvuldig voorgeschreven en ingenomen, namelijk de zogenaamde **protonpompinhibitoren** (PPI's) of protonpompremmers. Het aantal personen dat ze inneemt, is in een tiental jaar maar liefst verdubbeld (ongeveer 20 % van de Belgische bevolking in 2016, wat neerkomt op bijna 2 miljoen personen) en het aantal verkochte dosissen is op die termijn zelfs verdrievoudigd (418 miljoen dagdoses in 2016, wat neerkomt op een terugbetalingskost van 106 miljoen EUR). Studies tonen nu echter aan dat men PPI's vaak onangepast en te lang gebruikt. Het gevaar van overconsumptie loert dan ook om de hoek. Bovendien worden er steeds vaker ongewenste effecten gemeld bij het (langdurig) gebruik van deze geneesmiddelen.

Om die redenen is het nuttig om een evaluatie te maken over het correct gebruik van deze geneesmiddelen. Daarom organiseerde het RIZIV op 31 mei 2018 een consensusvergadering over 'Het rationeel gebruik van de protonpompinhibitoren (PPI's) bij niet-ulcereuze gastro-oesofageale pathologie (gastro-duodenaal ulcus uitgesloten)', waar experts de wetenschappelijke stand van zaken kwamen voorstellen. Op basis daarvan heeft een onafhankelijke jury een rapport met aanbevelingen opgesteld (vrij te raadplegen op de website van het RIZIV: www.riziv.be > Publicaties > Overzicht van onze publicaties > Rapporten van onze consensusvergaderingen). Dat rapport is echter in de eerste plaats bedoeld voor zorgverleners met medische voorkennis, in het bijzonder artsen en apothekers.

Deze patiëntenbrochure wil de gewone burger beter informeren over het gebruik van dat type maagzuurremmers. Eerst geven we achtergrondinformatie over enkele aandoeningen waarbij PPI's aangewezen kunnen zijn. We gaan echter niet dieper in op maagzweren omdat zij een andere aanpak vragen. Verder kun je ook de belangrijkste aanbevelingen voor patiënten uit het juryrapport lezen. Medische vaktaal hebben we zo veel mogelijk vermeden.

I. Het spijsverteringssysteem: een woordje uitleg

De spijsvertering is een ingewikkeld proces waaraan verschillende organen meewerken, die van het het zogenaamde gastro-intestinaal stelsel of maag-darmstelsel. Het start allemaal in de **mond**. Daar wordt het voedsel fijn gekauwd en vermengd met speeksel, waarin verteringsenzymen zitten. Wanneer we het voedsel doorslikken, komt het in de **slok darm** terecht. De spieren in de slokdarmwand trekken ritmisch samen (via zogenaamde 'peristaltische' bewegingen) waardoor het voedsel langzaam naar de maag wordt gestuwd. Bij de overgang van de slokdarm naar de **maag** zit een sluitspiertje dat opengaat als er voedsel vanuit de slokdarm naar de maag gaat, en dat daarna opnieuw sluit. Zo kunnen voedsel en maagsap uit de maag niet terugstromen in de slokdarm. In de maag wordt het voedsel vervolgens gekneet en vermengd met maagsap. In dit sap zitten zoutzuur en verteringsenzymen die het voedsel gedeeltelijk verteren. De maag zelf heeft een dikke slijmvlieslaag die de maagwand beschermt tegen het zure maagsap. Na verwerking in de maag komt het voedsel terecht in de **dunne darm**, waar het belangrijkste deel van de spijsvertering plaatsvindt. Ook daar bevinden zich verteringsenzymen die het voedsel verder verwerken tot voedingsstoffen. Deze voedingsstoffen kunnen via de darmwand in het bloed komen en op die manier gebruikt worden voor het hele lichaam. Voedsel dat niet kan worden verteerd, gaat naar de **dikke darm**. Daar worden de onverteerbare resten ontdaan van vocht en zouten. Die ontlasting wordt tijdelijk opgeslagen in de **endeldarm** en verlaat het lichaam via de **anus**.

II. Maagklachten

Het spijsverteringsstelsel werkt niet altijd naar behoren. Een veel voorkomend ongemak zijn maagklachten, een verzamelnaam voor alle ongemakken in de bovenbuik zoals brandend maagzuur, pijn, zure oprispingen, een opgeblazen gevoel of een vol gevoel na de maaltijd.

Bijna iedereen heeft wel eens last van brandend maagzuur of een oprisping, bv. na een uitgebreide maaltijd. Dat kan geen kwaad en in de meeste gevallen gaan deze klachten vanzelf weer over. Als je regelmatig last hebt van maagklachten kan dat wel erg hinderlijk zijn. Zo'n 25 tot 40 % van de Belgen heeft regelmatig last van maagklachten. Als de maagklachten langer dan 2 tot 3 maanden aanhouden of blijven terugkeren, spreken we van chronische maagklachten.

1. Oorzaken en risicofactoren

De exacte oorzaak van maagklachten is in veel gevallen onduidelijk, maar een aantal (zeer uiteenlopende) factoren kunnen een rol spelen:

- te veel eten
- bepaalde voedingsmiddelen:
 - vet of sterk gekruid eten
 - zure voeding (bv. citrusvruchten) en koolzuurhoudende dranken
 - alcohol
 - koffie
 - chocolade
 - munt
- roken
- bepaalde geneesmiddelen, waaronder ontstekingsremmers (bv. ibuprofen), pijnstillers (bv. acetylsalicylzuur, beter bekend als 'aspirine') en antibiotica
- een bacteriële infectie (die een maagzweer kan veroorzaken) of een virale infectie (bv. buikgriep)
- spanning en stress
- een verhoogde druk in de buikholte (bv. overgewicht, hoesten, niezen of verstopping in de darmen).

