

UVI och ABU – under graviditet (urinvägsinfektion och asymtomatisk bakterieuri) Barnmorskemottagningar VGR

Förändringar sedan föregående version

Layout och formateringar är ändrade enligt ny gemensam dokumentmall för VGR. Ansvar kring riktlinjen är förtydligat med en egen rubrik. Revidering gällande preparat för fortsatt behandling med peroralt antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI. Insulinbehandlad diabetes är borttagen som indikation för screening av ABU. Tillägg att om symptomgivande UVI på basen av GBS behöver kontrollodling inte göras om patienten blir asymtomatisk,

Inledning

Under graviditet är urinvägarna mer dilaterade och urinflödet långsammare jämfört med hos icke 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 urinodling 2 är positiv läggs ärendet på administrationslistan. Om odling 2 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 pc-allergi) ges vid förlossningen. Se vidare riktlinje GBS, som även inkluderar handläggning av kvinnor med GBS-komplikation i anamnesen.

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 (ca 50–60%) vilket innebär att odling skall göras på generösa indikationer.

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

- Recidiverande UVI (minst 2 antibiotikabehandlade UVI de senaste 6 månaderna eller 3 episoder under det senaste året).
- Tidigare genomgången pyelonefrit – oavsett under graviditet eller ej.
- Känd urinvägsmisbildning, njursjukdom.

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

Akut cystit

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

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 akut 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 2:a och 3:e trimestern efter resistensbestämning)

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

Uppföljning efter ABU eller akut cystit

Urinodling 1–2 veckor efter avslutad behandling. Om symptomgivande UVI på basen av GBS behöver kontrollodling inte göras om patienten blir asymptomatisk, patienten skall dock ha antibiotika under förlossningen, se vidare riktlinje GBS.

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 icke gravida kvinnor (flanksmärta, feber $\geq 38,0$ grader, miktionsbesvär). Det finns risk för komplikationer (prematurlöslösning och sepsis) varför sjukhusvård rekommenderas för initial parenteral behandling med antibiotika. Initial provtagning omfattar:

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

Inledande behandling med i.v. antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI

Cefotaxim 1 g x 4

Fortsatt behandling med peroralt antibiotikum vid akut pyelonefrit/febril UVI

Förstahandsval

Se [INFPREG](#) för lämpligt antibiotikum, då det kan råda brist och restnoteringar på lämpliga preparat.

Cefixim 400 mg x 2

Cefixim är ett licenspreparat som hämtas på VNL Östra för att skickas med patient som skrivs ut

Andrahandsval

Trimetoprim-sulfametoxazol 160 mg/800 mg, 1 x 2 (endast i 2:a trimestern efter resistensbestämning) eller Ciprofloxacin 500 mg x2.

Rekommenderad total behandlingstid vid pyelonefrit är 10 dygn inklusive i.v. behandling.

Reinfektionsprofylax efter akut pyelonefrit/febril UVI

På grund av ökad risk för recidiverande pyelonefrit rekommenderas i direkt anslutning till avslutad antibiotikakurprofylax 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 enzymlbristsjukdom)*

Multiresistenta bakterier (MRB) i urin- Se särskild 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 av ansvarig läkare.

Infektion/bärarskap MRB i urin under graviditet

Handläggning sker i samråd med infektionsspecialist.

Gör en **patientnotering** om att patienten är infekterad/koloniserad med MRB och **dela i tillämpliga fall ut Smittskyddsenhetens patientinformation** om ESBL (kan göras av barnmorska eller läkare). Remittera till Infektionsklinik för uppföljning, enligt riktlinje MRB.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare, Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef, Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-111

Version: 4.0

Giltig från: 2025-03-25

Giltig till: 2027-03-25