FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUNI 2026

FOCUS

Directe orale anticoagulantia: een overzicht

Verschillende indicaties en doseringen, interacties en specifieke situaties… De directe orale anticoagulantia vormen geen eenvoudige groep! In onze tabel vind je een helder overzicht voor de praktijk, zodat je steeds de beste keuze maakt.

Let op het medicatiegebruik bij een hittegolf!

Hoge buitentemperaturen en hittegolf brengen gezondheidsrisico's mee. Wie heeft het hoogste risico? Welke geneesmiddelen kunnen de negatieve effecten van een hittegolf verder verhogen? En wat kunnen huisartsen en apothekers doen om complicaties te vermijden?

VOOR U GELEZEN

Gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten na stoppen van GLP-1-analoog

Na stoppen van een GLP-1-analoog neemt het gewicht snel toe. Wat betekent dit voor vrouwen die het GLP-1-analoog stoppen vóór de zwangerschap, zoals wordt aanbevolen? Een observationele studie onderzocht de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten bij deze vrouwen.

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

De BAPCOC-gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk werd in juni 2026 herzien . Ontdek in dit eerste artikel de wijzigingen in de inleiding en het hoofdstuk respiratoire infecties.

NIEUWS

Repertorium "editie 2026": update van een tweede reeks hoofdstukken gepubliceerd

De jaarlijkse herziening van volgende hoofdstukken is afgewerkt: Inleiding, Hormonaal stelsel, Urogenitaal stelsel, Osteo-articulaire aandoeningen, Mineralen en vitaminen en Diagnostica. De herziene hoofdstukken staan online. Ontdek hier de belangrijkste aanpassingen.

AUDITORIUM

Medicatiequiz 13 – voorjaar 2026

NIEUWIGHEDEN GENEESMIDDELEN

Nieuwigheden in de eerste lijn

- abaloparatide (Eladynos®)

Nieuwigheden in de specialistische geneeskunde

- alitretinoïne (Alitretinoin Orifarm®)
- elafibranor (Iqirvo®)

- rADAMTS13 (Adzynma®)

Nieuwe sterktes

- talazoparib 0,1 mg (Talzenna®)

Indicaties

- ustekinumab (Stelara®)

Terugbetalingsvoorwaarden

- bacitracine + neomycine druppels susp. (Neobacitracine®)
- nintedanib (Ofev®)
- 9-valent vaccin tegen HPV (Gardasil 9®)

Stopzettingen van commercialisatie

- apraclonidine (Iopidine®)
- aprepitant oplossing voor oraal gebruik (Emend® siroop®)
- combinatiepreparaat van vitaminen (Becozyme®)
- colecalciferol 10000 IE/ml druppels (Thorens®)
- sofosbuvir (Sovaldi®)
- sofosbuvir + ledipasvir (Harvoni®)
- tiagabine 5 mg (Gabitril®)

GENEESMIDDELENBEWAKING

Risico op accidentele overdosering met risperidon drinkbare oplossing

Accidentele overdoseringen worden nog steeds gemeld bij kinderen en adolescenten. Het probleem ligt vooral bij het onjuist gebruik van de doseerpipetten. Hoe kan je ze vermijden?

Opioïd + nalmefeen: een gevaarlijke combinatie

Starten van nalmefeen bij een opioïdafhankelijke patiënt kan ernstige ontwenningsverschijnselen veroorzaken. Wat is het mechanisme van deze interactie? Waarom speciale aandacht voor magistrale bereidingen met methadon?

Focus

Directe orale anticoagulantia: een overzicht

Verschillende indicaties en doseringen, interacties en specifieke situaties… De directe orale anticoagulantia (DOAC's) vormen geen eenvoudige groep! In onze tabel vind je een helder overzicht voor de praktijk, zodat je steeds de beste keuze maakt.

Deze tabel vergelijkt de kernpunten voor het voorschrijven en afleveren van directe orale anticoagulantia. Ze werd opgesteld op basis van het Repertorium (zie 2.1.2.1.2. Directe orale anticoagulantia (DOAC's)).

Vergelijkende tabel: directe orale anticoagulantia (DOAC's)

	Apixaban *Eliquis®* *2,5 en 5mg*	**Dabigatran** *Dabigatran(e)* *Pradaxa®* *20, 30, 40, 50, 75, 110 en 150mg*	**Edoxaban** *Lixiana®* *15, 30 en 60mg*	**Rivaroxaban** *Rivaroxaban(e)* *Xarelto®* *2,5, 10, 15 en 20mg*
Mechanisme	Reversibele inhibitor van factor Xa	Reversibele inhibitor van trombine	Reversibele inhibitor van factor Xa	Reversibele inhibitor van factor Xa
Indicaties				
Belangrijkste indicaties (volwassenen) (synthese van de SKP)	• DVT/LE: behandeling en secundaire preventie • Niet-valvulaire VKF • Preventie na orthopedische chirurgie	• DVT/LE: behandeling en secundaire preventie • Niet-valvulaire VKF • Preventie na orthopedische chirurgie	• DVT/LE: behandeling en secundaire preventie • Niet-valvulaire VKF	• DVT/LE: behandeling en secundaire preventie • Niet-valvulaire VKF • Preventie na orthopedische chirurgie • Secundaire CV preventie voor specifieke groepen (2,5mg)
Indicaties bij kinderen (SKP)	/	• DVT/LE: behandeling en secundaire preventie (vanaf 8 jaar).	/	• DVT/LE: behandeling en preventie van recidieven (30-50kg).
Dosering				
DVT/LE: behandeling	**10mg 2x/dag** gedurende 7 dagen, daarna 5mg 2x/dag gedurende 3 tot 6 maanden	**150mg 2x/dag gedurende 3 tot 6 maanden** ***Gereduceerde dosis: 110mg 2x/dag*** • *Aanbevolen indien ≥ 80 jaar of bij gelijktijdig gebruik van verapamil* • *Te overwegen bij matige nierinsufficiëntie, 75-80 jaar, patiënten met een hoog bloedingsrisico of patiënten met gastritis, oesofagitis of GOR*	**60mg 1x/dag gedurende 3 tot 6 maanden** ***Gereduceerde dosis: 30mg 1x/dag*** *Indien ≤ 60 kg, bij matige of ernstige nierinsufficiëntie of bij gelijktijdig gebruik van ciclosporine*	**15 mg 2x/dag** gedurende 21 dagen, daarna 20 mg 1x/dag gedurende 3 tot 6 maanden ***Gereduceerde dosis: 15mg 1x/dag*** *Bij matige of ernstige nierinsufficiëntie, indien wordt ingeschat dat het bloedingsrisico groter is dan het risico op recidief van DVT of LE*
DVT/LE: secundaire preventie	**2,5mg 2x/dag**	**150mg 2x/dag gedurende 3 tot 6 maanden** ***Gereduceerde dosis: 110mg 2x/dag*** *(zie hierboven)*	**60mg 1x/dag gedurende 3 tot 6 maanden** ***Gereduceerde dosis: 30mg 1x/dag*** *(zie hierboven)*	**10 mg 1x/dag** *! Bij hoog risico op recidief: 20 mg 1x/dag*
DVT: primaire preventie na orthopedische chirurgie	**2,5mg 2x/dag** gedurende 10 tot 14 dagen (knie) of 32 tot 38 dagen (heup).	**220 mg 1x/dag** gedurende 10 dagen (knie) of 28-35 dagen (heup) ***Gereduceerde dosis: 150mg 1x/dag*** *Indien ≥ 75 jaar, bij matige nierinsufficiëntie of bij gebruik van amiodaron of verapamil*		**10 mg 1x/dag** gedurende 2 weken (knie) of 5 weken (heup)
Niet-valvulaire VKF	**5mg 2x/dag** ***Gereduceerde dosis: 2,5mg 2x/dag*** *Bij ernstige nierinsufficiëntie of bij 2 of meer van de volgende eigenschappen: ≥ 80 jaar, ≤ 60 kg of serumcreatinine ≥ 1,5 mg/dl*	**150mg 2x/dag** ***Gereduceerde dosis: 110mg 2x/dag*** • *Aanbevolen indien ≥ 80 jaar of bij gelijktijdig gebruik van verapamil* • *Te overwegen bij matige nierinsufficiëntie, 75-80 jaar, patiënten met een hoog bloedingsrisico of patiënten met gastritis, oesofagitis of* ***GOR***	**60 mg 1x/dag** ***Gereduceerde dosis: 30mg 1x/dag*** *Indien ≤ 60 kg, bij matige of ernstige nierinsufficiëntie of bij gelijktijdig gebruik van ciclosporine*	**20 mg 1x/dag** ***Gereduceerde dosis: 15mg 1x/dag*** *bij matige of ernstige nierinsufficiëntie*
Specifieke patiëntengroepen				

Nierinsufficiëntie	Dosisverlaging of contra-indicatie bij ernstige nierinsufficiëntie	Dosisverlaging of contra-indicatie reeds bij **matige** nierinsufficiëntie	Dosisverlaging of contra-indicatie reeds bij **matige** nierinsufficiëntie	Dosisverlaging of contra-indicatie reeds bij **matige** nierinsufficiëntie
Zwangerschap	Gebruik wordt veiligheidshalve afgeraden volgens onze bronnen. Overschakelen naar een**LMWH** vóór het begin van de zwangerschap heeft de voorkeur.			
Borstvoeding	Geen of onvoldoende informatie beschikbaar.			
Interacties				
Farmacodynamische interacties	• ***Geneesmiddelen met bloedingsrisico, zoals NSAID's, SSRI's en serotonine- en noradrenaline-heropnameremmers (SNRI's) of de associatie van meerdere antitrombotica:*** verhoogd bloedingsrisico • ***Orale corticosteroïden:*** verhoogd risico op gastro-intestinale bloeding			
Farmacokinetische interacties	Substraat van CYP3A4 en P-gp	Substraat van P-gp	Substraat van P-gp	Substraat van CYP3A4 en P-gp
Toediening				
Moment van inname (SKP)	Bij de maaltijd of los ervan	Bij de maaltijd of los ervan. De capsules moeten **in hun geheel** worden ingenomen met een groot glas water, zonder erop te kauwen of ze te pletten. **Niet mengen** met **melk** of **melkproducten**.	Bij de maaltijd of los ervan	Moet worden ingenomen **met voedsel**, voor een optimale biologische beschikbaarheid, zeker bij dosissen ≥ 15 mg.
Deelbaar? Pletbaar? Sonde? (SKP en Pletmedicatie**)**	Pletten toegestaan (voor nasogastrische sonde).	Capsules niet openen en niet pletten; niet op de capsules kauwen	Pletten toegestaan (voor nasogastrische of gastrische sonde).	Pletten toegestaan (voor gastrische sonde).
Specifieke situaties				
Antidotum	Andexanet	Idarucizumab	/	Andexanet
Preoperatief stoppen	Tandheelkundige ingreep: de inname niet onderbreken of eventueel de inname overslaan de ochtend van de ingreep. 123	Tandheelkundige ingreep: de inname niet onderbreken of eventueel de inname overslaan de ochtend van de ingreep.	Tandheelkundige ingreep: de inname niet onderbreken of eventueel de inname overslaan de ochtend van de ingreep.	Tandheelkundige ingreep: de inname niet onderbreken of eventueel de inname overslaan de ochtend van de ingreep.
	Ingreep met een laag bloedingsrisico: de inname **24 uur** vóór de ingreep onderbreken.	Andere ingrepen: onderbreking hangt af van de nierfunctie en van het bloedingsrisico van de ingreep: **24 uur tot 4 dagen** vóór de ingreep. 123	Ingreep met een laag bloedingsrisico: de inname **24 uur** vóór de ingreep onderbreken.	Ingreep met een laag bloedingsrisico: de inname **24 uur** vóór de ingreep onderbreken.
	Ingreep met een hoog bloedingsrisico: de inname **48 uur** vóór de ingreep onderbreken. 123		Ingreep met een hoog bloedingsrisico: de inname **48 uur** vóór de ingreep onderbreken.	Ingreep met een hoog bloedingsrisico: de inname **48 uur** vóór de ingreep onderbreken.
	Tijdelijke vervanging door **LMWH niet nodig.** 123	Tijdelijke vervanging door **LMWH niet nodig.**	Tijdelijke vervanging door **LMWH niet nodig.**	Tijdelijke vervanging door **LMWH niet nodig.**
	Behandeling hervatten 24 uur (laag bloedingsrisico) tot 48 uur (hoog bloedingsrisico) na de ingreep.	Behandeling hervatten 24 uur (laag bloedingsrisico) tot 48 uur (hoog bloedingsrisico) na de ingreep.	Behandeling hervatten 24 uur (laag bloedingsrisico) tot 48 uur (hoog bloedingsrisico) na de ingreep.	Behandeling hervatten 24 uur (laag bloedingsrisico) tot 48 uur (hoog bloedingsrisico) na de ingreep.
Andere gegevens				
Halfwaardetijd (SKP)	12 uur	12-14 uur	10-14 uur	Gezonde personen: 5-9 uur Oudere patiënten: 11-13 uur
Prijs per dag*	2,6€ Remgeld regulier: 0,19€ Remgeld verhoogd: 0,125€	0,9€ Remgeld regulier: 0,18€ Remgeld verhoogd: 0,12€	2.6€ Remgeld regulier: 0,16€ Remgeld verhoogd: 0,11€	0,84€ Remgeld regulier: 0,16€ Remgeld verhoogd: 0,105€

