

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA SEPTEMBER 2026**FOCUS****Nirsevimab of maternale RSV-vaccinatie: wat beschermt zuigelingen het best?**

RSV-preventie bij zuigelingen kan gebeuren door vaccinatie van de moeder of door het toedienen van het monoklonaal antilichaam nirsevimab aan de baby. Is één van beide strategieën meer doeltreffend in het voorkomen van RSV-gerelateerde hospitalisatie?

NIUWIGHEDEN GENEESMIDDELEN**Nieuwe vormen**

- anifrolumab (Saphnelo®)
- bimatoprost gel (Elymbus®)

Nieuwe sterktes

- colecalciferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®)
- (peg)interferon alfa-2a (Pegasys® 90 en 135 µg®)
- saccharomyces boulardii (Enterol Forte®)

Wijzigingen in de indicaties

- glecaprévir + pibrentasvir (Maviret®)
- ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®)
- upadacitinib (Rinvoq®)

Focus

Nirsevimab of maternale RSV-vaccinatie: wat beschermt zuigelingen het best?

RSV-preventie bij zuigelingen kan gebeuren door vaccinatie van de moeder of door het toedienen van het monoklonaal antilichaam nirsevimab aan de baby. Is één van beide strategieën meer doeltreffend in het voorkomen van RSV-gerelateerde hospitalisatie? Een Franse observationele studie die de twee strategieën direct vergelijkt werpt licht op deze zaak.

Kernboodschappen

- Voor de **preventie van RSV-infecties bij zuigelingen** zijn momenteel **twee strategieën** beschikbaar: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap en passieve immunisatie van de baby met het monoklonaal antilichaam nirsevimab.
- Een Franse population-based cohortstudie met 42 560 zuigelingen (21 280 in elke groep) vergelijkt beide strategieën.
- Tijdens de follow-up periode werden 481 RSV-gerelateerde hospitalisaties geregistreerd: 212 in de nirsevimabgroep en 269 in de maternale vaccinatiegroep. Passieve immunisatie met **nirsevimab** was dus geassocieerd met een **lager risico op hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties** dan maternale vaccinatie (adjusted HR 0,74; 95% BI van 0,61 tot 0,88). Ook opnames op **pediatrische intensieve zorgen, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie** waren significant lager.
- **Commentaar van het BCFI:**
Deze studie vergelijkt voor het eerst **beide RSV-preventiestrategieën rechtstreeks met elkaar**. Het gaat echter niet om een gerandomiseerde studie en de groepen waren bij aanvang niet volledig vergelijkbaar. Hoewel hiervoor statistisch werd gecorrigeerd, blijft residuele confounding mogelijk. De studie onderzocht enkel de effectiviteit, maar **niet de veiligheid** van beide strategieën.

Waarom is deze studie belangrijk?

RSV is een belangrijke oorzaak van luchtweginfecties en hospitalisatie bij jonge kinderen. Tijdens het winterseizoen zorgt het virus jaarlijks voor een aanzienlijke belasting van de pediatrische gezondheidszorg. Voor de preventie van RSV-infecties bij zuigelingen zijn momenteel twee strategieën beschikbaar: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap en passieve immunisatie van de baby met nirsevimab. Beide strategieën worden door de Hoge Gezondheidsraad (HGR) aanbevolen voor zuigelingen die hun eerste RSV-seizoen ingaan, zonder voorkeur voor één van beide strategieën¹ (situatie 01/07/2026).

Maternale vaccinatie met het [RSVpreF-vaccin](#) kan gebeuren tussen 24 en 36 weken zwangerschap. In de MATISSE-studie ([zie Folia januari 2024](#)) bedroeg de effectiviteit van maternale vaccinatie tegen ernstige RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties bij de zuigeling 82% tijdens de eerste 90 levensdagen en 69% tijdens de eerste 180 levensdagen^{2,3}. Deze resultaten werden bevestigd in observationele studies: een Argentijnse studie rapporteerde een reductie van RSV-gerelateerde hospitalisaties met 79% bij kinderen jonger dan 3 maanden en met 77% bij kinderen jonger dan 6 maanden⁴.

