

**FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA OKTOBER
2025****NIEUWS****Geen causaal verband tussen paracetamol en autisme**

Vanuit de Amerikaanse autoriteiten kwamen er de laatste dagen uitspraken over een verband tussen de inname van paracetamol tijdens de zwangerschap en autisme bij het kind. Wat is het standpunt van het BCFI op basis van onze standaardbronnen en recente publicaties?

AUDITORIUM

Nieuwe e-learning: Medicatiequiz 11 – Kinderenspecial

NIEUWIGHEDEN GENEESMIDDELEN**Stopzettingen van commercialisatie**

- cinacalcet (Mimpara®)
- clindamycine cutaan (Zindaclin®)
- galantamine oplossing voor oraal gebruik (Reminyl® oplossing voor oraal gebruik)
- miconazol vaginaal (Gyno-Daktarin®)
- rotigotine (Neupro®)
- Vaccinium macrocarpon (Elluracaps®)

GENEESMIDDELENBEWAKING**Welke geneesmiddelen verhogen het risico op een spontane abortus?**

Het tijdschrift Prescrire heeft een artikel gepubliceerd over geneesmiddelen die het risico op een miskraam in het eerste trimester van de zwangerschap verhogen. Ontdek deze lijst in dit artikel.

Geen causaal verband tussen paracetamol en autisme

Vanuit de Amerikaanse autoriteiten kwamen er de laatste dagen uitspraken over een verband tussen de inname van paracetamol tijdens de zwangerschap en autisme bij het kind. We vermelden de standpunten van onze standaardbronnen Lareb (met een recente publicatie van 22 september) en Le Crat, vermelden een recente publicatie van *Gezondheid en Wetenschap* (een EBM-partner van het BCFI) en geven de standpunten van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Belgische en het Europese geneesmiddelenagentschap naar aanleiding van de berichten in de media.

Kernboodschappen

- Vanuit de Amerikaanse autoriteiten kwamen er de laatste dagen uitspraken over een verband tussen de inname van paracetamol tijdens de zwangerschap en autisme bij het kind.
- Een causaal verband is op dit ogenblik **niet** bewezen. Studies die rekening houden met familiale en genetische factoren tonen **geen** verband.
- Het **standpunt van het BCFI** blijft geldig: paracetamol kan veilig worden gebruikt tijdens de zwangerschap. Zoals geldt voor elk geneesmiddel tijdens de zwangerschap, moet paracetamol worden gebruikt in de laagst mogelijke dosis en zo kort mogelijk (zie 8.2.1. Paracetamol).

Vanuit de Amerikaanse autoriteiten kwamen er de laatste dagen uitspraken over een mogelijk verband tussen de inname van paracetamol tijdens de zwangerschap en autisme bij het kind. Hun uitspraken zijn gebaseerd op een studie van Prada et al. (augustus 2025). De eerste auteur van deze studie, Diddier Prada, verduidelijkt echter in persartikelen: *“Wij tonen dat acetaminofen (de Amerikaanse naam voor paracetamol, nvdr) geassocieerd is met een hoger risico, maar niet dat het de oorzaak is. Dat zijn twee heel verschillende zaken.”*

We vinden het belangrijk om de huidige stand van de wetenschappelijke kennis te geven. We geven de standpunten van onze standaardbronnen voor zwangerschap: Lareb (met een recente publicatie van 22 september) en Le CRAT (voor onze methodologie, zie Inl.2.6. Rubriek “Zwangerschap en Borstvoeding”). We vermelden een recente publicatie van *Gezondheid en Wetenschap* (EBM-partner van het BCFI) en we geven de standpunten van de Wereldgezondheidsorganisatie, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA), naar aanleiding van de berichten van de Amerikaanse autoriteiten.

Volgens **onze standaardbron Lareb**¹ zijn er talrijke studies uitgevoerd naar de langetermijneffecten van blootstelling in utero aan paracetamol. Sommige studies zien een verband tussen langdurig gebruik van paracetamol tijdens de zwangerschap en ontwikkelingsstoornissen (ADHD, autisme), maar ook astma, cryptorchidie of andere negatieve gevolgen bij het kind. De resultaten zijn echter **niet eenduidig**, en de studies hebben **belangrijke beperkingen**.

