

Regionala riktlinjer för urinvägsinfektioner under graviditet

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Innehållsförteckning

Förord.....	3
Dokumentinformation	4
Definitioner	5
Prevention – förebyggande insatser	5
Symtom och kliniska fynd	5
Diagnostik	6
Behandlingsnivå	6
Grupp B-streptokocker - GBS.....	7
Behandling - GBS.....	8
Referenser och länkar	9

Förord

Handläggningen av asymptomatisk bakteriuri (ABU) och urinvägsinfektion skiljer sig hos gravida kvinnor gentemot befolkningen i övrigt på grund av en ökad risk för komplikationer hos mor och foster.

Asymtomatisk bakteriuri skall alltid behandlas hos en gravid kvinna (undantaget GBS, då uppåstigande infektion med GBS är sällsynt). Risken att utveckla en febril urinvägsinfektion under graviditeten vid obehandlad bakteriuri uppskattas till 16–30 %. En febril urinvägsinfektion ökar risken för prematuritet, låg födelsevikt och intrauterin fosterdöd. Behandling av asymtomatisk bakteriuri under graviditeten minskar risken för symptomgivande urinvägsinfektion och även risken för prematuritet.

Infektion med grupp B streptokocker (GBS) drabbar omkring 1/1 000 nyfödda i Sverige och är en av de viktigaste orsakerna till nyföddhetssepsis. Mortalitetsrisken vid sepsis är 5 procent. 25–30 procent av alla kvinnor är koloniserade med GBS och bakterierna kommer därför oftast tillbaka efter behandling. Kvinnor med positiv urinodling med GBS ska alltid ha behandling i samband med vaginal förlossning oavsett bakteriekoncentration.

Malmö 2021-12-16



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Karin Hallstedt	mödrahälsöversköersläkare	Karin.hallstedt@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Kunskapscentrum kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	Susana.sjokvist@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	Carina.I.Akesson@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-03-07	2019-12-31	Marie Lindroth
Revidering	2020-01-01	2021-11-10	Karin Hallstedt
Revidering	2021-11-11	2023-11-01	Karin Hallstedt
Revidering	2021-12-16	2023-12-16	Karin Hallstedt, Petra Pålsson
Revidering			

Sökord

Definitioner

Definitionen för uretrit, cystit och asymtomatisk bakteriuri är samma som hos gravida som icke gravida:

- **Asymtomatisk bakteriuri (ABU)** – Minst måttlig växt (10⁷ – 10⁸ CFU/L) av samma bakteriestam i två urinodlingar hos kvinna utan symtom från urinvägarna.
- **Grupp B-streptokockkolonisering (GBS)** – växt av GBS i vagina-, cervix- eller urinodling hos gravid kvinna. Kvinnan är koloniserad oavsett bakteriemängd.
- **Pyelonefrit** – infektion i njurparenkymet - allmänpåverkan, feber, flanksmärta, illamående och kräkning, ibland i kombination med urinvägsbesvär, men inte alltid.
- **Urinvägsinfektion (UVI)** – afebril, subjektiva besvär såsom lågt sittande buksmärta, sammandragningar, sveda vid miktion, täta trängningar i kombination med växt av bakterier (>10³ CFU/L).
- **Febril urinvägsinfektion**– infektion utgången från nedre urinvägarna med feber och allmänsymtom. Ibland, men inte alltid, i kombination med urinvägssymtom.
- **Sparsam växt av bakterier** = <10⁷ CFU/L (Colony forming units/liter)
- **Måttlig växt av bakterier** = 10⁷ – 10⁸ CFU/L
- **Riklig växt av bakterier** = >10⁸ CFU/L

Prevention – förebyggande insatser

Vid inskrivning på BMM tas urin-odling tas på de gravida som:

- haft pyelonefrit
- haft upprepade UVI (>3st)
- har haft UVI under tidigare graviditet
- har diabetes
- har kronisk njursjukdom, eller autoimmun sjukdom med njurengagemang
- är omskurna

Symtom och kliniska fynd

De vanligaste symtomen på urinvägsinfektion hos en gravid person är:

- sammandragningar
- lågt sittande buksmärta
- sveda vid miktion (mindre vanligt)
- täta trängningar (vanligt hos gravida även utan urinvägsinfektion)

Vid ett eller flera av dessa symtom skickas u-odling av barnmorskan på BMM.

Om den gravida har mycket tydliga symtom på UVI kontaktas läkare för ställningstagande till omgående behandling.

Om den gravida har feber eller är allmänpåverkad kontaktas specialistmödravården på det sjukhus som hon valt att föda på för bedömning och ställningstagande till inläggning.

Febril urinvägsinfektion under graviditet ska alltid behandlas på sjukhus, initialt med cefalosporiner intravenöst.

Diagnostik

Nitrittest blir ofta falskt negativ eftersom den gravida kvinnan har snabbare urinflöde och minskad blåsvolym med täta trängningar. Granulocyttest blir ofta falskt positiv på grund av flytningar under graviditet. Av dessa skäl ska urinodling tas på vida indikationer.

Urinodling ska tas på följande sätt:

- Morgonurin
- Rent mittstråleprov
- Inkubationstid minst 2 h
- Förvara provet svalt

Notera eventuella avvikelser från detta på remissen. Försämrad kvalitet kan ge sämre resultat på odling och försvåra bedömning.

