

Consultatiedocument Farmacotherapeutisch Kompas voor registratiehouders
Graag reactie voor 31 augustus 2026 van de registratiehouders die volgens de
consultatieprocedure kunnen reageren.

5

Bacteriële huidinfecties

Advies

- 10 Behandel oppervlakkige bacteriële huidinfecties met een lokaal antibioticum. Bij impetigo en impetiginisatie heeft lokaal fusidinezuur de voorkeur. Bij diepe huidinfecties zijn meestal orale antibiotica geïndiceerd en/of is operatief ingrijpen noodzakelijk. Van de orale antibiotica heeft meestal een smalspectrum-penicilline de voorkeur. Clindamycine en macroliden zijn alternatieven wanneer penicillinen bijvoorbeeld niet worden verdragen.

15 Aanvullende adviezen

mupirocine (bij huidinfectie)	Mupirocine is gereserveerd voor de bestrijding van MRSA. Het is ook inzetbaar als lokaal antibioticum als sprake is van resistentie tegen fusidinezuur.
tetracycline (cutaan)	Toepassing van tetracycline op de huid heeft praktische bezwaren (geelverkleuring van de huid, fluorescentie onder UV-licht, vlekken op kleding en beddengoed). Van de lokale antibiotica heeft fusidinezuur daarom de voorkeur.
clindamycine (systemisch)	Clindamycine is bij (recidiverende) <i>cellulitis en erysipelas</i> en bij een niet-genezend <i>furunkel</i> een alternatief bij penicilline-allergie.
mupirocine (eliminatie stafylokokken in de neus)	Overweeg mupirocine neuszalf gedurende een week bij een recidiverend karakter van impetigo, cellulitis (niet erysipelas) of furunculose bij een <i>positieve kweek</i> van een neusuitstrijk voor <i>Staphylococcus aureus</i> , ter preventie van recidieven van deze infecties.
clindamycine/benzoylperoxide (<i>geen algemeen advies</i>)	Offlabel: Clindamycine/benzoylperoxide kan bij <i>Verwijzing: 'pitted keratolysis'</i> worden geprobeerd bij een leeftijd ≥ 12 jaar, indien niet-medicamenteuze adviezen geen effect hebben en de klachten als storend worden ervaren.
miconazol (cutaan) (<i>geen algemeen advies</i>)	Offlabel: Bij <i>erythrasma</i> komt, indien niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende werkzaam zijn, lokaal miconazol als eerste in aanmerking. Offlabel: Bij <i>'pitted keratolysis'</i> komt, indien niet-medicamenteuze adviezen geen effect hebben, lokaal miconazol bij kinderen < 12 jaar als eerste in aanmerking. Bij kinderen ≥ 12 jaar en bij volwassenen komt miconazol in aanmerking als clindamycine/benzoylperoxide onvoldoende effect heeft.

Minocycline (<i>geen algemeen advies</i>)	Gebruik van minocycline bij bacteriële huidinfecties wordt afgeraden omdat het niet effectiever is dan doxycycline en ernstige bijwerkingen kan geven, zoals auto-immuunstoornissen, polyartralgie en benigne intracraniële hypertensie. Voor de keuze van de juiste standaardbehandeling, zie <bacteriële huidinfecties>.
---	--

Behandelplan

De standaardbehandeling van oppervlakkige en diepe bacteriële infecties van de huid, haarfollikels, talg- en zweetklieren en het nagelbed is in onderstaande stappenplannen beschreven.

Oppervlakkige bacteriële huidinfecties

- erythrasma;
- folliculitis;
- impetigo en impetiginisatie;
- 'pitted keratolysis'.

Diepe bacteriële huidinfecties

- cellulitis en erysipelas;
- ecthyma-ulcus;
- erysipeloïd;
- furunkel en furunculose;
- paronychia.

De stappenplannen omvatten het gebruikelijke beleid bij de ongecompliceerde bacteriële huidinfecties die worden besproken in de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties [1]. Het beleid met inzet van reserve-antibiotica bij gecompliceerde huidinfecties valt buiten de scope van deze tekst. Zie de SWAB-secties [huid en weke delen voor volwassenen](#) respectievelijk voor [kinderen](#) in het nationale antibioticaboekje voor het beleid bij:

- huidinfecties die niet reageren op de beschreven standaardtherapie;
- MRSA-infecties;
- een ernstig beloop door bijvoorbeeld meer lokale uitbreiding dan normaal (met bv. abces- of ulcusvorming of fasciitis necroticans);
- meer systemische verschijnselen dan normaal (bv. met nefritis, endocarditis, sepsis).

Voor de diepe bacteriële huidinfecties uit de NHG-Standaard waarbij de behandeling alleen bestaat uit niet-medicamenteuze maatregelen en/of incisie en drainage én waarvoor ook géén medicamenteuze behandeling is geïndiceerd (o.a. bij een geïnfecteerde atheroomcyste, karbunkel, panaritium, sinus pilonidalis en acuut pilonidaal abces), zijn geen stappenplannen opgenomen.

Voor het beleid bij een tekenbeet of erythema migrans, zie de indicatietekst [tekenbeet en erythema migrans](#).

Voor het beleid bij een traumatische wond, bij een bijtwond, en bij infecties van deze wonden, zie de indicatietekst [traumatische wonden en bijtonden](#).

Stappenplan: Erythrasma

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- 5
- Adviseer factoren die overgroei bevorderen, zoals warmte en vocht, te vermijden.
 - Adviseer de huidplooien eenmaal per dag te wassen, bij voorkeur met weinig milde zeep. Adviseer zeepresten goed af te spoelen en de aangedane huidplooien goed droog te maken. Ook kunnen gaasjes, Engels pluksel, scheurlinnen of talkpoeder tussen de huidplooien gebruikt worden.
 - Verwijs naar *Verwijzing*: Ik heb erythrasma op Thuisarts.nl.
- 10 Ga naar de volgende stap bij *niet uitgebreide laesies* en hinderlijke klachten als irritatie of jeuk.

Ga bij *uitgebreide laesies* direct naar stap 4.

Toelichting:

- 15 Erythrasma wordt veroorzaakt door *Corynebacterium minutissimum*, die tot de normale huidflora behoort. Factoren die mogelijk bijdragen aan overgroei van de bacterie zijn o.a. hyperhidrose en warmte. Andere predisponerende factoren zijn diabetes mellitus [1] en het bestaan van overmatig veel huidplooien, zoals bij obesitas, maar ook na significant gewichtsverlies kan voorkomen.

Stap:

20 2. Geef lokaal miconazol

- *Verwijzing*: miconazol (crème) (offlabel) gedurende 2–6 weken.

Ga naar de volgende stap bij onvoldoende verbetering na 2 weken.

Toelichting:

- 25 Onderzoek naar de effectiviteit van lokale en orale behandeling van erythrasma is schaars. Op basis van ruime ervaring met miconazol en vanwege het risico op resistentievorming bij fusidinezuur, heeft ondanks gebrek aan onderzoek lokaal miconazol in eerste instantie de voorkeur van het NHG [1]. Miconazol is werkzaam tegen schimmels en gisten en tegen een aantal Gram-positieve bacteriën waaronder
- 30 *Corynebacterium minutissimum*.

Stap:

3. Geef lokaal fusidinezuur

- *Verwijzing*: fusidinezuur (crème) gedurende maximaal 14 dagen.

Ga naar de volgende stap bij onvoldoende verbetering.

35 Toelichting:

Vanwege het risico op resistentievorming, maximaal 14 dagen gebruiken.

Bij onvoldoende effect van miconazol gaat bij erythrasma zonder uitgebreide laesies, de voorkeur uit naar lokaal fusidinezuur. In twee placebogecontroleerde onderzoeken leverde lokaal fusidinezuur een significante verbetering op van klinische uitkomsten ten opzichte van placebo. Uit deze onderzoeken blijkt ook dat dit waarschijnlijk effectiever is dan eenmalig claritromycine en dat het geen of zeer geringe bijwerkingen geeft [1].

