

**FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JULI
2026**

VOOR U GELEZEN

BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de hoofdstukken urogenitale en oftalmologische infecties?

De BAPCOC-gids voor voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk werd in juni 2026 herzien. Ontdek in dit tweede artikel de wijzigingen in de hoofdstukken urogenitale infecties en oftalmologische infecties.

Voor u gelezen

BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de hoofdstukken urogenitale en oftalmologische infecties?

De Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC) publiceerde in juni een herziene versie van de gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. In dit tweede artikel zetten we de belangrijkste wijzigingen binnen de hoofdstukken urogenitale infecties en oftalmologische infecties voor u op een rij.

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

Kernboodschappen / Messages clés

- De aanbevelingen van de WOREL-richtlijn 'Diagnose, behandeling, opvolging en doorverwijzing van infecties met *Chlamydia trachomatis* in de eerste lijn' uit 2025 zijn opgenomen.
- 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 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 [pdf](#), zie hiervoor de tab Publicaties op de website 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**' wordt voor verschillende indicaties nu duidelijker omschreven.
- Door de toegenomen antibioticaresistentie tegen macroliden, krijgt **azithromycine een beperkte plaats**. Voor het deel urogenitale infecties betekent dit dat voor Clamidia-infecties azithromycine niet langer de eerstekeuzebehandeling is, behalve bij zwangere vrouwen.
- 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 het hoofdstuk "Urogenitale infecties"

Acute cystitis

- Bij een acute cystitis blijft de eerste keuze **nitrofurantoïne**. Fosfomycine is het eerste keuze alternatief bij zwangere vrouwen na de 36ste zwangerschapsweek en patiënten met een GFR 15-30 ml.
 - Bij een gezonde, niet-zwangere vrouw kan een **afwachtend beleid** overwogen worden. Voor het bespreken van de verschillende behandelopties (afwachtend beleid, antibiotica of een uitgesteld antibioticumvoorschrift) verwijst de gids nu naar de [keuzekaart](#) beschikbaar via thuisarts.nl (enkel beschikbaar in het Nederlands).
 - **Bij mannen** is cefuroxim voortaan de tweede keuze, wanneer nitrofurantoïne gecontra-indiceerd is. Voorheen was dit fosfomycine.
 - Bij patiënten met een **verhoogd risico op een gecompliceerd verloop** blijft fosfomycine wel de tweede keuze.
 - Voor de behandeling van acute cystitis bij **ouderen en/of patiënten met nierinsufficiëntie** is trimethoprim niet langer aangeraden. De eerste keuze is voortaan nitrofurantoïne zolang de GFR > 30 ml/min/1,73m². Bij een GFR 15-30 ml/min/1,73m² wordt fosfomycine aangeraden.
 - Bij **kinderen** met een acute cystitis blijft nitrofurantoïne de eerste keuze, maar de dosering is aangepast naar 5 tot 6 mg/kg/dag in 4 giften, voordien was dit 5-7 mg/kg/dag.
 - Het beleid bij recidiverende urineweginfecties werd aangepast:
 - De voorgestelde **duur voor zelfbehandeling** met antibiotica is verlengd naar maximaal 6 tot 12 maanden, voordien bedroeg deze 6 maanden.
 - Wanneer gekozen wordt voor een **postcoïtale behandeling** bij recurrenente infecties, wordt geadviseerd 50 mg nitrofurantoïne in te nemen en te stoppen na 6 tot 12 maand. Voordien was dit 50-100 mg en was er geen termijn bepaald.
 - Bij gezonde, niet zwangere vrouwen, stelt de gids ook **profylaxe met veenbessenextract** voor. Het gebruik wordt afgeraden bij ouderen.
- N.v.d.r.: Deze aanbeveling volgt de NHG-standaard 'Urineweginfecties', waarin cranberrytabletten (500 mg tweemaal daags)

of cranberrydrank worden aanbevolen. Voor cranberrydrank is de optimale dosering niet vastgesteld.

- Voor het bespreken van de verschillende **behandelopties** bij recidiverende urineweginfecties, verwijst de gids naar de [keuzekaart](#) beschikbaar via thuisarts.nl (enkel beschikbaar in het Nederlands).