Een deel van de onderzoeken ziet een licht verhoogd risico op ontwikkelingsstoornissen bij langdurig gebruik tijdens de zwangerschap, maar er zijn belangrijke kanttekeningen:

1. Er zijn grote verschillen in kwaliteit tussen de studies.
2. Er is in de studies een grote kans op bias en confounding die kunnen bijdragen aan het gevonden effect (bv. inname van paracetamol omwille van koorts, ten gevolge van een infectie).
3. De diagnose van de ontwikkelingsstoornissen is zeer verschillend tussen de onderzoeken en soms slechts gebaseerd op de melding van symptomen door de ouders.
4. Erfelijke factoren en aandoeningen bij de ouders kunnen van invloed zijn (NB : zeker wat autisme betreft (BCFI)).
5. In de meeste onderzoeken is het gevonden risico zeer laag (odds-verhouding rond de 1) en in sommige onderzoeken wordt geen hoger risico gezien.
6. Sommige onderzoeken zien onverklaarbare effecten, waaronder een hoger risico als de vader paracetamol heeft gebruikt na de zwangerschap.

Door al deze beperkingen en de heterogeniteit van de studies is het onmogelijk een causaal verband vast te stellen. Meer en beter onderzoek is dan ook noodzakelijk.

Onze andere standaardbron Le CRAT² vermeldt dat er zeer veel gegevens beschikbaar zijn over het gebruik van paracetamol tijdens de zwangerschap, ongeacht het stadium van de zwangerschap, en dat er tot op heden geen bewijs is van congenitale, foetale of

neonatale afwijkingen. Het CRAT wijst er op dat sommige studies een verband zagen tussen blootstelling in utero aan paracetamol en ontwikkelingsstoornissen, maar ook andere aandoeningen zoals cryptorchidie en astma/piepend ademen. Maar door de **methodologische beperkingen** van deze studies kunnen deze associaties niet als bewezen worden beschouwd.

Een recent artikel van *Gezondheid en Wetenschap*³, EBM-partner van het BCFI, benadrukt eveneens dat er geen oorzakelijk verband is aangetoond tussen blootstelling aan paracetamol in utero en autisme. *Gezondheid en Wetenschap* stelt dat een verband in oudere observationele studies werd gezien. Maar recenter onderzoek van betere kwaliteit (*Ahlqvist et al., JAMA 2024*) toont geen causaal verband wanneer rekening wordt gehouden met familiale en genetische risicofactoren. Er wordt ook verwezen naar een Commentaar van Damkier et al. in *Obstetrics & Gynecology (2025)*, met als conclusie: “*Het is onwaarschijnlijk dat blootstelling in utero aan paracetamol een klinisch belangrijke risicotoename geeft van ADAHD of autisme-spectrumstoornis.*”

De **Wereldgezondheidsorganisatie**⁴ benadrukt dat er momenteel geen sluitend wetenschappelijk bewijs bestaat voor een verband tussen autisme bij het kind en het gebruik van paracetamol tijdens de zwangerschap.

Het **Belgische geneesmiddelenagentschap FAGG**⁵ en het **Europese Geneesmiddelenagentschap EMA**⁶ zijn stellig : op basis van de beschikbare gegevens is er geen bewijs dat paracetamolinnamen tijdens de zwangerschap autisme veroorzaakt bij het kind.

De **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)**⁷ benadrukt eveneens dat het artikel van Prada et al. (augustus 2025) ernstige methodologische beperkingen vertoont die de betrouwbaarheid ervan in het gedrang brengen. Het artikel is gebaseerd op 46 studies, maar veel van deze studies zijn gebaseerd op zelfrapportering van het gebruik van paracetamol, wat een belangrijke recall bias met zich meebrengt. Nauwkeurige gegevens over de dosis en de duur van de blootstelling ontbreken, waardoor een dosis-antwoordanalyse onmogelijk is. Tot slot herinnert FIGO eraan dat de meest betrouwbare studies geen causaal verband tonen tussen paracetamol tijdens de zwangerschap en autisme. FIGO beveelt aan paracetamol te blijven gebruiken wanneer dit medisch aangewezen is.

Conclusie van het BCFI

Tot op heden laten de beschikbare gegevens niet toe een oorzakelijk verband vast te stellen tussen blootstelling in utero aan paracetamol en autisme. Hoewel sommige studies een verband suggereren, laten hun methodologische beperkingen niet toe om een oorzakelijk verband aan te tonen. Correlaties komen vaak voor in epidemiologische studies, maar een kritische analyse door verschillende wetenschappelijke instanties toont dat een oorzakelijk verband niet bewezen is, en dat studies die rekening houden met familiale en genetische factoren geen verband aantonen.