Stap:

4. Geef claritromycine oraal

Volwassenen

Verwijzing: claritromycine eenmalig

Toelichting:

Uit gecontroleerd onderzoek blijkt dat een eenmalige orale dosis claritromycine bij volwassenen waarschijnlijk effectiever is dan placebo [1].

Stappenplan: Folliculitis

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef hygiënische adviezen;
- Vermijd zowel beschadiging van de huid als gebruik van vetten en oliën op de huid;
- Dek de huid niet af met pleisters;
- Stop, indien mogelijk, het gebruik van lokale corticosteroïden;
- Verwijs naar *Verwijzing*: Ontsteking van de haarzakjes op Thuisarts.nl.

Wacht het beloop 2 weken af. Overweeg naar stap 2 te gaan bij klachten > 2 weken.

Toelichting:

Hygiënische adviezen

- Regelmatig handen wassen met zeep en de nagels kort knippen;
- Handdoek niet delen met een ander en deze dagelijks verschoonen;
- Dagelijks lichaam wassen. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af en maak de huid vervolgens goed droog;
- Bij > 2 weken aanhoudende of telkens terugkerende klachten de huid wassen met desinfecterende zeep of scrub (chloorhexidine, povidonjodium);
- Vermijd contact met de geïnfecteerde huid (bv. door krabben).

Folliculitis wordt meestal veroorzaakt door *Staphylococcus aureus* [1]. Andere oorzaken dan de bacteriële, vallen buiten het bestek van deze tekst.

Bacteriële folliculitis geneest zonder medicatie doorgaans binnen 1–2 weken [1]. Geef ter preventie van verspreiding van de infectie hygiënische adviezen. De adviezen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd, maar gebaseerd op pathofysiologische overwegingen. Het staken van lokaal gebruik van corticosteroïden wordt geadviseerd, omdat dit een oorzaak kan zijn [1].

Wassen met desinfecterende zeep of scrub wordt alleen geadviseerd bij recidiverende bacteriële infecties. Ontraad tijdens de zwangerschap het gebruik van

povidonjodium, omdat een middel met jodium een negatieve invloed kan hebben op de schildklierfunctie van het ongeboren kind [11].

Stap:

2. Geef oraal antibioticum

5 Een antibioticum is alleen geïndiceerd bij aanhoudende klachten.

**Alternatief:
Voorkeur**

- **Verwijzing:** flucloxacilline gedurende 7 dagen.

Toelichting:

10 Er zijn geen gerandomiseerde trials of ander onderzoek waarin de effectiviteit van behandeling van bacteriële folliculitis is onderzocht. Adviseer flucloxacilline daarom alleen bij (> 2 weken) *aanhoudende* (stafylokokken-)folliculitis of bij de ontwikkeling van het beeld tot een cellulitis [1].

15 Fusidinezuur heeft waarschijnlijk geen effect op de infectie, omdat het niet doordringt tot de bron er van, de follikel. Ook ontbreekt een wetenschappelijke aangetoond effect [1].

**Alternatief:
Alternatieven**

Bij penicilline-allergie of problemen met de inname van flucloxacilline:

- 20
- **Verwijzing:** azitromycine gedurende 3 dagen, of
 - **Verwijzing:** claritromycine gedurende 7 dagen, of
 - **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen (voorkeur).

Let Op:

25 Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen
30 voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing: [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#)**. Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

35 **Toelichting:**

Er zijn geen gerandomiseerde trials of andere onderzoeken waarin de effectiviteit van behandeling van een bacteriële folliculitis is onderzocht. Daarom wordt alleen

bij (> 2 weken) *aanhoudende* (stafylokokken-) folliculitis of bij de ontwikkeling van een cellulitis, behandeling geadviseerd [1].

5 Bij een daadwerkelijke penicilline-allergie is een macrolide of clindamycine een alternatief, omdat deze ook effectief zijn bij stafylokokken- en streptokokken-infecties. Op basis van de hogere resistentie van deze verwekkers tegen macroliden dan tegen clindamycine [12], heeft clindamycine hierbij de voorkeur. Bij (jonge) kinderen kan, bijvoorbeeld vanwege de vieze smaak van de flucloxacillinesuspensie, ook voor clindamycine, azitromycine of claritromycine worden gekozen.

10 **Stappenplan: Impetigo en impetiginisatie**

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef algemene hygiënische adviezen.
- Verwijs naar de informatie over *Verwijzing*: Krentenbaard op Thuisarts.nl.

15 Combineer niet-medicamenteuze adviezen met medicamenteuze behandeling:

Ga naar stap 2 bij beperkte impetigo zonder algemene ziekteverschijnselen.

Ga naar stap 3 bij uitgebreide impetigo of algemene ziekteverschijnselen.

Zie voor de behandeling van geïmpetiginiseerd constitutioneel eczeem de indicatietekst *Verwijzing*: constitutioneel eczeem.

20 **Toelichting:**

Hygiënische adviezen

- Regelmatig handen wassen met zeep en nagels kort knippen;
- Handdoek niet delen met een ander en deze dagelijks verschoonen;
- Dagelijks lichaam wassen. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af en maak de huid vervolgens goed droog;
- Vermijd zo veel mogelijk contact met de geïnfecteerde huid (bv. door krabben).

30 Het is niet nodig een kind thuis te houden van school of kinderdagverblijf, omdat het kind al besmettelijk is voordat verschijnselen optreden. Alleen in uitzonderingsgevallen (bv. bij meerdere gevallen of bij uitgebreide impetigo) kan de GGD adviseren om het kind pas toe te laten, als de aandoening wordt behandeld met antibiotica of als de blaasjes zijn ingedroogd [1].

35 Genoemde niet-medicamenteuze adviezen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd, maar berusten op etiologische en pathofysiologische overwegingen. Van frequent wassen kan de huid uitdrogen en bij sommige mensen kan dit leiden tot huidklachten als jeuk, schraalheid en/of kloven. Het nut van het gebruik van antiseptica en desinfectantia is onvoldoende onderzocht [1].

Stap:

2. Geef lokaal fusidinezuur

Bij beperkte impetigo zonder algemene ziekteverschijnselen:

- 5
- **Verwijzing:** fusidinezuur (crème) gedurende maximaal 14 dagen.

Voor én na aanbrengen de handen wassen. Eventueel de ingesmeerde plek afdekken met een steriel verband.

Ga naar de volgende stap bij onvoldoende resultaat.

Let op:

- 10
- Wees alert op falen van de behandeling van impetigo, zie voor meer informatie **Verwijzing:** [Toename van fusidinezuurresistente *S. aureus* - NHG](#).

Toelichting:

Vanwege het risico op resistentievorming, maximaal 14 dagen gebruiken [1].

- 15
- Impetigo wordt meestal veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, soms door *Streptococcus pyogenes* (10%) en soms door beide. Medicamenteuze behandeling van impetigo wordt aanbevolen omdat dit sneller tot genezing leidt en de kans op besmetting sneller afneemt. Uit een Cochrane review bleek lokale behandeling met fusidinezuurcrème of mupirocinecrème even effectief, respectievelijk effectiever en minstens gelijkwaardig aan orale antibiotica (erytromycine) [1]. Lokale behandeling
- 20
- geeft geen of geringe bijwerkingen en bevordert de therapietrouw. Lokaal fusidinezuur heeft bij deze infecties de voorkeur boven mupirocine, omdat gebruik van mupirocine dient te worden beperkt vanwege het belang ervan voor de MRSA-bestrijding.

Stap:

25 **3. Geef oraal antibioticum**

Een oraal antibioticum is geïndiceerd bij uitgebreide impetigo, algemene ziekteverschijnselen of onvoldoende resultaat van lokale behandeling bij beperkte impetigo.

Alternatief:

- 30
- **Voorkeur**
Verwijzing: flucloxacilline oraal gedurende 7 dagen.