Urineweginfectie met weefselinvasie (pyelonefritis, prostatitis)

- **Levofloxacin** wordt **niet langer** voorgesteld bij de behandeling van een urineweginfectie met weefselinvasie. De eerste keuze bij zowel niet zwangere vrouwen (> 12 jaar) en mannen is ciprofloxacin 500 mg 2x/dag gedurende 7 dagen (niet-zwangere vrouw) of 14 dagen (man).
- De tweede keuze (of eerste keuze bij borstvoeding) blijft amoxicilline/clavulaanzuur, maar de dosis is verhoogd naar 875/125 mg 3x/dag gedurende 10 dagen (vrouw) of 14 dagen (man).
- De derde keuze (of tweede keuze bij penicillineallergie) blijft co-trimoxazol. De behandelduur met **co-trimoxazol** 800/160 mg 2x/dag werd ingekort naar 10 dagen, voordien 14 dagen.
- De gids adviseert zwangere vrouwen te verwijzen naar de specialist.
- Bij personen met een **katheter** voegt de gids toe dat bij een goede respons gedurende 7 in plaats van 14 dagen behandeld kan worden. De katheter moet bij voorkeur voor de start, maar in elk geval voor het einde van de antibioticumkuur te worden vervangen.
- In de vorige editie werd voor **kinderen tot 12 jaar** geen antimicrobiële behandeling voorgesteld, maar wel geadviseerd steeds te verwijzen naar een pediater. Volgens de huidige editie kan behandeling in de eerste lijn gestart worden, indien er geen indicaties voor directe verwijzing zijn (zie indicatie voor verwijzing in de BAPCOC gids). De volgende schema's worden voorgesteld:
 - Eerste keuze: amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 10 dagen:
 - < 40 kg: 50/12,5 mg/kg/dag in 3 giften
 - > 40 kg: 875/125 mg 3x/dag
 - Tweede keuze: co-trimoxazol gedurende 10 dagen:
 - 15/3 mg/kg 2x/dag, maximum 800/160 mg 2x/dag

Orchi-epididymitis

- De **indicaties** voor antibiotica zijn licht beperkt. De vorige editie adviseerde om bij alle adolescenten vanaf 12 jaar en volwassenen antibiotica op te starten. De huidige editie adviseert om bij niet-seksueel actieve prepuberale jongens enkel te behandelen in geval van pyurie of een positieve urinecultuur.

Pelvic Inflammatory Disease (PID)

- Er werd bijkomende informatie rond het klinisch beeld van een PID toegevoegd. Hierin werd ook de (beperkte) plaats van een CRP-bepaling besproken. Een CRP-bepaling kan nuttig zijn, maar een laag CRP sluit een PID niet uit.
- Het advies om seksueel overdraagbare infecties (SOI) op te sporen werd nu ook concreter gemaakt. De gids raadt aan te testen op chlamydia en gonorrhoe, niet op Mycoplasma genitalium.

Acute vulvovaginitis

Bacteriële vaginose

- **Lokale (vaginale) behandeling** met metronidazol of clindamycine krijgt voortaan bij iedereen de voorkeur. Dit vanwege de beperkte systemische absorptie. Orale therapie is een alternatief.
- Bij recidiverende infecties geldt nu het advies **partnerbehandeling** te overwegen. De mannelijke partner moet hierbij gedurende 7 dagen metronidazol 500 mg 2x/dag per os nemen én clindamycine 2% crème 2x/dag aanbrengen op de huid van de penis.
- Het advies om een asymptomatische infectie tijdens de zwangerschap te behandelen bij een verhoogd risico op vroegtijdige bevalling is, is niet langer opgenomen.
- Bij **borstvoeding** geldt nu het advies om metronidazol éénmalig 2 g oraal voor te schrijven.

Candida vulvovaginitis

- De gids maakt voortaan een onderscheid tussen **Candida vulvovaginitis** met milde klachten en ernstige klachten (uitgebreid

erytheem/oedeem/krabeffecten):

- Bij **milde of recidiverende symptomen** is de eerste keuze een lokale behandeling met clotrimazol (nieuw) of fenticonazol. Butoconazol en miconazol worden niet langer aanbevolen wegens de onbeschikbaarheid van deze preparaten. De nieuwe schema's zijn:
 - clotrimazol vaginale tablet of capsule 500 mg éénmalig
 - clotrimazol 1 applicator (10 g) vaginale crème 20 mg/g gedurende 3 dagen
 - fenticonazol ovule 600 mg eenmalig (niet tijdens de zwangerschap)
 Orale behandeling met fluconazol 150 mg éénmalig is voortaan de tweede keuze.
- Bij **ernstige klachten** wordt clotrimazol vaginale crème gedurende 7 tot 14 dagen aanbevolen, of fluconazol oraal 150 mg op dag 1 en 4.
- Bij **uitwendige jeuk** wordt naast de orale behandeling lokaal miconazolcrème of clotrimazolcrème voor cutaan gebruik toegepast. Dit moet aangebracht worden zolang er jeuk is.
- Het behandelingschema voor **profylactische behandeling van recidiverende** infecties werd aangepast. Fluconazol 150 mg oraal blijft de eerste keuze, maar nu wordt aangeraden 1 capsule op dag 5 van de menstruatie te nemen gedurende 3 tot 6 maand. Bij onvoldoende effect kan het tot maximaal één keer per week worden toegediend. De vorige editie adviseerde 200 mg per week gedurende 6 maanden. De lokale behandeling werd in deze editie geschrapt.

