

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUNI  
2026

Voor u gelezen

## BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de inleiding en respiratoire infecties?

De Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC) publiceerde in juni 2026 een herziene versie van de gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. In dit eerste artikel bespreken we de belangrijkste wijzigingen in de inleiding en het hoofdstuk respiratoire infecties

Voor de veranderingen binnen de hoofdstukken urogenitale en oftalmologische infecties, zie het artikel 'BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de hoofdstukken urogenitale en oftalmologische infecties?'

### Kernboodschappen / Messages clés

- Door de toenemende resistentie tegen macroliden krijgt azithromycine een beperktere plaats in de behandeling van respiratoire infecties.
- De aanbevelingen voor acute (tonsillo)faryngitis zijn afgestemd op de [WOREL-richtlijn Acute keelpijn \(2025\)](#).
- Verschillende antibioticakuren werden vereenvoudigd, met aangepaste doseringen en vaak een kortere behandelduur.
- De indicaties voor antibiotica zijn verscherpt, met een meer nauwkeurige afbakening van risicopatiënten.
- De BAPCOC-gids ambulante praktijk is integraal beschikbaar in [hoofdstuk 11.5](#) in het Repertorium of als [PDE](#), zie hiervoor de tab Publicaties op de site van het BCFI.

### Veranderingen over de hoofdstukken heen

- Er werd aan de herziene hoofdstukken informatie toegevoegd rond **indicaties voor verwijzing** naar de tweede lijn.
- De term '**ernstig zieke patiënt**' is voor verschillende indicaties nu duidelijker omschreven.
- Door de toegenomen antibioticaresistentie tegen macroliden, krijgt **azithromycine een beperkte plaats**:
  - Acute otitis media (AOM) en acute rinosinusitis bij kinderen met een IgE-gemedieerde penicilline allergie: azithromycine wordt vervangen door co-trimoxazol (niet bij kinderen < 1 maand). Bij volwassenen wordt hier reeds moxifloxacin aangeraden.
  - Acute (tonsillo)faryngitis: hier blijft azithromycine **wél** aangeraden in geval van een IgE-gemedieerde penicilline allergie.
- De **dosering van amoxicilline bij kinderen** is aangepast.
  - De aanbevolen dosering is nu voor acute otitis media, acute rinosinusitis en lage luchtweginfecties 80-90 mg/kg/dag in 3 giften gedurende 5 dagen. Voordien was dit 75 – 100 mg/kg/dag voor acute otitis media en acute rinosinusitis en 100 mg/kg/dag bij een lage luchtweginfectie.
  - Bij een acute (tonsillo)faryngitis is de dosis voor kinderen <10 jaar verlaagd naar 50 mg/kg/dag, voordien was dit 75-100 mg/kg/dag. Amoxicilline is voor deze indicatie tweede keuze, na feneticilline.
- Bij volwassenen wordt niet langer aanbevolen om **amoxicilline + clavulaanzuur** toe te dienen als een combinatie van een monopreparaat amoxicilline en een vaste combinatie van 500/125 mg amoxicilline/clavulaanzuur. Deze aanpak leidde vaak tot medicatiefouten. Daarom gaat de voorkeur uit naar de **vaste combinatie van 875/125 mg, driemaal daags**. Alleen wanneer het risico op medicatiefouten laag wordt ingeschat, kan de combinatie van beide preparaten nog worden overwogen, vooral bij jongere patiënten ( $\leq$  50 jaar). Zij hebben doorgaans een betere nierfunctie, waardoor antibiotica sneller worden uitgescheiden en een hogere dosis amoxicilline wenselijk kan zijn.
- Er worden niet langer alternatieven voorgesteld bij een **niet IgE-gemedieerde penicilline allergie**. Niet IgE-gemedieerde allergieën zijn meestal mild en worden om die reden niet langer als een contra-indicatie beschouwd. Bij (zeldzame) ernstige reacties worden dezelfde alternatieven aanbevolen als bij IgE-gemedieerde allergie.

## Veranderingen in de Inleiding

De inleiding besteedt aandacht aan het ‘delabelen’ van **penicillineallergie**: het verwijderen van onterechte allergieregistraties uit medische dossiers. Naar schatting is 90% van de geregistreerde bèta-lactamallergieën niet terecht.

Er is achtergrondinformatie toegevoegd over de toenemende resistentie van ***Staphylococcus aureus*** tegen fusidinezuur (voor impetigo) en mupirocine (voor MRSA-decontaminatie). Daarom wordt bij impetigo met beperkte letsels aanbevolen om de behandeling te starten met antiseptica.

