FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUILLET 2026

Lu pour vous

Nouveau guide BAPCOC 2026: infections urogénitales et ophtalmologie

La Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) a publié en juin 2026 une version révisée de son guide sur les antibiotiques destiné aux professionnels de la première ligne. Dans ce deuxième article, nous expliquons ce qui a changé dans les chapitres infections urogénitales et ophtalmologie.
Pour savoir ce qui a changé dans l'introduction et le chapitre infections respiratoires, voir notre article *Nouveau Guide BAPCOC: intro et infections respiratoires*.

Messages clés

- Le nouveau guide BAPCOC intègre les recommandations du guideline du WOREL « Diagnostic, traitement, suivi et renvoi des infections à Chlamydia trachomatis (CT) en soins primaires » de 2025.
- Plusieurs antibiothérapies ont été simplifiées, avec des posologies adaptées et, souvent, une durée de traitement plus courte.
- Les indications pour les antibiotiques sont plus restrictives, et les patients à risque mieux ciblés.
- Le guide BAPCOC pour la pratique ambulatoire est entièrement intégré dans le chapitre 11.5 du Répertoire. Il peut aussi être consulté sous forme de fichier PDF (voir sous l'onglet Publications sur le site web du CBIP).

Modifications générales

- Les **indications pour le renvoi** vers la deuxième ligne sont précisées.
- Meilleure définition du terme «**gravement malade**» dans différentes indications.
- En raison de la résistance croissante aux macrolides, la place de **l'azithromycine** a été limitée.
  - Infections urogénitales: l'azithromycine n'est plus le traitement de première intention pour les infections à Chlamydia, sauf chez les femmes enceintes.
- Le guide ne propose plus d'alternative en cas **d'allergie à la pénicilline non IgE médiée.** Les allergies non IgE médiées sont généralement bénignes et ne sont donc plus considérées comme une contre-indication. En cas de réactions graves (rares), les mêmes alternatives sont recommandées que pour les allergies IgE médiées.

Ce qui a changé dans le chapitre « Infections urogénitales »

Cystite aiguë

- En cas de cystite aiguë, la **nitrofurantoïne** reste le traitement de premier choix. La fosfomycine est l'alternative de premier choix chez les femmes enceintes après la 36^{e} semaine de grossesse et chez les patients présentant un DFG compris entre 15 et 30 ml.
- Chez une femme en bonne santé qui n'est pas enceinte, une **attitude attentiste** peut être envisagée. Pour discuter des différentes options thérapeutiques (attentisme, antibiotiques ou prescription différée d'antibiotiques), le guide renvoie désormais à la carte des options disponible sur le site web thuisarts.nl (uniquement en néerlandais).
- **Chez les hommes,** lorsque la nitrofurantoïne est contre-indiquée, le céfuroxime est désormais le traitement de deuxième choix (et non plus la fosfomycine comme c'était le cas avant).
- La fosfomycine reste cependant le deuxième choix chez les patients à **risque accru d'évolution compliquée.**
- Pour le traitement de la cystite aiguë chez **les personnes âgées et/ou les patients en insuffisance rénale,** le triméthoprime n'est plus recommandé. Le traitement de premier choix est désormais la nitrofurantoïne tant que le DFG est > 30 ml/min/1,73 m2. En cas de DFG compris entre 15 et 30 ml/min/1,73 m^2, la fosfomycine est recommandée.
- Chez **les enfants** atteints d'une cystite aiguë, la nitrofurantoïne reste le traitement de premier choix, mais la posologie a