Nirsevimab is een langwerkend monoklonaal antilichaam gericht tegen het fusie-eiwit van RSV. Één intramusculaire dosis aan de zuigeling biedt bescherming gedurende één RSV-seizoen. Gerandomiseerde studies bij gezonde kinderen tonen dat nirsevimab werkzaam is bij zowel premature als à terme zuigelingen ter preventie van RSV-gerelateerde lage luchtweginfecties (bescherming van 75% met een NNT van 19) en tegen RSV-gerelateerde hospitalisaties (bescherming van 79% met een NNT van 47)⁵ ([zie Folia augustus 2024](#)). Ook deze resultaten werden bevestigd in observationele real-world studies⁶.

Tot op vandaag waren er echter geen vergelijkende studies beschikbaar tussen beide strategieën. Deze Franse cohortstudie is de eerste die beide strategieën rechtstreeks vergeleek tijdens hetzelfde RSV-seizoen⁷.

Opzet van de studie

Deze population-based cohortstudie gebruikte gegevens uit het Franse *Système National des Données de Santé*, een nationale databank met longitudinale gegevens op individueel niveau van vrijwel de volledige Franse bevolking.

Het doel van de studie was het vergelijken van maternale vaccinatie met het RSVpreF-vaccin met passieve immunisatie van de zuigeling met nirsevimab voor de preventie van RSV-gerelateerde hospitalisaties.

Zuigelingen kwamen in aanmerking als ze geboren waren tussen 1 september en 31 december 2024, ontslagen werden vanaf 1

oktober 2024 en ofwel maternale vaccinatie ofwel nirsevimab hadden gekregen. Zuigelingen die beide strategieën ontvingen werden geëxcludeerd, evenals kinderen van moeders die buiten het aanbevolen tijdsvenster gevaccineerd waren of kinderen die minder dan 14 dagen na maternale vaccinatie geboren werden. In die laatste situatie wordt immers een catch-up toediening van nirsevimab aanbevolen omdat de immuunrespons op het vaccin nog onvoldoende is op het moment van de geboorte.

Maternale vaccinatie gebeurde tussen 32 en 36 weken zwangerschap, nirsevimab werd toegediend aan de zuigeling na de geboorte, tijdens de opname op de materniteit. De keuze voor maternale vaccinatie of nirsevimab werd gemaakt in overleg tussen zorgverleners en ouders.

Omdat de studie niet gerandomiseerd was, werd gecorrigeerd voor verschillen tussen beide groepen. Daartoe werden de groepen 1:1 gematcht op basis van ontslagdatum uit de materniteit, geslacht, zwangerschapsduur en regio. Daarnaast werd statistisch gecorrigeerd voor een groot aantal maternale en neonatale kenmerken. Follow-up liep vanaf ontslag uit de materniteit tot RSV-gerelateerde hospitalisatie, overlijden of 28 februari 2025 (einde van het RSV-seizoen).

De primaire uitkomst was hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties. Secundaire uitkomsten waren opname op een (pediatrische) intensieve zorgafdeling, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie. Voor de analyse werden Cox proportional hazard-modellen gebruikt.

Resultaten in het kort

In totaal werden 42 560 zuigelingen geïnccludeerd, met 21 280 kinderen per groep. De gemiddelde leeftijd bij ontslag bedroeg 3,7 dagen (SD 1,4 dagen), 51,7% van de kinderen waren jongens en 98,7% werd à terme geboren. De mediane follow-up bedroeg 84 dagen (IQR 70 - 99 dagen).

Bij aanvang waren beide groepen niet volledig vergelijkbaar. Moeders die kozen voor maternale vaccinatie hadden vaker een hogere socio-economische status en waren vaker gevaccineerd tegen influenza, COVID-19 en kinkhoest tijdens de zwangerschap. De auteurs corrigeerden hiervoor, maar residuele confounding kan niet worden uitgesloten.