De huidige versie verduidelijkt ook de begrippen sepsis, immunogecompromitteerden en kwetsbare ouderen. Hoewel deze termen al in eerdere versies werden gebruikt, worden ze nu nader toegelicht. Voor de definities wordt verwezen naar de BAPCOG-gids. De omschrijving van immunogecompromitteerden is overgenomen uit het advies van de Hoge Gezondheidsraad “vaccinatie van immunogecompromitteerde en chronisch zieke kinderen en volwassenen”.

## Veranderingen in het hoofdstuk “Respiratoire infecties”

### Acute (tonsillo)faryngitis

- De aanbevelingen uit de **WOREL-richtlijn** “aanpak van acute keelpijn in de eerste lijn” zijn overgenomen.
- De term ‘acute keelpijn’ is vervangen door **acute (tonsillo)faryngitis**.
- Antibiotica blijven enkel aangewezen bij ernstige zieke personen en risicopatiënten, maar deze groepen zijn **uitgebreid en duidelijker omschreven**. Nieuw zijn personen in een gesloten gemeenschap met een uitbraak van groep A-streptokokkeninfecties en patiënten met recidiverende acute (tonsillo)faryngitis ( $\geq 5$  episoden per jaar gedurende 2 opeenvolgende jaren).
- Amoxicilline wordt voortaan aanbevolen, naast cefadroxil en cefalexine, als eerstekeuzealternatief wanneer feneticilline niet beschikbaar of te duur is. Voorheen gold het als tweedekeuzealternatief.
- Daarnaast is de dosis voor kinderen jonger dan 10 jaar aangepast naar 50 mg/kg/dag, verdeeld over drie giften. Dit is lager dan de aanbevolen dosering bij acute otitis media, acute rinosinusitis en lage luchtweginfecties, waar 80-90 mg/kg/dag in drie giften wordt aanbevolen wegens partiële resistentie bij pneumokokkeninfecties.
- Het behandelingschema met **cefadroxil en cefalexine** werd aangepast:
  - Beide middelen kunnen nu bij zowel kinderen als volwassenen worden gebruikt als alternatief voor feneticilline en amoxicilline. Voorheen werd cefalexine enkel bij volwassenen aanbevolen.
  - De dosis voor volwassenen is verlaagd naar 500 mg tweemaal daags (voorheen 1 g tweemaal daags). Voor kinderen blijft de dosis 15 mg/kg tweemaal daags.
  - De behandelduur is voor zowel volwassenen als kinderen verkort van 7 naar 5 dagen.

### Acute otitis media

- De indicaties voor **orale antibiotica** zijn aangepast.
  - Antibiotica blijven aangewezen bij ernstige ziekte, majeure risicofactoren voor complicaties of wanneer na drie dagen behandeling met pijnstilling geen verbetering optreedt. Tot de **majeure risicofactoren** behoren kinderen en volwassenen met een cochleair implantaat, recente ooperaties (uitgezonderd trommelvliesbuisjes), immunogecompromitteerde patiënten.
  - Antibiotica worden niet langer systematisch aanbevolen **bij mineure risicofactoren**, maar waakzaamheid is geboden. Hieronder vallen kinderen van 3 tot 6 maanden, kinderen en volwassenen met anatomische afwijkingen in het NKO-gebied, personen met het syndroom van Down en patiënten met minder recente ooperaties (uitgezonderd trommelvliesbuisjes).
  - Bij een **loopoor door spontane trommelvliesperforatie** kunnen orale antibiotica overwogen worden.
- Indien er geen verbetering optreedt binnen 48 uur (voordien 2 tot 3 dagen) en er geen reden is om door te verwijzen, kan amoxicilline vervangen worden door **amoxicilline + clavulaanzuur**. Bij kinderen blijft het advies gelden om de helft van de dagdosis toe te dienen als combinatiepreparaat amoxicilline + clavulaanzuur en de andere helft als amoxicilline in monopreparaat. Waar dit vroeger ook bij volwassenen werd aanbevolen, geldt nu als standaardadvies de vaste combinatie amoxicilline + clavulaanzuur 875/125 mg. De gesplitste combinatie kan bij volwassenen nog steeds overwogen worden bij een laag risico op medicatiefouten, vooral bij patiënten tot 50 jaar (zie ook ‘Veranderingen over hoofdstukken heen’).
- De aanbevolen **dosis amoxicilline voor kinderen** werd aangepast naar 80–90 mg/kg/dag, verdeeld over drie giften

gedurende vijf dagen. Voorheen bedroeg de dosis 75–100 mg/kg/dag.

