

# Strategie bij het voorschrijven van orale antibiotica voor de meest frequente infecties bij patienten in de ambulante praktijk (zonder comorbiditeit)

ZIEKTEN	BEOORDELING VAN DE INDICATIE VAN EEN AB	1° KEUZE ANTIBIOTICUM (*) en opmerkingen
De aandoeningen waarvoor een AB bijna nooit noodzakelijk is (bv. acute bronchitis) of die minder frequent voorkomen in de ambulante praktijk zijn niet in deze lijst opgenomen	Niet limitatieve lijst: bij ziekten waarvoor een AB niet systematisch aanbevolen is, zal bij verminderde weerstand (diabetes, immuniteitsstoornissen) sneller een AB voorgeschreven worden (zonder bewijs van de juistheid van deze houding)	
<b>Acute keelpijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risicopatiënten nl. kankerpatiënten, acuut reumatisch lijden in de voorgeschiedenis, verminderde weerstand, streptokokkenepidemie in een gesloten gemeenschap</li> <li>Ernstig zieke patiënten</li> </ul>	<b>Fenoxymethylpenicilline:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kind: 50.000 IE/ kg per dag in 3-4 x ged 7 d (magistraal voorschrift)</li> <li>Volwassene: 3.000.000 IE/d in 3x ged 7d</li> </ul>
<b>Acute middenoorontsteking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinderen &lt; 6 maand</li> <li>Kinderen 6 maand – 2 jaar: erg zieke indruk of geen verbetering na 2 dagen</li> <li>&gt; 2 jaar: geen verbetering na 3 dagen</li> <li>Risicopatiënten</li> <li>Otorrea</li> </ul>	<b>Amoxicilline</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kind 75-100mg/kg/d in 3-4 x ged 5-7 dagen</li> <li>Volwassene 3x1g ged 5-7 d</li> </ul> <b>INDIEN:</b> geen verbetering na 2 dagen cfr acute rhinosinusitis <b>Hospitalisatie bij tekens van complicatie:</b> nekstijfheid, afstaand oor, verminderd bewustzijn <b>Risicopatiënten:</b> syndroom van Down, palatoschysis, verminderde algemene weerstand
<b>Acute rhinosinusitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien ernstige rhinosinusitis, (pijn++ , koorts, ernstig algemeen ziek-zijn)</li> <li>indien geen verbetering na 7- 10 dagen</li> </ul>	<b>Amoxicilline</b> 3x1g /d ged 5-7d (kind 75-100mg/kg/d in 3-4x) <b>INDIEN:</b> geen verbetering na 2 dagen vervangen door: <ul style="list-style-type: none"> <li>amoxi-clavulaanzuur 875/125 x 3</li> <li>kind: amoxicilline + amoxi-clavulaanzuur 37,5/50 mg/kg/d</li> </ul> <b>Hospitalisatie indien roodheid en zwelling v/h gelaat, visuele, orbitale, meningeale of cerebrale symptomen</b>
<b>Pneumonie</b>	Altijd AB	<b>Amoxicilline</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kind 75-100 mg/kg/d in 3-4x ged 5-7 d</li> <li>Volwassene: Amoxicilline 3x1g ged 8d</li> </ul> <b>Comorbiditeit:</b> amoxi-clavulaanzuur <b>Geen verbetering binnen 48u: + neo-macrolide en herevalueren na 48u</b> <b>Verhoogd risico of ernstige klinische toestand: hospitalisatie</b> <b>Geen verbetering na 2° interval van 48 uur: hospitalisatie</b>
<b>Acute exacerbaties COPD</b>	Indien ernstig zieke patiënt, FEV < 30%, verergering ondanks maximale behandeling of niet verbeteren na 3-4 dagen	<b>Amoxicilline</b> 3x1g p d ged 8 dagen <b>INDIEN</b> geen verbetering na 48 uur: vervangen door amoxi-clavulaanzuur 3 x 875/125 mg/d
<b>Impetigo</b>	Bij uitgebreide letsels of falen van de lokale behandeling	<b>Cloxacilline</b> 1-2 g in 3-4x ged 7d (kind 50-100mg/kg/d) <b>OF Flucloxacilline</b> 1-2 g in 3-4 x ged 7d (kind 50-100mg/kg/d)
<b>Cellulitis, erysipelas</b>	Altijd AB	<b>Penicilline</b> bij klinisch vermoeden van streptokokkeninfectie <b>OF Cloxacilline</b> 4x500 mg ged 14 d (kind 50mg/kg/d) <b>OF Flucloxacilline</b> 3x1 g ged 10 à 14d (kind 50-100mg/kg/d)
<b>Bijtwenden</b>	Menselijke beten, kattenbeten Elke geïnfecteerde bijtwonde	<b>Amoxi-clavulaanzuur</b> 500/125 3x/d ged 7-14 d (kind: Amoxi-clavulaanzuur 30/7,5mg/kg/d )
<b>Ziekte van Lyme</b>	Geen profylaxis Behandelen van zodra erythema chronicum migrans	<b>Doxycycline</b> 200mg 1x ged 10d <b>OF Amoxicilline</b> 3x500mg ged 14-21d (kind : 50mg/kg/d)