Het standpunt van het BCFI blijft geldig: paracetamol kan veilig worden gebruikt tijdens de zwangerschap. Zoals geldt voor elk geneesmiddel tijdens de zwangerschap, moet paracetamol worden gebruikt in de laagst mogelijke dosis en zo kort mogelijk (zie 8.2.1. Paracetamol).

Over welke specialiteiten gaat het?

- Paracetamol: Algostase Mono®, Dafalgan®, Panadol®, Paracetamol(e), Perdolan® (zie Repertorium)
- Combinatiepreparaten paracetamol + coffeïne / + acetylsalicylzuur / + acetylsalicylzuur + coffeïne / + NSAID (zie Repertorium)
- Combinatiepreparaten paracetamol + opioïd (zie Repertorium)
- Combinatiepreparaten paracetamol + chloorfenamine (zie Repertorium)
- Combinatiepreparaten paracetamol + orale vasoconstrictor (zie Repertorium)

Bronnen

¹ Lareb, Paracetamol tijdens de zwangerschap, geraadpleegd op 23/09/25. Zie ook het nieuwsbericht van Lareb van 22/09/2025.

² Le CRAT, Paracétamol – Grossesse, geraadpleegd op 23/09/25.

³ Gezondheid en wetenschap. Paracetamol nemen tijdens de zwangerschap veroorzaakt geen autisme. Gepubliceerd op 10/09/2025. Geraadpleegd op 23/09/25.

⁴ Wereldgezondheidsorganisatie. WHO statement on autism-related issues, News, 24/09/25.

⁵ FAGG. Paracetamol blijft veilig tijdens de zwangerschap. Nieuws, 24/09/2025.

⁶ EMA. Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU. News 23/09/2025.

⁷ FIGO. Paracetamol (acetaminophen) use during pregnancy and autism risk: evidence does not support causal association. Klik hier.

Nieuwe e-learning: Medicatiequiz 11 – Kinderenspecial

Vandaag zitten in je wachtkamer verschillende kinderen, elk met hun eigen voorgeschiedenis, zorgen en specifieke noden. En voor elk van die casussen zal je een beslissing moeten nemen in onze quiz.

Welke behandeling kies je?
Herken je een ongewenst effect?
Hoe pas je de dosering aan?
En hoe ga je om met vaccinatie?

Farmacotherapie bij kinderen roept elke dag vragen op. En het antwoord op die vragen is niet altijd vanzelfsprekend. Aan de hand van klinische casussen uit de dagelijkse praktijk kan je met **onze nieuwe MedicatieQuiz** je kennis testen, je reflexen verbeteren en je competenties versterken voor een veilig en effectief geneesmiddelengebruik bij kinderen.

Ontglijpt het antwoord je even? Dan kan je altijd nog het **Repertorium** raadplegen.

Dus nu is het aan jou! Neem jij in elke situatie de juiste beslissing?

Totale duur: 30 minuten
Accreditering is voorzien voor artsen en apothekers.

Na een eenmalige registratie heb je gratis toegang tot [al onze e-learnings](#) !

Nieuwigheden geneesmiddelen oktober 2025

Stopzettingen van commercialisatie

- cinacalcet (Mimpara®)
- clindamycine cutaan (Zindaclin®)
- galantamine oplossing voor oraal gebruik (Reminyl® oplossing voor oraal gebruik)
- miconazol vaginaal (Gyno-Daktarin®)
- rotigotine (Neupro®)
- *Vaccinium macrocarpon* (Elluracaps®)

▼: 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/1,73 m²).

contra-indicatie of dosisverlaging reeds bij matige nierinsufficiëntie (dus vanaf creatinineklaring van 60 ml/min/1,73 m² 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 26 september 2025 op de hoogte gebracht werden. De wijzigingen die na deze datum gemeld worden, zullen worden opgenomen in de Weekly Folia van november.

De teksten van het Repertorium over deze nieuwigheden worden op 24 oktober 2025 aangepast.

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 de website van het FAGG-FarmaStatus.

cinacalcet (Mimpara®)

Cinacalcet, dat sinds 2024 langdurig onbeschikbaar was, wordt nu uit de handel genomen. Het werd gebruikt voor de behandeling van **hyperparathyreoïdie**. **Invoer van cinacalcet is mogelijk** (zie Inleiding.2.11.15.1.), maar het wordt niet terugbetaald (situatie op 30 september 2025). Slechts in bepaalde specifieke situaties bestaat er een alternatief: zie Farmastatus, klik op de info-knop.

clindamycine cutaan (Zindaclin®)

Clindamycine voor cutaan gebruik (Zindaclin 1% gel), dat sinds 2023 onbeschikbaar is, werd uit de handel genomen.