- Bij een **IgE gemedieerde penicillineallergie** wordt bij kinderen niet langer azithromycine maar wel co-trimoxazol voorgesteld. Co-trimoxazol mag niet gegeven worden bij kinderen < 1 maand. Bij volwassenen wordt moxifloxacin aangeraden.
- De gids adviseert om bij een loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes en zonder systemische symptomen de **lokale antimicrobiële behandeling** met ciprofloxacin druppels te beperken tot maximaal 7 dagen. Voorheen werd geen maximale duurtijd vermeld. De indicatie is ongewijzigd.

### Acute rinosinusitis

- De **dosis amoxicilline voor kinderen** is aangepast naar 80-90 mg/kg/dag in 3 giften voordien was dit 75-100 mg/kg/dag.
- De **behandelduur met amoxicilline** is bij zowel kinderen als volwassenen ingekort naar 5 dagen (voordien 7 dagen).
- Indien er geen verbetering optreedt binnen 48 uur (voordien 2 tot 3 dagen) en er geen reden is om door te verwijzen, kan amoxicilline vervangen worden door **amoxicilline + clavulaanzuur**. Bij kinderen blijft het advies gelden om de helft van de dagdosis toe te dienen als combinatiepreparaat amoxicilline + clavulaanzuur en de andere helft als amoxicilline in monopreparaat. Waar dit vroeger ook bij volwassenen werd aanbevolen, geldt nu als standaardadvies de vaste combinatie amoxicilline + clavulaanzuur 875/125 mg. De gesplitste combinatie kan bij volwassenen nog steeds overwogen worden bij een laag risico op medicatiefouten, vooral bij patiënten tot 50 jaar (zie ook 'Veranderingen over hoofdstukken heen').
- Bij een **IgE gemedieerde penicillineallergie** wordt bij kinderen niet langer azithromycine maar wel co-trimoxazol voorgesteld. Co-trimoxazol mag niet gegeven worden bij kinderen < 1 maand. Bij volwassenen wordt moxifloxacin aangeraden.
- Er wordt niet langer een alternatief voorgesteld bij **niet-IgE gemedieerde penicillineallergie**. Zie ook 'Veranderingen over de hoofdstukken heen'.

### Infecties lage luchtwegen kinderen

- Orale antibiotica zijn **steeds** geïndiceerd bij een klinisch vermoeden van een bacteriële pneumonie. De beschrijving van de kliniek werd aangepast:
  - Beschrijving klinische symptomen bacteriële pneumonie vorige editie: hoest met dyspneu, tachypneu, wheezing; vaak gecombineerd met koorts; soms gepaard met thoracale en abdominale pijn, braken en hoofdpijn.
  - Beschrijving klinische symptomen bacteriële pneumonie huidige editie: koorts, kortademigheid/verhoogde ademarbeid, verhoogde ademfrequentie, focale crepitaties, focale demping, anorexie en lethargie.
- De huidige editie stelt dat antibiotica kunnen **overwogen** worden bij symptomen van een lage luchtweginfectie met risicofactoren voor een ernstig beloop:
  - Leeftijd <3 maanden.
  - Aanwezigheid van relevante co-morbiditeit (ernstige hart- en longaandoeningen, diabetes mellitus, neurologische aandoeningen, ernstige lever- of nierinsufficiëntie).
  - Immuungecompromitteerde patiënt (zoals beschreven in de inleiding van de gids).
  - (Ex-)prematuuriteit.
- Er werd bijkomende informatie toegevoegd rond de etiologie en het verloop van **bronchiolitis**. Dit is geen indicatie voor antibiotica.
- De **dosis amoxicilline voor kinderen** is aangepast naar 80-90 mg/kg/dag in 3 giften gedurende 5 dagen, voordien was dit 100 mg/kg/dag.
- Bij een **IgE-gemedieerde penicillineallergie** is een **hospitalisatie** aangewezen voor intraveneuze behandeling. Er wordt niet langer een alternatief voorgesteld bij niet-IgE gemedieerde penicillineallergie. Zie ook 'Veranderingen over de hoofdstukken heen'.
- Bij **onvoldoende verbetering** na 48 tot 72 uur antibiotische behandeling wordt niet langer aangeraden een macrolide toe te voegen, maar wel te verwijzen naar de tweede lijn.
- Het **empirisch gebruik van macroliden** bij een vermoeden van atypische pneumonie wordt niet meer aangeraden, tenzij de diagnose (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, legionella pneumophila (meldingsplichtig)) door PCR op sputum is bevestigd. De behandeling mag niet worden gestart op basis van empirische gronden of serologie alleen. (Zie ook 'infecties lage luchtwegen volwassenen').