Toelichting:

- 35
- Impetigo wordt meestal veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, soms door *Streptococcus pyogenes* (10%) en soms door beide. Uit praktische overwegingen wordt bij uitgebreide laesies en daarnaast bij algemeen ziekzijn of onvoldoende

resultaat van een lokaal middel, de voorkeur gegeven aan een oraal antibioticum. Flucloxacilline, een smalspectrum-penicilline, heeft de voorkeur [1] [2].

**Alternatief:
Alternatieven bij volwassenen**

5 Alternatieven bij penicilline-allergie zijn:

- **Verwijzing:** claritromycine gedurende 7 dagen, of
- **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen (voorkeur).

Alternatieven bij kinderen

Alternatieven bij penicilline-allergie zijn:

- 10
- **Verwijzing:** azitromycine gedurende 3 dagen [2], of
 - **Verwijzing:** claritromycine gedurende 7 dagen, of
 - **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen (voorkeur).

Bij alleen problemen met de inname van flucloxacilline is een andere optie:

- **Verwijzing:** amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen [2]

15 Ga naar de volgende stap bij recidiverende impetigo.

Let Op:

20 Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de

25 primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

Wees alert op falen van de behandeling van impetigo, zie voor meer informatie **Verwijzing:** [Toename van fusidinezuurresistente *S. aureus* - NHG](#).

30 **Toelichting:**

Bij een bevestigde penicilline-allergie bij volwassenen kan als alternatief clindamycine of claritromycine worden ingezet, aangezien deze ook effectief zijn bij stafylokokken- en streptokokken-infecties [1]. Impetigo wordt meestal veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, soms door *Streptococcus pyogenes* (10%) en soms door beide [1]. Op basis van de hogere resistentie van deze verwekkers tegen macroliden dan tegen clindamycine [12], heeft clindamycine hierbij de voorkeur.

35

Bij (jonge) kinderen kan, bijvoorbeeld vanwege de vieze smaak van de flucloxacillinesuspensie, ook voor clindamycine of een macrolide (azitromycine [2] of claritromycine) worden gekozen [1]. Volgens SWAB is amoxicilline/clavulaanzuur in dat geval ook een optie [2].

5 **Stap:**
4. Overweeg preventieve behandeling

Bij recidiverende impetigo en positieve neuskweek voor *Staphylococcus aureus*:

- **Verwijzing:** mupirocine neuszalf gedurende 1 week.

Evalueer het effect hiervan na 3 maanden.

10 Bij MRSA, zie voor de behandeling de SWAB-richtlijn MRSA-dragerschap [3] of verwijs naar de internist.

Toelichting:

15 Ga bij patiënten met recidiverende impetigo na of er sprake is van slechte therapietrouw of hygiëne, en overweeg screening op dragerschap voor *Staphylococcus aureus* bij patiënt en familieleden. Als er een drager in de thuissituatie aanwezig is dient deze gelijktijdig meebehandeld te worden [1,3]. Een systematische review laat zien dat behandeling van dragerschap van *Staphylococcus aureus*, met mupirocine gedurende 4–7 dagen, effectiever is dan placebo in de eradicatie van deze bacterie (dit geldt voor MSSA én MRSA).
20 Recidiefinfectie is niet opgenomen als uitkomstmaat in deze review. Lokaal fusidinezuur als monotherapie werd niet onderzocht [1]. In de praktijk wordt het in de tweedelijnszorg wel eens gebruikt. Maar omdat het in veel gevallen ook belangrijk is bij de orale behandeling van gecompliceerd MRSA dragerschap, wordt het gebruik bij voorkeur vermeden om de ontwikkeling van resistentie te
25 voorkomen.

Wees terughoudend met deze optie om MSSA te eradiceren, gezien mogelijke resistentievorming is dit hierbij vooral een reserve-optie.

Stappenplan: 'Pitted keratolysis'

30 **Stap:**
1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef uitleg en hygiënische adviezen.
- Verwijs naar **Verwijzing:** Putjeszolen op Thuisarts.nl.
- Voor overige niet-medicamenteuze adviezen om hyperhidrose van de
35 voeten tegen te gaan, zie **Verwijzing:** hyperhidrose.

Ga naar de volgende stap bij storende klachten.

Toelichting:

Hygiënische adviezen:

- Dagelijks voeten wassen. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af. Maak de huid vervolgens goed droog, ook tussen de tenen;
- Dagelijks schone sokken dragen;
- Bij zweetvoeten indien mogelijk op blote voeten lopen en goed 'ademende' schoenen dragen (bv. leer of Goretex).

De oorzaak van 'pitted keratolysis' is een combinatie van vocht, warmte en de huidbacterie *Corynebacterium minutissimum*. Mogelijk spelen ook andere bacteriën een rol. Onder bepaalde omstandigheden (zweeten, broeien) vermenigvuldigen deze bacteriën zich en produceren enzymen die het stratum corneum aantasten en de putjes creëren. Er is geen vergelijkend onderzoek beschikbaar over de behandeling van 'pitted keratolysis' [1]. Op pathofysiologische gronden is behandeling van zweetvoeten de eerste stap. De genoemde adviezen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Van frequent wassen kan de huid uitdrogen en bij sommige mensen kan dit leiden tot huidklachten als jeuk, schraalheid en/of kloven.

Stap:

2. Geef een lokaal middel

Volwassenen en kinderen ≥ 12 jaar

- **Verwijzing:** clindamycine/benzoylperoxide (offlabel) gedurende 3–4 weken.

Ga naar de volgende stap bij onvoldoende resultaat.

Kinderen < 12 jaar

- **Verwijzing:** miconazol crème (offlabel) gedurende 2–6 weken.

Toelichting:

Clindamycine/benzoylperoxide kan bij klachten offlabel als lokale behandeling overwogen worden bij een leeftijd ≥ 12 jaar. In een case-report met 4 patiënten met 'pitted keratolysis' bleek deze behandeling succesvol na 3–4 weken [1].

Bij kinderen < 12 jaar heeft miconazol de voorkeur, omdat clindamycine/benzoylperoxide alleen geregistreerd is voor acne bij kinderen ≥ 12 jaar. Miconazol is werkzaam tegen schimmels en gisten en tegen een aantal Gram-positieve bacteriën waaronder *Corynebacterium minutissimum*. Het is niet onderzocht als behandeling van 'pitted keratolysis'. Overweeg bij klachten lokaal miconazol (offlabel) als behandeling van 'pitted keratolysis'.

Stap:

3. Geef een ander lokaal middel

Volwassenen en kinderen ≥ 12 jaar

- **Verwijzing:** miconazol crème (offlabel) gedurende 2–6 weken.

Stappenplan: Cellulitis en erysipelas

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Beperk de belasting van het aangedane lichaamsdeel en leg dit zo mogelijk hoog gedurende een week;
- Initieel zwachtelen wordt niet aanbevolen.

5 Verwijs naar [Wondroos](#) op thuisarts.nl en bij recidiverende cellulitis en erysipelas (≥ 2 infecties per jaar) ook naar de pagina [Ik heb vaker wondroos](#).

Combineer niet-medicamenteuze adviezen met medicamenteuze behandeling (zie stap 2). Verwijs bij een (vermoeden van) orbitale cellulitis (roodheid en zwelling rondom het oog *mét* gestoorde visus en/of oogbewegingen en exophthalmus) direct door naar de tweedelijnszorg [1].

10 **Toelichting:**

15 Cellulitis en erysipelas vertonen veel overlap in pathofysiologie en behandeling. Er is een klassieke vorm van erysipelas herkenbaar, met *scherp afgrensbare* roodheid, eventueel met 'eilandjes voor de kust' en een zichtbare porte d'entrée. In de praktijk kan het echter lastig zijn om klinisch onderscheid te maken tussen een erysipelas die niet zo duidelijk is, en een cellulitis. Omdat een gevalideerd diagnostisch criterium voor betrouwbaar onderscheid tussen beide ziektebeelden ontbreekt, kan er bij het volgen van dit stappenplan voor gekozen worden om erysipelas als een specifieke vorm van cellulitis te zien en hetzelfde te behandelen. Mocht er wel een *klassieke erysipelas* herkend worden, volg dan wel het hiervoor beschreven beleid. Waar in dit stappenplan verderop 'cellulitis' staat, kan, tenzij anders aangegeven, daarom ook 'erysipelas' worden gelezen [\[1\]](#).