CV: cardiovasculair
DVT: diepe veneuze trombose
GOR: gastro-oesofageale reflux
LE: longembool
VKF: voorkamerfibrillatie
LMWH: heparine met laag moleculair gewicht
*De prijs werd berekend per dag en voor een indicatie (secundaire preventie van DVT/LE), op basis van de prijs van de grootste doos die op de markt is (situatie op 07/04/26).

Over welke specialiteiten gaat het?

- Andexanet: Ondexxya (zie Repertorium).
- Apixaban: Eliquis® (zie Repertorium).
- Dabigatran: Dabigatran Etexilat(e), Pradaxa® (zie Repertorium).
- Edoxaban: Lixiana ® (zie Repertorium).
- Idarucizumab : Praxbind® (zie Repertorium).
- Rivaroxaban: Rivaroxaban(e), Xarelto® (zie Repertorium).

Focus

Let op het medicatiegebruik bij een hittegolf!

Hoge buitentemperaturen en hittegolf brengen gezondheidsrisico's mee. Wie heeft het hoogste risico? Welke geneesmiddelen kunnen de negatieve effecten van een hittegolf verder verhogen? En wat kunnen huisartsen en apothekers doen om complicaties te vermijden?

Kernboodschappen

- Hoge buitentemperaturen en hittegolf brengen **gezondheidsrisico's** mee, onder andere dehydratie en hitteslag, een levensbedreigende situatie.
- **Kwetsbare groepen** waaraan bijzondere aandacht moet worden besteed, zijn: de oudste ouderen en zeer jonge kinderen, zwangere vrouwen en personen met onderliggend lijden (zie ook Tabel 1).
- Sommige **geneesmiddelen** kunnen dehydratie of een hitteslag helpen uitlokken of verergeren: diuretica, NSAID's, ACE-inhibitoren en sartanen, antipsychotica, geneesmiddelen met anticholinerge of met serotoninerge eigenschappen (zie Tabel 2 voor een meer uitgebreide lijst).
- **Adviezen voor de huisarts:**
  - **Pro-actief** de **risicopersonen identificeren** (op basis van risicofactoren en medicatiegebruik) **en op voorhand informeren** over de algemene adviezen bij hitte en over de symptomen van ernstige dehydratie of hitteslag die medische hulp vereisen. Daarbij is het belangrijk niet alleen de risicopersoon, maar ook de **personen in zijn/haar omgeving** (bv. samenwonenden, mantelzorgers, verzorgenden) te informeren en betrekken.
  - **Tijdens een hittegolf** extra alert zijn voor tekenen van (dreigende) dehydratie bij de risicopersonen, en nakijken **welke medicatie-aanpassingen** kunnen helpen om complicaties door hitte te vermijden.
- **Adviezen voor de apotheker**:
  - Adviezen geven **bij afleveren** van geneesmiddelen die in geval van hittegolf bij (dreigende) dehydratie extra risico's geven.
  - Adviezen geven over de **bewaring** van warmte-gevoelige geneesmiddelen.
- Huisartsen en apothekers kunnen samen afspraken maken over het beleid bij hitte.

Welke risico's bij hitte?

Hoge buitentemperaturen en hittegolf brengen gezondheidsrisico's mee, onder andere warmte-oedeem, zonneslag, dehydratie en hitteslag (syn. hitteberoerte). Een hoge luchtvochtigheid verhoogt verder het risico.

Ernstige dehydratie en hitteslag zijn levensbedreigende situaties. Zoals vermeld in Folia april 2022 is er bij een hitteslag sprake van een sterke stijging van de lichaamstemperatuur. Deze sterke verhoging kan leiden tot arteriële hypotensie, functionele nierinsufficiëntie (als gevolg van dehydratie) en, vanaf 42°C, weefselischemie en orgaanfalen: ademhalingsinsufficiëntie, hartstoornissen, convulsies en andere neurologische stoornissen, rhabdomyolyse, nierinsufficiëntie, leverstoornissen.

Welke personen hebben het grootste risico van gezondheidsproblemen bij hittegolf?

Het risico van een individu hangt samen met een combinatie van factoren zoals leeftijd, onderliggend lijden, gedrag en omgevingsfactoren. Tabel 1 vermeldt de personen met een hoog risico van gezondheidsproblemen bij hittegolf.[1-3]

Tabel 1: personen met hoog risico van gezondheidsproblemen bij hittegolf

- Personen > 65 jaar, **en zeker de oudste ouderen en de kwetsbare ouderen**.
- kinderen < 5 jaar en **zeker zuigelingen**.
- **Zwangere vrouwen**.
- **Personen met vooraf bestaande aandoeningen**: cardiovasculaire aandoeningen (bv. hartfalen), respiratoire aandoeningen (COPD, astma), obesitas, cognitieve/psychische aandoeningen (depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, dementie…), diabetes, nierziekte, ziekte van Parkinson; personen met mobiliteitsproblemen.
- Leven in **stedelijke omgeving (met meer luchtvervuiling)** kan het risico verder verhogen bij personen met reeds respiratoire of cardiale aandoeningen.
- Personen die omwille van **braken en diarree** al risico van dehydratie hebben.
- Personen die **fysieke buitenarbeid** verrichten, of **intensief buiten sporten** (bv. lopers, wielrenners).
- Personen die **sociaal geïsoleerd** zijn.
- **Daklozen en vluchtelingen** met bv. niet-behandelde chronische aandoeningen, gebrek aan behuizing en/of ondervoeding.
- Personen met **afhankelijkheid aan alcohol of drugs**.
- Personen die bepaalde **geneesmiddelen** nemen: zie Tabel 2.

Welke geneesmiddelen kunnen de negatieve effecten van een hittegolf nog verhogen?

Naast leeftijd, onderliggend lijden en andere risicofactoren (zie Tabel 1) kunnen ook **geneesmiddelen** extra risico geven bij dehydratie en hitteslag: zie Tabel 2 voor een (niet-exhaustieve) lijst van geneesmiddelen. De tabel is gebaseerd op de informatie in **Folia april 2022** (**hitteslag door geneesmiddelen**) en de geneesmiddelen vermeld in bronnen 1, 2 en 4 (zie onderaan).

Let op: het gaat niet alleen om chronische medicatie, maar ook om medicatie die kort of tijdelijk wordt genomen, soms op initiatief van de patiënt zelf, zoals NSAID's bij pijn of koorts of sommige H_1-antihistaminica bij reisziekte.

Tabel 2: geneesmiddelen die dehydratie of een hitteslag kunnen helpen uitlokken of de effecten ervan verergeren (niet-exhaustieve lijst)	
Geneesmiddelen die kunnen leiden tot dehydratie of verstoring van de elektrolytenbalans	• Diuretica, in het bijzonder lisdiuretica • Gliflozinen • Elk geneesmiddel dat diarree of braken kan uitlokken bv. colchicine, antibiotica, opioïden, laxativa, GLP1-analogen • Cholinerge geneesmiddelen (onder andere de cholinesterase-inhibitoren gebruikt bij de ziekte van Alzheimer), door verhogen van de zweetproductie
Geneesmiddelen die de nierfunctie kunnen verminderen in geval van dehydratie	• NSAID's • Diuretica • ACE-inhibitoren en sartanen • Gliflozinen • GLP1-analogen • Bepaalde immuunsuupressiva zoals ciclosporine
Geneesmiddelen die interfereren met de thermoregulatie	**Door een centraal effect**: • Antipsychotica • Middelen met serotoninerg effect, zeker de SSRI's en SNRI's; de MAO-inhibitoren; opioïden zoals fentanyl, tramadol en methadon; Sint-Janskruid (zie Repertorium Inl.6.2.4. voor een lijst van serotoninerge geneesmiddelen). • Sympathicomimetica: o.a. amfetamines, pseudo-efedrine, bupropion, methylfenidaat • Niet-medicamenteuze psychotrope middelen: amfetamines, alcohol, cocaïne, ecstasy **Door vermindering van het zweten:** • Geneesmiddelen met anticholinerg effect. Het gaat onder andere om butylhyoscinebromide; anticholinergica gebruikt bij blaasfunctiestoornissen; anticholinergica bij de ziekte van Parkinson; bepaalde antidepressiva (vooral tricyclische antidepressiva en paroxetine); bepaalde H1-antihistaminica; bepaalde antipsychotica [zie Repertorium Inleiding 6.2.3. voor een lijst van anticholinerge geneesmiddelen]. • β-blokkers • Diuretica • De anti-epileptica topiramaat en zonisamide **Door verhogen van het basaal metabolisme**: • Levothyroxine
Geneesmiddelen die de arteriële bloeddruk verlagen (risico van hypotensie)	Alle antihypertensiva, anti-anginosa
Geneesmiddelen die de alertheid verminderen	Bv. benzodiazepines en Z-drugs, opioïden
Geneesmiddelen die lactaatacidose en/of hypo- of hyperglykemie kunnen uitlokken in geval van dehydratie	Antidiabetica zoals metformine, hypoglykemiërende sulfamiden, insuline, gliflozinen
Geneesmiddelen waarvan de plasmaspiegels wijzigen in geval van dehydratie (risico van intoxicatie)	Lithium, digoxine, anti-epileptica

Adviezen

Deze adviezen zijn vooral gebaseerd op de informatie "Medicatiegebruik en (een verhoogd risico op) dehydratie bij hitte" (website Nederlands Huisartsen Genootschap)[1] en op informatie van *Gezondheid en wetenschap* (zie Bronnen voor het grote publiek).