2. Klachten

De klachten kunnen verschillen van persoon tot persoon. De klachten situeren zich meestal ter hoogte van de maag en de slokdarm. Een heel aantal verschillende aandoeningen kunnen deze klachten veroorzaken. Wij beperken ons in deze brochure tot enkele van de meest voorkomende problemen, waarbij het gebruik van maagzuurremmende geneesmiddelen eventueel van toepassing kan zijn. Maagzweren zullen we in deze brochure niet verder behandelen.

Overzicht van de klachten per aandoening	
Aandoening	Klachten
Dyspepsie (of indigestie)	opgeblazen gevoel in de bovenbuik, branderig gevoel in de maagstreek, maagpijn, zure oprispingen ('regurgitatie'), boeren, misselijkheid, gevoel van volheid tijdens de maaltijd
Refluxziekte	brandend maagzuur ('pyrosis'), zure oprispingen, pijn bij het slikken, pijn in de buurt van het borstbeen (die kan uitstralen naar de hals, de rug en tussen de schouderbladen), nachtelijke hoest, heesheid, het gevoel een brok in de keel te hebben, overmatige speekselproductie, beschadiging van het tandglazuur
Slokdarmontsteking	branderig gevoel in de slokdarm, keelpijn, slikproblemen, pijn in de buurt van het borstbeen (die kan uitstralen naar de hals, de rug en tussen de schouderbladen)
Barrett-slokdarm	brandend maagzuur, zure oprispingen, pijnlijk gevoel achter of onderaan op het borstbeen, moeite met slikken, gevoel dat het eten niet goed zakt

a. Dyspepsie

Dyspepsie (of indigestie) is een geneeskundige term voor een moeizame vertering. Die uit zich in verschillende maagklachten: een opgeblazen gevoel in de bovenbuik, een branderig gevoel in de maagstreek, maagpijn, zure oprispingen en boeren, misselijkheid en een gevoel van volheid tijdens de maaltijd. Dyspepsie kan in theorie het gevolg zijn van een onderliggende aandoening, zoals een maagzweer, refluxziekte, lactose-intolerantie, glutenintolerantie, maagkanker en ziekten van de alveesklier of de galwegen. Ook roken, overmatig alcoholgebruik en gebruik van ontstekingsremmers kunnen een risicofactor zijn. In veel gevallen kunnen de klachten echter ook optreden zonder verklaring.

Dyspepsie komt vaak voor: bij 20 à 40 % van de bevolking, en bij evenveel vrouwen als mannen. Bij de meeste mensen gaat het om onschuldige klachten, aangezien slechts 1 op de 4 mensen met een indigestie zijn klachten ernstig genoeg vindt om een arts te raadplegen.

b. Refluxziekte

Reflux, waarbij de maaginhoud terugvloeit naar de slokdarm of de mond, komt zeer vaak voor. Het kan normaal en goedaardig zijn, zeker bij zuigelingen (het 'opgeven' of 'teruggeven'). Iedereen heeft wel eens maagzuur dat opstijgt in de slokdarm, bv. na een zware maaltijd. Erg is dat niet. Er zijn ook veel mensen die reflux hebben zonder dat ze daar last van ondervinden. Dat hangt af van verschillende factoren: persoonlijke gevoeligheid, samenstelling van het maagzuur, duur van de blootstelling, enz. Gebeurt het echter geregeld, slepen de klachten lang aan of worden ze ernstiger, dan kan reflux de levenskwaliteit beïnvloeden.

Gastro-oesofageale refluxziekte (afgekort als GORZ) treedt op als de reflux van de maaginhoud leidt tot een combinatie van klachten. De naam is afgeleid van het Latijn: 'gaster' betekent maag, 'oesofagus' betekent slokdarm en 'reflux' staat voor terugvloeien. Zo'n 10 tot 20 % van de mensen hebben klachten van refluxziekte.

Reflux is meestal niet te wijten aan een overproductie van maagsappen, maar aan een probleem met de sluitspier die de slokdarm met de maag verbindt. Normaal gezien is die spier gesloten en gaat ze alleen open om het eten naar de maag door te laten, zodat de maaginhoud niet terugstroomt naar de slokdarm. Maar soms opent ze zich te pas en te onpas, bv. na een zware maaltijd, of sluit ze niet meer. Wanneer dat frequent gebeurt of lang blijft duren, geeft dat problemen. Bij zuigelingen is deze sluitspier nog niet volledig ontwikkeld en bij ouderen kan de sluitspier wat verslappen, maar ook andere zaken kunnen bijdragen tot reflux. Een vertraagde lediging van de maag ('luie maag'), een slechte peristaltiek van de slokdarm, een lage speekselproductie, of een breukje in het middenrif waardoor de sluitspier zijn werk niet goed kan doen.

De klachten variëren ook hier van persoon tot persoon en sommigen vertonen helemaal geen klachten. De meest voorkomende klacht is een branderig gevoel achter het borstbeen. Brandend maagzuur (of 'pyrosis') laat zich typisch voelen onmiddellijk na een maaltijd. Wanneer je voorover buigt of gaat liggen (bv. 's nachts), worden de klachten vaak erger. Ook als je te strakke kleding draagt rond de buik of moet hoesten, kunnen de klachten door een verhoogde druk op de buik verergeren. Brandend maagzuur associeert men vooral met uitgebreide maaltijden, vetrijke voeding, chocolade, koffie, sterke alcoholische dranken en zure vruchtensappen.