20 Het effect van de behandeling kan worden vervolgd door de begrenzing van de roodheid van dag tot dag op de huid te (laten) aftekenen [1,4].

25 In de meeste gevallen zullen pijn en oedeem tijdens de behandeling vanzelf verdwijnen [\[1\]](#). Als dit langer dan 4–6 weken persisteert wordt volgens het NHG, en in navolging van de NVDV-richtlijn 'Cellulitis en erysipelas van de onderste extremiteiten', ambulante compressietherapie aanbevolen [\[1\]](#) [\[4\]](#). Zet bij het verdwijnen van het oedeem de behandeling voort met een therapeutische elastische kous. Mogelijk kan behandeling van persisterend oedeem de kans op recidieven of een wond verminderen, vooral als er sprake is van chronische veneuze insufficiëntie [\[1\]](#).

Stap:

2. Geef oraal antibioticum

35 **Alternatief:**
Voorkeur

- **Verwijzing:** flucloxacilline gedurende 10 dagen.

Controleer het effect na 2 en 10 dagen. Verleng de kuur tot maximaal 14 dagen bij verbetering na 10 dagen, waarbij nog wel pijnklachten en roodheid aanwezig zijn.

Behandel pijnklachten met **Verwijzing:** paracetamol.

40 Ga naar stap 3 bij onvoldoende effect of klinische achteruitgang, en naar stap 4 bij recidiverende cellulitis en erysipelas.

Let Op:

5 Laat de patiënt contact opnemen bij verergeren van het klinisch beeld of als de inname van het antibioticum niet lukt, bijvoorbeeld door braken of misselijkheid [4]. Wees met name alert op een gecompliceerd beloop bij patiënten met diabetes mellitus, hartfalen en verminderde lever- en/of nierfunctie.

Toelichting:

10 Cellulitis en erysipelas worden klassiek veroorzaakt door respectievelijk stafylokokken (*Staphylococcus aureus*) en (β-)hemolytische streptokokken (waaronder *Streptococcus pyogenes*) [1] [4]. Het klinisch onderscheid tussen beide aandoeningen kan echter lastig te maken zijn, en andere streptokokken zijn ook mogelijk als verwekker.

15 Onderzoek naar de effectiviteit van orale antibiotica bij cellulitis in de eerstelijnszorg ontbreekt. Op basis van indirect bewijs (tweedelijns onderzoek met intraveneuze behandeling, onderzoek in het buitenland met andere resistentiepatronen dan in Nederland) en streptokokken of stafylokokken als verwekker, heeft een smalspectrum-penicilline de voorkeur [1]. De resistentie van *Staphylococcus aureus* in Nederland voor flucloxacilline bedraagt 2–4% [12]. Omdat het onderscheid tussen erysipelas en cellulitis lastig kan zijn en flucloxacilline zowel effectief is tegen streptokokken als penicillinasevormende stafylokokken, is flucloxacilline eerste keus [1,4]. Ook bij kinderen is het bij cellulitis (niet bij klassieke erysipelas) eerste keus [7].

25 De optimale behandelduur is onbekend [1]. Meestal wordt de patiënt ten minste 10 dagen behandeld, eventueel te verlengen tot maximaal 14 dagen. Roodheid kan bij een streptokokkeninfectie lang aanhouden door het toxine-effect. Roodheid zonder andere klinische verschijnselen is daarom niet altijd reden tot verlenging van de kuur tot 14 dagen.

Alternatief: Alternatieven

Bij penicilline-allergie:

- 30
- **Verwijzing:** azitromycine gedurende 3 dagen [4,7] of
 - **Verwijzing:** claritromycine gedurende 10 dagen [1,4,7] of
 - **Verwijzing:** clindamycine gedurende 10 dagen [1,4,7] (voorkeur).

35 Bij kinderen bij wie er alleen problemen zijn met de inname van flucloxacilline is een andere optie:

- **Verwijzing:** amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 10-14 dagen [7]

Controleer het effect na 2 en 10 dagen. Verleng de kuur tot maximaal 14 dagen als na 10 dagen wel verbetering is opgetreden, maar er nog steeds pijnklachten en roodheid aanwezig zijn.

40 Behandel pijnklachten met **Verwijzing:** paracetamol.

Ga naar stap 3 bij onvoldoende effect of klinische achteruitgang, en naar stap 4 bij recidiverende cellulitis en erysipelas.

Let Op:

5 Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen
10 voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie Verwijzing: [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

15 Laat de patiënt contact opnemen bij klinische achteruitgang of als de inname van antibiotica niet lukt, bijvoorbeeld door braken of misselijkheid [4]. Wees met name alert op een gecompliceerd beloop bij patiënten met diabetes mellitus, hartfalen en verminderde lever- en/of nierfunctie.

Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

Toelichting:

20 Cellulitis en erysipelas worden klassiek veroorzaakt door respectievelijk stafylokokken (*Staphylococcus aureus*) en (β-)hemolytische streptokokken (waaronder *Streptococcus pyogenes*) [1] [4]. Het klinisch onderscheid tussen beide aandoeningen kan echter lastig te maken zijn, en andere streptokokken zijn
25 ook mogelijke verwekkers. Bij een bevestigde penicilline-allergie kan daarom als alternatief clindamycine of een macrolide worden ingezet, omdat deze ook effectief zijn bij stafylokokken- en streptokokken-infecties [1,4,7]. Op basis van de hogere resistentie van deze verwekkers tegen macroliden dan tegen clindamycine [12], heeft clindamycine hierbij de voorkeur. Bij (jonge) kinderen kan, bijvoorbeeld
30 vanwege de vieze smaak van de flucloxacillinesuspensie, ook voor clindamycine, azitromycine of claritromycine worden gekozen [1,7]. Volgens SWAB is amoxicilline/clavulaanzuur in dat geval ook een optie [7].

Onderzoek naar de effectiviteit van orale antibiotica bij cellulitis in de eerstelijnszorg ontbreekt [1].

35 De optimale behandelduur is onbekend [1]. Meestal wordt de patiënt ten minste 10 dagen behandeld met een smalspectrum-penicilline, eventueel te verlengen tot maximaal 14 dagen. Roodheid kan bij een streptokokkeninfectie lang aanhouden door het toxine-effect. Roodheid zonder andere klinische verschijnselen is daarom niet altijd reden tot verlenging van de kuur tot 14 dagen.

40 De NVDV-richtlijn 'cellulitis en erysipelas van de onderste extremiteiten' (2013) adviseert bij kinderen met een β-lactamallergie, of innameproblemen vanwege van de toedieningsvorm en tabletgrootte, claritromycine gedurende 7–10 dagen of azitromycine gedurende 3 dagen [4]. In het SWAB-advies cellulitis (2025) staat clindamycine als eerste keus, en azitromycine en claritromycine als alternatieven voor kinderen met een bevestigde penicilline-allergie [7]. Voordeel van

azitromycine is, vanwege de lange halfwaardetijd van 2–4 dagen, de eenmaaldaagse dosering en de korte behandelduur van 3 dagen. Onduidelijk is echter in hoeverre bij onvoldoende verbetering na 3 dagen de azitromycinekuur verlengd kan worden en in welke dosering, omdat door mogelijke accumulatie de kans op bijwerkingen toeneemt.

Stap:

3. Bij onvoldoende effect/klinische achteruitgang (tweedelijnszorg)

Overleg laagdrempelig met een arts-microbioloog of internist-infectioloog en verwijs eventueel naar het ziekenhuis.

Alternatief:

- **Verwijzing:** flucloxacilline oraal (hoge dosis) of i.v.
- **Verwijzing:** clindamycine oraal (of i.v.)

Geef gedurende 10-14 dagen.

Ga naar stap 4 bij recidiverende cellulitis en erysipelas.