Volgens BAPCOC is dit de **eerste keuze bij acne wanneer een lokale antibioticabehandeling aangewezen is**, steeds geassocieerd een lokale niet-antibiotische behandeling.

Er kan een magistrale bereiding met 1,5% clindamycine worden voorgeschreven (hydroalcoholische oplossing, zie formule in het TMF).

galantamine oplossing voor oraal gebruik (Reminyl® oplossing voor oraal gebruik)

Galantamine oplossing voor oraal gebruik werd uit de handel genomen. De harde capsules met verlengde afgifte blijven wel beschikbaar.

Galantamine wordt gebruikt voor de behandeling van de **ziekte van Alzheimer**.

Er zijn geen andere cholinesterase-inhibitoren in drinkbare vorm, wat **problematisch** kan zijn **voor mensen met slikproblemen**.

De geneesmiddelen die worden gebruikt bij de ziekte van Alzheimer hebben een omstreden risico-batenverhouding: hun effect is bescheiden en ze hebben veel ongewenste effecten (zie Ziekte van Alzheimer).

miconazol vaginaal (Gyno-Daktarin®)

Miconazol vaginaal werd uit de handel genomen. Andere azoolderivaten voor vaginaal gebruik, zoals clotrimazol en fenticonazol, blijven beschikbaar (zie Vulvovaginale candidose).

Volgens BAPCOC zijn lokale azoolderivaten of oraal fluconazol gelijkwaardige opties voor de **behandeling van vulvovaginale candidose** (behalve tijdens de zwangerschap: in dat geval wordt de orale behandeling afgeraden).

rotigotine (Neupro®)

Rotigotine, gebruikt bij de **ziekte van Parkinson en het rustelozebenensyndroom**, werd uit de handel genomen. Rotigotine was de enige dopamine-agonist in de vorm van een pleister.

Voor de overschakeling op een andere specialiteit en toedieningsweg is het advies van de specialist nodig.

Bij de ziekte van Parkinson behoren dopamine-agonisten tot de basisbehandelingen om de motorische symptomen onder controle te houden (zie Antiparkinsonmiddelen).

Bij rustelozebenensyndroom zijn dopamine-agonisten niet langer de eerste keuze, vanwege het paradoxale risico op verergering van de symptomen en de ongewenste effecten. Ze worden tegenwoordig slechts ingezet wanneer gabapentinoïden (offlabel) onvoldoende werkzaam blijken, gecontra-indiceerd zijn of niet verdragen worden of bij ernstige gevallen.^{1,2}

Vaccinium macrocarpon (Elluracaps®)

Vaccinium macrocarpon (droog extract van **veenbessensap**) werd uit de handel genomen. Het bewijs voor de werkzaamheid in de **preventie van terugkerende cystitis bij vrouwen** is tegenstrijdig (zie Repertorium). *Vaccinium macrocarpon* bestaat nog in de vorm van een voedingssupplement, in verschillende vormen en concentraties.

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

rotigotine

1. Restless legs syndrome_Management. BMJ Best Practice. Geraadpleegd op 22 juli 2025
2. GeBu. 2024;58(12):e2024.12.19 10-12-2024

Medegedeeld door het Centrum voor Geneesmiddelenbewaking

Welke geneesmiddelen verhogen het risico op een spontane abortus?

Inleiding

In januari 2025 heeft het tijdschrift *La Revue Prescrire* een artikel gepubliceerd over het optreden van miskramen in het eerste zwangerschapstrimester ten gevolge van geneesmiddelengebruik.¹ We hebben deze lijst aangevuld aan de hand van onze bronnen en de geneesmiddelen die beschikbaar zijn in België (zie Opm. hieronder).

Miskraam

Een spontane abortus, of miskraam, wordt gedefinieerd als een **onvrijwillig en spontaan verlies** van een zwangerschap in de eerste 24 weken. De symptomen bestaan uit bloedingen, pijn in de onderbuik of de buik en het verdwijnen van symptomen van de beginnende zwangerschap.

In dit artikel zullen we het alleen hebben over miskramen in het **eerste trimester**, of zgn. vroege miskramen, die optreden voor de 14e week amenorree.