Een andere voorname klacht zijn zure oprispingen of 'regurgitatie', waarbij de maaginhoud onvrijwillig terugvloeit naar de mond. Denk maar aan het 'teruggeven' bij zuigelingen. Reflux kan zich in een aantal gevallen ook op een heel andere manier uiten, waarbij je niet meteen aan maagzuur denkt: pijn bij het slikken, pijn in de borst gelijkend op hartklachten (die kan uitstralen naar de hals, de rug en tussen de schouderbladen), nachtelijke hoest, heesheid, het gevoel een brok in de keel te hebben, overmatige speekselproductie en beschadiging van het tandglazuur.

In de grote meerderheid van de gevallen is en blijft reflux onschuldig. Veel patiënten gebruiken na verloop van tijd geen geneesmiddelen meer omdat ze met hun klachten hebben leren leven. Ook positief is dat de aandoening normaliter niet verergert in de loop der jaren maar redelijk stabiel blijft.

c. Slokdarmontsteking

Als de refluxklachten echter lang blijven bestaan en niet afdoende worden behandeld, kan de slokdarm beschadigd raken. De slokdarm heeft, in tegenstelling tot de maag, immers geen speciale beschermlaag en het slijmvlies kan ontsteken door regelmatig contact met de zure maaginhoud. Dit noemen we refluxoesofagitis of slokdarmontsteking. Het kan gaan om een gewone ontsteking tot een verzwering, afhankelijk van de ernst.

Klachten bij slokdarmontsteking zijn onder meer een branderig gevoel in de slokdarm, keelpijn, slikproblemen en pijn in de buurt van het borstbeen, soms uitstralend naar de rug of tussen de schouderbladen.

d. Barrett-slokdarm

Als de slokdarm jarenlang wordt blootgesteld aan terugstromend maagzuur kun je een Barrett-slokdarm ontwikkelen. Dat houdt in dat de wand van het onderste deel van de slokdarm is bekleed met een ander slijmvliesweefsel dan normaal. Dit weefsel lijkt meer op dat van de maag, zodat de slokdarm beter is beschermd tegen de zure maagsappen. Ongeveer 1 op de 10 mensen – vooral mannen – met refluxklachten krijgt daadwerkelijk last van een Barrett-slokdarm.

De klachten bij een Barrett-slokdarm zijn heel verschillend. Sommige personen hebben helemaal geen klachten. Anderen hebben jarenlang last van brandend maagzuur, zure oprispingen of een pijnlijk gevoel achter of onderaan op het borstbeen. Verder kan men ook moeite met slikken hebben of het gevoel dat het eten niet goed zakt.

Op zich is een Barrett-slokdarm ongevaarlijk, maar hij brengt wel enkele risico's met zich mee. Patiënten met een Barrett-slokdarm hebben namelijk een licht verhoogde kans op slokdarmkanker. Hoewel slechts een kleine groep patiënten (minder dan 5 %) met een Barrett-slokdarm effectief slokdarmkanker ontwikkelt, is het toch belangrijk om de Barrett-slokdarm nauwgezet op te volgen. Hoe eerder men de kanker ontdekt, hoe beter hij te behandelen is.

3. Wanneer ga je best naar je huisarts?

Meestal gaan banale maagklachten vanzelf over. Maak echter een afspraak bij je huisarts als de klachten geregeld voorkomen en als ze blijven aanslepen, erger worden of veranderen. Vaak kan je huisarts een voorlopige diagnose stellen op basis van je klachten en een lichamelijk onderzoek. Hij of zij zal je enkele algemene adviezen meegeven om je levensstijl aan te passen of, indien nodig, geneesmiddelen voorschrijven.

Levensstijladviezen
gezonde voeding
uitlokkende factoren vermijden
gewichtsverlies
stoppen met roken
het hoofdeinde van het bed verhogen
voldoende tijd laten tussen de hoofdmaaltijd en bedtijd

Soms is aanvullend onderzoek nodig en zal je huisarts je doorverwijzen naar een maagdarmspecialist ('gastro-enteroloog'). Die kan een endoscopie uitvoeren, een inwendig onderzoek waarbij men via de mond met een kleine camera op een flexibel buisje in de slokdarm en de maag kijkt. Dat apparaat kan eventuele afwijkingen en letsels (bv. slokdarmontsteking of Barrett-slokdarm) opsporen, stukjes weefsel ('biopten') wegnemen voor verder onderzoek, en kleine ingrepen uitvoeren.

Bepaalde studies tonen het volgende aan: bij ongeveer 70 % van de patiënten met maagklachten die een endoscopie ondergaan, vindt men geen afwijkingen. Een endoscopie is daarom geen standaardaanbeveling. Ze is enkel aanbevolen wanneer de klachten niet verminderen door voedingsadviezen, leefregels en een behandeling met geneesmiddelen, of als de klachten eerst verdwijnen, maar later terugkomen en eventueel verergeren.

In sommige gevallen is een onmiddellijke endoscopie wél aangewezen, zoals bij aanwezigheid van bepaalde alarmerende klachten:

- als je zwarte ontlasting hebt
- als je veel moet overgeven (zonder of met bloed)
- als je geen eetlust hebt en abnormaal afvalt
- als het eten na het inslikken pijn doet of niet wil zakken
- als je bij maagklachten ook bloedarmoede hebt
- als je ouder bent dan 55 jaar en voor het eerst maagklachten hebt.

Verder kan men eventueel een 24-uur-zuurmeting en een manometrie uitvoeren. Bij een 24-uur-zuurmeting (of 'pH-metrie') wordt via de neus een dun slangetje met een klein meetinstrumentje tot in de slokdarm, net boven de overgang naar de maag gebracht. Hiermee kan men 24 uur lang de zuurgraad meten. Dat is echter een vrij belastend onderzoek, dat men maar zelden uitvoert. Met behulp van manometrie kan men de druk in de slokdarm meten. Zo is het mogelijk om het verband tussen het terugstromen van de maaginhoud, de kracht van de sluitspier tussen slokdarm en maag en de contracties van de slokdarm te onderzoeken.