Toelichting:

Cellulitis en erysipelas worden klassiek veroorzaakt door respectievelijk stafylokokken (*Staphylococcus aureus*) en (β-)hemolytische streptokokken (waaronder *Streptococcus pyogenes*) [1] [4]. Het klinisch onderscheid tussen beide aandoeningen kan echter lastig te maken zijn, en andere streptokokken zijn ook mogelijke verwekkers.

De orale biologische beschikbaarheid van flucloxacilline is laag en variabel. Dit kan reden zijn om over te stappen op een intraveneuze behandeling bij onvoldoende effect (persisterende roodheid en/of koorts) of klinische achteruitgang. In de tweedelijnszorg wordt, ter compensatie van de variabele orale biologische beschikbaarheid (en andere PK/PD factoren), flucloxacilline oraal soms hoger gedoseerd, of wordt (een deel van) de behandeling intraveneus gegeven óf wordt geswitched naar oraal (of i.v.) clindamycine [4,7]. De behandeling vindt plaats in (overleg met) de tweedelijnszorg.

De optimale behandelduur is onbekend [1,4]. Meestal wordt de patiënt met een smalspectrum-penicilline of met clindamycine ten minste 10 dagen behandeld, eventueel te verlengen tot maximaal 14 dagen. Roodheid kan bij een streptokokkeninfectie lang aanhouden door het toxine-effect. Roodheid zonder andere klinische verschijnselen is daarom niet altijd reden tot verlenging van de kuur tot 14 dagen.

Stap:

4. Overweeg profylaxe of zelfbehandeling bij klachten

Bij recidiverende cellulitis en erysipelas (≥ 2 infecties per jaar) kan een profylactische behandeling of zelfbehandeling door de patiënt worden overwogen.

Alternatief:

Profylactische behandeling

Geef gedurende ten minste 6 maanden één van de volgende middelen:

- 5
- **Verwijzing:** benzathinebenzylpenicilline (i.m., eenmaal per 3 tot 4 weken).
 - **Verwijzing:** feneticilline (oraal, dagelijks gebruik);
 - **Verwijzing:** fenoxymethylpenicilline (oraal, dagelijks gebruik);

Evalueer de profylactische behandeling na 1 jaar, waaronder de recidieffrequentie.

Combineer dit bij recidiverende cellulitis (niet bij een klassieke erysipelas) én aangetoond dragerschap van *Staphylococcus aureus* met:

- **Verwijzing:** mupirocine neuszalf, gedurende 1 week.

- 10
- Evalueer het effect hiervan op het aantal recidieven na 3 maanden. Controleer op eradicatie van dragerschap (van MSSA in dit geval) vooral bij blijvend recidiveren van de infectie.

Bij MRSA, zie voor de behandeling de SWAB-richtlijn MRSA-dragerschap [3] of verwijs naar de internist.

15 Toelichting:

- 20
- Er is enig bewijs uit een meta-analyse dat antibioticaprofylaxe met een oraal of intramusculair smalspectrum-penicilline bij patiënten met recidiverende cellulitis of erysipelas, een recidief kan voorkomen (45% reductie) [4]. Het is echter onduidelijk welk antibioticum (type, dosering en behandelduur) als profylaxe het meest effectief is [5]. Voor sommige patiënten met recidieven kan een proefbehandeling worden overwogen. Dat zou met name gelden voor patiënten met veneuze insufficiëntie, lymfoedeem en bij frequente recidieven. Vanwege de lange behandelduur en het beschikbare onderzoek heeft behandeling met feneticilline, fenoxymethylpenicilline of benzathinebenzylpenicilline hier de voorkeur, in plaats van flucloxacilline [1] [4].
- 25

Behandel daarnaast, bij wie van toepassing, intertrigo en tinea pedis (zie NHG-Standaard **Verwijzing:** Dermatomycosen), ulcera aan de benen (zie NHG-Standaard **Verwijzing:** Ulcus cruris venosum) en lymfoedeem, om recidieven van cellulitis te voorkomen [1].

- 30
- Overweeg (bij cellulitis, níet bij een recidiverende klassieke erysipelas wat wordt veroorzaakt door een β -hemolytische streptokok) te screenen op dragerschap van *Staphylococcus aureus* bij patiënt en familieleden [1] [2] [4]. Als er een drager van *S. aureus* in de thuissituatie aanwezig is, dient deze gelijktijdig meebehandeld te worden [1,3]. Een systematische review laat zien dat behandeling van dragerschap van *S. aureus*, met mupirocine gedurende 4–7 dagen, effectiever is dan placebo in de eradicatie van deze bacterie (dit geldt voor MSSA én MRSA). Er is geen onderzoek verricht naar de effectiviteit van deze behandeling op het voorkómen van een recidief. Lokaal fusidinezuur als monotherapie werd niet onderzocht [1]. In de praktijk wordt het in de tweedelijnszorg wel eens gebruikt. Maar omdat het in veel gevallen ook belangrijk is bij de orale behandeling van gecompliceerd MRSA
- 35
- 40

dragerschap, wordt het gebruik bij voorkeur vermeden om de ontwikkeling van resistentie te voorkomen.

Wees terughoudend met deze optie om MSSA te eradiceren, gezien mogelijke resistentievorming is dit hierbij vooral een reserve-optie.

5 **Alternatief:
Zelfbehandeling door patiënt**

Geef één van de volgende middelen mee aan de patiënt om mee te starten bij de eerste tekenen van een recidief:

- 10
- **Verwijzing:** clindamycine oraal gedurende 10 dagen (bij penicilline-allergie);
 - **Verwijzing:** flucloxacilline oraal gedurende 10 dagen.

Laat de patiënt contact opnemen bij start van de zelfbehandeling én ook als na 2 dagen verbetering uitblijft.

15 **Combineer** de zelfbehandeling bij recidiverende cellulitis (niet bij een klassieke erysipelas) én aangetoond dragerschap van *Staphylococcus aureus* met:

- **Verwijzing:** mupirocine neuszalf gedurende 1 week.

Evalueer het effect hiervan na 3 maanden.

Bij MRSA, zie voor de behandeling de SWAB-richtlijn MRSA dragerschap [3] of verwijs naar de internist.

20 **Let Op:**

Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

30 **Toelichting:**

Wetenschappelijk bewijs naar de effectiviteit van zelfbehandeling met flucloxacilline bij de eerste tekenen van een recidief ontbreekt, maar op basis van pathofysiologische en etiologische gronden kan dit zinvol zijn om de ernst van de infectie en het risico van een recidief te beperken.

35 Ook kan (bij cellulitis, níet bij een recidiverende klassieke erysipelas wat wordt veroorzaakt door een β -hemolytische streptokok) worden overwogen te screenen op dragerschap van *Staphylococcus aureus* bij patiënt en familieleden [1] [2] [4]. Als

er een drager in de thuissituatie aanwezig is dient deze gelijktijdig meebehandeld te worden [1,3]. Een systematische review laat zien dat behandeling van dragerschap van *S. aureus*, met mupirocine gedurende 4–7 dagen, effectiever is dan placebo in de eradicatie van dragerschap van deze bacterie (dit geldt voor MSSA én MRSA). Er zijn geen onderzoeken verricht naar de effectiviteit van deze behandeling op het voorkomen van een recidief. Lokaal fusidinezuur als monotherapie was niet in de onderzoeken opgenomen [1]. In de praktijk wordt het in de tweedelijnszorg wel eens gebruikt. Maar omdat het in veel gevallen ook belangrijk is bij de orale behandeling van gecompliceerd MRSA dragerschap, wordt het gebruik bij voorkeur vermeden om de ontwikkeling van resistentie te voorkomen.

Wees terughoudend met deze optie om MSSA te eradiceren, gezien mogelijke resistentievorming is dit hierbij vooral een reserve-optie.

Stappenplan: Ecthyma-ulcus

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

Geef algemene hygiënische adviezen;

Combineer niet-medicamenteuze adviezen met medicamenteuze behandeling (zie stap 2).

Toelichting:

Hygiënische adviezen

- Regelmatig handen wassen met zeep en nagels kort knippen;
- Handdoek niet delen met een ander en deze dagelijks verschoonen;
- Dagelijks lichaam wassen. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af en maak de huid vervolgens goed droog;
- Vermijd contact met de geïnfecteerde huid (bv. door krabben).

