REGIONAL RUTIN

Urinvägsinfektion/asymtomatisk bakterieuri under graviditet

Fastställd av ordförande i Regionalt programområde för Kvinnosjukdomar och förlossning (HS 2021 - 01144) december 2021 giltig till januari 2024. Utarbetad av specialister inom obstetrik, från infektionskliniken SU/Östra samt från Primärvårdsrådet.

Syfte

Rutinen riktas till vårdcentraler och tydliggöra handläggningen av gravida med urinvägsinfektion eller asymtomatisk bakterieuri.

Förtydligande: förutom för kvinnor gäller riktlinjen för andra gravida

Förändringar sedan föregående version

Regional rutin saknas.

Bakgrund

Under graviditet är urinvägarna mer dilaterade och urinflödet långsammare jämfört med hos icke gravida. Livmoderns mekaniska tryck på urinledarna bidrar också till nedsatt urinflödeshastighet. Detta medför ökad risk för pyelonefrit under graviditet.

Diagnostik och behandling

Vid samtliga former av urinvägsinfektion under graviditet dominerar E. coli som orsak (>90%).
Urinprov för nitrittest och odling tas som ”mittstråleprov”.
En blåstid på minst 4 timmar eftersträvas för patienter utan symptom.
Mödrahälsovården inom varje del VGR har rutiner för screening för asymtomatisk bakterieuri (ABU) som del av basprogrammet.
Gravida med ökad risk för pyelonefrit (t ex tidigare anamnes på pyelonefrit, urinvägsmissbildning, njursjukdom, diabetes, upprepade verifierade urinvägsinfektioner (UVI)) provtas oftare på barnmorskemottagningarna (BMM) än övriga.
Vid UVI-symtom kan gravida söka antingen BMM eller vårdcentral enligt lokal rutin.

Asymtomatisk bakteriuri (ABU)
Prevalensen av ABU uppgår till 1-2%. Obehandlad ABU leder till pyelonefrit i 20-40% av fallen och behandlas därför alltid* hos gravida. ABU definieras som:

- fynd av samma bakterieart i två på varandra följande urinodlingar med minst ett par dagars mellanrum
- bakteriehalt ≥100 000 /ml
- frånvaro av symtom som talar för UVI

Akut cystit
Symtombilden är densamma som för icke gravida kvinnor (sveda vid miktion, täta trängningar och frekventa blåstömningar). Urinodling med resistensbestämning görs alltid.

Grupp B streptokocker (GBS)

Mycket vanligt förekommande hos gravida. Stor benägenhet att återkomma efter behandling. Viktigt att alla GBS-koloniserade får antibiotikaprofylax vid förlossningen för att förebygga allvarliga komplikationer hos nyfödda.
Gravida som tidigare drabbats av allvarlig GBS-komplikation (intrauterin fosterdöd, sent missfall, neonatal sepsis eller död) ska ha antibiotikaprofylax oavsett påvisad GBS eller inte under pågående graviditet.
Avseende gravida som haft GBS-komplikation, och som söker med UVI-symtom eller genitala symtom, tar vårdcentralen kontakt med BMM eller obstetrikenhet. Se nationell riktlinje.

1. ABU orsakad av GBS (grupp B streptokocker) **behöver inte behandlas** under graviditet eftersom risken för pyelonefrit är mycket liten. Däremot ska bensyl-penicillin (eller annat antibiotikum vid pc-allergi) ges vid förlossningen.
   Upptäcks kolonisering med GBS på vårdcentral meddelas BMM.

2. UVI-symtom med samtidigt påvisad GBS > 10 000 bakt/mL ska behandlas. Se nedan. **Kontrollodling tas inte** vid symtomfrihet.
   BMM meddelas så att patienten får antibiotikaprofylax vid förlossningen.

Urinvägsantibiotika under graviditet

Cefalosporiner, **nitrofurantoin*** och **pivmecillinam** kan ges under **hela** graviditeten utan ökad risk för fosterskada.
** kontraindicerat om patienten har G-6-PD brist (allvarlig enzymbristsjukdom, kallas även favism)*
Trimetoprim, som är en folsyreantagonist, undviks under första graviditetstrimestern men kan efter resistensbestämning ges under andra och tredje trimestern.

Rekommenderade antibiotika vid ABU eller akut cystit (beakta GBS, se nedan)

Förstahandsval
Nitrofurantoin 50 mg x 3
Pivmecillinam 200 mg x 3

Andrahandsval
Cefadroxil 500 mg x 2
Trimetoprim* 160 mg x 2 x III
(*endast i 2:a och 3:e trimestern efter resistensbestämning)

GBS, förstahandsval
V-penicillin 1 g x 3
GBS, **vid penicillinallergi**
Nitrofurantoin 50 mg x 3

Rekommenderad behandlingstid är 5 dygn (3 dygn vid behandling med trimetoprim).

Uppföljning efter ABU eller akut cystit

Urinodling 1-2 veckor efter avslutad behandling.

Reinfektionsprofylax efter ABU/akut cystit

Om ≥2 ABU episoder eller ≥2 akuta cystiter under graviditeten hos patient med tidigare upprepade UVI (före graviditeten) eller urinvägsmissbildning, kan reinfektionsprofylax med nitrofurantoin* 50 mg till natten eller cefadroxil 500 mg till natten övervägas under återstoden av graviditeten.
BMM meddelas.

- *kontraindicerat om patienten har G-6-PD brist (favism)*

Akut pyelonefrit/febril UVI

Symtombilden motsvarar den hos icke gravida kvinnor (flanksmärta, feber ≥38,0 grader, miktionsbesvär). Det finns risk för komplikationer (prematur förlossning och sepsis) varför sjukhusvård rekommenderas för initial parenteral behandling med antibiotika. Initial provtagning omfattar:

Multiresistenta bakterier (MRB) i urin Se riktlinje om MRB.

MRSA (meticillinresistenta stafylokocker)
ESBL (extended spectrum beta-lactamase)
ESBLcarba (ESBL med karbapenemresistens)
VRE (vancomycinresistenta enterokocker)

Alla MRB (utom ESBL) anmäles i SMINET.

Infektion/bärarskap MRB i urin under graviditet

Handläggning sker i samråd med BMM och infektionsspecialist.
Vårdcentral meddelar BMM.

Innehållsansvarig:

Joy Johansson Ellis, mödrahälsovårdsöverläkare, medicinsk rådgivare Regionhälsan