Primair eindpunt: Tijdens de follow-up werden 481 RSV-gerelateerde hospitalisaties geregistreerd: 212 in de nirsevimabgroep en 269 in de maternale vaccinatiegroep. Passieve immunisatie met **nirsevimab** was geassocieerd met een **lager risico op hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties** dan maternale vaccinatie (adjusted HR 0,74; 95% BI van 0,61 tot 0,88; met een number needed to treat (NNT) van 373).

De gemiddelde leeftijd van de zuigeling bij hospitalisatie bedroeg 38,9 dagen (SD 22,2 dagen). De meeste RSV-geassocieerde infecties betroffen in beide groepen bronchiolitis (96,5%). Bronchitis en pneumonie kwamen slechts sporadisch voor. De mediane opnameduur bedroeg 5 dagen (IQR 4 – 7 dagen).

Ook **secundaire uitkomsten** kwamen minder frequent voor in de nirsevimabgroep. In vergelijking met maternale vaccinatie was nirsevimab geassocieerd met:

- Minder opnames op **pediatrische intensieve zorgen** (adjusted HR 0,58; 95% BI van 0,42 tot 0,80; 0,3% opnames in de nirsevimabgroep versus 0,5% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500)
- Minder **nood aan beademing** (adjusted HR 0,57; 95% BI van 0,40 tot 0,81; 0,2% in de nirsevimabgroep versus 0,4% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500)
- Minder **nood aan zuurstoftherapie** (adjusted HR 0,56; 95% BI van 0,38 tot 0,81; 0,2% in de nirsevimabgroep versus 0,4% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500).

De resultaten waren consistent in de verschillende subgroepanalyses, onder meer volgens geslacht, zwangerschapsduur en socio-economische status.

Beperkingen van de studie

De auteurs vermelden zelf een aantal beperkingen van de studie. Het betreft een **observationale studie, dus zonder randomisatie**. Ondanks matching en statistische correcties kunnen niet alle confounders uitgesloten worden. De groepen verschilden aanvankelijk op socio-economisch vlak en wat betreft maternale vaccinatie voor andere vaccins. Confounders waarvoor niet werd gecorrigeerd zijn bijvoorbeeld rookgedrag van de ouders of het al dan niet naar een kinderdagverblijf gaan.

De studie onderzocht enkel de effectiviteit, maar **niet de veiligheid** van beide strategieën. Voor maternale vaccinatie bestaan er signalen over een mogelijk verhoogd risico op vroeggeboorte en op zwangerschapshypertensie, hoewel die voorlopig niet bevestigd worden in recente observationele gegevens⁸. Voor nirsevimab worden geen veiligheidsproblemen gemeld, maar de data zijn voorlopig beperkt.

Commentaar van het BCFI

Deze studie is relevant omdat zij voor het eerst **beide RSV-preventiestrategieën rechtstreeks vergelijkt**. De resultaten suggereren een lagere incidentie van RSV-gerelateerde hospitalisaties met nirsevimab dan met maternale vaccinatie. Ook andere ernstige uitkomsten, zoals opname op (pediatrische) intensieve zorgen, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie kwamen minder frequent voor in de nirsevimab-groep. In absolute termen gaat het over kleine aantallen met een hoge NNT.

Toch moeten de resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het gaat niet om een gerandomiseerde studie en de groepen waren bij aanvang niet volledig vergelijkbaar. Hoewel hiervoor statistisch werd gecorrigeerd, blijft residuele confounding mogelijk.

De **HGR** beveelt op dit moment voor elke zuigeling jonger dan 1 jaar die zijn eerste RSV-seizoen ingaat **één van beide strategieën** aan: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap of toediening van nirsevimab aan het kind. Enkel in heel specifieke gevallen (bij hoogrisicokinderen) kan er toch voor worden gekozen om nirsevimab toe te dienen aan kinderen van gevaccineerde moeders. Voor bepaalde hoogrisicokinderen tussen 1 en 2 jaar wordt tijdens hun tweede RSV-seizoen ook preventie aanbevolen. Op het moment van publicatie van het advies waren nog geen vergelijkende studies beschikbaar. De HGR maakt dus geen onderscheid tussen beide strategieën en beschouwt ze als evenwaardig¹ (situatie 01/07/2026).