Wat kan de huisarts doen?

- De huisarts kan **pro-actief** de **risicopersonen identificeren** (op basis van risicofactoren en medicatiegebruik) **en op voorhand informeren** over de algemene adviezen bij hitte en over de symptomen van ernstige dehydratie of hitteslag die medische hulp vereisen (zie verder). Daarbij is het belangrijk niet alleen de risicopersoon, maar ook de **personen in zijn/haar omgeving** (bv. samenwonenden, mantelzorgers, verzorgenden) te informeren en betrekken.
- De huisarts kan **tijdens een hittegolf** extra alert zijn voor tekenen van (dreigende) dehydratie bij de risicopersonen, en nakijken **welke medicatie-aanpassingen** kunnen helpen om complicaties door hitte te vermijden (zie verder).

- Huisartsen en apothekers kunnen samen afspraken maken over het beleid bij hitte (zie “Wat kan de apotheker doen?”).

Wat kan de apotheker doen?

- De apotheker kan adviezen over hitte geven bij **afleveren** van geneesmiddelen die in geval van hittegolf bij (dreigende) dehydratie extra risico’s geven.
- De apotheker kan adviezen over de **bewaring** van hitte-gevoelige geneesmiddelen geven.
- Huisartsen en apothekers kunnen samen afspraken maken over het beleid bij hitte (zie “Wat kan de huisarts doen?”).

Bij een hittegolf is het belangrijk dat de risicopersonen de algemene adviezen respecteren:

- meer dan normaal te drinken, minstens 2 liter per dag; in geval van braken, drinken in kleine beetjes; alcohol en coffeïne-rijke dranken vermijden;
- grote lichamelijke inspanningen buiten vermijden, in het bijzonder tijdens de warmste uren van de dag (doorgaans tijdens de namiddag of begin van de avond);
- zich tegen de zon beschermen door hoed of pet en lichte kleding;
- voor een koele woonomgeving (zonwering, ventileren, airconditioning) zorgen.

Het is belangrijk om risicopersonen en de personen in zijn/haar omgeving te informeren over de symptomen van ernstige dehydratie of hitteslag die medische hulp vereisen.

- Zie **Hitteziektes** (Gezondheid en Wetenschap) voor de symptomen van hitte-gerelateerde aandoeningen: uitdroging, hitte-uitputting door dehydratie en hitteslag.
- Zie **Eerste hulp bij hitteslag** (Gezondheid en wetenschap)
- Zie **Eerste hulp bij uitdroging** (Gezondheid en Wetenschap)

Medicatie-aanpassingen bij (een verhoogd risico op) dehydratie

Bij een (voorspelde) hittegolf kan voor de risicogeneesmiddelen de dosis verminderd worden of kan de behandeling tijdelijk worden gestopt.

In tabel 3 geven we enkele praktische adviezen, gebaseerd op bron 1.

Tabel 3. Aanpassing medicatie bij (een verhoogd risico op) dehydratie	
Metformine*	Overweeg tijdelijk te stoppen
Gliflozinen*	Overweeg tijdelijk te stoppen
Hypoglykemiërende sulfamiden*	Overweeg tijdelijk te stoppen
Insuline*	• (Middel)lang werkende insuline: niet stoppen (ook niet als de patiënt minder voedsel inneemt), wel dosisaanpassing overwegen in functie van de glucosewaarden • Snelwerkende insuline: overweeg tijdelijk te stoppen bij geen of zeer weinig voedselinname
RAS-remmers (ACE-inhibitoren, sartanen)/ aldosteronantagonisten*	Overweeg tijdelijk te halveren
Diuretica*	• Overweeg tijdelijk te stoppen • Overweeg bij hartfalen lisdiuretica te halveren.
Overige antihypertensiva*	Overweeg tijdelijk te halveren of stoppen
NSAID’s	tijdelijk stoppen (indien mogelijk definitief)

* In de overweging om de dosering aan te passen spelen mee: het klinisch beeld (o.a. ernst en duur van klachten, mate van ziek zijn) en patiëntkenmerken (leeftijd, comorbiditeit, kwetsbaarheid)

Er moet ook gedacht worden aan de risico’s van **geneesmiddelen die tijdelijk en op eigen initiatief worden genomen**. Zo worden bijvoorbeeld NSAID’s best vermeden, zeker bij intense fysieke inspanningen in warm weer.

Voor de **aanpak van dehydratie** verwijzen we naar het Repertorium 3.6. > Plaatsbepaling > Orale rehydratie” en “Parenterale rehydratie”.

Opletten voor de bewaring van warmte-gevoelige geneesmiddelen.

Veel geneesmiddelen moeten bewaard worden bij een temperatuur < 25°C. Zeker bij een hittegolf moet gecontroleerd worden of de bewaarplaats voldoende koel en droog is en niet blootgesteld is aan direct zonlicht. Geneesmiddelen niet bewaren in of op plaatsen die heel warm kunnen worden (bv. in de auto of op een vensterbank). Geneesmiddelen mogen enkel in de koelkast bewaard worden wanneer dit expliciet wordt vermeld in de SKP of bijsluiter.

Bepaalde farmaceutische vormen zijn gevoelig aan warmte: suppo's, ovulen, crèmes, zalven. Als het uitzicht van het product sterk veranderd is door blootstelling aan de hitte, wordt het product best niet meer gebruikt (Vidal, ANSM).

Specifieke bronnen

1. NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). Medicatiegebruik en (een verhoogd risico op) dehydratie bij hitte (laatst geraadpleegd op 08/06/2026). Verwijzing naar Tabel h1 in de NHG-standaard Gastro-enteritis [gepubliceerd in februari 2026, laatste aanpassing februari 2026) (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)]

2. UK Health Security Agency. Gov.uk. Supporting vulnerable people before and during hot weather: healthcare professionals Guidance. Published 19/12/2024. (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)

3. WHO. Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention (Februari 2021 I Guidance) ; Heat and Health (28/4/2026). (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)

4. ANSM. Liste des médicaments pouvant diminuer l'adaptation de l'organisme aux vagues de chaleur. Klik hier

Bronnen voor het grote publiek

- Gezondheid en wetenschap. Hitteziektes. Laatst aangepast op 11/02/2026 (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)
- Gezondheid en wetenschap. Eerste hulp bij hitteslag. Laatst aangepast op 29/05/2024 (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)
- Gezondheid en wetenschap. Eerste hulp bij uitdroging. Laatst aangepast op 18/10/2023 (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)
- Vlaanderen. warmedagen.be (laatst geraadpleegd op 08/06/2026)
- Wanda.be Zonnesteek en zonneslag (hitteberoerte). Laatste update: 25/5/2023; laatst geraadpleegd op 08/06/2026
- Apotheek.nl. Hitte en medicijnen. Klik hier.
- Thuisarts.nl. Omgaan met warm weer. Klik hier.
- Infos-Patients Prescrire. Vague de chaleur: attention aux médicaments. Prescrire – mai 2022.
- https://www.gov.uk/government/publications/beat-the-heat-hot-weather-advice/beat-the-heat-keep-cool-at-home-checklist
- Vidal : Médicaments et vague de chaleur
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Produits de santé en été (gepubliceerd op 30/07/2021 – bijgewerkt op 02/06/2026) ; Transport et conservation des médicaments (gepubliceerd op 26/05/2026) ; Conservation des médicaments en cas de vague de chaleur. Laatst geraadpleegd op 08/06/2026.

Voor u gelezen

Gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten na stoppen van GLP-1-analoog

Na stoppen van een GLP-1-analoog neemt het gewicht snel toe. Wat betekent dit voor vrouwen die het GLP-1-analoog stoppen vóór de zwangerschap, zoals wordt aanbevolen? Een observationele studie in JAMA onderzocht de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1-analoog (dulaglutide liraglutide, semaglutide, tirzepatide) waren gestopt vóór of in de vroege zwangerschap in vergelijking met vrouwen die geen GLP-1-analoog hadden gebruikt.

Kernboodschappen

- Een retrospectieve cohortstudie onderzocht de gewichtstoename en een aantal zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1 analoog gebruikten en stopten vóór of in de vroege zwangerschap, in vergelijking met niet-gebruiksters. In beide groepen had meer dan 70% van de vrouwen obesitas en meer dan 15% diabetes.
- De vrouwen die vóór of in de vroege zwangerschap een GLP-1-analoog hadden gebruikt, kwamen tijdens de zwangerschap gemiddeld **3,3 kg extra** bij in vergelijking met niet-gebruiksters. “Overmatige” gewichtstoename tijdens de zwangerschap, premature geboorte, zwangerschapsdiabetes en hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap traden vaker op bij de vrouwen die een GLP-1-analoog hadden gebruikt.
- **Conclusie van het BCFI:** Deze studie suggereert dat stopzetting van een GLP-1-analoog vóór of in de vroege zwangerschap leidt tot grotere gewichtstoename tijdens de zwangerschap en tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Dit is een signaal om in overweging te nemen, ook al heeft de studie belangrijke beperkingen. De studie vraagt voorzichtigheid in afwachting van andere studies. Onze bron voor zwangerschap Lareb beveelt aan om de gewichtstoename in de zwangerschap na stoppen van een GLP-1-analoog extra goed te monitoren.

Waarom is deze studie belangrijk?

Diabetes en obesitas zijn bekende risicofactoren voor zwangerschapscomplicaties en voor metabole aandoeningen bij het kind op langere termijn. Oppuntstelling van de diabetes [zie Repertorium 5.1. > “Zwangerschap en borstvoeding” en Folia december 2020] en gewichtscontrole vóór de zwangerschap worden daarom sterk aanbevolen.[1-3]
GLP-1-analogen (dulaglutide, liraglutide, semaglutide, tirzepatide) worden meer en meer gebruikt bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, voor de behandeling van diabetes of voor gewichtscontrole. Omdat er onvoldoende gegevens zijn over hun veiligheid tijdens de zwangerschap, wordt aanbevolen om het GLP-1-analoog te stoppen vóór de zwangerschap (in verband met de aanpak van diabetes tijdens de zwangerschap, zie Rep.5.1.; in verband met de veiligheid van de (GIP/)GLP-1-analogen tijdens de zwangerschap bij diabetes resp. obesitas, zie de rubrieken “Zwangerschap en borstvoeding” in Rep.5.1.7. en 5.1.8. resp. Rep.5.2.1. en Rep.5.2.2.; zie ook ons artikel in Folia juli 2025 over meldingen van ongeplande zwangerschappen bij vrouwen behandeld met een (GIP/)GLP-1-analoog).