## Infecties lage luchtwegen volwassenen

- Orale antibiotica zijn steeds geïndiceerd bij een klinisch vermoeden van een bacteriële pneumonie. De beschrijving van de kliniek werd aangepast.
- De huidige editie stelt dat een **CRP-bepaling** meestal niet nodig is. Bij patiënten zonder risicofactoren voor een ernstig beloop kan een CRP-bepaling wel worden overwogen wanneer er twijfel bestaat over de aanwezigheid van een bacteriële pneumonie. Waar in eerdere edities een CRP-waarde >20 mg/L als drempel voor pneumonie werd gehanteerd, nuanceert de huidige editie dit: bij een CRP-waarde van 20–100 mg/L blijft de diagnose onzeker, terwijl een CRP >100 mg/L een pneumonie waarschijnlijk maakt.
- Bij vermoeden van een pneumonie, vooral bij mogelijke complicaties, kan een aanvullende **RX-thorax of echografie** worden overwogen.
- De drempel voor het starten van antibiotica bij symptomen van een lage luchtweginfectie ligt lager wanneer er **risicofactoren voor een ernstig beloop** aanwezig zijn. Naast oncologische en immuungecompromiteerde patiënten en ouderen met multimorbiditeit geldt dit nu ook voor ouderen >75 jaar (zonder comorbiditeiten) en personen met een relevante comorbiditeit ongeacht de leeftijd, zoals ernstige hart-en longaandoeningen, ongecontroleerde diabetes mellitus, neurologische aandoeningen en ernstige lever –of nierinsufficiëntie.  
De arts moet hierbij de verschillende factoren afwegen: ernst van de risicofactoren, voorgeschiedenis, kwetsbaarheid, mate van ziek zijn en ernst van de klachten, hoogte van CRP (indien bepaald), de mogelijke meerwaarde voor de patiënt (voorkomen complicaties, vermindering klachten) versus de nadelen (medicalisering, bijwerkingen, toename resistentie).
- **Amoxicilline** blijft de eerste keuze behandeling. De behandelduur werd ingekort naar 5 dagen (voordien 7 dagen).
- De **indicaties** voor **amoxicilline/clavulaanzuur** werd uitgebreid. Naast co-morbiditeiten en aspiratiepneumonie, wordt het nu ook aanbevolen bij personen > 65 jaar.
- Er wordt aangeraden de **combinatie amoxicilline/clavulaanzuur** 875/125 mg voor te schrijven. In de vorige editie gold het advies een combinatie van 500 mg amoxicilline + 500/125 mg amoxicilline/clavulaanzuur 3x/dag te gebruiken. Deze combinatie kan nog steeds overwogen worden bij een laag risico op medicatiefouten, vooral bij patiënten tot 50 jaar (zie ook 'Veranderingen over hoofdstukken heen').
- De **behandelduur met amoxicilline/clavulaanzuur** is, zoals bij amoxicilline, ingekort tot 5 dagen.
- Bij **onvoldoende verbetering** na 48 tot 72 uur antibiotische behandeling wordt niet langer aanbevolen een macrolide toe te voegen, maar te switchen naar amoxicilline/clavulaanzuur indien dit nog niet werd gestart. Bij uitblijvende verbetering en een ernstig ziektebeeld is verwijzing voor hospitalisatie aangewezen.
- Het **empirisch gebruik van macroliden** bij een vermoeden van atypische pneumonie wordt niet meer aangeraden, tenzij de diagnose (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, legionella pneumophila (meldingsplichtig)) door PCR op sputum is bevestigd. De behandeling mag niet worden gestart op basis van empirische gronden of serologie alleen (Zie ook 'infecties lage luchtwegen kinderen').

