

UVI och ABU vid graviditet

Förändringar sedan föregående version

Mindre revidering har utförts. Cefitibutendosering vid pyelonefrit har justerats.

Bakgrund och syfte

Prevalensen för asymtomatisk bakteriuri (ABU) är 1–2 % och för afebril urinvägsinfektion (UVI eller cystit) 1–4 % hos kvinnor och ändras inte under graviditeten.

Urinvägarna vidgas under graviditeten med långsammare urinpassage, vilket anses ge högre risk för uppåtstigande infektion, som ger feber och allmänpåverkan.

Obehandlad ABU och UVI innebär ökad risk (20–40%) för pyelonefrit, vilket i sin tur ger ökad risk för prematurförlossning och urosepsis.

Därför skall ABU och UVI under graviditet alltid behandlas,

Undantaget är ABU med GBS som inte behandlas initialt men som alltid föranleder antibiotikaproylax i samband med förlossningen för att hindra allvarlig infektion hos barnet.

Symtomen på UVI under graviditet kan ibland vara svårtolkade då till exempel täta trängningar och låga buksmärter är vanligt förekommande under graviditeten.

Utförande

Definitioner

Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

Bakteriuri > 100 000 CFU/mL med samma bakterieart i två efterföljande odlingar tagna med minst 3 dagars mellanrum hos patient som saknar symtom på urinvägsinfektion.

Urinvägsinfektion (UVI)

Bakteriuri som leder till symtom.

Riskfaktorer

- Tidigare pyelonefrit eller febril UVI
- Diabetes mellitus
- Känd njursjukdom och/eller urinvägsanomali (samråd med njurmedicinare)
- En UVI senaste året (OBS. Vid fler än en odlingsverifierad UVI under senaste året tas odling även i vecka 25)
- Könstympning

Diagnostiska metoder

Indikation för urinsticka

- Screening för ABU

Indikation för urinodling

- Screening pga. riskfaktorer (se ovan)
- Positiv nitrit på urinstickan
- Symtom på urinvägsinfektion
 - Smärta/sveda i blåsan vid miktion
 - Smärtor över urinblåsan
 - Sammandragningar, som ej bedöms som normala förvärrar
- Leukocyturi, enbart om samtidigt riskfaktorer enligt nedan föreligger

Urinodling

- Måste utföras på ett adekvat sätt.
- Rent mittstråleprov ska tillämpas.
- Inkubationstid i blåsa ska vara minst 4 timmar både vid kontroll av urinsticka och odling (helst morgonurin, som vid behov förvarats i kylskåp i väntan på inlämning).

Screening för ABU vid inskrivning

A. Samtliga gravida

- Nitritsticka tas på samtliga gravida vid inskrivningen på mödravården.
- Urinodling utförs vid positiv nitrit. Enbart leukocyturi utgör ingen indikation för urinodling om inte samtidigt riskfaktorer och/eller kliniska symtom föreligger.
- Positiv urinodling ska bekräftas med ny odling efter minst tre dagar för ABU-diagnos (20% har övergående bakteriuri utan betydelse för sjukdom).

A. Gravida med riskfaktorer (se ovan)

- Urinodling tas på alla gravida med riskfaktor vid inskrivningen på mödravården oavsett urinsticka.
- Positiv urinodling ska bekräftas med ny odling efter minst tre dagar för ABU-diagnos (20% har övergående bakteriuri utan betydelse för sjukdom).

Behandling

Indikation

- UVI: behandlas alltid.
- ABU: behandlas alltid förutom vid GBS (*Streptococcus agalactiae*).
- GBS: behandlas enbart vid symtom, oavsett bakterietal; behandlingseffekten ska alltid utvärderas efter avslutad behandling.

Antibiotikaval vid cystit

Nitrofurantoin	50mg x 3	5 dygn
Pivmecillinam	200mg x 3	5 dygn
Cefadroxil	500mg x 2	5 dygn
Ceftibuten	400mg x 1	5 dygn (licens)
Trimetoprim	160mg x 2	3 dygn (endast trimester 2+3 och endast om resistensbestämning utförts)
Penicillin V	1g x 3	5 dygn vid symtomgivande GBS (Strp agalactiae)

Vid grava cystitsymtom påbörjas behandling med antibiotika utan att invänta odlingsvar.

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

Antibiotikaval vid pyelonefrit

Cefotaxim	1g x 4 iv	Inledande
Ceftibuten	400mg 1x 2	i 10 dygn (licens)
Trimetoprim/ sulfametoxazol	160/800mg 1x2	i 10 dygn (endast trimester 2)
Ciprofloxacin	500mg 1 x 2	i 10 dygn enbart efter resistensbestämning och om det saknas alternativ. Kontakta infektionskonsult.

Uppföljning

Kontrollodling en till två veckor efter avslutad behandling.

Antibiotikaprofylax

Indikationer

ABU	Profylax kan övervägas under resten av graviditeten efter två episoder om riskfaktor föreligger.
Recidiverande cystit	Profylax rekommenderas under resten av graviditeten efter två episoder om riskfaktor föreligger.
Pyelonefrit/febril UVI	Profylax rekommenderas under resten av graviditeten efter en episod av pyelonefrit/febril UVI.

Antibiotikaval

Nitrofurantoin	50mg till natten
Cefadroxil	500mg till natten vid allergi mot nitrofurantoin

Cefalosporiner kan vid behov och indikation ges till och med en vecka efter partus.

Nitrofurantoin bör inte ges till ammande kvinnor.

Pivmecillinam ska inte användas som långtidsbehandling, då det kan leda till karnitinbrist, som teoretiskt kan ha en negativ inverkan på foster.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare, barnmorskemottagningar, SÄS.

Innehållsgranskare

Anders Lundqvist, överläkare, infektionskliniken, SÄS.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Godkännare

Karolina Andersson, vårdenhetschef, Kvinna och barn, SÄS.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Område M3 MHV, Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Granskad av: Anders Bengtsson Lundqvist, (andlu), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-165

Version: 2.0

Giltig från: 2025-07-02

Giltig till: 2027-07-02