Talrijke gegevens wijzen er op dat na stoppen van een GLP-1-analoog het gewicht snel opnieuw toeneemt [zieFolia mei 2026]. Overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap gaat gepaard met een verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes en

Opzet van de studie

- **Studiedesign**: retrospectieve cohortstudie (periode 2016-2025, USA)[1]
- **Doel van de studie**: opvolgen van de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en van een aantal negatieve zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1 analoog hadden gebruikt en dit waren gestopt vóór of in de vroege zwangerschap, in vergelijking met vrouwen die geen GLP-1 analoog hadden gebruikt.
- **Populatie:** 448 vrouwen die een GLP-1-analoog gebruikten en stopten vóór of in de vroege zwangerschap (= **blootgestelde groep**; gemiddelde BMI vóór de conceptie 36,1; 84% met BMI ≥ 30; 14% met BMI 25-29,9; 23% had diabetes) versus 1 344 vrouwen die geen GLP-1 analoog gebruikten vóór hun zwangerschap (= **controlegroep**, gemiddelde BMI vóór de conceptie 36,3; 73% met BMI ≥ 30; 16% met BMI 25-29,9; 17% had diabetes).
- **Blootstelling**: minstens één voorschrift voor een GLP-1-analoog tussen 3 jaar vóór en 90 dagen na conceptie. Onderzochte GLP-analogen: semaglutide (45%), liraglutide (26%), dulaglutide (21%), tirzepatide (7%).
- Elke GLP-1 gebruikster werd gematcht met 3 niet-gebruiksters. Dit gebeurde aan de hand van propensity score matching waarbij rekening werd gehouden met mogelijke beïnvloedende factoren zoals BMI vóór de zwangerschap, voorafbestaande diabetes of chronische hypertensie, pariteit en sociale factoren.
- **Primair eindpunt**: gewichtstoename tijdens de zwangerschap.
- **Secundaire eindpunten**:
  - “overmatige” gewichtstoename tijdens de zwangerschap (gedefinieerd volgens de richtlijnen van het Amerikaanse *Institute of Medicine*)

- uitkomsten met betrekking tot het geboortegewicht: geboortegewichtpercentiel, een te hoog of te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur, lengte bij geboorte
- zwangerschapsuitkomsten: vroeggeboorte, keizerssnede, zwangerschapsdiabetes, hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap.

Resultaten in het kort

Primair eindpunt: gewichtstoename tijdens de zwangerschap: + 13,74 kg in de blootgestelde groep versus + 10,49 kg in de controlegroep. Dus een **verschil van + 3,26 kg**, statistisch significant (95%-BI van + 2,28 tot + 4,23)*****
NB * de resultaten waren zeer gelijkaardig na subanalyse bij de vrouwen die maximum 6 maand vóór de conceptie een voorschrift voor een GLP-1-analoog hadden gekregen, en na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI en voorafbestaande diabetes.

Secundaire eindpunten:

- volgende uitkomsten traden vaker op in de blootgestelde groep dan in de controlegroep:
  - **"overmatige" gewichtstoename tijdens de zwangerschap**: 65% vs 49% (risk ratio [RR] 1,32; 95%-BI van 1,19 tot 1,47)
  - **premature geboorte**: 17% vs 13% (RR 1,34; 95%-BI van 1,06 tot 1,69)*****
  - **zwangerschapsdiabetes** (in deze analyse waren de vrouwen met vooraf bestaande diabetes uitgesloten): 20% vs 15% (RR 1,30; 95%-BI van 1,01 tot 1,68)*****
  - **hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap** (in deze analyse waren de vrouwen met vooraf bestaande hypertensie uitgesloten): 46% vs 36% (RR 1,29; 95%-BI van 1,12 tot 1,49)***.**
- Het gemiddeld geboortegewichtpercentiel was licht hoger in de blootgestelde groep dan in de controlegroep: 58,4% vs 54,8% (verschil van 3,6%; 95%-BI van 0,2% tot 6,9%)****.**

NB

***** Na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI waren de verschillen niet meer statistisch significant.
****** Na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI, voorafbestaande diabetes en chronische hypertensie was het verschil niet meer statistisch significant.

Beperkingen van de studie

In dit retrospectief onderzoek kunnen residuele bias en confounding niet worden uitgesloten. Hoewel de gemiddelde periconceptionele BMI's in beide groepen vergelijkbaar waren, was het aandeel vrouwen met obesitas hoger in de blootgestelde groep (84% versus 73%), wat mogelijk heeft geleid tot residuele confounding.

De BMI bij de start van de studie is de BMI onder behandeling met een GLP-1-analoog. De BMI vóór de start van het GLP-1-analoog is niet bekend. Hierdoor kan deze studie niet beantwoorden of het starten van een GLP-1-analoog, met als doel de zwangerschap in te gaan met een lager gewicht, leidt tot netto voordelen of risico's. Om dit goed te kunnen beoordelen, zouden de groepen gematcht moeten worden op basis van de BMI vóór de start van het GLP-1-analoog.

Commentaar van het BCFI

Deze studie suggereert dat gebruik van een GLP-1-analoog met stopzetting voor of in het begin van de zwangerschap leidt tot grotere gewichtstoename tijdens de zwangerschap en tot een aantal ongunstige zwangerschapsuitkomsten ten opzichte van geen gebruik. Dit is een signaal om in overweging te nemen, ook al heeft de studie belangrijke beperkingen. De studie vraagt voorzichtigheid in afwachting van andere studies, met meer basisgegevens over de blootgestelde vrouwen (bv. over hun lichaamsgewicht vóór starten van de GLP-1-analoog), en meer informatie over de reden en duur van gebruik. Onze bron voor zwangerschap Lareb beveelt aan om de gewichtstoename in de zwangerschap na stoppen van een GLP-1-analoog extra goed te monitoren.

Over welke specialiteiten gaat het?

- Dulaglutide: Trulicity® (indicatie diabetes, zie Repertorium)
- Liraglutide: Victoza® (indicatie diabetes, zie Repertorium); Saxenda® (indicatie obesitas, zie Repertorium)
- Semaglutide: Ozempic®, Rybelsus® (indicatie diabetes, zie Repertorium); Wegovy® (indicatie obesitas, zie Repertorium)
- Tirzepatide: Mounjaro® (indicaties diabetes en obesitas, zie Repertorium)

Bronnen

1 Maya J, Pant D, Fu Y et al.Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes After GLP-1 Receptor Agonist Discontinuation.JAMA. 2025;334(24):2186-2196. (doi:10.1001/jama.2025.20951)

2 Cesta CE, Hutcheon J et Johansson K. Editorial: Guiding Obstetric Care and Treatment Decisions for Women With Prior GLP-1 Receptor Agonist Use. JAMA 2025;334:2168-70 (doi:10.1001/jama.2025.19841)

3 NHG-Standaard Preconceptiezorg. Gepubliceerd juni 2011, laatste aanpassing juni 2011.

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 PDF, 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 moxifloxacine 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 (≤ 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 BAPCOC-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 (≥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 behandelschema 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.
- Domus Medica publiceerde een samenvattende steekkaart over acute keelpijn, te vinden op hun website.

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 ooroperaties (uitgezonderd trommelvliesbuisjes), immuungecompromitteerde 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 ooroperaties (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 moxifloxacine aangeraden.
- De gids adviseert om bij een loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes en zonder systemische symptomen de **lokale antimicrobiële behandeling** met ciprofloxacinedruppels te beperken tot maximaal 7 dagen. Voorheen werd geen maximale duurtijd vermeld. De indicatie is ongewijzigd.
- Domus Medica publiceerde een samenvattende steekkaart over acute otitis media, te vinden op hun website.

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 moxifloxacine aangeraden.
- Er wordt niet langer een alternatief voorgesteld bij **niet-IgE gemedieerde penicillineallergie.** Zie ook 'Veranderingen over de hoofdstukken heen'.
- Domus Medica publiceerde een samenvattende steekkaart over acute rinosinusitis, te vinden op hun website.

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-)prematuriteit.
- 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 pneumonia, 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 vorige editie** adviseerde antibiotica bij vermoeden van bacteriële pneumonie op basis van klinische symptomen, laboratoriumonderzoek (CRP > 20) of radiologische tekenen.
> **De huidige editie** specifieert dat de klinische diagnose wordt gekenmerkt door klachten als koorts, kortademigheid/verhoogde ademarbeid, verhoogde ademfrequentie, focale crepitaties, anorexie en lethargie.

- 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 immuungecompromitteerde 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 pneumonia, 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 behandelschema 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 eerstelijn 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 net niet aangewezen zijn, zal zorgverleners ondersteunen in het vermijden van onnodig antibioticagebruik.

Nieuws

Repertorium “editie 2026”: update van een tweede reeks hoofdstukken gepubliceerd

De jaarlijkse herziening van volgende hoofdstukken is afgewerkt: Inleiding, Hormonaal stelsel, Urogenitaal stelsel, Osteo-articulaire aandoeningen, Mineralen en vitaminen en Diagnostica. Ontdek hier de belangrijkste aanpassingen.

Revisie “2026”: tweede reeks hoofdstukken online

De revisie “2026” is afgewerkt voor een tweede reeks hoofdstukken van het Repertorium: **Inleiding, Hormonaal stelsel, Urogenitaal stelsel, Osteo-articulaire aandoeningen, Mineralen en vitaminen** en **Diagnostica**. De herziene hoofdstukken staan online. Opnieuw werkten talrijke experten mee, waarvoor dank.

NB. Het Repertorium is door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) geaccrediteerd als “Evidence-Based Practice (EBP)-informatiebron zonder aanbevelingen” (zie cebam.be/validatie). Het BCFI heeft als doel *evidence-based* informatie te verstrekken over de werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen, om zo het rationeel gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Het BCFI is geen richtlijnontwikkelaar. Voor meer uitleg over de inhoud en de gevolgde methodologie voor de verschillende rubrieken in het Repertorium (onder andere Plaatsbepaling, Contra-indicaties, Interacties), zie Inl.2. Handleiding bij en onderbouwing van het Repertorium.

Belangrijkste wijzigingen in de herziene hoofdstukken

De belangrijkste wijzigingen per hoofdstuk zijn de volgende.