## COPD exacerbatie

- De indicaties voor antibiotica zijn licht gewijzigd. Antibiotica zijn nu geïndiceerd wanneer de exacerbatie onvoldoende verbetert met kortwerkende bronchodilatatie én:
  - Er een toename is in sputumpurulentie mét een toename in kortademigheid en/of sputumvolume.
  - Ofwel dat het gaat om een kwetsbare patiënt (Zie Infecties lage luchtwegen bij volwassenen: indicaties voor antimicrobiële behandeling), of patiënten met een reeds bekende ernstige bronchusobstructie.
  - Ofwel dat er een voorgeschiedenis is van ernstige COPD (= ten minste 2 exacerbaties behandeld met antibiotica en/of systemische corticosteroïden in het afgelopen jaar of ten minste 1 exacerbatie waarvoor ziekenhuisopname of bezoek aan de spoedeisende hulp nodig was in het afgelopen jaar).
- Er wordt aangeraden de **combinatie amoxicilline/clavulaanzuur** 875/125 mg voor te schrijven. Er kan overwogen worden de helft van de dagdosis amoxicilline in monopreparaat te geven en de andere helft in een associatie met clavulaanzuur (500/125 mg) bij een laag risico op medicatiefouten, vooral bij patiënten tot 50 jaar (zie ook 'Veranderingen over hoofdstukken heen').

## Influenza

- Voor het eerst voorziet de BAPCOC gids een zeer beperkte plaats voor antivirale behandeling. Het blijft wel correct dat antivirale middelen in regel geen klinisch relevant effect op het voorkomen van complicaties, noch op de duur en de ernst

van de klachten.

- **Antivirale behandeling of postexpositieprofylaxe** met oseltamivir kan **overwogen** worden bij patiënten met een **zeer hoog risico op een ernstig beloop**, ongeacht de vaccinatiestatus. Deze aanbeveling is overgenomen uit de NHG standaard 'Influenza'. De behandeling/profylaxe start bij voorkeur <48 uur na de eerste symptomen of na contact met een geïnfecteerd persoon. Patiënten met een **zeer hoog risico op een ernstig beloop** worden als volgt gedefinieerd:
  - Patiënten met een ernstig verminderde afweer, bijvoorbeeld als gevolg van recente chemotherapie of een ernstige afweerstoornis, die onder behandeling zijn van een medisch specialist
  - Patiënten met ernstig lever- of nierfalen of ernstige cardiale of pulmonale aandoeningen, die ondanks medicatie een grote kans hebben op decompensatie
  - Kwetsbare ouderen met een score van 5, 6 of 7 (mild, matig, ernstig frail) op de clinical frailty scale
- Het behandelingschema bij volwassenen is oseltamivir 75 mg 2x/dag gedurende 5 dagen.
- Het postexpositieprofylaxeschema bij volwassenen is oseltamivir 75 mg 1x/dag gedurende 10 dagen.
- Voor de schema's bij kinderen of volwassenen met een verminderde nierfunctie verwijzen we naar de BAPCOC gids.

## Pertussis

- De **indicatie** voor postexpositieprofylaxe met antibiotica bij pertussis werd uitgebreid. Waar dit voordien enkel aanbevolen werd bij een bewezen pertussisuitbraak, worden antibiotica nu ook aanbevolen wanneer in het gezin van de patiënt met (vermoeden van) kinkhoest een niet of onvolledig beschermde zuigeling <12 maand of een niet-gevaccineerde zwangere >34 weken aanwezig is. Voor het beleid verwijzen we naar het stroomschema binnen de gids.
- De dosering van **azithromycine** bij kinderen is aangepast:
  - Kind: 10 mg/kg 1x/dag (max. 500 mg, < 1 jaar offlabel) gedurende 3 dagen (voordien 10 mg/kg in 1 gift voor de 1e dag, dan 5 mg/kg 1x/dag gedurende 3 dagen)
  - Bij volwassenen blijft dit 500 mg 1x/dag gedurende 3 dagen
- Bij overgevoeligheid aan azithromycine wordt **co-trimoxazol** gebruikt. De dosering werd aangepast:
  - Kind > 1 maand: 15/3 mg/kg 2x/dag (voordien 40/8 mg/kg)

## Commentaar van het BCFI / Commentaire du CBIP

De toenemende antibioticaresistentie blijft een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg. Een duidelijk, onderbouwd en actueel antibioticabeleid is daarom essentieel. De BAPCOC-gids blijft voor de eerstelijns dan ook de gouden standaard voor een verantwoord antibioticabeleid.

De nieuwe editie houdt terecht rekening met de stijgende resistentie tegen macroliden, in het bijzonder azithromycine, dat hierdoor een meer beperkte plaats krijgt binnen de behandeling. Daarnaast is het positief dat, waar mogelijk, de behandelduur werd verkort en doseringen werden geoptimaliseerd in functie van de huidige resistentiecijfers. Ook de extra verduidelijking over wanneer antibiotica wel of niet aangewezen zijn, zal zorgverleners ondersteunen in het vermijden van onnodig antibioticagebruik.

## 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.

### Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

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

### Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.