Het KCE en de Universiteit Antwerpen (UA) onderzochten de **kosteneffectiviteit** van beide strategieën. Volgens hun analyse wordt de grootste gezondheidswinst verwacht met het scenario waarbij nirsevimab toegediend wordt na de geboorte aan baby's geboren tijdens het RSV-seizoen, met een inhaaltoediening in september voor baby's die eerder in het jaar geboren werden. Om kosteneffectief te zijn voor de overheid, moet de prijs van nirsevimab echter sterk dalen⁹ (zie [Folia september 2025](#)).

Zowel nirsevimab als het maternale RSV-vaccin worden **terugbetaald** onder bepaalde voorwaarden. In beide gevallen betaalt de patiënt € 12,80 (of € 8,50 in geval van verhoogde tegemoetkoming). De **keuze** tussen beide strategieën gebeurt momenteel **in overleg met de ouders**, rekening houdend met de praktische aspecten en voorkeur van de ouders. Tenslotte moet in de praktijk rekening gehouden worden met welke strategie het best aanvaard wordt door ouders, onder andere in hoogrisicogroepen.

Over welke specialiteiten gaat het?

Vaccin tegen respiratoir syncytieel virus: Abrysvo® (zie [Repertorium](#))

Nirsevimab: Beyfortus® (zie [Repertorium](#))

Bronnen

1. HGR Advies 9760: Preventieve strategieën tegen RSV bij kinderen. Gepubliceerd op 21/12/2023 [Via website HGR](#)
2. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med 2023 ; 388 : 1451-1464. Doi [10.1056/NEJMoa2216480](#)
3. KCE. Evaluation of Abrysvo® maternal vaccine against RSV infections in infants. Gepubliceerd op 18/12/2023 [Via website KCE](#)
4. Gonzalo PM., Vizzotti C., Deshayne BF. et al. Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-associated lower respiratory tract disease leading to hospitalization in infants during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study. The Lancet Infectious Diseases 2025 : 25(9) : 1044-1054. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00156-2)
5. KCE. Rapid reponse report: Evaluation of nirsevimab against RSV infections in infants. Gepubliceerd op 15/12/2023 [Via website KCE](#)
6. Sumsuzzman D., Wang Z., Langley JM. et al. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Child & Adolescent Health 2025 : 9(6) : 393-403. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00093-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00093-8)
7. Jabagi M., Bertrand M., Gabet A. et al. Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus-Related Hospitalization in Newborns. JAMA. 2026 ; 335(9) : 787-798. doi : [10.1001/jama.2025.24082](#)
8. Michnick AI, MacDonald SC, Cosgrove A et al. Interim Safety of RSVpreF Vaccination During Pregnancy. JAMA 2026 : 335(5) : 456-457.
9. Rapport KCE n° 402. Cost-effectiveness of Abrysvo® and Beyfortus® against RSV infections in Belgian infants. Gepubliceerd op 30/07/2025 [Via website KCE](#)

Nieuwigheden geneesmiddelen september 2026**Nieuwe vormen**

- anifrolumab (Saphnelo®) : systemische lupus erythematosus
- bimatoprost gel (Elymbus®) : glaucoom en intraoculaire hypertensie

Nieuwe sterktes

- colecalciferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®) : vitamine D-tekort en aanvulling op de behandeling van osteoporose
- (peg)interferon alfa-2a 90 en 135 µg (Pegasys®) : polycytemie van Vaquez, essentiële trombocytomie en chronische hepatitis B en C
- saccharomyces boulardii (Enterol Forte®) : preventie van diarree

Wijzigingen in de indicaties

- glecaprévir+pibrentasvir (Maviret®) : acute hepatitis C-infectie
- ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®) : matige atopische dermatitis
- upadacitinib (Rinvoq®) : ernstige alopecia areata en niet-segmentair vitiligo

: geneesmiddelen onder aanvullende monitoring, waarvoor het melden van ongewenste effecten aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking wordt aangemoedigd (onder andere geneesmiddelen die een nieuwe werkzame stof bevatten, biologische geneesmiddelen).

