

Urineweginfecties en zwangerschap: Extra voorzichtigheid geboden!

In het vorige nummer van H&W is de herziene standaard Urineweginfecties gepubliceerd. Het onderwerp lijkt voor de huisarts weinig nieuws te bevatten, maar bij betere lezing zijn er toch enkele aandachtspunten. *In de praktijk* licht er een aantal uit bij een zwangere patiënte met een mogelijke urineweginfectie.

Casus

Mevrouw Kersten, 32 jaar, belt met de vraag of zij een blaasontsteking heeft. Ze staat nog niet zo lang bij de praktijk ingeschreven en is goed gezond. Enkele maanden eerder kwam ze vertellen dat ze voor de tweede keer zwanger was. De amenorroe duurt inmiddels 24 weken. Die ochtend heeft zij urine bij de assistente gebracht. Huisarts Rozema bekijkt in haar HIS de uitslag van het urineonderzoek: nitriet negatief, leukocyten ++, erythrocyten negatief. Voor ze de uitslag vertelt, vraagt ze naar de klachten. Mevrouw Kersten heeft al ruim een week last van steken in de onderbuik en moet vaker plassen, maar dat is niet pijnlijk. Ze voelt zich niet ziek en heeft geen koorts of pijn in de flank.

Hoe nu verder?

Rozema besluit een dipslide in te zetten (de assistente bewaart de urine tot na het spreekuur in de koelkast). Ze legt uit dat de klachten mogelijk passen bij een blaasontsteking, maar niet zo ernstig lijken dat er geen dag kan worden gewacht met therapie.

De volgende dag belt mevrouw Kersten voor de uitslag: de dipslide is positief. Rozema vertelt dat er sprake is van een blaasontsteking, hetgeen vooral vanwege de zwangerschap reden is voor antibiotische behandeling. Het middel van voorkeur is evenals buiten de zwangerschap nitrofurantoïne, maar de behandelingsduur moet langer zijn, namelijk zeven dagen. Rozema stuurt de dipslide naar het laboratorium ter bepaling van het resistentiepatroon en isolatie van de verwekker. Rozema vraagt mevrouw Kersten om contact op te nemen als ze koorts ontwikkelt of ziek wordt en om na afloop van de kuur urine te brengen voor controle.

Complicaties door zwangerschap

Een week later is mevrouw Kersten klachtenvrij en de controle-dipslide blijkt negatief. Ook de kweekuitslag is inmiddels bekend: een groep-B-streptokok bleek de verwekker. Rozema geeft een kopie van de uitslag mee voor de verloskundige, met de uitleg dat bij een dergelijke blaasontsteking de streptokok in de vagina kan huizen. Soms kan de bacterie tijdens de bevalling de baby besmetten, waarna een ernstige infectie kan ontstaan. Om dit te voorkomen moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden, zodat tijdens de partus via een infuus antibiotica kunnen worden toegediend.

Drie maanden later komt het geboortekaartje en kort daarop een

ontslagbericht van de gynaecoloog. Mevrouw Kersten is bevallen van een gezonde dochter. Ze heeft tijdens de partus antibioticaprofylaxe gekregen conform de geldende richtlijnen.

Epicrise

De tabel bij de standaard geeft de voorspellende waarde van de verschillende klachten bij een UWI en de bevindingen bij urineonderzoek. Bij klachten als die van mevrouw Kersten is buiten de zwangerschap de kans op een UWI waarschijnlijk groter dan 60 procent. Over de voorspellende waarde van klachten tijdens zwangerschap is weinig bekend: er kunnen mictieklachten zijn zonder infectie of een infectie kan juist zonder duidelijke klachten verlopen. Indien een infectie wordt aangetoond, heeft dit mogelijk consequenties voor het verdere verloop van de zwangerschap.

Een UWI kan oppervlakkig zijn of invasief. In het laatste geval zal er meestal sprake zijn van koorts en algemeen ziekzijn, hetgeen vraagt om aanpassing van de behandeling en in geval van zwangerschap meestal een opname. Als de infectie oppervlakkig is zonder algemene verschijnselen, dan draagt lichamelijk onderzoek weinig bij aan de diagnose of de beslissing tot behandeling. Zijn er wel algemene verschijnselen, dan is lichamelijk onderzoek aangewezen met beoordeling van de klinische toestand en de nierloges, alsmede buikonderzoek en eventueel inwendig onderzoek.

De urine kan worden onderzocht via een urinestick, sediment, dipslide of kweek. De standaard beveelt aan om eerst een nitriettest te doen en als die negatief is een dipslide in te zetten. Het aantonen

Behandeling van urineweginfecties

	gezonde niet-zwangere vrouwen	gezonde zwangeren
cystitis	1. nitrofurantoïne mga, 2x100, 5d 2. trimethoprim, 1x300, 3d 3. fosfomycine, 1x3000, 1d	1. nitrofurantoïne mga, 2x100, 7d 2. amoxi/clav, 3x500/125, 7d
pyelonefritis	1. amoxi/clav, 3x500/125, 10d 2. co-trim, 2x960, 10d of een fluorochinolon, 10d	opname

van leukocyturie - met leukotest of via het urinesediment - heeft weinig betekenis bij de diagnostiek van een UWI. Een negatieve nitriettest, dus afwezigheid van leukocyten in de urine, maakt een UWI minder waarschijnlijk maar sluit die niet uit.

Vanwege de consequenties moet een UWI tijdens de zwangerschap goed worden uitgezocht met een kweek. Het middel van eerste keuze bij een cystitis tijdens zwangerschap is niet anders dan daarbuiten: nitrofurantoïne, met uitzondering van de periode rondom de partus. Bij een contra-indicatie voor nitrofurantoïne komt tijdens de zwangerschap amoxicilline/clavulaanzuur in aanmerking. De resistentie voor amoxicilline zonder clavulaanzuur kan wel oplopen tot 40 procent. (LB)

Bart van Pinxteren, wetenschappelijk medewerker NHG