

Gäller för: Kvinnosjukvård

Giltig från: 2025-08-22

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Giltig till: 2027-08-22

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Urinvägsinfektion (UVI) och asymtomatisk bakteriuri (ABU) under graviditet

Förändringar sedan föregående version

- Preparatval för fortsatt behandling med peroralt antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI
- Insulinbehandlad diabetes är borttagen som indikation för riktad screening av ABU
- Om behandlad UVI på grund av GBS behöver kontrollodling inte göras, om patient blir besvärsfri

Inledning

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

Asymtomatisk bakteriuri

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 $\geq 100\ 000$ /ml
- Frånvaro av UVI-symtom

Dokumentation och handläggning

Efter **en** positiv odling dokumenterar barnmorska i journal och ber patienten lämna ny urinodling. Om även den andra urinodlingen är positiv läggs ärendet i läkartidbok. Om den andra odlingen är negativ journalförs detta av barnmorska och patienten återgår till basprogrammet.

*Undantag: 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 penicillinallergi) ges vid förlossningen.

Screening för ABU under graviditet

I **basprogrammet** ingår **screening** för ABU med urinsticka (nitrit) vid andra graviditetsbesöket. Urinodling med resistensbestämning görs vid positivt nitrittest. Observera att sensitiviteten för nitrittest är låg (cirka 50 – 60 %) vilket innebär att odling ska göras på generösa indikationer.

Riktad ABU-screening (urinodling vid **två tillfällen**, vid inskrivning och i vecka 25) utförs om patienten har anamnes på följande riskfaktorer

- Recidiverande UVI (minst två antibiotikabehandlade UVI de senaste sex månaderna eller tre episoder under det senaste året)
- Tidigare genomgången pyelonefrit – oavsett under graviditet eller inte
- Känd urinvägsmissbildning eller njursjukdom

Om någon av dessa odlingar utfaller positivt görs kontrollodling för att ställa diagnos ABU enligt ovan (undantag GBS).

Akut cystit

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

Utreds och behandlas i första hand inom allmänmedicin.

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)*

Trimetoprim, som är en folsyreantagonist, undviks under första trimestern men kan efter resistensbestämning ges under andra och tredje trimestern.

Rekommenderade antibiotika vid ABU eller cystit

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 andra och tredje trimestern efter resistensbestämning

Rekommenderad behandlingstid är 5 dygn (3 dygn vid behandling med Trimetoprim)

Uppföljning efter ABU/akut cystit

Urinodling 1 – 2 veckor efter avslutad behandling.

Om symtomgivande UVI på basen av GBS behöver inte kontrollodling göras om patient blir besvärsfri. Patient ska dock ha antibiotika under förlossningen.

Reinfektionsprofylax efter ABU/akut cystit

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

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

Akut pyelonefrit/febril UVI

Symtombilden motsvarar den hos inte gravida (flanksmärta, feber $\geq 38,0^\circ$, miktionsbesvär). Det finns risk för komplikationer (prematurlig förlossning och sepsis) varför sjukhusvård rekommenderas för initial parenteral behandling med antibiotika. Initial provtagning omfattar

- Urinprov för odling och resistensbehandling
- Blododling x 2
- CRP
- S-kreatinin

Inledande behandling med intravenöst antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI

- Cefotaxim 1 g x 4

Fortsatt behandling med peroralt antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI

Förstahandsval

- Ceftibuten (Isocef®) 400 mg x 2, licenspreparat

Se InfPreg för lämpligt antibiotikum då det kan råda brist och restnoteringar på lämpliga preparat.

Andrahandsval

- Trimetoprim-sulfametoxazol 160 mg/800 mg 1 x 2
(endast i andra trimestern efter resistensbestämning)
- Ciprofloxacin 500 mg x 2

Rekommenderad total behandlingstid vid pyelonefrit är 10 dygn inklusive intravenös behandling.

Reinfektionsprofylax efter akut pyelonefrit/febril UVI

På grund av ökad risk för recidiverande pyelonefrit rekommenderas i direkt anslutning till avslutad antibiotikakur profylax med nitrofurantoin* 50 mg till natten eller cefadroxil 500 mg till natten under återstoden av graviditeten.

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

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-413172894-135

Version: 3.0

Giltig från: 2025-08-22

Giltig till: 2027-08-22