

Urineweginfecties bij kinderen

Bart Knottnerus

Wat is het probleem?

Urineweginfecties bij (jonge) kinderen zijn lastig voor de huisarts. Ten eerste is de diagnostiek moeilijker dan bij volwassenen door een gebrek aan specifieke urinewegsymptomen, moeilijkheden bij urineverzameling en frequente contaminatie van urinemonsters. Daarnaast is onduidelijk wat de gevolgen van urineweginfecties op de lange termijn zijn en in hoeverre belastende en dure aanvullende diagnostiek gerechtvaardigd is. Tot slot rijst de vraag wat de optimale behandelingsduur is om enerzijds schade en recidieven te voorkomen en anderzijds bijwerkingen, kosten en resistentievorming te beperken.

Wat moet ik weten?

Urineweginfecties bij kinderen komen vaak voor. Bij alle kinderen jonger dan een jaar is de incidentie 7 per 1000 per jaar. Daarna is de incidentie bij meisjes hoger dan bij jongens. Volgens internationale cijfers heeft op zevenjarige leeftijd minimaal 8,4% van de meisjes en 1,7% van de jongetjes ten minste één episode doorgeemaakt. Bij de meeste kinderen treedt spoedig herstel op en is de infectie eenmalig.

De symptomen zijn, vooral bij jonge kinderen, vaak aspecifiek: koorts, lethargie, geprikkeldheid, malaise, verminderde eetlust, groeivertraging, buikpijn, braken en geelzucht. In meer dan 80% van de gevallen is *Escherichia coli* de verwekker.

Een recente Cochrane review suggereert dat bij kinderen met een cystitis 2 tot 4 dagen antibiotica (o.a. nitrofurantoïne en co-trimoxazol) even effectief zijn als 7 tot 14 dagen. De NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert een therapieduur van 7 tot 10 dagen. Het profylactisch voorschrijven van antibiotica lijkt de kans op recidieven niet te verminderen en wordt daarom niet aanbevolen.

Er zijn toenemend aanwijzingen dat een enkele episode van cystitis op de kinderleeftijd niet is gecorreleerd aan aandoeningen als nierinsufficiëntie, hypertensie en zwangerschapscomplicaties op latere leeftijd (ongeacht de aanwezigheid van vesico-ureterale reflux). Daarom wordt aanvullende, beeldvormende diagnostiek in de meeste gevallen niet geadviseerd. Er is wel een indicatie voor verwijzing en aanvullende diagnostiek bij tekenen van pyelonephritis of bij risicofactoren voor anatomische of functionele afwijkingen: kinderen jonger dan 6 maanden, ernstig ziek zijn, verminderde urineproductie, obstipatie, palpabele nieren, vergrote blaas, verwekkers anders dan *Escherichia coli*, bacteriëmie, geen

Auteursgegevens

UvA/AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2266, 1100 DD Amsterdam: B.J. Knottnerus: aiotho.

Correspondentie: b.j.knottnerus@amc.uva.nl

reactie op antibiotica binnen 48 tot 72 uur, recidiverende urineweginfecties, oudere jongens, prenatale nierafwijkingen en een positieve familieanamnese voor nieraandoeningen.

Wat moet ik doen?

Verwijs kinderen jonger dan zes maanden met een mogelijke urineweginfectie direct naar een kinderarts.

Onderzoek zowel bij kinderen met typische klachten als met onverklaarde aspecifieke symptomen de urine (bij koorts binnen 24 uur). Vang de urine bij voorkeur rechtstreeks op in een schoon potje. Alternatieven hiervoor (met een grotere kans op contaminatie) zijn plaszakjes en *urinary pads*, een soort inlegluiertjes van niet-bacteriedodend materiaal. Doe een nitrietest en verricht bij een negatieve uitslag hiervan een dipslide. Bij een positieve uitslag van een van beide is er sprake van een urineweginfectie en dient de urine te worden gekweekt.

Ga na of er risicofactoren zijn voor anatomische of functionele afwijkingen. Vraag naar periodes van vergelijkbare klachten (om te bepalen of er sprake kan zijn van een recidief), verricht lichamelijk onderzoek en ga na wat de verwekker is. Verwijs het kind voor aanvullende diagnostiek bij aanwezigheid van risicofactoren.

Behandel een cystitis gedurende zeven dagen met nitrofurantoïne (eerste keus) of trimethoprim (tweede keus). Beoordeel het kind opnieuw als het zich niet binnen twee dagen beter voelt. Controleer de urine drie tot vijf dagen na afloop van de behandeling met behulp van een dipslide.

Wat moet ik uitleggen?

Leg uit dat, bij afwezigheid van risicofactoren, urineweginfecties bij kinderen meestal eenmalig zijn en geen nierschade veroorzaken. Het is echter van belang om bij nieuwe (specifieke of aspecifieke) symptomen opnieuw urine te onderzoeken, omdat er dan misschien aanvullende diagnostiek nodig is. Het geven van antibiotica ter preventie van nieuwe urineweginfecties heeft geen meerwaarde en vergroot de kans op resistente bacteriën. Geef de ouders ter informatie de NHG-Patiëntenbrief Blaasontsteking bij het kind mee.

Literatuur

- 1 Van Haaren KAM, Visser HS, Van Vliet S, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in februari 2010.
- 2 National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children. London: NICE, 2007. <http://guidance.nice.org.uk/CG054>. Geraadpleegd in februari 2010.
- 3 Coulthard MG. Vesicoureteric reflux is not a benign condition. *Pediatr Nephrol* 2009;24:227-32.
- 4 Michael M, Hodson EM, Craig JC, Martin S, Moyer VA. Short versus standard duration oral antibiotic therapy for acute urinary tract infection in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; Issue 1. Art. No.: CD003966.