été ajustée à 5 à 6 mg/kg/jour en 4 prises (contre 5 à 7 mg/kg/jour auparavant).
- La prise en charge des infections urinaires récidivantes a été modifiée:
  - La **durée** recommandée pour **l'autotraitement** par antibiotiques a été prolongée jusqu'à 6 à 12 mois maximum (contre 6 mois auparavant).
  - **Traitement postcoïtal** des infections récurrentes : il est recommandé de prendre 50 mg de nitrofurantoïne et d'arrêter le traitement au bout de 6 à 12 mois. Auparavant, la posologie était de 50 à 100 mg et la durée du traitement n'était pas spécifiée.
  - Chez les femmes en bonne santé qui ne sont pas enceintes, le guide propose également une**prophylaxie avec l'extrait de canneberge.** L'utilisation de l'extrait de canneberge est déconseillée chez les personnes âgées.
    Note de la rédaction: cette recommandation suit le *NHG-standaard Urineweginfecties* qui préconise la prise de comprimés de canneberge (500 mg deux fois par jour) ou de boisson à la canneberge (dont la posologie optimale n'a pas été établie).
  - Pour discuter des différentes **options thérapeutiques** en cas d'infections urinaires récidivantes, le guide renvoie à la carte des options disponible sur le site web thuisarts.nl (uniquement en néerlandais).

Infections urinaires avec invasion tissulaire (pyélonéphrite, prostatite)

- La **lévofloxacine n'est plus recommandée** dans le traitement d'une infection urinaire avec invasion tissulaire. Le traitement de première intention, tant chez les femmes non enceintes (> 12 ans) que chez les hommes, est la **ciprofloxacine** 500 mg 2 x/jour pendant 7 jours (femmes non enceintes) ou 14 jours (hommes).
- Le deuxième choix (ou premier choix en cas d'allaitement) reste l'amoxicilline/acide clavulanique, mais la posologie a été augmentée à 875/125 mg 3 x/jour pendant 10 jours (femmes) ou 14 jours (hommes).
- Le troisième choix (ou deuxième choix en cas d'allergie à la pénicilline) reste le co-trimoxazole. La durée du traitement par **co-trimoxazole** à 800/160 mg 2 x/jour a été raccourcie à 10 jours (contre 14 jours auparavant).
- Le guide recommande d'orienter les femmes enceintes vers un spécialiste.
- Le guide précise qu'en présence d'une **sonde**, si la réponse est bonne, le traitement peut être administré pendant 7 jours au lieu de 14. La sonde doit être remplacée de préférence avant le début du traitement, et en tout cas avant la fin de l'antibiothérapie.
- Dans la précédente édition, aucun traitement antimicrobien n'était proposé pour les **enfants de moins de 12 ans,** il était recommandé de toujours les orienter vers un pédiatre. Selon le nouveau guide BAPCOC, un traitement peut être instauré en première ligne s'il n'y a pas d'indications justifiant une orientation immédiate (voir les indications d'orientation dans le guide BAPCOC). Les schémas suivants sont proposés:
  - Premier choix: amoxicilline/acide clavulanique pendant 10 jours:
    - < 40 kg: 50/12,5 mg/kg/jour en 3 prises
    - > 40 kg: 875/125 mg 3 x/jour
  - Deuxième choix: co-trimoxazole pendant 10 jours:
    - 15/3 mg/kg 2 x/jour, maximum 800/160 mg 2 x/jour

Orchi-épididymite

- Les **indications** des antibiotiques ont été légèrement restreintes. La précédente édition recommandait d'instaurer un traitement antibiotique chez tous les adolescents à partir de 12 ans et chez les adultes. La présente édition recommande, chez les garçons prépubères non sexuellement actifs, de ne traiter qu'en présence d'une pyurie ou d'une culture d'urine positive..

Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)

- Le tableau clinique d'une MIP est décrit de manière plus précise. La place (limitée) du dosage de la CRP est également abordée. Un dosage de la CRP peut être utile, mais un taux de CRP bas n'exclut pas une MIP.
- Les recommandations relatives au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) ont également été précisées. Le guide recommande de tester initialement pour détecter une infection à chlamydia et la gonorrhée, mais de ne pas tester pour *Mycoplasma genitalium*.

Vulvo-vaginite aiguë

Vaginose bactérienne

- Un **traitement topique** (vaginal) à base de métronidazole ou de clindamycine est désormais privilégié chez toutes les patientes, en raison de l'absorption systémique limitée. La thérapie orale est une alternative.
- En cas d'infections récidivantes, il est désormais recommandé d'envisager un **traitement du partenaire masculin.** Ce dernier doit prendre 500 mg de métronidazole 2x/jour par voie orale pendant 7 jours et appliquer une crème de clindamycine à 2% sur la peau du pénis 2 x/jour.
- La recommandation de traiter une infection asymptomatique pendant la grossesse en cas de **risque accru d'accouchement prématuré** n'est plus mentionnée.
- En cas **d'allaitement,** il est désormais recommandé de prescrire une dose unique de 2 g de métronidazole par voie orale.