Behandlingsnivå

- ABU (undantaget GBS), UVI och pyelonefrit skall behandlas under graviditet för att minska risken för prematuritet, låg födelsevikt och perinatal mortalitet.
- ABU och afebril urinvägsinfektion behandlas på BMM.
- Pyelonefrit och febril urinvägsinfektion behandlas i slutenvård.
- GBS-kolonisering - behandlas i samarbete mellan öppen och slutenvård

Behandling – ej GBS

- **Asymptomatisk bakteriuri** (annan agens än GBS):

ska **alltid** behandlas hos en gravid kvinna. (Se definition punkt 3, kräver minst måttlig växt av samma bakteriestam i två urin-odlingar hos kvinna utan symtom)

- **Bakteriuri** och nedre urinvägsinfektion behandlas enligt odlings- och resistenssvar.

Insättning av behandling ska ske skyndsamt och anamnes på symtom skall finnas tillhands.

Behandlingstiden är fem dygn. Kortare behandlingstider rekommenderas inte då en nedre urinvägsinfektion kan dölja en övre urinvägsinfektion. Akut cystit eller asymtomatisk bakteriuri

orsakad av bakterier som klassificeras som I (Intermediärt känslig) för ett antibiotikum betraktas som behandlingsbar på grund av de höga koncentrationer av antibiotika som uppnås i blåsurinen.

Välj enligt resistensmönster något av:

Pivmecillinam	200 mg	1x3	Fem dygn
Cefadroxil	500 mg	1x2	Fem dygn
Nitrofurantoin	50 mg	1x3	Fem dygn

I första hand väljs cefadroxil eller pivmecillinam under de första 12 veckorna av graviditeten. Pivmecillinam kan ges under hela graviditeten under förutsättning att behandlingstiden är kort, högst 7 dygn.

Nitrofurantoin ska inte ges till ammande kvinnor med prematura barn eller efter komplicerad förlossning och aldrig till kvinnor med känd brist på enzymet glukos-6-fosfatdehydrogenas (G-6-PD), vilket är extremt sällsynt i Sverige, men förekommer i befolkningsgrupper från Afrika och Medelhavsområdet.

UPPFÖLJNING

Kontrollodling skickas 1–2 veckor efter avslutad behandling. Om återigen riklig växt skall man överväga långtidsprofylax under graviditeten. Efter behandling mot pyelonefrit rekommenderas långtidsprofylax, se nedan.

PROFYLAKTISK BEHANDLING

Efter två behandlingskrävande UVI eller recidiverande ABU ska långtidsprofylax övervägas. Vid pyelonefrit rekommenderas, i direkt anslutning till avslutad antibiotikakur, långtidsprofylax under återstoden av graviditeten.

Kolonisering av GBS föranleder inte långtidsprofylax.

Behandling kan ske med något av följande:

Nitrofurantoin	50 mg	1 tablett till natten	Fram till partus
Cefadroxil	500 mg	1 tablett till natten	Fram till partus

Grupp B-streptokocker - GBS

GBS utgör idag den vanligaste orsaken till allvarliga bakteriella infektioner hos nyfödda. GBS kan överföras till fostret före partus, även utan föregående värkarbete eller vattenavgång, och orsaka intrauterin infektion och fosterdöd.

Vanligast är att överföringen sker under förlossningen. Omkring 30 % av alla gravida kvinnor är koloniserade vaginalt/rektalt med GBS. Knappt 70 % av barn till kvinnor som är bärare av GBS blir koloniserade under förlossningen. Bakterier i förlossningskanalen sprids till barnet sedan

förlossningen startat. Bakterierna kan infektera barnet via andningsvägarna med eventuell spridning till blodbanan som kan ge upphov till sepsis och meningit.

Incidensen av GBS-sepsis i olika studier varierar mellan 0,2- 2 fall/1000 levande födda. Tidigt debuterande neonatal GBS-infektion inträffar enligt definitionen inom första levnadsveckan, oftast i form av pneumoni och/eller sepsis. Mortaliteten bland nyfödda är idag cirka 5 %, och är väsentligt högre bland för tidigt födda än bland fullgångna barn.

I Sverige har man beslutat att screening för GBS inte är aktuellt. Vi behandlar GBS utifrån ett riskperspektiv. Behandlingen sker då i samband med förlossningen.

Riskfaktorer för GBS-infektion hos det nyfödda barnet är:

- Förtidsbörd
- Långvarig vattenavgång
- Feber intrapartalt
- Tidigare fött barn med GBS-infektion
- GBS-kolonisering under aktuell graviditet

Kvinnor med ovanstående riskfaktorer skall ha intrapartal behandling med antibiotika.

Behandling - GBS

- En positiv odling, oavsett mängd GBS, innebär att kvinnan räknas som koloniserad.
- Odlingsfynd under aktuell graviditet och anamnes på tidigare GBS-komplikation skall dokumenteras i sammanfattning i v 36 och i notatrutan, så att kvinnan kan få antibiotikaproylax i samband med förlossningen. Den gravida ska informeras om denna praxis av sin barnmorska på BMM.
- Asymtomatisk infektion med GBS: behöver inte behandlas då uppåtstigande infektion är sällsynt med GBS och kontamination vid kastat prov vanligt.
- GBS-kolonisering i kombination med UVI-symtom under graviditet behandlas med fenoximetylpenicillin 1 g x 3 i 5 dygn.
- Kontrollodling behövs ej
- Kvinnor med positiv urinodling med GBS ska **alltid** ha behandling i samband med vaginal förlossning, oavsett bakteriekoncentration!

Referenser och länkar

- www.infpreg.se
- www.infektion.net
- www.janusinfo.se Vårdprogram urinvägsinfektioner
- www.infektion.net
- Vårdprogram urinvägsinfektioner, rev 2012–2013.
- Analysportalen Region Skåne