III. Behandeling van maagklachten

De behandeling van maagklachten verschilt naargelang van de frequentie, de duur en de ernst van de klachten. Een behandeling is niet altijd nodig, zeker wanneer de klachten niet echt ernstig zijn en niet dikwijls voorkomen. Soms verdwijnen de klachten immers vanzelf. Het doel van de behandeling is de levenskwaliteit van de patiënt verbeteren door de klachten te verminderen of te elimineren en een herval of complicaties voorkomen. Soms lukt dit al door de voeding en de levensstijl aan te passen, met geneesmiddelen, of in meer ernstige gevallen met chirurgie.

1. Algemene maatregelen

Bij de meeste lichte maagklachten kunnen, naast simpelweg afwachten, aanpassingen op het vlak van voeding en levensstijl al helpen om de klachten te verlichten. Ook bij chronische klachten zijn deze adviezen belangrijk. Er is evenwel geen garantie dat deze maatregelen helpen, maar 'baat het niet, dan schaadt het niet'.

Wat kan je zelf doen om je maagklachten te verminderen?

- Een gezond en evenwichtig voedingspatroon volgen.
- Voedingsmiddelen en dranken waarvan je merkt dat ze klachten uitlokken of verergeren, beperk of vermijd je het best. Welke producten dat precies zijn, verschilt sterk van persoon tot persoon. Probeer te achterhalen welke gewoontes en producten je niet goed verdraagt. Doe dit door één voedingsmiddel per keer te schrappen en na te gaan of de klachten verbeteren. Dat kan tijd en geduld vragen, maar als je zomaar opeens met allerlei voedingsmiddelen tegelijk stopt, kun je een tekort aan gezonde voedingsstoffen krijgen. Een diëtist kan je eventueel helpen. Voorbeelden zijn alcohol, koolzuurhoudende dranken, koffie, chocolade, pepermunt, scherpe kruiden of citrusvruchten.
- Als je met overgewicht kampt of je gewicht is recent toegenomen, helpt afvallen vaak om de klachten te verminderen. Tot 10 % van je lichaamsgewicht verliezen, kan al een groot verschil maken.
- Stop met roken. Roken heeft, naast andere negatieve gevolgen, een verhoogde productie van maagzuur tot gevolg en een verslapping van de sluitspier tussen de maag en de slokdarm.
- Als je 's nachts last hebt van je maag, kun je het hoofdeinde van je bed met een tiental centimeter verhogen of een paar extra kussens onder je hoofd, nek en schouders leggen. Dan vloeit de zure maaginhoud minder gemakkelijk terug naar de slokdarm en verminderen de klachten.

- Vermijd uitgebreide en vetrijke maaltijden. Het is soms beter om de inname van voeding te verdelen in meerdere kleine porties. Neem rustig de tijd om te eten en kauw voldoende lang op je voedsel, dat bevordert een goede spijsvertering. Neem je hoofdmaaltijd zo'n 3 tot 4 uur vóór het slapen. Met een volle maag naar bed gaan, verhoogt immers de kans op een branderig gevoel in je maagstreek.
- Als je last hebt van stress, angst, verdriet of slecht slaapt, is het belangrijk die problemen aan te pakken.
- Gebruik je geneesmiddelen (bv. ontstekingsremmers of antibiotica) die maagklachten als ongewenst effect hebben, vraag dan aan je huisarts of je mag minderen of stoppen. Indien nodig kun je op een ander geneesmiddel overstappen.
- Een verhoogde druk in je buikholte zal de klachten verergeren, zoals tijdens het hoesten of persen op het toilet. Ga daarom bij aanslepende hoest naar je huisarts. Vermijd verstopping door veel groenten en fruit (vezels) te eten, veel water te drinken en regelmatig te bewegen.
- Draag geen knellende kleding ter hoogte van de maag. Buig niet voorover, maar zak door je knieën als je moet bukken.

2. Geneesmiddelen

Of en hoe maagklachten worden behandeld met geneesmiddelen verschilt naargelang van de ernst van de klachten en, indien een endoscopie is uitgevoerd, naargelang van de gevonden letsels. Omdat het merendeel van de maagklachten vanzelf overgaat, zijn geneesmiddelen vaak niet nodig. Enkel wanneer de klachten je dagelijkse leven te fel verstoren, of als de klachten blijven aanslepen of steeds opnieuw terugkomen, zijn geneesmiddelen te overwegen. Hoe dan ook zullen geneesmiddelen je niet genezen, ze kunnen enkel de klachten beperken en je dus klachtenvrij houden.

De meest gebruikte geneesmiddelen werken voornamelijk in op het maagzuur. Er bestaan verschillende soorten geneesmiddelen. Vaak zal je huisarts je een kortstondige proefbehandeling (van bv. een tweetal weken) voorschrijven, met de laagst mogelijke dosis en gebruiksfrequentie, en kijken wat er gebeurt wanneer je stopt met de behandeling. Als je niet meteen hervalt, is het wellicht niet noodzakelijk om dagelijks geneesmiddelen te nemen. Het kan dan bv. volstaan om bij latere klachten opnieuw kortstondig geneesmiddelen te gebruiken (bv. een week). In andere gevallen kan het zijn dat je voortdurend geneesmiddelen moet nemen, of is aanvullend onderzoek nodig. Bespreek dit in ieder geval met je arts.

Soms voert men bij patiënten met maagklachten onmiddellijk een endoscopie uit en start men pas daarna een behandeling met geneesmiddelen op. Dat is aangeraden bij oudere patiënten (> 55 jaar) die voor het eerst maagklachten vertonen en bij alle patiënten met bepaalde alarmerende klachten (zoals abnormaal gewichtsverlies, slikstoornissen en bloedarmoede).