Risicofactoren

Ongeveer een derde van de zwangerschappen eindigt in een miskraam.

De belangrijkste risicofactoren zijn: hoge leeftijd van de moeder, foetale afwijking, misvorming van de baarmoeder, infectie bij de moeder en trombofilie bij de moeder.

Andere, minder belangrijke risicofactoren zijn: een miskraam in de voorgeschiedenis, een chromosomale afwijking bij de ouders, onvruchtbaarheid of medisch begeleide voortplanting, alcoholgebruik of roken, overgewicht/zwaarlijvigheid, een schildklierafwijking en diabetes.²

In de praktijk is de oorzaak van een miskraam niet altijd duidelijk.¹ Het is dus erg moeilijk om aan te tonen dat de oorzaak van een miskraam medicamenteus is.

Geneesmiddelen die het risico op miskraam in het eerste trimester verhogen

De geneesmiddelen die worden opgesomd in het tijdschrift *La Revue Prescrire* en die het risico op miskraam in het eerste trimester verhogen, worden in verschillende categorieën ingedeeld (zie Opm. hieronder):

- **Teratogene geneesmiddelen met een bewezen risico op miskraam;**
 - Retinoïden: *isotretinoïne* en *acitretine* en *retinol*;
 - Een immunosuppressivum: *mycofenolzuur*;
 - Een anti-epilepticum: *valproïnezuur*;
 - Vitamine K-antagonisten: *acenocoumarol*, *fenprocoumon*, *warfarine*;
 - Een maagzuursecretie-inhibitor: *misoprostol*;
 - Een antibioticum: de combinatie van *sulfamethoxazol* en *trimethoprim* (sterk vermoeden van effect);
 - Een antimycoticum: *fluconazol* (in hoge dosissen) (sterk vermoeden van effect);
 - Antitumorale middelen: van de meeste antitumorale middelen is bewezen of wordt vermoed dat ze een schadelijk effect hebben op het ongeboren kind (teratogene en mutagene effecten, embryotoxiciteit) of dat ze de vruchtbaarheid aantasten. Dat is vooral het geval voor bepaalde alkylerende middelen, antimetaboliëten en anthracyclines, voor *tretinoïne* en voor *thalidomide* en zijn analogen, *lenalidomide* en *pomalidomide*. Voor de producten die nog niet zo lang beschikbaar zijn (zoals proteïnekinaseremmers en monoklonale antilichamen) bestaan er weinig of geen gegevens over het gebruik bij mensen. In principe zijn dus alle antitumorale middelen gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap en moet de toediening ervan zeker worden vermeden tijdens het eerste trimester (zie 13. Antitumorale geneesmiddelen).
- **Teratogene geneesmiddelen die zeer waarschijnlijk gepaard gaan met een risico op miskraam;**
 - Een stemmingsregulerend middel: *lithium*;
 - Anti-epileptica: *primidon*, *fenobarbital*, *carbamazepine*, *fenytoïne*, *topiramaat* en *ethosuximide* (sterk vermoeden van teratogeen effect);
 - Een vasoconstrictor: *pseudo-efedrine* (vermoeden van teratogeen effect);
 - Een uricosuricum: *allopurinol* (sterk vermoeden van teratogeen effect);
 - Een antiparasitair middel: *pyrimethamine* (teratogeen effect bij dieren).
- **Geneesmiddelen die de innesteling van het embryo in de uterus belemmeren;**

- Prostaglandinesynthetaseremmers, zoals niet-steroidale ontstekingsremmers (NSAID's) in een pijnstillende dosis

In één studie is aangetoond dat die het risico op miskraam verhogen. Er bestaat echter een risico op indicatiebias. Die resultaten moeten daarom nog worden bevestigd.^{4,5}

- **Geneesmiddelen die uteruscontracties opwekken;**

- Prostaglandine-analogen die gebruikt worden in de oftalmologie: *bimatoprost*, *latanoprost*, *tafluprost* en *travoprost*;
- Prostaglandine-analoog dat gebruikt wordt als maagzuursecretieremmer en om de arbeid te induceren: *misoprostol*;
- Prostaglandine-analogen die gebruikt worden om de arbeid te induceren: *carboprost* en *dinoprost*;
- Oxytocica: *oxytocine* en *carbetocine*;
- Een ergotderivaat: *methylergometrine*;
- Intra-uteriene devices die ter plaatse blijven tijdens de zwangerschap.