Inleiding

- Inl.1. Totstandkoming en doel van het Repertorium: we verwoorden duidelijker hoe het BCFI omgaat met belangenconflicten.
- Inl.2.1. Onderbouwing van het Repertorium: we verwijzen naar ons bijgewerkt document “Methodologie voor de publicaties van het BCFI” (november 2025), waarin we onze bronnen en werkwijze bespreken.
- Inl.2.7. Rubriek “Oudere patiënten en de selecties voor het Formularium Ouderzorg”: u vindt hier hoe een geneesmiddel wordt geselecteerd voor het Formularium Ouderenzorg (symbool ter hoogte van de specialiteit).
- Inl.2.8.2. Methodologie voor de farmacokinetische interacties en Inl.6.3. Interacties van geneesmiddelen:
  - We leggen uit hoe de **interactietabel van de vitamine K-antagonisten in hoofdstuk Bloed en stolling** (zie tabel 2a. in Inl.2.1.2.1.1.) tot stand komt.
  - De **CYP- en P-gp-interactietabellen** (zie de tabellen Ic., Id. en Ie. in Inl.6.3.):
    - Voor de **CYP**-substraten, -inhibitoren en -inductoren voegen we een nieuwe bron toe: de Drug Interactions Flockhart Table™. Dit betekent dat we nu voor de CYP-interacties de tabel in Stockley’s Drug Interactions en de Drug Interactions Flockhart Table™ als bron gebruiken. De tabel in *The Top 100 Drug Interactions* gebruiken we niet meer voor de CYP-interacties omdat deze reeds meerdere jaren niet meer wordt geüpdatet.
    - De CYP- en Pg-p tabellen in Inl.6.3. zijn bijgewerkt, onder andere op basis van onze nieuwe bron.
    - In onze CYP- en P-gp-tabellen zijn er een aantal geneesmiddelen vermeld die niet voldoen aan onze methodologie, maar waarvoor we argumenten hebben om ze toch op te nemen. Meer uitleg over deze “uitzonderingen” in Inl.2.8.2.
- Inl.2.11.12. Pletten van tabletten en openen van capsules: informatie over het openen van capsules werd toegevoegd, met verwijzing naar de pletfiches op https://vza.be/bibliotheek-pletmedicatie/pletfiches (initiatief van de *Vlaamse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers*).
- Inl.2.11.14. Onbeschikbare geneesmiddelen: dit hoofdstuk werd herwerkt in op basis van ons artikel Onbeschikbare geneesmiddelen: welke info op de BCFI-website? in Folia oktober 2025.
- Inl.2.11.15. Invoer van geneesmiddelen die in België niet beschikbaar zijn: dit hoofdstuk werd herwerkt op basis van ons artikel Onbeschikbare geneesmiddelen: welke info op de BCFI-website? in Folia oktober 2025.
- Inl.3. Generieken, biosimilars, VOS en substitutie: de twee situaties waarvoor substitutie in België wettelijk geregeld is, worden uitgelegd.
- Inl.5.1. Terugbetalingscategorieën en Inl.5.2. Remgeldplafonds: deze hoofdstukjes zijn bijgewerkt op basis van de wijzigingen in de terugbetaling sinds 1 januari 2026. De remgeldplafonds die gelden sinds 1 januari 2026 worden vermeld in Tabel Ia.
- Inl.6. Goed en veilig gebruik van geneesmiddelen: een paragraaf over vervallen geneesmiddelen werd toegevoegd.
- Inl.6.2.4. Serotoninesyndroom: dit hoofdstuk werd herwerkt op basis van ons artikel Serotoninesyndroom: een zeldzaam, maar potentieel ernstig ongewenst effect in Folia november 2025.

Hormonaal stelsel

- 5.1. Diabetes: de rubriek "Oudere patiënten" verduidelijkt dat bij het afbouwen van de behandeling (deprescribing) in de eerste plaats wordt gekeken naar de geneesmiddelen met het grootste risico op hypoglykemie.
- 5.1.2. Metformine: de risico's bij gebruik van joodhoudende contraststoffen werden aangepast in de rubriek "Bijzondere voorzorgen".
- 5.1.6. Gliptinen (DPP-4-inhibitoren):
  - Enkele wijzigingen in de rubriek "Ongewenste effecten".
  - Rubriek "Bijzondere voorzorgen": de voorzichtigheid bij hartfalen geldt enkel voor alogliptine, saxagliptine en vildagliptine.
- 5.1.7. GLP-1-analogen (incretinemimetica):
  - Rubriek "Plaatsbepaling": nieuwe gegevens over oraal semaglutide (cardiovasculaire winst, zie Folia januari 2026).
  - Enkele wijzigingen in de rubriek "Ongewenste effecten".
  - Het mogelijke effect op de betrouwbaarheid van orale anticonceptie werd toegevoegd in de rubrieken "Zwangerschap en borstvoeding", "Interacties" en "Bijzondere voorzorgen".
- 5.1.8. Gecombineerde GIP/GLP-1-analogen:
  - Rubriek "Plaatsbepaling": nieuwe gegevens over de studie die tirzepatide met dulaglutide vergeleek op het vlak van majeure cardiovasculaire events.
  - Het mogelijke effect op de betrouwbaarheid van orale anticonceptie werd toegevoegd in de rubrieken "Zwangerschap en borstvoeding", "Interacties" en "Bijzondere voorzorgen".
- 5.1.9. Gliflozinen (SGLT2-inhibitoren): enkele wijzigingen in de rubriek "Ongewenste effecten".
- 5.2. Obesitas: een rubriek "Bijzondere voorzorgen" werd toegevoegd, over alle geneesmiddelen die worden gebruikt bij obesitas.
- 5.2.1. GLP-1-analogen:
  - Enkele wijzigingen in de rubriek "Ongewenste effecten" en "Bijzondere voorzorgen".
  - Het mogelijke effect op de betrouwbaarheid van orale anticonceptie werd toegevoegd in de rubrieken "Zwangerschap en borstvoeding", "Interacties" en "Bijzondere voorzorgen".
- 5.2.2. Gecombineerde GIP/GLP-1-analogen:
  - Rubriek "Plaatsbepaling": nieuwe gegevens over de studie die tirzepatide met dulaglutide vergeleek op het vlak van majeure cardiovasculaire events.
  - Het mogelijke effect op de betrouwbaarheid van orale anticonceptie werd toegevoegd in de rubrieken "Zwangerschap en borstvoeding", "Interacties" en "Bijzondere voorzorgen".
- 5.2.3. Orlistat: wijziging in de rubriek "Bijzondere voorzorgen".
- 5.3.1 Thyroïdhormonen
  - Inname 's avonds bij het slapengaan (3 uur na de laatste maaltijd) werd toegevoegd in de rubriek "Dosering", als alternatief voor de inname 's ochtends op een lege maag.
- 5.5. Corticosteroïden: wijzigingen in de rubriek "Dosering" wat betreft de geleidelijke stopzetting na een langdurige behandeling.

Urogenitaal stelsel

- 7.2.2. 5-alfa-reductase-inhibitoren
  - Contra-indicaties: toevoeging van zwangerschapswens, leeftijd < 18 jaar en leverinsufficiëntie.
  - Ongewenste effecten: het percentage aan vrij PSA wordt niet beïnvloed door dustasteride of finasteride en kan worden gebruikt als parameter zonder dat aanpassingen nodig zijn.
- 7.2.3. Combinatiepreparaten (die dutasteride bevatten)
  - Contra-indicaties: toevoeging van zwangerschapswens, leeftijd < 18 jaar en leverinsufficiëntie.
- 7.3.1. Fosfodiësterase type 5-inhibitoren
  - Ongewenste effecten: toevoeging van chorioretinitis en van het syndroom van Stevens-Johnson.
  - Bijzondere voorzorgen
    - Voorzorgen bij leverinsufficiëntie.
    - Onderbreking van de behandeling in geval van visusstoornissen.
- 7.3.2. Yohimbine
  - Contra-indicaties: toevoeging van glaucoom, affectieve stoornis en paniekstoornis, instabiele cardiovasculaire aandoening.
  - Ongewenste effecten: toevoeging van hoofdpijn, slapeloosheid, angst, agitatie, gastro-intestinale stoornissen en polyurie.
  - Toevoeging van een rubriek "Oudere patiënten".
  - Toevoeging van een rubriek "Interacties".
  - Toevoeging van een rubriek "Bijzondere voorzorgen".
- 7.3.3. Alprostadil
  - Plaatsbepaling: alprostadil is een optie voor de behandeling van erectiestoornissen bij onvoldoende reactie op fosfodiësterase type 5-inhibitoren.

  - Contra-indicaties: toevoeging van trombocytose en instabiele cardiovasculaire aandoeningen, penisprothese (bij intracaverneuze toediening).
  - Ongewenste effecten:
    - intra-urethrale toediening: duizeligheid, hypotensie;
    - intracaverneuze toediening: penisfibrose, inclusief de ziekte van Peyronie.
  - Toevoeging van een rubriek “Oudere patiënten”.
  - Toevoeging van de rubrieken “Interacties”, “Bijzondere voorzorgen” en toevoeging van de dosering (intra-urethraal en intracaverneus).
- Hoofdstuk 7.4. Diverse middelen werd opgesplitst in 3 hoofdstukken, waarin de verschillende rubrieken werden herzien en aangevuld.
  - 7.4. Premature ejaculatie
  - 7.5. Polycysteuze nierziekte
  - 7.6. Preventie van urolithiase

Osteo-articulaire aandoeningen

- 9.1.1. Systemische toediening van NSAID's
  - Verduidelijking over de contra-indicatie zwangerschap.
    Tijdens het eerste trimester lijkt het risico op afwijkingen zeer klein bij kortdurend gebruik van NSAID’s in de gebruikelijke doses. Er is een beperkt risico op spontane abortus en teratogeniteit. Ibuprofen, diclofenac en naproxen zijn de eerste keuze. NSAID’s worden afgeraden vanaf het 2e trimester en zijn gecontra-indiceerd vanaf het 3e trimester.
  - Toevoeging van antecedenten van een allergie voor sulfamiden als contra-indicatie voor parecoxib en celecoxib.
  - Rubriek "Oudere patiënten": verduidelijking toegevoegd over de veiligheid van coxib’s.
- 9.1.2. Ontstekingswerende middelen voor lokaal gebruik
  - Verduidelijking over de contra-indicatie zwangerschap (zie de uitleg hierboven bij punt 9.1.1.).
- 9.2. Chronische artritis
  - Rubriek "Plaatsbepaling": verduidelijking toegevoegd over de dagelijkse inname van foliumzuur in geval van een behandeling met methotrexaat.
  - 9.2.1. Methotrexaat (laaggedoseerd):
    - De paragraaf over zeldzame maar ernstige ongewenste effecten werd aangevuld met de volgende ongewenste effecten: beenmergdepressie, longtoxiciteit, neurotoxiciteit, trombo-embolische aandoeningen, anafylactische shock en syndroom van Stevens-Johnson.
    - Toevoeging van bepaalde ongewenste effecten, waaronder haaruitval.
    - Rubriek "Bijzondere voorzorgen": verduidelijking over het gebruik van foliumzuur in geval van een behandeling met methotrexaat.
  - 9.2.2. Hydroxychloroquine:
    - Toevoeging van informatie over borstvoeding in de rubriek "Zwangerschap en borstvoeding".
- 9.3.1. Colchicine
  - Verduidelijking toegevoegd in de "Plaatsbepaling" over het gebruik van colchicine bij secundaire cardiovasculaire preventie.
  - Toevoeging van familiaire Middellandse Zeekoorts als indicatie in de SKP.
  - Toevoeging van de rubriek "Zwangerschap en borstvoeding".
- 9.3.2. Xanthine-oxidase-inhibitoren
  - Toevoeging van informatie over borstvoeding.
- 9.3.3. Uricosurica
  - Toevoeging van de rubriek "Zwangerschap en borstvoeding".
- Rasburicase werd verplaatst naar hoofdstuk 13.6. Detoxificantia bij antitumorale middelen.
- 9.5.5.1. Denosumab
  - Verduidelijking toegevoegd in de rubriek "Bijzondere voorzorgen" over het risico op hypocalciëmie.