Trichomonas vaginalis

- Metronidazol oraal 500 mg 2x/dag gedurende 7 dagen blijft de eerste keuze met een éénmalige inname van 2 g als tweede keuze behandelingschema.

Urethritis en cervicitis

- Dit hoofdstuk behandelt voortaan zowel het beleid bij **cervicitis** als bij urethritis, aangezien de verwekkers en behandeling vergelijkbaar zijn (o.a. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*).
- Opsporen van **Mycoplasma genitalium** wordt nog steeds enkel geadviseerd bij persisterende klachten zonder aangetoonde chlamydia- of gonokokkeninfectie. In de praktijk wordt deze kiem echter vaak al van bij het begin van de klachten opgespoord. Daarom wordt in deze editie het advies opgenomen infecties met deze kiem enkel te behandelen wanneer vier weken na het begin van de klachten geen spontane genezing is opgetreden én gonorrhoe en chlamydia zijn uitgesloten.
- Het beleid voor **Lymphogranuloma venereum** werd toegevoegd. De behandeling wordt gestart na bevestiging van een anorectale *Chlamydia trachomatis* infectie en bestaat uit doxycycline 100 mg 2x/dag gedurende 20 dagen.

Partnerwaarschuwing

Het advies rond partnerwaarschuwing werd aangepast. Partners worden gewaarschuwd in de volgende gevallen:

- **Chlamydia en gonokokken:**
 - Mannen met klachten: alle partners uit de periode 4-6 weken voor het begin van de klachten.
 - Mannen zonder klachten: alle partners uit de voorafgaande 6 maanden.
 - Vrouwen (met én zonder klachten): alle partners uit de voorafgaande 6 maanden.

Voordien was dit 6 maanden voor begin klachten bij chlamydia en 3 maanden bij gonokokken.

- **Trichomonas vaginalis**
 - Alle partners van de voorafgaande 4 weken
- **Syfilis:**
 - Primaire syfilis: alle partners van de afgelopen 3 maanden, **ongeacht** of er wel/niet een condoom is gebruikt.
 - Vroeg-latente syfilis: alle partners van de afgelopen 12 maanden.
 - Latente syfilis van onbekende duur: alle partners van de voorafgaande 12 tot 24 maanden.
 - Laat-latente syfilis en tertiaire syfilis: in het geval van een langdurige relatie: de partner en eventuele kinderen van vrouwelijke patiënten.

Partnerbehandeling

- Bij **Trichomonas vaginalis** wordt voortaan geadviseerd alle partners van de voorafgaande 4 weken te behandelen en testen, ongeacht of er klachten zijn.

- Bij **syfilis** wordt voortaan een onmiddellijke behandeling van seksuele partners geadviseerd, vooral zwangere partners, tenzij deze contacten regelmatig langs kunnen komen op consultatie om syfilis uit te sluiten door middel van klinisch en serologisch onderzoek (0, 6 weken en 3-6 maand).
- Indien een persoon langer dan vier weken aanhoudende uretritissymptomen vertoont en de vaste partner asymptomatisch drager is van *Mycoplasma genitalium*, kan partnerbehandeling worden opgestart.

Herpes genitalis

- De **behandelschema's** bij herpes genitalis werden aangepast voor zowel primo-infecties als recidiverende infecties.
- Daarnaast wordt bij recidiverende infecties voortaan een onderscheid gemaakt tussen immunocompetente en immuungecompromitteerde personen.
In België wordt valaciclovir niet terugbetaald voor de behandeling van genitale herpes. Voor de behandelingschema's verwijzen we naar de [BAPCOC-gids](#).
- Ook voor **zwangere vrouwen** is er nu een schema.

Syfilis

- De **antimicrobiële behandeling** is **niet** aangepast. Wel is het beleid rond partnerwaarschuwing en -behandeling aangepast, zie hoger.
- Er is bijkomende informatie rond **opvolging** toegevoegd. Voor de details verwijzen we naar de gids.

Veranderingen in het hoofdstuk "Acute conjunctivitis"

- Er werd advies toegevoegd over **contactlenzen**. Tijdens een episode van conjunctivitis wordt het dragen van contactlenzen afgeraden. Daarnaast wordt aanbevolen om harde contactlenzen en lenzenhouders grondig te reinigen en te desinfecteren, en zachte lenzen en reinigingsvloeistof te vervangen.
- Wanneer geen antibioticum geïndiceerd is, vermeldt de gids dat een **indifferent middel**, zoals kunsttranen, een verzachtend effect hebben.
- Wanneer antibiotica aangewezen zijn, is chlooramfenicol in monopreparaat voortaan de eerste keuze behandeling. Op dit moment is er geen specialiteit met chlooramfenicol in monpreparaat op de markt.
- Fusidinezuur ooggel wordt de tweede keuze.
- Wanneer zowel chlooramfenicol als fusidinezuur onbeschikbaar is, zijn ciprofloxacine oogdruppels een alternatief.

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.