Genoemde niet-medicamenteuze adviezen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd, maar berusten op etiologische en pathofysiologische overwegingen.

Stap:

2. Geef oraal antibioticum

Alternatief:

Voorkeur

- **Verwijzing:** flucloxacilline gedurende 10 dagen.

Toelichting:

Onderzoek naar de effectiviteit van orale antibiotica voor de behandeling van (bacteriële) ecthyma in de eerstelijnszorg ontbreekt. Ecthyma wordt meestal veroorzaakt door groep-A-hemolytische streptokokken (*S. pyogenes*), maar ook door stafylokokken (*S. aureus*), meestal secundair aan een bestaande huidlaesie. Het smalspectrum-penicilline flucloxacilline heeft de voorkeur, vanwege de meest waarschijnlijke verwekkers [1]. Ook *Pseudomonas* (ecthyma gangraenosum) of het parapoxvirus (ook wel orf genoemd of ecthyma contagiosum) kunnen deze

aandoening veroorzaken. Orf komt vaak voor bij veehouders met zieke dieren (m.n. schapen) en geneest spontaan zonder behandeling [1].

Alternatief: Alternatieven

5 Bij penicilline-allergie of problemen met de inname van flucloxacilline:

- **Verwijzing:** azitromycine gedurende 3 dagen, of
- **Verwijzing:** claritromycine gedurende 10 dagen, of
- **Verwijzing:** clindamycine gedurende 10 dagen (voorkeur).

Let Op:

10 Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

15 Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de

20 primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

Toelichting:

25 Bij een daadwerkelijke penicilline-allergie kan als alternatief een macrolide of clindamycine worden ingezet, aangezien deze ook effectief zijn bij stafylokokken- en streptokokken-infecties [1]. Ecthyma wordt meestal veroorzaakt door groep-A-hemolytische streptokokken (*S. pyogenes*), maar ook door stafylokokken (*S. aureus*) [1]. Op basis van de hogere resistentie van deze verwekkers tegen macroliden dan tegen clindamycine [12], heeft clindamycine hierbij de voorkeur.

30 Bij problemen met de inname van flucloxacillinesuspensie bij (jonge) kinderen kan, vanwege de vieze smaak, voor een clindamycine of een macrolide worden gekozen. Kies bij behandeling met een macrolide op basis van gebruiksgemak en vermoedelijk gelijkwaardige effectiviteit, voor azitromycine of claritromycine.

Stappenplan: Erysipeloid

Stap:

35 **1. Bespreek niet-medicamenteus beleid**

Laat de patiënt bij een beroepsmatige oorzaak (contact met dieren, vis of vlees) contact opnemen met de bedrijfsarts voor advies over de inzetbaarheid.

Zie stap 2 voor de te starten medicamenteuze behandeling

Stap:

40 **2. Geef oraal antibioticum**

**Alternatief:
Voorkeur**

- 5
- **Verwijzing:** feneticilline gedurende 7 dagen (volwassenen en kinderen) of
 - **Verwijzing:** fenoxymethylpenicilline gedurende 7 dagen (alleen volwassenen)

Ga naar stap 2b bij onvoldoende effect.

Toelichting:

10 Een antibioticum verkort de ziekteduur en voorkomt mogelijke complicaties [6]. De verwekker *Erysipelothrix rhusiopathiae* is gevoelig voor meerdere antibiotica, maar vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van antibiotica bij erysipeloïd ontbreekt. De adviezen voor behandeling zijn empirisch [1].

**Alternatief:
Alternatieven of bij onvoldoende effect**

Bij penicilline-allergie of onvoldoende effect van een smalspectrum-penicilline:

- 15
- **Verwijzing:** claritromycine gedurende 7 dagen of
 - **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen.

Let Op:

20 Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

25 Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

30 **Toelichting:**

Een antibioticum verkort de ziekteduur en voorkomt mogelijke complicaties [6]. De verwekker *Erysipelothrix rhusiopathiae* is gevoelig voor meerdere antibiotica, maar vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van antibiotica bij erysipeloïd ontbreekt [1]. De adviezen voor behandeling zijn empirisch [1].

35 **Stappenplan: Furunkel en furunculose**

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef algemene hygiënische adviezen;
- Adviseer strakzittende en schurende kleding te vermijden;

- Zo nodig incisie en drainage als er sprake is van fluctuatie bij palpatie. Verwijs een patiënt met een karbunkel voor incisie en drainage naar de chirurg.

Ga naar de volgende stap bij een furunkel:

- 5
- die niet geneest, zonder aanwijzingen voor een karbunkel;
 - boven de onderste kaaklijn;
 - bij een patiënt met een verhoogd risico op endocarditis, met een kunstgewricht, influenza of verminderde weerstand (zoals diabetes, HIV-infectie);
- 10
- of die gepaard gaat met algehele malaise en koorts.

Toelichting:

Hygiënische adviezen:

- 15
- Knip nagels kort;
 - Was handen en lichaam regelmatig. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af. Maak de huid vervolgens goed droog;
 - Handdoek niet delen met een ander en deze dagelijks verschonen;
 - Vermijd contact met de geïnfecteerde huid (bv. door krabben).

Genoemde niet-medicamenteuze adviezen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd, maar berusten op etiologische en pathofysiologische overwegingen.

- 20
- De verwekker van een furunkel is doorgaans *Staphylococcus aureus*, maar soms ook een streptokok, of, meer ongebruikelijk, *Proteus* of *Pseudomonas* spp. Vaak speelt beschadiging van de huid een rol, bv. door schurende kleding. Doorgaans zal een furunkel onbehandeld binnen 1 week spontaan doorbreken of binnen enkele weken genezen. Om de genezing te bespoedigen is bij fluctuatie bij palpatie, incisie en drainage van de furunkel aangewezen [1].
- 25

Stap:

2. Geef oraal antibioticum

Alternatief:

Voorkeur

- 30
- flucloxacilline gedurende 7 dagen.

Toelichting:

- Op basis van klinische ervaring en omdat de verwekker meestal *Staphylococcus aureus* en soms een streptokok betreft [1], heeft flucloxacilline de voorkeur [9,10]. In de zeldzame gevallen dat een *Proteus* of *Pseudomonas* de verwekker is, zal flucloxacilline niet effectief zijn.
- 35

Alternatief:

Alternatieven

Bij een penicilline-allergie:

- **Verwijzing:** azitromycine gedurende 3 dagen [10], of

- **Verwijzing:** claritromycine gedurende 7 dagen, of
- **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen (voorkeur).

5

Bij kinderen bij wie er alleen problemen zijn met de inname van flucloxacilline is een andere optie:

- **Verwijzing:** amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen [10].

Let Op:

10

Claritromycine remt CYP3A4 en is substraat voor CYP3A4. Hierdoor is er een hoger risico op geneesmiddelinteracties.

15

Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

20

Toelichting:

25

Bij een daadwerkelijke penicilline-allergie bij volwassenen zijn clindamycine of claritromycine alternatieven, omdat deze ook effectief zijn bij stafylokokken- en streptokokken-infecties [1] [9]. De verwekker is doorgaans *Staphylococcus aureus* en soms een streptokok [1]. Op basis van de hogere resistentie van deze verwekkers tegen macroliden dan tegen clindamycine [12], heeft clindamycine hierbij de voorkeur. In de zeldzame gevallen dat een *Proteus* of *Pseudomonas* de verwekker is, zullen deze middelen niet effectief zijn.

30

Bij (jonge) kinderen kan, bijvoorbeeld vanwege de vieze smaak van de flucloxacillinesuspensie, ook voor clindamycine of een macrolide (azitromycine [10] of claritromycine) worden gekozen [1]. Volgens SWAB is amoxicilline/clavulaanzuur in dat geval ook een optie [10].

Stap:

3. Adviseer desinfectans

Bij recidiverende furunculose:

35

2–3× per week preventief wassen met zeep, scrub of shampoo met:

- **Verwijzing:** chloorhexidine of
- **Verwijzing:** povidonjodium.