Volgende categorieën van geneesmiddelen kunnen worden voorgeschreven bij maagklachten:

a. Maagzuurbinders

Maagzuurbinders of antacida binden aan het maagzuur en neutraliseren zo de werking ervan. Ze beperken zo de inwerking van het maagzuur op de wand van de slokdarm en de maag, en kunnen de pijn verlichten. Sommige antacida bevatten ook alginaat, dat als het ware een beschermend laagje gel op de slokdarm- en maagwand aanbrengt. De meerwaarde hiervan is echter niet bewezen. Hoewel er momenteel alternatieven beschikbaar zijn voor dit type geneesmiddelen, zijn ze vooral geschikt om sporadische en milde klachten te behandelen en minder nuttig voor langdurig en regelmatig gebruik.

Maagzuurbinders werken vrij snel, maar kort. Je neemt het middel in op het ogenblik dat je refluxklachten hebt. Dat kan ook op voorhand, als je uit ervaring weet dat de oprispingen eraan zitten te komen, bv. na een zware maaltijd. Eventueel neem je nog een dosis kort voor je naar bed gaat. Nadat het maagzuur is geneutraliseerd, maakt de maag als tegenreactie echter extra zuur aan, waardoor de klachten kunnen terugkeren. Daarom zijn vaak meerdere innames per dag nodig om klachtenvrij te blijven. Bij correct gebruik zijn ze doorgaans veilig, maar ze kunnen wel degelijk ongewenste effecten hebben. Vaak zijn die gewoon vervelend: maaguitzetting, overmatige last van winderigheid, verstopping of diarree.

Maagzuurbinders zijn zonder voorschrift te koop in de apotheek. Bespreek met de apotheker welk product het meest aangewezen is voor jou en lees steeds aandachtig de bijsluiter. Voorbeelden van antacida zijn onder andere Gaviscon, Maalox Antacid en Rennie.

b. Maagzuurremmers

Als maagzuurbinders onvoldoende helpen, kun je een maagzuurremmer proberen. Je maag zal minder zuur produceren, waardoor de maagsappen minder agressief worden en je eventuele oprispingen minder gaat voelen. Het effect van deze middelen houdt langer aan dan bij maagzuurbinders. Ze zijn dan ook beter geschikt voor langdurig gebruik.

H2-ANTIHISTAMINICA

Eén groep van geneesmiddelen met maagzuurremmende werking zijn de H2-antagonisten. Zij onderdrukken de afgifte (of secretie) van maagzuur door de histamine-2-receptoren in de maagwand te blokkeren. Bij patiënten met reflux kunnen zij de klachten van het brandend maagzuur dus verminderen. Gezien hun mindere efficiëntie op langere termijn is langdurig gebruik afgeraden. Het enige beschikbare H2-antihistaminicum op de Belgische markt is ranitidine, ook wel bekend onder de merknaam Zantac, dat je enkel met een voorschrift van de arts kan verkrijgen.

PROTONPOMPINHIBITOREN

Blijven de klachten duren of komen ze steeds terug? Dan kun je een sterkere en meer gebruikte categorie van maagzuurremmers proberen, namelijk een protonpompinhibitor (afkorting PPI) of protonpompremmer. Die groep geneesmiddelen onderdrukt de werking van een protonpomp. Zulke protonpompen bevinden zich in de maagwand en regelen het zuurgehalte in de maag. Door de werking van de protonpompen te blokkeren, wordt er minder maagzuur aangemaakt. Gevolg: minder agressieve maagsappen en minder klachten. De ontdekking van deze geneesmiddelen heeft een ware revolutie in de geneeskunde veroorzaakt. Ze behoren tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen ter wereld. Enkele gekende merknamen zijn Losec, Nexiam en Pantomed. De generieke geneesmiddelen hebben vaak gewoon de naam van het werkzame bestanddeel: omeprazol, lansoprazol, esomeprazol, pantoprazol en rabeprazol. Over het algemeen kun je PPI's niet vrij (zonder voorschrift van de arts) verkrijgen in de apotheek, behalve de kleinste verpakkingen van omeprazol en pantoprazol (in een lage dosis).

Alle PPI's zijn vergelijkbaar in werkzaamheid. Ze zijn een stuk efficiënter in het verzachten van de klachten en blijven langer werkzaam dan de H2-antihistaminica die artsen vroeger vooral voorschreven. Het vergt wel iets meer tijd vóór PPI's effect hebben: het kan tot een tweetal dagen duren, terwijl H2-antihistaminica al na zowat een uur beginnen te werken.

c. Maagledigingsversnellers

Maagledigingsversnellers of prokinetica zorgen ervoor dat de voeding sneller door de slokdarm en de maag beweegt, zodat ze minder lang in de maag blijft zitten. Daardoor wordt ook de kans kleiner dat maagsap terug omhoog stroomt. Deze geneesmiddelen worden ook voorgeschreven tegen misselijkheid. Voorbeelden hiervan zijn metoclopramide en domperidon, beter bekend onder de merknamen Primperan en Motilium. Gebruik dergelijke geneesmiddelen best zo weinig mogelijk en steeds in overleg met je behandelende arts.

3. Chirurgische behandeling

Als de combinatie van maagzuurremmende geneesmiddelen en levensstijlaanpassingen onvoldoende effect heeft op de refluxklachten, of wanneer complicaties zoals slokdarmontsteking of Barrett-slokdarm optreden, kan een operatie aangewezen zijn. Ook bij patiënten die de geneesmiddelen niet goed verdragen of jonge patiënten die niet levenslang geneesmiddelen willen nemen, kan dat het geval zijn. Tijdens de meest voorkomende operatie, een kijkoperatie, zal de arts het onderste deel van de sluitspier tussen slokdarm en maag versterken door het bovenste stuk van de maag er als een soort van das omheen te wikkelen.