Mineralen en vitaminen

- Toevoeging van een algemene verduidelijking over de noodzaak van suppletie met vitaminen en mineralen tijdens de zwangerschap.
- 14.1.1. IJzer
  - Verduidelijking van de bijzondere voorzorgen bij de inname van ijzer.
  - Wijziging van de dosering van ijzer bij kinderen.
- 14.1.2. Fluoride

  - Wijziging van de plaatsbepaling wat betreft het gebruik van fluoride tijdens de zwangerschap en de periode van borstvoeding.
- 14.1.5. Zink
  - Toevoeging van een plaatsbepaling wat betreft het gebruik van zink tijdens de periode van borstvoeding.
- 14.2.1.2. Vitamine D en derivaten
  - Wijziging van de plaatsbepaling wat betreft het gebruik van hoge doses vitamine D.
- 14.2.1.4. Vitamine K
  - Toevoeging van bijzondere voorzorgen wat betreft het gebruik van vitamine K als antidotum.
  - Verduidelijking van de dosering voor de preventie van bloedingen bij de pasgeborene.
- 14.2.2.3. Nicotinamide (vitamine B3 of PP).
  - Bijwerking en verduidelijking van de rubriek “Zwangerschap en borstvoeding”.

Diagnostica

- 19.1.1. Jodiumpreparaten
  - Toevoeging van contra-indicaties.
  - Wijziging van de rubriek "Ongewenste effecten" en onderscheid tussen acute en tardieve reacties.
  - De rubriek "Zwangerschap en borstvoeding" werd herzien en er werd verduidelijking toegevoegd over jomeprol, johexol, jopromide en jodixanol.
  - De informatie over het gebruik van metformine in de rubriek "Bijzondere voorzorgen" werd herzien en verduidelijkt.
- 19.1.2. Bariumsulfaat
  - Toevoeging van contra-indicaties.
- 19.2. Gadoliniumderivaten bij beeldvorming met magnetische resonantie (MR)
  - Toevoeging van een rubriek "Bijzondere voorzorgen".
- 19.3. Tuberculine
  - Toevoeging van de rubrieken "Plaatsbepaling", "Contra-indicaties", "Ongewenste effecten" en "Zwangerschap en borstvoeding".

Auditorium

Medicatiequiz 13 – voorjaar 2026

Onze 13e MedicatieQuiz staat voor je klaar! Geen zwarte katten of gebroken spiegels voor de gelegenheid, wél een reeks concrete klinische casussen om je kennis over goed geneesmiddelengebruik te testen en te verbeteren.

Aan de hand van een tiental situaties krijg je gerichte vragen die rechtstreeks toepasbaar zijn in de klinische praktijk.
Herken je een ongewenst effect of een klinische interactie? Weet je wanneer monitoring nodig is? Kan je gepaste medicamenteuze behandeling voorstellen? En geef je de patiënt correct advies?

Knaagt de twijfel? Vrees dan niet! Het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium is nog steeds je rots in de branding. Klik gewoon op een van de bijbehorende links om iets op te zoeken.

De casussen in onze MedicatieQuiz zijn concreet en worden bekeken vanuit het standpunt van de arts of apotheker. De quiz is geschikt voor alle zorgverleners en studenten: ideaal om je farmacotherapeutische kennis te testen, te versterken en uit te breiden!

Klaar voor nummer 13? Start de quiz!

Totale duur: 30 min.
Accreditering is voorzien voor artsen, officina-apothekers en ziekenhuisapothekers.
Na een eenmalige registratie heb je toegang tot al onze e-learnings!

Nieuwigheden geneesmiddelen

Nieuwigheden geneesmiddelen juni 2026

Nieuwigheden in de eerste lijn
- abaloparatide (Eladynos®): postmenopauzale osteoporose

Nieuwigheden in de specialistische geneeskunde
- alitretinoïne (Alitretinoin Orifarm®): ernstig chronisch handeczeem
- elafibranor (Iqirvo®): primaire biliaire cholangitis
- rADAMTS13 (Adzynma®): congenitale trombotische trombocytopenische purpura

Nieuwe sterktes
- talazoparib 0,1 mg (Talzenna®): borstkanker en prostaatkanker

Indicaties
- ustekinumab (Stelara®): ziekte van Crohn bij kinderen

Terugbetalingsvoorwaarden
- bacitracine + neomycine druppels susp. (Neobacitracine®): neus-, oog- en oorinfecties
- nintedanib (Ofev®): idiopathische longfibrose
- 9-valent vaccin tegen HPV (Gardasil 9®): vaccinatie tegen het humaan papillomavirus

Stopzettingen van commercialisatie
- apraclonidine (Iopidine®)
- aprepitant oplossing voor oraal gebruik (Emend® siroop)
- combinatiepreparaat van vitaminen (Becozyme®)
- colecalciferol 10000 IE/ml druppels (Thorens®)
- sofosbuvir (Sovaldi®)
- sofosbuvir + ledipasvir (Harvoni®)
- tiagabine 5 mg (Gabitril®)

: 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/1,73m^2).

: contra-indicatie of dosisverlaging reeds bij matige nierinsufficiëntie (dus vanaf creatinineklaring van 60 ml/min/1,73 m^2 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 29 mei 2026 op de hoogte gebracht werden. De wijzigingen die na deze datum gemeld worden, zullen worden opgenomen in de Weekly Folia van juli.

De teksten van het Repertorium over deze nieuwigheden worden op 26 juni aangepast.

Nieuwigheden in de eerste lijn

abaloparatide (Eladynos®)

Abaloparatide (Eladynos®, hoofdstuk 9.5.4., subcutane injectie) heeft als indicatie de **behandeling van osteoporose bij postmenopauzale vrouwen met een verhoogd risico op fracturen** (synthese van de SKP).[1] Het is een synthetisch peptide dat fungeert als analoog van het parathyroïdhormoon. Teriparatide, een recombinant parathyroïdhormoon, heeft ook die indicatie. Behandeling met abaloparatide kan een risico op orthostatische hypotensie en een versneld hartritme veroorzaken, meestal binnen de 4 uur na de injectie. Voorafgaand aan een behandeling met abaloparatide moeten de bloeddruk en de hartfunctie worden beoordeeld. De eerste dosis moet worden toegediend onder toezicht van een zorgverlener.[2] Na het volgen van een training over subcutane injectie mag de patiënt abaloparatide bij zichzelf injecteren, of zich laten helpen door een verzorger die ook de training heeft gehad.
De maximale behandelingsduur met abaloparatide is 18 maanden, omdat in studies bij ratten osteosarcomen optraden bij een

langdurige behandeling.

Commentaar van het BCFI

Volgens de ACTIVE-studie lijkt abaloparatide het risico op nieuwe wervelfracturen te verminderen in vergelijking met placebo. Vanwege het gebrek aan power kon de werkzaamheid ten opzichte van teriparatide op verschillende punten echter niet worden beoordeeld.

De NICE-richtlijn[3] vermeldt abaloparatide als optie voor de behandeling van postmenopauzale osteoporose bij vrouwen met een **zeer hoog risico op fracturen**, op hetzelfde niveau als teriparatide en romosozumab. Worden de drie behandelingen geschikt geacht voor een patiënt, dan beveelt het NICE aan om de goedkoopste behandeling te kiezen.

De behandeling van osteoporose is gebaseerd op niet-medicamenteuze maatregelen zoals valpreventie en lichaamsbeweging. De meeste aanbevelingen opteren ook voor een inname van minstens 1 gram calcium en 800 IE vitamine D per dag.

Bisfosfonaten zijn de meest gebruikte geneesmiddelen bij osteoporose, zie 9.5. Osteoporose en ziekte van Paget.

Werkzaamheid

- De werkzaamheid van abaloparatide is onderzocht in een gerandomiseerde, multicentrische studie in vergelijking met placebo of teriparatide (ACTIVE).[1]
  - De patiënten kregen hetzij abaloparatide of een placebo in een dubbelblinde opzet, hetzij teriparatide, waarbij ze op de hoogte waren van de gekregen behandeling.
  - Aan de studie namen 2463 postmenopauzale vrouwen deel (gemiddelde leeftijd 69 jaar).
  - De inclusiecriteria waren als volgt[2]:
    - Postmenopauzale deelnemers met een leeftijd tussen 49 en 86 jaar;
    - De deelnemers moesten een T-score ≤ −2,5 en > −5,0 hebben ter hoogte van de lumbale werverkolom of de femurhals en minstens 2 lichte wervelfracturen, of 1 matige wervelfractuur, of een antecedent van een niet-wervelfractuur met licht trauma in de afgelopen 5 jaar.
    - Vrouwen ouder dan 65 die aan de fractuurcriteria voldeden, maar een T-score ≤ −2,0 en > −5,0 hadden, kwamen in aanmerking; vrouwen ouder dan 65 die niet voldeden aan de fractuurcriteria, kwamen in aanmerking als ze een T-score ≤ −3,0 en > −5,0 hadden.
  - De patiënten kregen dagelijks calcium en vitamine D.
  - Het primaire eindpunt was de incidentie van nieuwe wervelfracturen bij patiënten die werden behandeld met abaloparatide, vergeleken met placebo.
  - Na 18 maanden verminderden teriparatide en abaloparatide het absolute risico op nieuwe wervelfracturen, vergeleken met placebo (afname van 3,5% en 3,7%).
- Er werd een extensiestudie uitgevoerd. 963 patiënten die abaloparatide of een placebo namen tijdens de eerste studie, kregen nu tot 24 maanden lang wekelijks 70 mg alendronaat toegediend. Ze kregen ook calcium- en vitamine D-supplementen.
  - 43 maanden na de randomisatie had de behandeling met abaloparatide/alendronaat het absolute risico op nieuwe wervelfracturen significant verminderd (absoluut risicoverschil 4,4 %) in vergelijking met de behandeling met placebo/alendronaat.
- In beide studies verhoogde abaloparatide de botmineraaldichtheid.

Veiligheid

- Contra-indicaties:
  - **Zwangerschap en borstvoeding**
  - Vrouwen in de vruchtbare leeftijd
  - Reeds bestaande hypercalciëmie
  - Ernstige nierinsufficiëntie
  - Onverklaarde verhogingen van alkalische fosfatase in het bloed
  - Patiënten met bekende risico's op osteosarcoom
  - Patiënten met maligne tumoren van het skelet of met botmetastasen
- Vaak gemelde ongewenste effecten: hypercalciurie, hypercalciëmie, hyperuricemie, slapeloosheid, duizeligheid, rugpijn, spierspasmen, pijn in de ledematen, gastro-intestinale stoornissen, hoofdpijn, vermoeidheid, malaise, gewrichtspijn, hypertensie, tachycardie, hartkloppingen, jeuk, huiduitslag en reacties ter hoogte van de injectieplaats.
- Interacties:
  - Risico op toegenomen hypotensie bij gelijktijdig gebruik met vasoactieve geneesmiddelen zoals geneesmiddelen met een hypotensief effect.
- Bijzondere voorzorgen
  - Voor de start van een behandeling met abaloparatide moet de bloeddruk worden genomen en moet een hartonderzoek worden

uitgevoerd.
- De maximale duur van de behandeling met abaloparatide is 18 maanden, omdat in studies bij ratten osteosarcomen optraden bij een langdurige behandeling.