Ga naar de volgende stap bij onvoldoende effect.

Let Op:

Ontraad tijdens de zwangerschap het gebruik van povidonjodium, omdat een middel met jodium een negatieve invloed kan hebben op de schildklierfunctie van het ongeboren kind [11].

5 **Toelichting:**

10 Uit beschikbare onderzoeken is er geen duidelijkheid over de beste behandeling van recidiverende furunculose [1]. De effectiviteit van antiseptische behandeling is onbekend, maar mogelijk wordt hiermee verspreiding van de infectie en besmetting voorkomen. De adviezen over de frequentie van wassen zijn gebaseerd op consensus.

Stap:

4. Overweeg preventieve behandeling

Geef bij een positieve neuskweek voor stafylokokken (*S. aureus*):

- **Verwijzing:** mupirocine neuszalf, gedurende 1 week.

15 Evalueer het effect hiervan na 3 maanden.

Toelichting:

20 Uit beschikbare onderzoeken is er geen duidelijkheid over de beste behandeling van recidiverende furunculose [1]. Een verband met dragerschap van stafylokokken (*S. aureus*) in de neus lijkt waarschijnlijk, omdat dit dragerschap een belangrijk reservoir vormt voor recidiverende *S. aureus*-infecties. De behandeling ervan is slechts tijdelijk effectief. Profylactisch lokaal antibioticagebruik in de neus wordt alleen aanbevolen bij recidiverende infecties én een positieve kweek, vooral om gericht dragers te behandelen. De effectiviteit van eradicatie is namelijk alleen onderzocht bij patiënten met aangetoond dragerschap van *S. aureus* in de neus (niet bij andere localisaties).

Stappenplan: Paronychia

Stap:

1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef algemene hygiënische adviezen;
- Vermijd frequent contact met water of irriterende stoffen, vermijd nagelbijten en op de vingers zuigen;
- Probeer activiteiten met de aangedane vinger of het stoten ervan te vermijden;
- Laat de patiënt contact opnemen bij verandering van de klacht (pusvorming, uitbreiding infectie);
- Laat de patiënt bij werkgerelateerde factoren (die de aandoening in stand kunnen houden) contact met de bedrijfsarts opnemen, om eventuele aanpassingen in de werkzaamheden te bespreken;
- Maak gebruik van de informatie over [Ik heb een ontstoken nagelriem](https://www.ikheb eenontstokennagelriem.nl) op thuisarts.nl.

Bij acuut paronychia met pusvorming: incideren.

Ga naar stap 2 bij uitbreiding van de infectie door acute paronychia zonder abcesvorming.

Ga naar stap 3 bij een chronische paronychia.

Toelichting:

5 **Hygiënische adviezen**

- Nagels kort knippen;
- Regelmatig handen wassen. Gebruik eventueel een milde zeep. Spoel zeepresten goed af. Maak de huid vervolgens goed droog;
- Handdoek niet delen met een ander en deze dagelijks verschoonen;
- 10 • Vermijd contact met de geïnfecteerde huid (bv. door krabben).

Een acute paronychia wordt waarschijnlijk veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, hoewel soms ook bacteriën die tot de normale mondflora behoren, worden gevonden. In de meeste gevallen zal een acute paronychia met conservatieve maatregelen - en bij pusvorming eventueel met een incisie - verdwijnen [1].

15 Wetenschappelijk bewijs voor de niet-medicamenteuze maatregelen ontbreekt.

Als de ontsteking zich na enkele dagen uitbreidt, moet worden gedacht aan pusvorming onder de nagel of aan een dieper gelegen infectie. In het eerste geval zijn incisie en drainage geïndiceerd [1].

20 **Stap:**
2. Geef oraal antibioticum

Alternatief:
Voorkeur

Bij *acute paronychia* zonder abcesvorming:

- **Verwijzing:** amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen.

25 **Toelichting:**

Bij een dieper gelegen infectie is behandeling met een oraal antibioticum raadzaam. Mogelijk is sprake van een (bijt-wond-)infectie met verschillende verwekkers, waardoor een breed spectrum-antibioticum de voorkeur heeft [1].

30 **Alternatief:**
Alternatieven

Bij penicilline-overgevoeligheid of een andere contra-indicatie voor amoxicilline/clavulaanzuur [1]:

Volwassenen en kinderen ≥ 8 jaar

- **Verwijzing:** doxycycline gedurende 7 dagen.

Kinderen < 8 jaar

- **Verwijzing:** clindamycine gedurende 7 dagen.

Let Op:

Voorkom het onterecht niet geven van een eerste keuze antibiotische therapie vanwege vermeende allergie. Slechts ca. 5% van de patiënten met een antibiotica allergielabel blijkt in de praktijk daadwerkelijk allergisch. Voor aanbevelingen voor antibiotische behandeling bij patiënten met een antibiotica-allergielabel en/of die in de anamnese een allergie voor antibiotica rapporteren, en waarbij geen voorafgaande formele allergie testen zijn uitgevoerd, zie **Verwijzing:** [Aanpak bij vermoeden van antibiotica allergie - Algemene informatie | SWAB](#). Hoewel de primaire focus van deze richtlijn de ziekenhuiszorg betreft, zijn delen ook toepasbaar in de eerstelijnszorg.

Stap:

3. Overweeg lokaal corticosteroïd

Bij een *chronisch paronychia* met onvoldoende effect van niet-medicamenteuze adviezen en bij vermoeden van (irritatief of soms allergisch-)contacteczeem **[1]**:

- een lokaal klasse 1- of 2-corticosteroïd (zie **Verwijzing:** Constitutioneel eczeem).

Bij onvoldoende effect van het corticosteroïd kan sprake zijn van een secundaire *Candida*-infectie; overweeg deze te behandelen. Zie hiervoor: **Verwijzing:** Dermatomyosen.

Toelichting:

Er is wetenschappelijk bewijs dat lokale corticosteroïden klachten door chronische paronychia, verminderen. Als de klachten langere tijd bestaan, is de rol van de gemengde flora onduidelijk. Uit een RCT waarin werd behandeld gedurende 3 weken met methylprednisolonaceponaat (een lokaal corticosteroïd dat niet (meer) in Nederland verkrijgbaar is) of oraal antimycoticum (terbinafine of itraconazol) bleek respectievelijk 88% en 34% te genezen. Een verband tussen de genezing en de aanwezigheid van *Candida* werd daarbij niet gevonden. Bij het falen van niet-medicamenteuze adviezen en bij het vermoeden van (contact)eczeem, kan een lokaal corticosteroïd dus worden overwogen **[1]**.

Achtergrond

Definitie

Bacteriële huidinfecties zijn infecties van de huid, haarfollikels, talg- en zweetklieren en het nagelbed veroorzaakt door bacteriën.

Bij oppervlakkige huidinfecties is de infectie beperkt tot de oppervlakkige lagen van de huid, zoals bij erythrasma, folliculitis, impetigo, impetiginisatie en 'pitted keratolysis'.

Van een diepe huidinfectie is sprake als de infectie zich uitbreidt tot onder het stratum corneum, zoals bij cellulitis en erysipelas, ecthyma-ulcus, en bij paronychia.

De meest frequente veroorzakers zijn de pathogene huidbacteriën *Streptococcus pyogenes* (β-hemolytische streptokok van groep A) en *Staphylococcus aureus* [1].
Porte d'entrée voor de bacterie is veelal een huidbeschadiging, zoals een wondje, kloofje of een huidbeschadiging door krabben aan acne, eczeem, herpesinfectie, insectenbeten of blaren. Algemene factoren waardoor de kans op een huidinfectie toeneemt zijn: verminderde arteriële en veneuze circulatie en lymfe-afvoer, verminderde algemene weerstand, immuundeficiënties en een toegenomen kolonisatiegraad van bacteriën door slechte hygiëne.