Zo'n ingreep is echter – zoals elke operatie overigens – nooit geheel zonder risico's. In een aantal gevallen ondervinden patiënten na de operatie last van winderigheid, een opgeblazen gevoel, diarree, frequent opzwellen van de maag of moeilijkheden om voedsel door te slikken. Bovendien keren de refluxklachten soms terug en moeten patiënten uiteindelijk toch geneesmiddelen blijven nemen. Héél soms zijn de klachten na de operatie zelfs erger. Kortom, er is geen garantie op succes.

Bij een Barrett-slokdarm is het soms mogelijk om het afwijkende weefsel in de slokdarmwand te verwijderen, door het operatief te verwijderen met een endoscoop of weg te branden ('ablatie').

4. Concrete richtlijnen bij maag- en slokdarmproblemen

a. Dyspepsie

In milde gevallen van dyspepsie kunnen geruststelling en advies over veranderingen van de levensstijl volstaan. Bij aanslepende klachten is overstappen op een behandeling met geneesmiddelen een optie. Zowel antacida als H2-antihistaminica kunnen helpen. Maagledigingsversnellers (prokinetica) hebben bij dyspepsie een twijfelachtig effect. Hoewel het niet duidelijk is bewezen dat PPI's een toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de andere geneesmiddelen of levensstijladviezen, mag een proeftherapie met PPI's in theorie worden overwogen. Die behandeling duurt best niet langer dan 4 tot 8 weken, waarna je situatie opnieuw wordt bekeken. Als deze proeftherapie faalt of je hervalt in je klachten is aanvullend onderzoek (bv. een endoscopie) eventueel aanbevolen, maar dit zal in overleg met de behandelend arts gebeuren.

b. Refluxziekte

Omdat de klachten enorm variëren van persoon tot persoon, is het moeilijk om reflux gericht te behandelen. De klachten kunnen spontaan verbeteren. Bij refluxziekte gelden verder dezelfde adviezen om je levensstijl te veranderen: een gezonde voeding, uitlokkende factoren vermijden, gewichtsverlies, stoppen met roken, het hoofdeinde van het bed verhogen en voldoende tijd laten tussen de hoofdmaaltijd en bedtijd. Verlichten deze maatregelen je klachten niet, dan kun je een beroep doen op maagzuurremmende geneesmiddelen, waarbij PPI's en antacida beter werken dan H2-antagonisten en prokinetica. Welke van de 2 je uiteindelijk het best kiest, hangt af van hoe vaak de klachten optreden. Net zoals bij dyspepsie zou je het effect van de testbehandeling met PPI's na 4 tot 8 weken opnieuw moeten laten evalueren door je huisarts. In de meeste gevallen volstaat de combinatie van geneesmiddelen met een gezonde levensstijl tegen brandend maagzuur. Op langere termijn blijkt een continue inname van PPI's geen meerwaarde te hebben ten opzichte van de inname enkel bij klachten (zogenaamde 'on demand'-behandeling).

ZUIGELINGEN

Bij zuigelingen spreekt men pas van refluxziekte wanneer de reflux gepaard gaat met verontrustende klachten (bv. abnormale gewichtsevolutie, onverklaarbaar huilen, voedselweigering) of met complicaties (bv. oesofagitis, ademhalingsproblemen). Enkel in dat geval zijn maagzuurremmende geneesmiddelen (H2-antihistaminica en PPI's) eventueel aangewezen. Geef dus géén maagzuurremmers aan zuigelingen, tenzij daar echt een medische reden voor is, en zelfs dan zo kort mogelijk.

ZWANGERSCHAP EN BORSTVOEDING

Heel wat zwangere vrouwen hebben last van reflux. Bij milde refluxklachten is een aangepaste levensstijl de basis van de behandeling. Bij meer uitgesproken klachten zijn antacida de eerste keuze. Pas als dat niet werkt, kan een H2-antihistaminicum of een PPI gebruikt worden. Er zijn geen aanwijzingen dat deze geneesmiddelen problemen geven bij borstvoeding, maar de studies daaromtrent zijn zeer beperkt.

c. Slokdarmontsteking

Bij een slokdarmontsteking die het gevolg is van refluxziekte én bevestigd is door endoscopisch onderzoek, zijn de genoemde levensstijlmaatregelen ook van toepassing. Het is ook mogelijk om te starten met PPI's. Zij zijn in dit geval efficiënter dan andere geneesmiddelen, kunnen de klachten onderdrukken en ook vaak de letsels aan de slokdarm genezen. Bij **milde** vormen van slokdarmontsteking is het best om te starten met een halve dosering gedurende 4 weken en daarna de situatie opnieuw te bekijken. Zijn de klachten op dat moment nog aanwezig, dan is het mogelijk om de dosis te verhogen naar de standaarddosis. Zijn de klachten op dat moment onder controle, dan wordt de behandeling beter onderbroken. Duiken de klachten na verloop van tijd toch weer op, dan kan men de PPI's herstarten als 'comforttherapie', in de laagst mogelijke dosering en frequentie van toediening om de klachten onder controle te houden. Het is belangrijk om de situatie patiënt per patiënt te bekijken.

Endoscopische controle na enkele weken van behandeling is hier niet nodig, het onder controle houden van de klachten volstaat.