: geneesmiddelen waarvoor de autoriteit die de vergunning voor het in de handel brengen afgeeft aanvullende procedures voor risicobeperking (*Risk Minimization Activities: RMA*) heeft opgelegd (zie Folia maart 2015), zoals educatief materiaal of brochures.

: contra-indicatie of dosisverlaging in het geval van ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring tussen 30 en 15 ml/min/1,73m²).

: contra-indicatie of dosisverlaging reeds bij matige nierinsufficiëntie (dus vanaf creatinineklaring van 60 ml/min/1,73 m² of lager), of bij nierinsufficiëntie zonder verdere vermelding van de ernst.

Voor de nieuwigheden geneesmiddelen van deze maand houden we rekening met de wijzigingen waarvan we ten laatste op 28 augustus 2026 op de hoogte gebracht werden. De wijzigingen die na deze datum gemeld worden, zullen worden opgenomen in de Weekly Folia van oktober.

De teksten van het Repertorium over deze nieuwigheden worden op 18 september aangepast.

Nieuwe vormen**anifrolumab (Saphnelo®)**

Anifrolumab (Saphnelo®, subcutane toediening voor thuisgebruik, aflevering in het ziekenhuis) is voortaan gecommercialiseerd in de vorm van een voorgevulde pen. Het heeft als indicatie bij volwassenen de aanvullende behandeling van matige tot ernstige, actieve systemische lupus erythematosus waarbij antilichamen aanwezig zijn ondanks een standaardbehandeling (samenvatting van de SKP).¹

De patiënt kan anifrolumab uit de voorgevulde pen zelf toedienen na een training te hebben gevolgd.

Anifrolumab was al beschikbaar voor dezelfde indicatie, maar dan via intraveneuze toediening.

Dosering : 1 dosis van 120 mg/week.

Kostprijs : 816 €, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

bimatoprost gel (Elymbus®)

Bimatoprost (Elymbus®) is nu gecommercialiseerd als conserveermiddelvrije ooggel in unidoses. Het heeft als indicatie de behandeling van chronisch openhoekglaucoom en oculaire hypertensie bij volwassenen (samenvatting van de SKP).¹

Bimatoprost was voor dezelfde indicaties al verkrijgbaar in de vorm van oogdruppels.

Bimatoprost gel lijkt even effectief te zijn als bimatoprost in oogdruppels van 0,1 mg/ml die een conserveermiddel bevatten. De conserveermiddelvrije formulering is bestemd voor patiënten die klachten hebben van roodheid, branderig gevoel of droogheid ter hoogte van de ogen.

Dosering : 1 druppel/dag 's avonds in het aangetaste oog.

Kosten : 26,50€ voor 30 unidoses, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

Nieuwe sterktes

colecalfiferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®)

Colecalciferol in druppels met een nieuwe sterkte van 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®, oraal) is nu gecommmercialiseerd. Het heeft als indicatie de behandeling en preventie van vitamine D deficiëntie bij kinderen, adolescenten en volwassenen (samenvatting van de SKP).¹ Het wordt ook gebruikt als aanvulling op een behandeling tegen osteoporose. 1 druppel bevat 400 IE. Op basis van verschillende studies zijn er geen argumenten om suppletie van vitamine D aan te bevelen buiten de risicogroepen (zwangere vrouwen en ouderen), zie [14.2.1.2. Vitamine D en derivaten](#).

Kostprijs : 14,99 €, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

(peg)interferon alfa-2a (Pegasys® 90 en 135 µg®)

(peg)interferon alfa-2a (Pegasys®), een immunomodulator voor subcutane toediening thuis, is nu verkrijgbaar in sterktes van 90 en 135 µg.

Met deze nieuwe sterktes is het gemakkelijker om de gewenste dosis te bereiken voor de behandeling van polycythaemia vera en essentiële trombocytose bij volwassenen, evenals voor de behandeling van chronische hepatitis B en C bij kinderen.¹

Kostprijs : 158,75 € voor 90 µg en 200,62 € voor 135 µg, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

saccharomyces boulardii (Enterol Forte®)

Er is nu een nieuwe sterkte van Saccharomyces boulardii van 500 mg (Enterol Forte®, oraal) gecommmercialiseerd. Het betreft een probioticum en heeft als indicatie de preventie van diarree als gevolg van een antibioticabehandeling bij patiënten die vatbaar zijn voor diarree door Clostridium difficile (samenvatting van de SKP).¹

Hoewel hun rol niet duidelijk is vastgesteld, wijzen bepaalde gegevens erop dat probiotica een rol kunnen spelen bij de preventie van diarree door Clostridium difficile, zie [3.6.2. Probiotica en postbiotica](#).