Symptomen

Bacteriële huidinfecties veroorzaken zichtbare afwijkingen aan de huid, haarfollikels, talg- en zweetklieren en het nagelbed. Ze gaan vaak gepaard met roodheid en zwelling en soms met jeuk, vesikels, pustels, ulcus-, pus- en/of korstvorming. De afwijkingen hebben tal van verschillende verschijningsvormen, afhankelijk van de locatie en de verwekker (zie tabel 1 en 2 in de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties [1]). Diepe huidinfecties kunnen gepaard gaan met koorts, algemeen ziekzijn, lymfangitis, regionale lymfadenitis en pijn.

Zeldzame maar ernstige complicaties van diepe huidinfecties zijn onder andere ernstige necrotiserende subcutane infecties, bacteriëmie met metastaserende abscessen, sepsis. Recidiverende diepe infecties kunnen ernstige schade aan de lymfevaten en daarmee lymfoedeem veroorzaken.

Behandeldoel

De behandeling is gericht op het bestrijden van de infectie en daarmee op het genezen van de afwijkingen van de huid, haarfollikels, talg- en zweetklieren en het nagelbed, het verlichten van klachten en het voorkómen van recidieven en verdere verspreiding van de infectie en eventuele complicaties.

Uitgangspunten

Deze tekst is grotendeels gebaseerd op de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties [1].

De diagnose huidinfectie is vaak op het oog te stellen, zonder eerst aanvullend onderzoek (serologisch onderzoek, kweek) uit te voeren. Een kweek wordt wel geadviseerd bij patiënten met een huidinfectie die gewoonlijk door stafylokokken wordt veroorzaakt, die met systemische antibiotica behandeld dient te worden én er sprake is van een verhoogd risico op MRSA-dragerschap. Het risico hierop is verhoogd bij mensen die recent (< 2 maanden geleden) in een buitenlands ziekenhuis opgenomen zijn geweest, woonachtig zijn of waren in een asielzoekerscentrum of die intensief contact hebben met levende varkens of vleeskalveren.

Met goede hygiënische maatregelen, inclusief gebruik van lokale desinfectantia (chloorhexidine, povidonjodium) bij recidivering van folliculitis of van furunkels, kan uitbreiding van de infectie, herbesmetting of besmetting van anderen worden tegengegaan. Ook zijn voor de genezing van diepe huidinfecties, niet-medicamenteuze maatregelen zoals het hoog leggen en beperkt belasten van het aangedane lichaamsdeel, zinvol.

Oppervlakkige, niet-uitgebreide bacteriële huidinfecties kunnen doorgaans lokaal behandeld worden. Bij diepe huidinfecties is meestal een oraal antibioticum geïndiceerd en/of operatief ingrijpen noodzakelijk. De antibioticumkeuze wordt normaal gesproken bepaald door de (vermoedelijke) verwekker. In het algemeen wordt het gebruik van lokale antibiotica die ook systemisch toegepast (kunnen) worden, zoveel mogelijk beperkt, om resistentie tegen de betreffende middelen in de toekomst te voorkomen.

Bij de meeste huidinfecties spelen vooral stafylo- en streptokokken die van nature voorkomen op de huid, een rol. De voorkeursmiddelen zijn dus ten minste tegen deze bacteriën werkzaam. Lokaal worden daarom fusidinezuur en mupirocine toegepast. Systemisch worden veelal smalspectrum-penicillinen, clindamycine, macroliden en soms tetracyclinen (doxycycline) toegepast.

In bepaalde gevallen zijn andere pathogenen betrokken, zoals bij erysipeloïd (infectie met *Erysipelothrix rhusiopathiae*) of in geval van menginfecties (bv. bij paronychia door nagelbijten). Als andere pathogenen betrokken zijn worden breed-spectrum antibiotica ingezet, zoals breedspectrum-penicillinen, tetracyclinen, macroliden en cefalosporinen. Blijkt er op basis van een kweek sprake te zijn van een MRSA-bacterie, of is er een vermoeden van zo'n MRSA-infectie, dan wordt voor het vervolgbeleid en eventuele maatregelen om de verspreiding hiervan te voorkomen een medisch microbioloog of internist-infectioloog geconsulteerd. Zie voor de behandeling de SWAB-richtlijn MRSA-dragerschap [3].

De controlefrequentie is afhankelijk van de ernst van de huidinfectie. Bij oppervlakkige bacteriële infecties is doorgaans geen controle nodig, tenzij de aandoening niet geneest na behandeling. Bij diepe huidinfecties is het raadzaam het beloop te controleren en de patiënt terug te laten komen bij verergering van de klachten, het optreden van algemene ziekteverschijnselen zoals koorts of bij onvoldoende verbetering na enkele dagen behandeling.

Bij onvoldoende effect van de antimicrobiële behandeling of (een verhoogd risico op) een ernstig beloop of complicaties worden diepe huidinfecties in de tweedelijnszorg veelal behandeld door orale of intraveneuze toediening van smal- of breedspectrum-penicillinen, cefalosporinen, clindamycine, macroliden of aminoglycosiden. Er zijn diverse antibiotica geregistreerd voor gecompliceerde huidinfecties, maar deze infecties en bijbehorende antibiotica komen niet aan bod in deze tekst. Zie voor adviezen over de behandeling van bacteriële huidinfecties in de tweedelijnszorg de SWAB-secties daartoe: [Huid en weke delen voor volwassenen](#) of [voor kinderen](#).

Geneesmiddelen

Geneesmiddelgroep	Stofnaam
penicillinen	amoxicilline/clavulaanzuur
	benzathinebenzylpenicilline
	feneticilline

Geneesmiddelgroep	Stofnaam
	fenoxymethylpenicilline flucloxacilline
macroliden	azitromycine (oraal) claritromycine
antibacteriële middelen, cutaan	fusidinezuur (cutaan) mupirocine (bij huidinfectie) tetracycline (cutaan)
antibacteriële middelen, overige	clindamycine (systemisch) mupirocine (eliminatie stafylokokken in de neus)
dermatica, combinatiepreparaten	clindamycine/benzoylperoxide (off-label)
tetracyclinen	doxycycline minocycline
imidazolen, cutaan	miconazol (cutaan) (off-label)

Bronnen:

1. [NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties. 2019, aanpassing april 2026. Via richtlijnen.nhg.org.](https://richtlijnen.nhg.org)
2. [SWAB. Adviezen impetigo bij kinderen. Geraadpleegd juli 2026, via children.nl/antibiotica.app.](https://children.nl/antibiotica.app)
3. [SWAB. Behandeling MRSA-dragers, 2012. Via swab.nl.](https://swab.nl)
4. [NVDV. Richtlijn Cellulitis-Erysipelas onderste extremiteiten, 2013. Via richtlijnendatabase.nl](https://richtlijnendatabase.nl)
5. [Oh CC, Ko HC, Lee HY et al. Antibiotic prophylaxis for preventing recurrent cellulitis: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2014;69:26–34.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111111/)
6. [Huidziekten.nl. Erysipeloid \(vlekziekte, visroos, varkens erysipelas\). Geraadpleegd juli 2026. Via huidziekten.nl.](https://huidziekten.nl)
7. [SWAB. Adviezen cellulitis bij kinderen. Geraadpleegd juli 2026. Via children.nl/antibiotica.app](https://children.nl/antibiotica.app)
8. [SWAB. Adviezen ecthyma-ulcus bij kinderen. Geraadpleegd juli 2026. Via children.nl/antibiotica.app.](https://children.nl/antibiotica.app)

- 5
9. SWAB. Adviezen [furunkel bij volwassenen](#). Geraadpleegd juli 2026. Via [adult.nl.antibiotica.app](#).
 10. SWAB. Adviezen [furunkel bij kinderen](#). Geraadpleegd juli 2026. Via [children.nl.antibiotica.app](#).
 - 11.** Lareb. Antiseptica en desinfectantia (ontsmettingsmiddelen) tijdens de zwangerschap. Geraadpleegd juli 2026. Via [lareb.nl](#)
 12. RIVM. [NethMap One Health 2025](#). Geraadpleegd juli 2026. Via [rivm.nl](#)