Bij **ernstige** vormen van slokdarmontsteking is het best om direct te starten met een standaarddosis PPI's, en die ook na het verdwijnen van de klachten voort te zetten als onderhoudstherapie. Als het effect van PPI's onvoldoende is en de klachten niet frequent optreden, kan een combinatie met antacida of met een H2-antihistaminicum 's avonds aangewezen zijn. Bij meer uitgesproken klachten wordt een dubbele dosis PPI's aangeraden en moet eventueel anti-refluxchirurgie worden overwogen. Bij ernstige slokdarmontsteking laat je het best na 8 weken een controle-endoscopie uitvoeren om de genezing van de letsels te onderzoeken.

d. Barrett-slokdarm

In het geval van een Barrett-slokdarm is het belangrijk om de diagnose zorgvuldig te laten stellen door een endoscopie en aanvullend weefselonderzoek.

Als behandeling bij patiënten met klachten ten gevolge van een Barrett-slokdarm bestaan volgende opties:

- maatregelen op het vlak van levensstijl
- behandeling met geneesmiddelen: PPI's zijn het meest effectief in de behandeling van Barrett-slokdarm. In eerste instantie is een hoge dosis PPI's nodig om de letsels en het slijmvlies van de slokdarm te laten herstellen. Nadien moet de dosis worden aangepast tot de dosering die nodig is om de klachten onder controle te houden en de genezing van het slijmvlies te bevorderen. Als het effect van PPI's onvoldoende blijkt te zijn, kun je H2-antihistaminica in een avonddosis bijnemen.
- anti-reflux chirurgie: te overwegen bij patiënten waarbij de klachten onvoldoende onder controle zijn bij inname van PPI's, of bij onvoldoende heling van de letsels.

Wanneer er een vermoeden is van een beginnende vorm van slokdarmkanker, is na een korte behandeling met een hoge dosis PPI's een controle-endoscopie op zijn plaats. Als het nodig is om het letsel operatief te verwijderen, is een behandeling met hoge dosis PPI's nodig om te kunnen genezen. Daarna moet de dosis worden aangepast tot de dosering die nodig is om de klachten volledig onder controle te houden.

IV. Preventief gebruik van PPI's

Sommige patiënten moeten langdurig ontstekingsremmers nemen of een lage dosis pijnstillers (bv. acetylsalicylzuur, beter bekend als 'aspirine'). Langdurig gebruik van deze geneesmiddelen kan echter schade toebrengen aan de maag, en maagzweren en verdere complicaties (bv. maagbloedingen) doen ontstaan, vooral bij ouderen. Bepaalde risicopatiënten (personen ouder dan 70 jaar of 80 jaar in geval van inname van respectievelijk ontstekingsremmers of aspirine, aanwezigheid van bijkomende aandoeningen zoals diabetes of cardiovasculaire aandoeningen, voorgeschiedenis van maagzweren, gelijktijdig gebruik van bepaalde geneesmiddelen) die gelijktijdig ontstekingsremmers of aspirine nemen, krijgen de suggestie om preventief PPI's te nemen zolang ze die ontstekingsremmers of aspirine nemen. PPI's kunnen het risico op maagzweren en verdere complicaties verminderen en werken op die manier maagbeschermend.

V. Nadelen van PPI's

1. Overconsumptie

PPI's worden in België, net als in andere landen, vaak en langdurig voorgeschreven, zeker bij oudere patiënten. Ze kamperen al jaren in de top 10 van de meest voorgeschreven geneesmiddelen. Kleine verpakkingen zijn zelfs zonder voorschrift van de arts verkrijgbaar in de apotheek, wat mogelijk aanzet tot onoordeelkundige zelfmedicatie en overconsumptie. In 2016 slikten ongeveer 2 miljoen Belgen PPI's.

Ongeveer de helft van de mensen die PPI's innemen, heeft die waarschijnlijk niet (meer) nodig. Ze worden namelijk vaak langer gebruikt dan nodig. Men neemt ze ook vaak bij klachten waarvoor ze eigenlijk niet bedoeld zijn, zoals een moeizame vertering of een opgeblazen gevoel. De enige indicaties waarvoor langdurig PPI-gebruik (in de laagst effectieve dosis) aangewezen kan zijn, zijn ernstige vormen van slokdarmontsteking, Barrett-slokdarm, chronisch gebruik van ontstekingsremmers of aspirine bij patiënten met een risicofactor (bv. vroeger al een maagzweer ontwikkeld), en het zeldzame Zollinger-Ellison syndroom. Bij deze laatste aandoening maakt de patiënt te veel gastrine aan, wat de maag aanzet tot het maken van maagzuur waardoor tumoren in de maag, darm en alvleesklier kunnen ontstaan.

Onze ziekteverzekering (de verzekering voor geneeskundige verzorging) spendeerde in 2016 bijna 106 miljoen EUR aan PPI's. Een jaar later trof de overheid enkele maatregelen om de overconsumptie en het ondoelmatig langdurig gebruik van PPI's te vermijden. Grote verpakkingen (meer dan 60 tabletten) van bepaalde PPI's met een hoge dosering worden sindsdien niet meer terugbetaald, tenzij bij patiënten met Zollinger-Ellison syndroom of met een Barrett-slokdarm waarbij langdurig PPI-gebruik gerechtvaardigd is. Medisch gezien houdt deze maatregel wel steek: PPI's (en vooral de hoge dosissen) neemt men meestal beter niet langer dan 2 maanden. Verder geeft het RIZIV artsen feedback over de hoeveelheid PPI's die ze voorschrijven, in de hoop zo het aantal voorschriften terug te dringen.

2. Ongewenste effecten

De laatste jaren zijn er steeds meer signalen over allerlei ernstige ongewenste effecten bij (langdurig) gebruik van PPI's. Wetenschappelijke studies over de ongewenste effecten zijn echter meestal van korte duur en vertonen methodologische tekortkomingen. Vaak is er geen oorzakelijk verband te leggen en de resultaten spreken elkaar dikwijls tegen. De bewijzen zijn dus vooralsnog vrij beperkt.