Dosering : 1 zakje 2x/dag.

Kostprijs : 23,30 € voor 14 zakjes, niet terugbetaald.

Wijzigingen in de indicaties

glecaprévir + pibrentasvir (Maviret®)

De combinatie van glecaprevir + pibrentasvir (Maviret®, oraal) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van **acute** hepatitis C-infectie vanaf de leeftijd van 3 jaar (samenvatting van de SKP).¹ De indicatie omvatte reeds de behandeling van chronische hepatitis C-infectie.

Kostprijs : 2130,20 € voor 28 zakjes (niet terugbetaald) of 12 720 € voor 84 tabletten (niet terugbetaald voor acute infectie, terugbetaald in categorie voor de behandeling van chronische infectie), zie [voorwaarden en terugbetaling](#) (situatie 1 september 2026).

ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®)

Ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®, cutaan gebruik, aflevering in het ziekenhuis) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van matige atopische dermatitis bij volwassenen bij wie lokale corticosteroïden en lokale calcineurineremmers onvoldoende of ongeschikt zijn (samenvatting van de SKP).¹ Het middel had al als indicatie de behandeling van non-segmentale vitiligo waarbij het gelaat is aangedaan vanaf de leeftijd van 12 jaar.

Ruxolitinib voor cutaan gebruik toonde een statistisch en klinisch significante werkzaamheid aan: ongeveer 70 % van de patiënten bereikte na 8 weken een vermindering van ten minste 75 % in de ernst van de aandoening, tegenover 19 % bij de placebogroep. Er werd ook een significante verbetering van de jeuk waargenomen.

Kostprijs : 739 €, niet terugbetaald voor de behandeling van atopische dermatitis. Vergoed bij de behandeling van vitiligo in categorie , zie voorwaarden en terugbetaling (situatie op 1 september 2026).

upadacitinib (Rinvoq®)

Upadacitinib (Rinvoq®, oraal) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van **ernstige alopecia areata** vanaf de leeftijd van 12 jaar. Het heeft ook een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van non-segmentale **vitiligo** bij volwassenen en kinderen vanaf de leeftijd van 12 jaar die een systemische behandeling nodig hebben (samenvatting van de SKP).¹

Het heeft reeds als indicaties de behandeling van bepaalde vormen van artritis, atopische dermatitis, colitis ulcerosa, de ziekte van Crohn en reuscelarthritis.

Kostprijs : van 822,46 € tot 3401,28 €, afhankelijk van de sterkte en de verpakking. Wordt niet terugbetaald voor deze 2 nieuwe indicaties (situatie op 1 september 2026).

Bronnen

Naast de algemene bronnen die systematisch geraadpleegd worden door het BCFI (British Medical Journal, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, The Lancet, JAMA, Drug & Therapeutic Bulletin, GeBu, La Revue Prescrire, Australian Prescriber), werden de volgende bronnen geraadpleegd voor het opstellen van de artikelen 'Nieuwe geneesmiddelen': SKP en evaluatiedossier van het EMA (EPAR) van het product, The Medical Letter, NEJM Journal Watch.

Specifieke bronnen

anifrolumab

1. Saphnelo®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 21 augustus 2026

bimatoprost gel

1. Elymbus®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 28 augustus 2026.

colécalciférol en gtts à 14 400UI/1ml

1. Vitamine D Will®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 28 augustus 2026.

(peg) interferon alfa-2a

1. Pegasys®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 21 augustus 2026.

saccharomyces boulardii

1. Enterol Forte®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

glecaprevir + pibrentasvir

1. Maviret®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

ruxolitinib

1. Opzelura®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

upadacitinib

1. Rinvoq®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.