

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.

Hemsida: vardgivare.skane.se/vardriktlinjer
Giltigt till 2022-06-01

Innehållsförteckning

<u>Dokumentinformation</u>	2
<u>Definitioner</u>	5
<u>Bakgrund</u>	5
<u>Vid inskrivningen</u>	6
<u>Provtagningsteknik</u>	6
<u>Urinvägsinfektion</u>	6
<u>Asymtomatisk bakteriuri</u>	7
<u>Bedömning</u>	7
<u>Behandling</u>	7
<u>Profylaktisk behandling</u>	7
<u>Grupp B-streptokockkolonisering</u>	8
<u>Referenser och länkar</u>	8

Förord

Under graviditeten sker fysiologiska förändringar som påverkar urinvägarna och disponerar för urinvägsinfektioner. Graviditeten har även en mekanisk påverkan på kroppen och kan bidra till kompression av urinvägarna. Förutom UVI och pyelonefrit, skall även asymtomatisk bakterieuri behandlas under graviditeten.

Fastställt 2020-06-24



Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Marie Lindroth	Läkare	Marie.Lindroth@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Kunskapscentrum kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Hannele Tuovinen	Medicinsk rådgivare	Hannele.Tuovinen@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	2015-03-27	2019-12-31	Marie Lindroth
Revidering	2020-06-24	2022-06-01	Marie Lindroth
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Sökord

Definitioner

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) – Minst måttlig växt ($10^7 - 10^8$ 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 ($>10^3$ CFU/L).

Urinvägsinfektion (UVI) - febril – infektion utgången från nedre urinvägarna med feber och allmänsymtom. Ibland, men inte alltid, i kombination med urinvägssymtom.

Sparsam växt av bakterier = $<10^7$ CFU/L

Måttlig växt av bakterier = $10^7 - 10^8$ CFU/L

Riklig växt av bakterier = $>10^8$ CFU/L

Bakgrund

ABU (undantaget GBS) - UVI och pyelonefrit skall behandlas under graviditet för att minska risken för prematuritet, låg födelsevikt och perinatal mortalitet.

ABU och afebril - UVI behandlas i bas-MHV.

Pyelonefrit och febril - UVI behandlas i slutenvård.

GBS-kolonisering - behandlas i samarbete mellan öppen och slutenvård.

Vid inskrivningen

Urinodling tas på gravida med anamnes på:

1. Pyelonefrit
2. ≥ 3 UVI i anamnesen
3. Urinvägsinfektion under tidigare graviditet
4. Njursjukdom
5. Diabetes mellitus
6. Autoimmun sjukdom med njurengagemang, t ex SLE

Provtagnings teknik

1. Morgonurin
2. Rent mittstråleprov
3. Inkubationstid minst 2 timmar
4. Förvara provet svalt

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

Urinvägsinfektion

1. Vid ett eller flera av följande symtom skickar barnmorska urinodling: lågt sittande buksmärta, sammandragningar, täta trängningar, sveda vid miktion
 2. Om kvinnan är febril eller allmänpåverkad eller har mycket tydliga symtom på UVI kontaktas läkare i samband med att urinodling skickas för ställningstagande till omgående behandling eller eventuell inläggning.
 3. När växt av bakterier påvisats kontaktar barnmorska läkare för ställningstagande till lämplig behandling. Aktuell anamnes på symtom skall finnas tillgänglig. Detta bör ske skyndsamt för att minska risken för pyelonefrit.
1. 1-2 veckor efter avslutad behandling tas en kontrollodling, undantaget vid GBS-kolonisering.

Asymtomatisk bakteriuri

1. Om urinodling, hos besvärsfri kvinna vid inskrivningen eller senare under graviditeten, visar måttlig eller riklig växt av bakterier skickas upprepad odling
2. Om även denna odling visar måttlig eller riklig växt av samma bakteriestam skall detta behandlas. Läkare kontaktas, se nedan
3. Kontrollodling skickas 1-2 veckor efter avslutad behandling. Om återigen riklig växt skall man överväga långtidsprofylax under graviditeten

Bedömning

Om kvinnan skall ha behandling med antibiotika är en avvägning mellan symtom, urinprovets kvalitet och växt av patogena bakterier. Det är därför av stor vikt att symtom som föranlett urinodling dokumenteras i journalen.

Behandling

Behandla i första hand efter resistensmönster.

Alternativ är:

1. Nitrofurantoin 50 mg 1 x 3 x 5 dagar. OBS – ges **ej** vid känd glukos-6fosfatdehydrogenasbrist eller vid amning under första månaden efter förlossningen
2. Pivmecillinam 200 mg 1 x 3 x 5 dagar
3. Trimetoprim 160 mg x 2 x 5 dagar, OBS-ges **ej** under första trimestern
4. Cefadroxil 1 g x 1-2 x 5 dagar

Profylaktisk behandling

Efter två behandlingskrävande UVI eller recidiverande ABU skall långtidsprofylax övervägas. Kolonisering av GBS föranleder inte långtidsprofylax.

Förslag:

1. Nitrofurantoin 50 mg 1 tabl till natten, fram till förlossning
2. Cefadroxil 500 mg till natten fram till förlossningen

Grupp B-streptokockkolonisering

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. Risk för bl a GBS-infektion hos det nyfödda barnet finns vid:

1. Förtidsbörd
2. Långvarig vattenavgång
3. Feber intrapartum
4. Tidigare barn med GBS-infektion
5. GBS-kolonisering under aktuell graviditet

Kvinnor med ovanstående riskfaktorer skall ha intrapartal behandling med antibiotika.

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, så att kvinnan kan få antibiotikaprofylax på vald förlossningsavdelning. Hon skall informeras om denna praxis av sin barnmorska. **Dokumenteras i noteringsruta.**

Risk för neonatal GBS-infektion hos barnet är som presenteras i tabellen nedan vid obehandlad GBS under förlossningen:

GBS-koloniserade kvinnor/1000	300
GBS-koloniserade födda barn/1000	210
Födda barn med GBS-sepsis/1000	0,2-2
Döda barn pga GBS-sepsis/1000	0,1

- Asymtomatisk GBS-kolonisering under graviditeten behöver inte behandlas.
- GBS-kolonisering i kombination med UVI-symtom behandlas.
- Kontrollodling behöver inte skickas.

Referenser och länkar

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