Candidose vulvo-vaginale

- Le guide distingue désormais une **candidose vulvo-vaginale** accompagnée de symptômes légers et celle accompagnée de symptômes graves (avec érythème ou oedème étendu ou effets de grattage):
  - **En cas de symptômes légers ou récurrents**, le traitement de première intention est un traitement topique par clotrimazole (nouveau) ou fenticonazole. Le butoconazole et le miconazole ne sont plus recommandés, ces préparations étant indisponibles. Voici les nouveaux schémas:
    - Clotrimazole: comprimé vaginal ou capsule vaginale 500 mg une seule fois
    - Clotrimazole: 1 applicateur (10 g) de crème vaginale 20 mg/g pendant 3 jours
    - Fenticonazole: ovule 600 mg une fois (non indiqué pendant la grossesse)

    Le traitement oral par fluconazole 150 mg en prise unique constitue désormais le traitement de deuxième choix.
  - En cas de **symptômes sévères,** la crème vaginale au clotrimazole est recommandée pendant 7 à 14 jours, ou le fluconazole par voie orale 150 mg le jour 1 et le jour 4.
- En cas de **démangeaisons externes,** on applique localement, en complément du traitement oral, une crème à base de miconazole ou de clotrimazole à usage cutané. Ce traitement doit être poursuivi tant que les démangeaisons persistent.
- Le schéma thérapeutique pour le **traitement prophylactique des infections récidivantes** a été modifié. Le fluconazole 150 mg par voie orale reste le premier choix, mais il est désormais recommandé de prendre 1 gélule le 5e jour des règles pendant 3 à 6 mois. Si ce n'est pas suffisant, le fluconazole peut être administré maximum une fois par semaine. La précédente édition recommandait 200 mg par semaine pendant 6 mois. Le traitement topique a été supprimé dans cette édition.

Trichomonas vaginalis

- Le métronidazole par voie orale, à raison de 500 mg 2 x/jour pendant 7 jours, reste le traitement de premier choix. Deuxième choix: métronidazole 2 g en prise unique.

Urétrite et cervicite

- Ce chapitre couvre désormais la prise en charge de la **cervicite** et de l'urétrite parce que les agents pathogènes et le traitement sont similaires (notamment *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae*).
- Le dépistage de ***Mycoplasma genitalium*** reste seulement recommandé en cas de symptômes persistants sans infection avérée à chlamydia ou à gonocoques. Dans la pratique, ce pathogène est toutefois souvent dépisté dès l'apparition des symptômes. C'est pourquoi le nouveau guide BAPCOC inclut la recommandation de ne traiter les infections par ce pathogène qu'en l'absence de guérison spontanée quatre semaines après l'apparition des symptômes et après exclusion d'une gonorrhée et d'une infection à chlamydia.
- Le nouveau guide BAPCOC précise la prise en charge du ***lymphogranulome vénérien.*** Le traitement est instauré après confirmation d'une infection anorectale par le *Chlamydia trachomatis* et consiste en une administration de doxycycline à raison de 100 mg 2x/jour pendant 20 jours.

Avertissement des partenaires

Les recommandations concernant l'annonce du diagnostic aux partenaires sexuels ont été modifiées. Le diagnostic doit être annoncé aux partenaires dans les cas suivants:

- **Chlamydia et gonocoques:**
  - Hommes présentant des symptômes: tous les partenaires des 4 à 6 semaines précédant l'apparition des symptômes.

  - Hommes sans symptômes: tous les partenaires des 6 mois précédents.
  - Femmes (avec ou sans symptômes): l'ensemble des partenaires des 6 mois précédents.

Auparavant, cette période était de 6 mois (Chlamydia) ou de 3 mois (gonocoques) avant l'apparition des symptômes.