Voorbeelden van ongewenste effecten zijn:

- Vaak optredende ongewenste effecten:
PPI's kunnen onmiddellijke en frequent optredende ongewenste effecten veroorzaken zoals hoofdpijn, buikpijn, huiduitslag, verstopping, diarree, winderigheid, misselijkheid en braken.
- Zelden optredende ongewenste effecten:
Er zijn mogelijke ongewenste effecten gemeld op het gebied van hart- en vaatziekten, neurologie (dementie), ademhaling, nieren, maagdarmklachten, botaandoeningen (zoals breuken) en tekorten aan voedingsstoffen (vitamine B12 en magnesium).

PPI's kunnen ook de werking van andere geneesmiddelen beïnvloeden tot zelfs verstoren. Zeker als je meerdere geneesmiddelen neemt (bv. verzwakte of oudere personen), is het dus aan te bevelen om het advies van je arts te vragen, wegens mogelijke interacties met PPI's.

VI. Stoppen met PPI's

Vanwege de overconsumptie van PPI's, de bijbehorende kosten voor het Belgisch gezondheidszorgbudget en het feit dat er op lange termijn mogelijk ongewenste effecten zijn, moeten artsen de risicobatenverhouding van elke behandeling met PPI's kritisch evalueren. Gezien de problematiek van de al dan niet reële ernstige ongewenste effecten van PPI's zijn artsen terecht voorzichtiger geworden in het voorschrijven ervan. Het is aangewezen PPI's enkel te gebruiken voor de juiste indicaties en in andere gevallen de te verwachte voordelen af te wegen tegen de mogelijke ongewenste effecten. Voorzichtigheidshalve kunnen artsen opteren voor een kortstondig gebruik in de laagst mogelijke dosis en aan de laagst mogelijke gebruiksfrequentie. Belangrijk is ook dat je arts de noodzaak voor behandeling regelmatig herziet om onnodig langdurig gebruik te vermijden. Overleg dus altijd met je arts. In bepaalde situaties is het immers wél nodig een PPI te nemen, soms zelfs als onderhoudsbehandeling voor lange duur.

Spreek best enkele weken na de start van de behandeling opnieuw af met je huisarts om te bespreken hoe het gaat wanneer je met de geneesmiddelen bent gestopt. Als je klachten voldoende onder controle zijn en je niet meteen hervalt, is het niet nodig om continu geneesmiddelen te nemen. Je bewaart die geneesmiddelen dan beter voor wanneer de klachten opnieuw de kop opsteken.

Meestal zijn de klachten dus na enkele weken verdwenen en is het verstandig om met de geneesmiddelen te stoppen. Probeer de PPI's in ieder geval niet te lang te gebruiken, hooguit 4 tot 8 weken.

Als de behandeling niet meer nodig is, kun je de behandeling met PPI's gecontroleerd afbouwen of stopzetten. Stop echter nooit met het gebruik van PPI's zonder medisch advies! Het gebruik van een PPI bouw je het best geleidelijk af, in overleg met en onder toezicht van je arts. Als je abrupt stopt, kunnen de klachten tijdelijk verergeren of terugkeren ('rebound effect'). Afbouwen doe je door eerst gedurende 1 tot 2 weken de helft van de dagelijkse dosis te gebruiken, daarna 1 of 2 weken om de dag, en uiteindelijk helemaal te stoppen.

Wanneer je afbouwt, lijken de klachten vaak voor een paar dagen terug te komen. De maagzuurproductie komt immers weer op gang en je maag moet opnieuw aan het zuur wennen. Veel mensen worden in die paar dagen onzeker omdat het lijkt of ze terug bij af zijn. Ze denken de geneesmiddelen weer nodig te hebben en niet meer zonder te kunnen. Maar dit is een gekend en slechts tijdelijk ongewenst effect van PPI's. Probeer de eerste 2 tot 4 weken dus vol te houden. Heb je opnieuw klachten, dan kun je tijdelijk een antacidum of H₂-antagonist gebruiken dat vrij te koop is in de apotheek. Worden de klachten niet minder na 2 weken of komen ze na enkele weken weer terug, neem dan contact op met je huisarts.

Lukt een volledige stop niet, bespreek dan met je arts mogelijke alternatieven. Probeer bv. af te bouwen tot de laagst mogelijke dosis die je klachten toch nog onder controle houdt. Je kunt ook proberen enkel geneesmiddelen te nemen tijdens de periodes waarin je klachten ondervindt, of minder krachtige maagzuurremmende middelen te gebruiken. Een gezonde levensstijl blijft belangrijk tijdens het stopzetten of afbouwen van de behandeling.

VII. Conclusie

PPI's zijn effectief en relatief veilig, maar we slikken ze veel te enthousiast. Ongeveer de helft van de verkochte PPI's wordt ingenomen door mensen die ze eigenlijk niet nodig hebben. Grijp daarom niet meteen naar geneesmiddelen als je last hebt van je maag. Even geduld hebben of een gezondere levensstijl aannemen kunnen vaak al voldoende zijn.

Als je toch geneesmiddelen inneemt, moet je arts steeds het te verwachten voordeel van geneesmiddelen afwegen tegen de mogelijke ongewenste effecten. Want eens je begint met PPI's, is het niet eenvoudig om ermee te stoppen. Je maag went namelijk aan de geneesmiddelen en als je ermee stopt, kunnen de klachten tijdelijk terugkomen. En zo blijven wij Belgen PPI's innemen, vaak jarenlang.

Verantwoordelijke uitgever

J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie

Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV
in samenwerking met het gezondheidsteam van Test Aankoop

Grafisch ontwerp

Communicatiecel van het RIZIV

Illustraties

Claire Lerustre

Publicatiedatum

Januari 2020

Wettelijk depot

D/2019/0401/22