Opmerking

Om deze lijst op te maken, hebben we ons gebaseerd op het artikel in het tijdschrift *La RevuePrescrire*, en hebben we de inhoud daarvan uitgebreid aan de hand van onze eigen methodologie (zie 2.6. Rubriek 'Zwangerschap en borstvoeding').

Voor het risico op teratogeniteit onderscheiden we twee categorieën teratogene geneesmiddelen, ingedeeld op basis van hun verband met het risico op miskraam:

- **Teratogene geneesmiddelen met een bewezen risico op miskraam:** geneesmiddelen waarvoor onze bronnen (Lareb, CRAT, Briggs) expliciet het risico op miskraam vermelden.
- **Teratogene geneesmiddelen die zeer waarschijnlijk gepaard gaan met een risico op miskraam:** teratogene geneesmiddelen waarvoor de bronnen geen duidelijk risico op miskraam vermelden maar die, door het feit dat ze ernstige embryonale afwijkingen kunnen veroorzaken, redelijkerwijs gepaard kunnen gaan met een verhoogd risico op miskraam.

Geneesmiddelen die niet in de handel verkrijgbaar zijn in België zijn niet opgenomen in deze lijst. Wat geneesmiddelen betreft die onlangs op de markt zijn gekomen (en die een 'zwarte driehoek' hebben (▼) (zie Inleiding 6.2.1. Geneesmiddelenbewaking)), is het niet altijd mogelijk om een uitspraak te doen over een mogelijk teratogeen effect. Ze zijn dus niet opgenomen in deze lijst.

Specialiteitsnamen:

- Acenocoumarol: Sintrom® (zie Repertorium).
- Mycofenolzuur: Cellcept®, Mycofenolaat mofetil(e), Myfenax®, Myfortic® (zie Repertorium).
- Valproïnezuur: Depakine®, Valproaat(e) (zie Repertorium).
- Acitretine: Neotigason® (zie Repertorium).
- Allopurinol: Allopurinol(e), Zyloric® (zie Repertorium).
- Bimatoprost: Bimatoprost(e), Lumigan® (zie Repertorium).
- Carbamazepine: Tegretol® (zie Repertorium).
- Ethosuximide: Zarontin® (zie Repertorium).
- Fluconazol: Diflucan®, Fluconazol(e) (zie Repertorium).
- Isotretinoïne: Isocural®, Isosupra®, Isotiorga®, Isotretinoïn(e), Roaccutane® (zie Repertorium).
- Latanoprost: Latanoprost(e), Latanotears®, Monoprost®, Vizilatan®, Xalatan®, Xalof® (zie Repertorium).
- Lithium: Camcolit® (zie Repertorium).
- Misoprostol: Angusta®, Arthotec®, Cytotec® (zie Repertorium).
- Oxytocica: Carbetocin(e), Oxytocin(e), Syntocinon®, Pabal® (zie Repertorium).
- Fenobarbital: Gardenal®, Natriumfenobarbital Sterop® (zie Repertorium).
- Fenprocoumon: Marcoumar® (zie Repertorium).
- Fenytoïne: Diphantoïne® (zie Repertorium).
- Primidon: Mysoline® (zie Repertorium).
- Pseudo-efedrine (alleen of in combinatie): Aerinaze, Cirrus®, Clarinase®, Rhinosinutab®, Sinutab®, Vasocedine Pseudoephedrine®.
- Pyrimethamine: Daraprim® (zie Repertorium).
- Sulfamethoxazol + trimethoprim (co-trimoxazol): Bactrim® (zie Repertorium).
- Tafluprost: Saflutan® (zie Repertorium).
- Topiramaat: Topamax®, Topiramaat (zie Repertorium).
- Travoprost: Travatan®, Travoprost(e), Vizitrat® (zie Repertorium).

- Warfarine: Marevan® (zie Repertorium).

Bronnen

- 1 Prescrire, Avortements spontanés du premier trimestre d'origine médicamenteuse, 45 (495) : 31-32.
- 2 BMJ Best Practice, Miscarriage> History and exam, geraadpleegd op 25/03/2025.
- 3 Dynamed, First Trimester Pregnancy Loss, geraadpleegd op 25/03/2025.
- 4 Bijwerkingencentrum Lareb, geraadpleegd op 16/04/2025.
- 5 Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, Le CRAT, geraadpleegd op 16/04/2025.
- 6 Briggs Drugs in Pregnancy and Lactation, geraadpleegd op 16/04/2025.

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.

Hoofredactie: (redactie@bcfi.be)

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

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.