- **Trichomonas vaginalis**
  - Tous les partenaires des 4 semaines précédentes
- **Syfilis:**
  - Syphilis primaire: l'ensemble des partenaires des 3 mois précédents, qu'un préservatif ait été utilisé ou non.
  - Syphilis latente précoce: l'ensemble des partenaires des 12 mois précédents.
  - Syphilis latente de durée inconnue: l'ensemble des partenaires des 12 à 24 mois précédents.
  - Syphilis latente tardive et syphilis tertiaire: dans le cas d'une relation à long terme, annoncer le diagnostic au partenaire et aux enfants éventuels de la patiente.

Traitement des partenaires

- ***Trichomonas vaginalis:*** il est désormais recommandé de traiter et de dépister tous les partenaires des 4 semaines précédentes, qu'ils présentent ou non des symptômes.
- **Syphilis:** il est désormais recommandé d'envisager un traitement immédiat des partenaires sexuels, en particulier des partenaires enceintes, à moins que ces contacts ne puissent se rendre régulièrement en consultation pour exclure la syphilis au moyen d'un examen clinique et sérologique (0, 6 semaines et 3-6 mois.
- ***Mycoplasma genitalium:*** si une personne présente des symptômes persistants d'urétrite depuis plus de quatre semaines et que son partenaire permanent est porteur asymptomatique de **Mycoplasma genitalium**, un traitement du partenaire peut être instauré.

Herpès génital

- **Les schémas thérapeutiques** de l'herpès génital ont été adaptés tant pour les primo-infections que pour les infections récidivantes.
- Infections récidivantes: le guide distingue désormais les patients immunocompétents et les patients immunodéprimés. En Belgique, le valaciclovir n'est pas remboursé pour le traitement de l'herpès génital. Pour les schémas thérapeutiques, nous renvoyons au guide BAPCOC.
- Un schéma thérapeutique a été ajouté pour les **femmes enceintes.**

Syphilis

- **Le traitement antimicrobien n'a pas été modifié.** En revanche, concernant l'annonce du diagnostic aux partenaires et leur traitement, la politique a été adaptée: voir ci-dessus.
- Le nouveau guide donne plus de précisions sur **le suivi** de ces patients. Pour plus de détails, veuillez vous reporter au guide.

Ce qui a changé dans le chapitre « Ophtalmologie » (Conjonctivite aiguë)

- Le nouveau guide mentionne des conseils concernant les **lentilles de contact.** Il est déconseillé de porter des lentilles de contact pendant un épisode de conjonctivite. Il est également recommandé de nettoyer et de désinfecter soigneusement les lentilles de contact rigides et leurs étuis, ou de remplacer les lentilles souples et leur solution de nettoyage.
- Le guide précise que si un antibiotique n'est pas indiqué, une **substance inerte,** comme des larmes artificielles, peut être apaisante.
- Lorsque des antibiotiques sont indiqués, le chloramphénicol en monothérapie est désormais le traitement de premier choix. À l'heure actuelle, aucune monopréparation de chloramphénicol n'est disponible sur le marché.
- Le gel oculaire à l'acide fusidique devient le traitement de deuxième choix.
- Lorsque ni le chloramphénicol ni l'acide fusidique ne sont disponibles, les collyres à la ciprofloxacine sont une alternative.

Commentaire du CBIP

La résistance croissante aux antibiotiques reste un défi majeur pour les soins de santé. Une politique antibiotique claire, étayée et actualisée est donc essentielle. Le guide BAPCOC reste la référence en matière de politique antibiotique responsable pour la première ligne.

La nouvelle édition tient compte, à juste titre, de la résistance croissante aux macrolides, en particulier à l'azithromycine, qui se voit ainsi attribuer une place plus limitée dans le traitement anti-infectieux. Nous saluons également le fait que, dans la mesure du possible, la durée de l'antibiothérapie a été raccourcie et que les posologies ont été optimisées en fonction des taux de résistance actuels.
Cette nouvelle édition, qui cible encore mieux les situations justifiant le recours à une antibiothérapie, devrait permettre aux professionnels de santé d'éviter toute utilisation inutile d'antibiotiques.

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

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

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.