FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUNI 2025

Voor u gelezen

WOREL publiceert een herziening van de richtlijn over Chlamydia trachomatis

Kernboodschappen

- De meeste infecties met *Chlamydia trachomatis* (CT) verlopen asymptomatisch en zijn zelflimiterend. De kans op ernstige complicaties bij asymptomatische infecties is klein.
- Azithromycine heeft een lagere werkzaamheid (vooral voor anale CT-infecties) en een sterk verhoogd risico op het ontstaan van antibioticaresistentie (ook bij andere kiemen dan CT) in vergelijking met doxycycline. Om deze reden wordt azithromycine niet meer aanbevolen als eerste keuze en is doxycycline nu de eerste keuze bij urogenitale, faryngeale en anorectale CT-infecties bij mannen en niet-zwangere vrouwen.
- Bij zwangere vrouwen blijft azithromycine wél de eerstekeuzetherapie.
- De aanbevelingen uit deze richtlijn worden opgenomen in de volgende revisie van de BAPCOC-gids.

Inleiding

In februari werd de herziene WOREL-richtlijn gepubliceerd met betrekking tot de diagnose, behandeling, opvolging en doorverwijzing van infecties met *Chlamydia trachomatis* (CT).[1] Het gaat om een partiële herziening van de richtlijn van 2019. De aanleiding voor deze herziening is de toenemende consensus over het **zelflimiterende karakter** van de infectie en de **lage kans op ernstige complicaties bij asymptomatische personen**. Daarnaast blijkt **anorectale** aanwezigheid van *Chlamydia* trachomatis vaker voor te komen dan gedacht en is er geen correlatie met anale seks. Dit leidt tot wijzigingen in het test- en behandelbeleid.
Chlamydia trachomatis blijft de **meest voorkomende seksueel overdraagbare infectie** (soi) in België. De incidentie is gestegen (+24%) naar 218/100 000 inwoners in 2023 ten opzichte van 176/100 000 inwoners in 2021. De stijging is zeker te wijten aan een werkelijke toename van CT-infecties door verhoogd risicogedrag, maar ook aan betere testpraktijken en een grotere bewustwording bij de risicogroepen.
De infectie verloopt dikwijls asymptomatisch (bij 70% van de vrouwen en 50% van de mannen). Voor een overzicht van het klinisch beeld verwijzen we naar de richtlijn (zie 2.Samenvatting van de kernboodschappen).
Daarnaast is er ook een stijging van het aantal Lymfogranuloma venereum (LGV) infecties. Ten opzichte van 2015 is het aantal diagnoses van LGV in 2021 licht toegenomen tot iets minder dan 100 per jaar, aanvankelijk vooral bij hiv-positieve personen, maar recent ook in toenemende mate bij hiv-negatieve personen.

> Lymfogranuloma venereum (LGV) wordt veroorzaakt door een specifiek serotype van CT, namelijk de L. serovar. Dit serotype is invasiever, heeft een ernstiger klinisch beeld en leidt tot meer sequelae. Meestal uit de aandoening zich als een proctitis, maar het verloopt in 25% van de gevallen asymptomatisch.

Het risico op complicaties en sequelae bij een CT-infectie is hoger bij herhaalde en bij ernstige infecties. Mogelijke **complicaties** bij vrouwen zijn *Pelvic Inflammatory Disease* (PID), wat kan leiden tot chronische bekkenpijn, verminderde vruchtbaarheid en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen. Bij zwangere vrouwen verhoogt een CT-infectie het risico op vroegtijdige weeën, vroeggeboorte en neonatale complicaties zoals conjunctivitis en pneumonie. Bij mannen kan een opstijgende infectie resulteren in chronische prostatitis of epididymitis.
We vatten in dit artikel de voornaamste punten rond behandeling samen. Voor meer informatie verwijzen we naar de WOREL-richtlijn[1] en de SOA-tool van het KCE[2].

Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de richtlijn van 2019

- Azithromycine 1 g 'single dose' wordt niet meer aanbevolen als eerste keuze bij urogenitale en faryngeale CT-infecties bij mannen en niet-zwangere vrouwen. De reden hiervoor is de lagere werkzaamheid (vooral voor anale CT) en het sterk

verhoogd risico op het ontstaan van antibioticaresistentie in vergelijking met doxycycline. Azithromycine blijft wel een goede keuze voor patiënten met een contra-indicatie of intolerantie voor doxycycline, onder andere zwangere en vrouwen die borstvoeding geven.
- Bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) met een positieve anorectale CT-test en een ongekende Lymfogranuloma Venereum (LGV)-status wordt doxycycline gedurende 20 dagen gegeven, ongeacht de HIV-status. Voorheen werd enkel bij een positieve HIV-status een verlengde kuur gegeven.
- Een LGV-infectie wordt gedurende 20 dagen behandeld in plaats van 21 dagen. Deze aanbeveling is veranderd om pragmatische redenen, zijnde dat een doosje doxycycline 10 tabletten bevat. De richtlijnontwikkelingsgroep gaat ervan uit dat een behandeling van 20 dagen even effectief is als 21 dagen.
- Een controletest ter bevestiging van genezing (test of cure) hoeft niet meer routinematig uitgevoerd te worden bij patiënten met een rectale CT-infectie.