Dosering: 80 µg 1x/dag gedurende maximaal 18 maanden.

Kostprijs: € 275,40, terugbetaald in , zie voorwaarden en terugbetaling.

Nieuwigheden in de specialistische geneeskunde

alitretinoïne (Alitretinoin Orifarm®)

Alitretinoïne (Alitretinoin Orifarm® , hoofdstuk 15.4.1., oraal) is een **retinoïde voor systemisch gebruik** met als indicatie de behandeling van **ernstig chronisch handeczeem** bij volwassenen dat niet verbetert met sterke topische corticosteroïden (synthese van de SKP). Volgens de SKP reageren patiënten met een hyperkeratotische vorm beter op de behandeling dan patiënten met een dyshidrotische vorm.[1]
Volgens een Cochrane-review van 2019 verbetert alitretinoïne 10 of 30 mg de door de patiënt en door de onderzoeker beoordeelde symptoomcontrole vergeleken met placebo bij evaluatie na ongeveer 1 jaar (high-certainty evidence).[2,3]
Het veiligheidsprofiel en de voorzorgen bij gebruik zijn die van de systemische retinoïden (zoals acitretine en isotretinoïne), zie Systemische retinoïden. Alitretinoïne mag enkel worden voorgeschreven door artsen die perfect op de hoogte zijn van de risico's van systemische retinoïden en van de opvolging die noodzakelijk is bij het gebruik ervan (zie Folia Isotretinoïne: de essentiële aandachtspunten bij voorschrijven en afleveren). Er is RMA-materiaal (*Risk Minimization Activities*) beschikbaar voor zorgverleners en patiënten.

Dosering: 1 tabl./dag tijdens de hoofdmaaltijd.

Kostprijs (terugbetaald in op 1 juni 2026, zie voorwaarden en formulier)

- 30 x 10 mg: € 207,18
- 30 x 30 mg: € 238,86

elafibranor (Iqirvo®)

Elafibranor (Iqirvo®, hoofdstuk 20.2., weesgeneesmiddel, oraal) heeft als indicatie de behandeling van **primaire biliaire cholangitis**, in combinatie met ursodeoxycholzuur bij volwassenen met een inadequate respons op ursodeoxycholzuur of als monotherapie bij patiënten die ursodeoxycholzuur niet verdragen (synthese van de SKP).[1]
Elafibranor is een dubbele agonist van de peroxisoomproliferator-geactiveerde alfa/delta-receptoren (PPARα/δ). De activering van die receptoren verlaagt de toxiciteit van het galvocht en verbetert de cholestase door de synthese, de detoxificatie en de transporters van galzuur te moduleren.
Vanwege het risico op verhoogd creatinefosfokinase (CPK) moeten die bloedwaarden worden gemeten voorafgaand aan en tijdens de behandeling met elafibranor.
Ook de leverfunctie moet vooraf en tijdens de behandeling worden geëvalueerd.
Het gebruik van elafibranor brengt risico's op spierletsels en gastro-intestinale stoornissen met zich mee.

Dosering: 80 mg 1x/dag.

Kostprijs: € 5063,34, niet terugbetaald (situatie op 29 mei 2026).

rADAMTS13 (Adzynma®)

Recombinant ADAMTS13, of rADAMTS13, (Adzynma® , hoofdstuk 2.1.4., weesgeneesmiddel, intraveneus, voor gebruik in het ziekenhuis) heeft als indicatie de behandeling van **congenitale trombotische trombocytopenische purpura** bij volwassenen en kinderen met ADAMTS13-deficiëntie (synthese van de SKP).[1]
Het is een enzymvervangingstherapie die de activiteit van de von Willebrand-factor regelt.
Na het volgen van een gepaste training kan toediening thuis of zelftoediening onder toezicht van een zorgverlener worden overwogen.

Gebruik van het enzym rADAMTS13 kan leiden tot hoofdpijn en migraine, diarree, duizeligheid, infecties van de bovenste luchtwegen en misselijkheid.
Er is RMA-materiaal (RMA) beschikbaar voor zorgverleners en patiënten.

Kostprijs: € 1945 voor een sterkte van 500 IE en € 5835 voor een sterkte van 1500 IE, terugbetaald in categorie (zie voorwaarden en terugbetaling).

Nieuwe sterktes

talazoparib 0,1 mg (Talzenna®)

Talazoparib (Talzenna®) is nu beschikbaar in een sterkte van 0,1 mg. Het heeft als indicatie de behandeling van bepaalde vormen van borstkanker en prostaatkanker. De nieuwe sterkte is bedoeld om de dosering gemakkelijker te kunnen aanpassen.

Indicaties

ustekinumab (Stelara®)

De indicatie van ustekinumab (Stelara®) voor de ziekte van Crohn bij kinderen werd uitgebreid naar kinderen van 2 jaar en ouder die andere behandelingen niet verdragen of er onvoldoende op reageren. Ustekinumab had reeds deze indicatie bij kinderen vanaf 40 kg. Ter herinnering: ustekinumab heeft ook als indicaties de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa bij volwassenen.

Terugbetalingsvoorwaarden

bacitracine + neomycine druppels susp. (Neobacitracine®)

De associatie bacitracine + neomycine in de vorm van druppels voor suspensie (Neobacitracine®) wordt niet meer terugbetaald. Het preparaat wordt gebruikt bij allerlei infecties van neus, oren en ogen. Associaties van antibacteriële middelen zijn bijna nooit aangewezen in de eerste lijn, zie 16.1. Anti-infectieuze middelen.

Kostprijs: € 10,03 voor een flacon van 10 ml.

nintedanib (Ofev®)

Nintedanib (Ofev®), gebruikt bij de behandeling van idiopathische longfibrose, wordt niet langer terugbetaald. Voor meer informatie over longfibrose, zie 4.3.3. Geneesmiddelen bij pulmonaire fibrose.

Kostprijs: € 2014 voor 60 capsules.

9-valent vaccin tegen HPV (Gardasil 9®)

De terugbetaling van het 9-valent HPV-vaccin (Gardasil 9®) werd uitgebreid naar alle jongvolwassenen van 19 tot 30 jaar. Voordien kwamen enkel jongeren van 12 tot 19 jaar in aanmerking voor een terugbetaling.
HIV-positieve patiënten, patiënten die een stamceltransplantatie hebben ondergaan en patiënten die een vaste orgaantransplantatie hebben ondergaan krijgen met een attest het vaccin terugbetaald tot de leeftijd van 45 jaar.
In België is Gardasil 9® ook het HPV-vaccin dat de gemeenschappen gratis aanbieden voor de HPV-basisvaccinatie van meisjes en jongens (op de leeftijd van 11 tot 13 jaar) (zie Tabel 12a. in het Repertorium 12.1).

Kostprijs: € 120,59, terugbetaald in categorie (zie voorwaarden en terugbetaling).

Stopzettingen van commercialisatie

In deze rubriek worden de definitieve stopzettingen van commercialisatie vermeld. De betrokken specialiteiten worden niet meer

vermeld in het Repertorium.
De lijst van de onbeschikbare geneesmiddelen kan worden geraadpleegd op dewebsite van het FAGG-FarmaStatus.

apraclonidine (Iopidine®)

Apraclonidine (Iopidine®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie ondersteunende therapie op korte termijn voor chronisch glaucoom bij onvoldoende reactie op de andere behandelingen tegen glaucoom. Brimonidine is beschikbaar als alternatief, zie 16.4.3. Alfa-sympathicomimetica.

aprepitant oplossing voor oraal gebruik (Emend® siroop®)

Aprepitant in vloeibare vorm voor oraal gebruik (Emend® siroop) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie de preventie van misselijkheid en braken na hoog- en matig-emetogene chemotherapie bij zuigelingen en kinderen van 6 maand tot 2 jaar oud. Er bestaan geen NK1-antagonisten meer in orale vloeibare vorm. Aprepitant als harde capsules is nog steeds beschikbaar. Een andere NK1-antagonist, fosaprepitant, is ook beschikbaar, maar moet worden toegediend als infuus.
Afhankelijk van het type chemotherapie en het emetogeen effect (hoog, intermediair of laag) zijn er andere anti-emetica beschikbaar, zie 3.4. Anti-emetica. Het alternatief moet worden bepaald in overleg met de specialist.

combinatiepreparaat van vitaminen (Becozyme®)

Het combinatiepreparaat van vitaminen (Becozyme®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het preparaat bevatte B-vitaminen, vitamine C, magnesium, zink en calcium en had als indicatie een tekort en een verhoogde behoefte aan B-vitaminen, vitamine C en zink.
Het gebruik van orale multivitaminepreparaten is in onze streken niet zinvol, behalve bij patiënten met malabsorptie, zie14.2.3. Combinatiepreparaten van vitaminen.
Er bestaan geen orale combinatiepreparaten van vitaminen meer als specialiteit, maar voedingssupplementen zijn beschikbaar voor wie een alternatief zoekt.

colecalciferol 10000 IE/ml druppels (Thorens®)

Colecalciferol 10000 IE/ml druppels (Thorens®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie de profylaxe en de behandeling van vitamine D-tekort bij kinderen en volwassenen. Het werd ook gebruikt als adjuvante behandeling voor osteoporose bij patiënten met vitamine D-tekort of met een risico op vitamine D-tekort. Een andere specialiteit (D cure®) is beschikbaar als druppels met een andere sterkte, zie 14.2.1.2. Vitamine D en derivaten.

sofosbuvir (Sovaldi®)

Sofosbuvir (Sovaldi®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie de behandeling van hepatitis C in combinatie met andere behandelingen bij volwassenen en kinderen vanaf 3 jaar. De behandeling hangt af van het hepatitis C-genotype. Er bestaan geen specialiteiten meer op basis van sofosbuvir alleen, maar combinatiepreparaten zijn beschikbaar, zie 11.4.5. Middelen bij chronische hepatitis C.

sofosbuvir + ledipasvir (Harvoni®)

De associatie sofosbuvir + ledipasvir (Harvoni®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie de behandeling van chronische hepatitis C bij volwassenen en kinderen vanaf 3 jaar. Er bestaan geen associaties van sofosbuvir + ledipasvir meer, maar andere combinatiepreparaten zijn beschikbaar, zie 11.4.5. Middelen bij chronische hepatitis C.

tiagabine 5 mg (Gabitril®)

Tiagabine 5 mg (Gabitril®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie, als adjuvante behandeling, focale epilepsie-aanvallen met of zonder secundaire veralgemening vanaf 12 jaar. Anti-epileptica zijn geneesmiddelen met een nauwe therapeutisch-toxische marge. Doordat de sterkte van 5 mg is stopgezet, wordt het opstarten en optitreren van de behandeling minder eenvoudig.

Tiagabine is nog tijdelijk beschikbaar in sterktes van 10 en 15 mg. Is een alternatieve behandeling gewenst, dan dient die in overleg met de specialist te gebeuren.