ZIEKTEN	BEOORDELING VAN DE INDICATIE VAN EEN AB	1 <sup>e</sup> KEUZE ANTIBIOTICUM (*) en opmerkingen
<b>Acute cystitis</b>	Bij zwangere vrouw: steeds behandelen	<b>Nitrofurantoïne</b> 3x100mg ged 3 d <b>Trimethoprim</b> 300mg 1x /d ged 3 d Zwangere vrouw: amoxicilline of nitrofurantoïne Kind: advies specialist (behalve meisje >5 jaar), snelle behandeling, oppuntstelling indien recidief
<b>Acute pyelonefritis</b>	Snel behandelen	<b>Chinolone</b> Ciprofloxacin 250-500mg 2x ged 10d of ofloxacin 400-800mg ged 10 d of levofloxacin 250-500mg ged 10d Kind : hospitalisatie Septicemie: hospitalisatie Zwangere vrouw: advies van specialist
<b>Prostatitis</b>	Acuut: AB Chronisch : controversieel	<b>Chinolone</b> Ofloxacin 2x 200mg ged 21d of levofloxacin 500mg/d in 1x ged 21d In geval van SOA: partner behandelen
<b>Orchi-epidymitis</b>	Kind : meestal viraal Volwassene: AB	Volwassene: <b>Chinolone</b> Ofloxacin 200mg x 2 ged 10-14d of levofloxacin 500mg/d in 1x ged 10-14 d Adolescent : Co-trimoxazole 400-800mg x 2 ged 10-14d of azithromycine 1g in één enkele dosis En aanpassen in functie van urinekweek Opsporen en behandelen van andere SOA bij patiënt en partner(s)
<b>Pelvic Inflammatory Disease</b>	Altijd AB Ambulant indien goede algemene toestand en geen verwickelingen	<b>Chinolone</b> alleen OF in associatie met <b>azoolderivaat</b> Ofloxacin 400mg x 2 ged 14d of levofloxacin 500mg/d ged 14d + metronidazol 500mg x 3 ged 14d Vermoeden gono:+ceftriaxon 125mg Kind: advies specialist Opsporen en behandelen van andere SOA bij patiënt en partner(s)
<b>Urethritis</b>	AB actief op gonokok en chlamydia in afwachting van resultaten microbiologisch onderzoek	• empirische behandeling <b>Ceftriaxon</b> 125mg x1 IM + <b>doxycycline</b> 2x100mg ged 7d of + <b>azithromycine</b> (1 g in 1 dosis) • gono: ceftriaxon 125mg of spectinomycine 2g IM éénmalige dosis • Chlamydia: doxycycline of azithromycine Opsporen en behandelen van andere SOA bij patiënt en partner(s)
<b>Syphilis</b>	Altijd AB	Primaire en vroegtijdige secundaire <b>Benzathine Penicilline</b> 2.400.000 IE IM (op 2 ≠ plaatsen) Kind: 50.000 IE/kg IM (op 2 ≠ plaatsen)
<b>Tandabces</b>	Enkel bij uitbreiding naar het bot	<b>Amoxicilline</b> 4x500mg ged 3-5 d
<b>Acute gastro-enteritis (geen reizigersdiarree)</b>	Enkel bij dysenterisch syndroom ( koorts, bloederige stoelgang en/of aantasting van de algemene toestand) of voor risicopatiënten (implantaat, hartklep)	<b>Chinolone</b> (zie diverticulitis) ged 3-5 dagen nadien volgens AB gram  Correctie van de dehydratie
<b>Diverticulitis</b>	Altijd AB	<b>Chinolone</b> Ciprofloxacin 1g/d in 2x of ofloxacin 400mg/d in 1à2x of levofloxacin 500mg/d in 1x + <b>metronidazol</b> 500 mg x 3 ged 7-10d OF <b>amoxi-clavulaanzuur</b> 500/125 x 3 ged 7-14 d Ambulant mogelijk indien geen verwickelingen
<b>Peri-anaal abces</b>	Incisie en drainage AB indien nodig	<b>Amoxi-clavulaanzuur</b> 500/125 x 3 ged 5 (tot 10) dagen OF <b>Metronidazol</b> 500mg x 3 met • ofwel <b>co-trimoxazol</b> 800/160 x 2 • ofwel <b>chinolone</b> (zie diverticulitis) ged 5 (tot 10) dagen

Versie 2009 opgesteld n.a.v. de NRKP feedback antibiotica 2009.

Naar: **Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk editie 2008 BAPCOC**, regelmatige updates voorzien, volg op de website [www.health.fgov.be/antibiotics](http://www.health.fgov.be/antibiotics).

**(\*) Dit document is geen standaardaanbeveling voor een individuele patiënt . De ultieme beslissing betreffende de keuze van behandeling wordt door de arts genomen in functie van de klinische gegevens, de anamnese en de beschikbare therapeutische mogelijkheden.**