Behandeling

De onderstaande aanbevelingen uit de WOREL-richtlijn zijn van toepassing op bevestigde CT-infecties.
Voor empirische behandeling verwijzen we naar de aanbevelingen van BAPCOC: zie BAPCOC-pdf of Repertorium 11.5.4.7. Urethritis.
De WOREL-richtlijn heeft betrekking op de behandeling van een CT-infectie en niet op de behandeling van mogelijke complicaties zoals epididymo-orchitis of PID.

- **Urogenitale, anorectale of ongecompliceerde faryngeale infectie (niet-LGV): mannen en niet-zwangere vrouwen:**
  - Doxycycline 100 mg 2x p.d. dag gedurende 7 dagen.
  - Indien contra-indicatie of intolerantie: Azithromycine 1 g per os (eenmalig).

  Azithromycine is dus geen eerste keuze meer. De voorkeur voor doxycycline bij urogenitale en faryngeale CT-infecties is gebaseerd op de betere werkzaamheid en het lagere risico op het ontstaan van antibioticaresistentie (ook voor andere kiemen dan *Chlamydia trachomatis*).
  Het gebruik van doxycycline bij urogenitale infecties behandelt eventuele anorectale aanwezigheid van *Chlamydia trachomatis* zonder nood aan een bijkomende test. Dit laatste is belangrijk aangezien rectale CT vaker voorkomt bij vrouwen dan oorspronkelijk gedacht en er geen correlatie is met anale seks.
  De richtlijnontwikkelingsgroep gaat ervan uit dat de kuur gedurende 7 dagen geen verminderde therapietrouw zal geven in vergelijking met de eenmalige dosis azithromycine.
- **Lymfogranuloma venereum (LGV) infectie:**
  - Doxycycline 100 mg 2x/dag gedurende 20 dagen.
  - Indien contra-indicatie of intolerantie: men kan kiezen voor azithromycine 1 g oraal single dose of 1 g oraal eenmaal per week gedurende 3 weken.

  Azithromycine is dus geen eerste keuze meer. De voorkeur voor doxycycline is gebaseerd op de betere werkzaamheid en het lagere risico op het ontstaan van antibioticaresistentie (ook voor andere kiemen dan *Chlamydia trachomatis*).
  De behandelingsduur is in de herziene richtlijn aangepast naar 20 dagen in plaats van 21. Dit gebeurde om pragmatische redenen: een verpakking bevat 10 tabletten doxycycline. De richtlijnontwikkelingsgroep gaat ervan uit dat een behandeling van 20 dagen even effectief is als 21 dagen.
- **Mannen die seks hebben met mannen (MSM) met een positieve anorectale test:**
  - **LGV-negatief**: standaardbehandeling (7 dagen doxycycline).
  - **LGV-positief of onbekend**: verlengde behandeling (20 dagen doxycycline).
  - Indien contra-indicatie of intolerantie: men kan kiezen voor azithromycine 1 g oraal eenmalige dosis of 1 g oraal eenmaal per week gedurende 3 weken.

  Lymfogranuloma venereum (LGV) komt meer voor bij MSM, ongeacht de HIV status. Het is belangrijk om bij elke positieve anorectale CT-test een bepaling van LGV aan te vragen. Bij positieve anorectale CT-test wordt aangeraden verder te behandelen gedurende 20 dagen. Bij een negatieve LGV-test mag de behandeling worden stopgezet na 7 dagen. Bij ongekende status wordt gedurende 20 dagen behandeld.
- **Zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven**:
  - Azithromycine 1 g per os (eenmalig) blijft de eerste keuze bij de behandeling van urogenitale CT-infectie bij zwangere en vrouwen die borstvoeding geven.
  - Indien contra-indicatie of intoleratie aan azithromycine zijn amoxicilline (500 mg 3x/d 7 dagen) of clindamycine (600 mg 2x/dag gedurende 10 dagen) alternatieven, maar deze worden best in samenspraak met de gynaecoloog opgestart.

  Doxycycline is tegenaangewezen in het tweede en derde trimester van de zwangerschap wegens het nadelige effect op de

osteogenese en tandontwikkeling van de foetus en een verhoogde kans op hepatotoxiciteit bij de moeder. De veiligheid tijdens het eerste trimester en tijdens de borstvoedingsperiode is onzeker.
Tijdens de zwangerschap is een *test of cure* aangewezen minstens 4 weken na het beëindigen van de behandeling.
In geval van therapiefalen of anorectale klachten is overleg met de gynaecoloog wenselijk.
Breng bij zwangere vrouwen met een diagnose van CT-infectie de gynaecoloog op de hoogte i.v.m. de verdere opvolging en de te nemen preventieve maatregelen.

Nota:
Patiënten wordt geadviseerd om seksueel contact te vermijden zolang er symptomen aanwezig zijn en tot ten minste 7 dagen na de start van de behandeling.
Andere seksueel overdraagbare aandoeningen dienen opgespoord en behandeld te worden bij de patiënt en zijn seksuele partner(s).

Voor meer informatie rond het beleid bij partners, zie ook de SOA-tool van het KCE.[1]

Specifieke bronnen

1 WOREL: Van Royen P., Van Thienen K., Mokrane, R. Et al. (2025, February 13). Richtlijn Diagnose, behandeling, opvolging en doorverwijzing van infecties met chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn: Herziening (2025) Zie https://ebpnet.be/nl/ebsources/10468
2 KCE. Aanpak van SOA's door de eerste lijn. Viahttps://www.soa.kce.be/nl/index.html

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.