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

sisymbrium officinale

1. Euphon®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 27 mei 2026

abaloparatide

1. Eladynos®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 27 mei 2026

2. Drug and Therapeutics Bulletin. Abaloparatide (Eladynos) for osteoporosis. July 2025. Consulté le 27 mai 2026

3. National Institute for Health and Care Excellence. Abaloparatide for treating osteoporosis after menopause. 7 August 2024. Geraadpleegd op 27 mei 2026

Geneesmiddelenbewaking

Risico op accidentele overdosering met risperidon drinkbare oplossing

Het Antigifcentrum meldt nieuwe gevallen van accidentele overdosering met risperidon drinkbare oplossing bij kinderen en adolescenten. Het probleem ligt vooral bij het onjuist gebruik van de doseerpipetten. Welke maatregelen worden genomen en wat beveelt het FAGG aan om overdoseringen te vermijden?

Kernboodschappen

- Er zijn nog steeds meldingen van accidentele overdoseringen bij gebruik van de drinkbare oplossing risperidon 1 mg/1 ml bij kinderen en adolescenten, met nood voor hospitalisatie.
- De overdoseringen worden vooral veroorzaakt door **onjuist gebruik van de doseerpipet,** met toediening van veel te hoge doses (bv. 2,5 ml in plaats van 0,25 ml).
- Aan de firma's verantwoordelijk voor de commercialisering is gevraagd om de doseerpipetten te verbeteren en om in de bijsluiters de informatie over het gebruik van de doseerpipet te verduidelijken.
- **Commentaar van het BCFI**: In afwachting van de verbeterde doseerpipetten blijft het belangrijk om aan patiënten en ouders/verzorgers duidelijke doseerinstructies te geven en het correct gebruik van de doseerpipet te demonstreren. Ook bij oudere patiënten (bv. patiënten met dementie of met slikproblemen) die lage dosissen via een doseerpipet krijgen, is extra alertheid aangewezen om vergissingen te vermijden.

In pediatrische context is risperidon enkel vergund voor de behandeling van aanhoudende agressie bij kinderen (vanaf 5 jaar) en adolescenten met een verminderde intelligentie die gepaard gaat met een gedragsstoornis (synthese van de SKP).
Bij deze doelgroep is een vloeibare vorm nuttig. Een drinkbare oplossing aan 1 mg risperidon/1 ml is beschikbaar en voorzien van een doseerpipet.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) berichtte reeds injanuari 2025 over accidentele overdoseringen door toedieningsfouten bij kinderen en adolescenten. Naar aanleiding van nieuwe meldingen (ontvangen bij het antigifcentrum) **herinnert het FAGG opnieuw aan dit risico** (zie bericht van 12/12/2025).

Gevallen van accidentele overdosering, met potentieel ernstige symptomen

Uit een analyse van het Europese geneesmiddelenbewakingscomité (*Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*, PRAC) blijkt dat in België en in andere Europese landen talrijke gevallen van accidentele overdosering met risperidon drinkbare oplossing 1 mg/ml zijn gemeld. Bijna de helft daarvan betrof de toediening aan een kind van een **tienmaal hogere dosis dan de voorgeschreven dosis** (bijvoorbeeld toediening van 2,5 ml in plaats van 0,25 ml).

De **gerapporteerde symptomen** waren: slaperigheid, sedatie, tachycardie, hypotensie, extrapiramidale symptomen, verlenging van het QT-interval (wat in zeldzame gevallen kan leiden tot gevaarlijke ventrikelaritmieën) en convulsies. In meerdere gevallen was een **ziekenhuisopname** noodzakelijk. Hoewel er geen fatale gevallen zijn gemeld, kunnen QT-verlenging en convulsies het leven van kwetsbare patiënten in gevaar brengen.

Een artikel in *La Revue Prescrire*[1] vermeldt ook een Israëlische publicatie die melding maakt van 60 gevallen van overdosering (gerapporteerd tussen 2020 en 2023) bij kinderen (gemiddelde leeftijd: 7 jaar) die tien keer de voorgeschreven dosis hadden gekregen; 85% van de kinderen werd opgenomen in het ziekenhuis. Het verloop was, wanneer bekend, binnen 24 uur gunstig.

In *Australian Prescriber*[2] wordt verwezen naar 22 meldingen van overdosering bij pediatrische patiënten in 2024 bij het Australische geneesmiddelenbewakingscentrum. In de meeste gevallen ging het om accidentele overdosering die leidde tot ongewenste effecten en hospitalisatie. Er waren geen gevallen met dodelijke afloop.

Wat zijn de oorzaken van de accidentele overdoseringen?

Volgens het PRAC zouden de accidentele overdoseringen vooral te wijten zijn aan een **fout bij de interpretatie van het op te trekken volume**.

Volgende factoren hebben daarmee te maken:

- De doseerpipet in de drinkbare oplossing heeft een maximum volume van 3 ml, 4 ml of 6 ml (afhankelijk van de risperidon-specialiteit).

- **De (initiële) dosis bij kinderen < 50 kg is laag (SKP), waardoor een heel laag volume moet worden toegediend** (bv 0,25 ml voor een dosis van 0,25 mg).
- Die kleine volumes kunnen voor de ouders/verzorgers misleidend klein lijken.
- Daarenboven bestaat er bij de ouders/verzorgers soms onduidelijkheid over welk volume overeenstemt met de toe te dienen dosis, en over de graduaties op de doseerpipet.

Andere oorzaken van overdosering waren gebruik van een verkeerd doseerhulpmiddel (zoals een andere pipet of lepel) of van een doseerhulpmiddel met onduidelijke of vervaagde maatverdelingen (bijvoorbeeld na wassen met detergent of in de vaatwasser).

NB: De drinkbare oplossing wordt ook gebruikt bij volwassenen, bv. personen met dementie, personen met slikproblemen. Ook bij deze personen moeten soms kleine volumes worden opgetrokken en is er dus ook kans op vergissingen.

Welke maatregelen heeft het PRAC genomen?

De farmaceutische bedrijven die een drinkbare oplossing van risperidon 1 mg/ml op de markt brengen, worden verzocht om:

- doseerpipetten ter beschikking te stellen met schaalverdelingen per 0,25 ml ;
- de bijsluiter aan te passen met duidelijke instructies en illustraties die patiënten en ouders/verzorgers uitleggen hoe volumes correct moeten worden afgemeten (zeker kleine volumes) en hoe het doseerhulpmiddel moet worden gereinigd.

In de praktijk

Om het risico van accidentele overdosering met risperidon te vermijden, bevelen het FAGG en het BCFI het volgende aan.

- **Aan artsen en apothekers**: duidelijke instructies geven aan patiënten en ouders/verzorgers over de toe te dienen dosis en over de correcte toepassing en reiniging van de doseerpipet (o.a. wijzen op het kleine volume bij kinderen), en het gebruik van de doseerpipet demonstreren. Enkel de bijgeleverde doseerpipet mag worden gebruikt.
- **Aan patiënten/ouders/verzorgers**: bij twijfel over het gebruik van de doseerpipet, hun arts of apotheker contacteren.

Commentaar van het BCFI

In afwachting van de verbeterde doseerpipetten blijft het belangrijk om aan patiënten en ouders/verzorgers duidelijke doseerinstructies te geven en het correct gebruik van de doseerpipet te demonstreren.

Ook bij oudere patiënten (bv. patiënten met dementie of met slikproblemen) die lage dosissen via een doseerpipet krijgen, is extra alertheid aangewezen om vergissingen te vermijden.

Over welke specialiteiten gaat het?

- Risperidon oraal 1 mg/1ml: Risperidon(e), Risperdal® (zie Repertorium)

Bronnen

1 Rispéridone buvable chez les enfants : des seringues orales inadaptées, sources de surdoses*La Revue Prescrire* 2025;45(504):744-5

2 Avoiding paediatric dosing errors with risperidone. TGA Medicines Safety Update summary. Australian Prescriber 2025;4 (augustus 2025).

Geneesmiddelenbewaking

Opioïd + nalmefeen: een gevaarlijke combinatie

Starten van nalmefeen bij een opioïdafhankelijke patiënt kan ernstige opioïd-ontwenningsverschijnselen veroorzaken. Wat is het mechanisme van deze interactie? En waarom speciale aandacht voor magistrale bereidingen met methadon?

Het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking ontving recent een melding van**ernstige opioïd-ontwenningsverschijnselen** bij een patiënt die **chronisch methadon** nam in magistrale bereiding (dosering: 25 mg 2x/dag, indicatie onbekend) en bij wie recent **nalmefeen** was gestart in het kader van alcoholverslaving (terugvalpreventie). De patiënt diende te worden opgenomen op een intensieve-zorgenafdeling.

Het mechanisme? Nalmefeen is een antagonist ter hoogte van de opioïdreceptoren. Dit verklaart het optreden van de ernstige ontwenningsverschijnselen bij deze opioïdafhankelijke patiënt. De SKP van nalmefeen vermeldt recent of huidig gebruik van een opioïd (bv. als analgeticum of als substitutietherapie) en gebruik bij patiënten met (recente) opioïdafhankelijkheid als absolute contra-indicaties.

Waarom speciale aandacht voor magistrale bereidingen met methadon? Magistrale bereidingen (met methadon of andere bestanddelen) zijn in vele softwaredossiers van artsen en apothekers niet als gestructureerde informatie verwerkt, maar eerder als vrije tekst. Interacties met bestanddelen in magistrale bereidingen worden daarom niet opgepikt door de interactiecheckers van het softwaresysteem, en bij voorschrijven of afleveren van een interagerend geneesmiddel zal er dus geen waarschuwing verschijnen.

Commentaren van het BCFI

Bij patiënten die nalmefeen starten, is het belangrijk om te checken of de patiënt een opioïd gebruikt of recent heeft gebruikt.

Geef bij deze patiënten speciale aandacht aan opioïden in magistrale bereiding omdat interacties met bestanddelen in magistrale bereidingen niet opgepikt worden door de interactiecheckers van de softwaresystemen.

Geef ook speciale aandacht aan het gebruik van opioïden (methadon, buprenorfine) in kader van substitutiebehandeling: dit gebruik is niet altijd gekend bij de arts of apotheker, omdat de behandeling gebeurt onder supervisie van gespecialiseerde artsen en de verdeling van de dagdosis in de meeste gevallen gebeurt via gespecialiseerde centra.

Voor de contra-indicaties, ongewenste effecten en interacties van methadon, zie Repertorium 8.3. en Repertorium 10.5.3.
Voor de contra-indicaties, ongewenste effecten en interacties van nalmefeen, zie Repertorium 10.5.1.

Over welke specialiteiten gaat het?

- Methadon: Mephenon® (voor i.m. of i.v. toediening): zie Repertorium. Er zijn geen perorale specialiteiten meer beschikbaar (zie Repertorium 8.3. in verband met methadon bij ernstige pijn en Repertorium 10.5.3. in verband met methadon als substitutiebehandeling bij opioïdafhankelijkheid)
- Nalmefeen: Selincro® (zie Repertorium)

Bronnen

- SKP Selincro® (laatst geraadpleegd op 16/03/2026)
- Stockley's Drug Interactions (laatst geraadpleegd op 16/03/2026)
- Commentaren Medicatiebewaking (laatst geraadpleegd op 16/03/2026)

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.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

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

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.