

Urineweginfecties: in dubio abstinence?

Over urineweginfecties (UWI) raakt een huisarts niet snel uitgepraat. Wij worden dagelijks geconfronteerd met (vragen over) deze infecties en de diagnostiek en behandeling ervan zijn in de eerste lijn goed uit te voeren. Bij mannen gaat het vaker dan bij vrouwen om invasieve infecties (pyelonefritis en prostatitis), maar ook bij mannen komt een cystitis veruit het meest voor. De epidemiologie en het diagnostisch traject bij mannen met een mogelijke UWI zijn wel anders dan bij vrouwen.

DE HUIDIGE PRAKTIJK

In onze praktijk wordt, conform de NHG-Standaard, bij alle mannen met klachten die kunnen passen bij een UWI de urine nagekeken met een urinestick.¹ Tegelijkertijd wordt altijd ook een dipslide ingezet. Als de nitriettest positief is, beginnen we direct met antibiotische behandeling gericht op een cystitis (indien er geen tekenen van weefselinvasie zijn) of op een pyelonefritis/prostatitis. Indien de nitriettest negatief is, adviseren we de patiënt te wachten met een eventuele behandeling tot de uitslag van de dipslide bekend is (24 uur later), tenzij er tekenen van weefselinvasie bestaan, dan schrijven we meteen een antibioticum voor. Ongeacht de uitslag van de nitriettest sturen we een positieve dipslide altijd naar het laboratorium voor resistentiebepaling, zodat we de behandeling gericht kunnen bijsturen als deze niet aanslaat.

HET ONDERZOEK

Den Heijer et al. wilden een beslisregel ontwikkelen voor het empirisch voorschrijven van antibiotica aan mannen met een mogelijke UWI.² Zij halen een Amerikaans onderzoek aan waaruit blijkt dat bij vrouwen met UWI-klachten een beslisregel kan leiden tot vermindering van het aantal aangevraagde urinekweeken en antibioticumvoorschriften, zonder substantiële onderbehandeling. Ze stellen dat de nieuwe standaard aanbeveelt om mannen met een vermoedelijke UWI ongeacht de urinestickuitslagen empirisch met antibiotica te behandelen en hypothetiseren dat een beslisregel behulpzaam kan zijn bij het bepalen van een afwachtend beleid bij mannen met een mogelijke UWI zonder koorts.

De onderzoekers analyseerden de klinische gegevens en urinestickuitslagen van 490 volwassen mannen met klachten die zouden kunnen passen bij een UWI, al dan niet met koorts. De nitriettest, de leukotest en de leeftijd bleken in de genoemde populatie de enige discriminerende voorspellers te zijn, maar ook door deze drie parameters te combineren was het niet mogelijk om beter te voorspellen wie een antibioticum nodig had (positieve kweek) dan dat huisartsen dat op basis van hun klinische inschatting deden. Toch komen de auteurs met een aanbeveling: 'Bij mannen met een negatieve dipstickuitslag (nitriettest én leukotest negatief) en bij wie toch verdenking op een UWI bestaat zou een afwachtend empirisch antibioticumbeleid kunnen worden gehanteerd

gezien de relatief lage kans op een UWI'. Het is om meerdere redenen lastig de bevindingen van Den Heijer et al. te vertalen naar de Nederlandse huisartsenpraktijk.

HET COMMENTAAR

Ten eerste is de hypothesevorming niet helder. De auteurs leunen op onderzoek uit de Verenigde Staten, dat onder meer laat zien dat het zinvol is om vrouwen met mictieklachten niet blind (zonder enige vorm van urineonderzoek!) antibiotica voor te schrijven, maar om de uitslag van de urinestick te betrekken bij het beleid. Deze situatie laat zich slecht vergelijken met het huidige beleid voor urineweginfecties bij mannen in Nederland. Nog lastiger wordt het als de auteurs er ten onrechte vanuit gaan dat de standaard aanbeveelt om alle mannen met een mogelijke UWI empirisch te behandelen met een antibioticum, terwijl dit feitelijk alleen wordt aanbevolen bij mannen met koorts.

Ten tweede is de gehanteerde onderzoeksmethode ongelukkig. Van de participerende patiënten werden klinische gegevens en urinestickresultaten verzameld en werd een urinekweek voor analyse naar een laboratorium gezonden. Helaas werd de dipslide zoals afgelezen in de huisartsenpraktijk niet meegenomen in de analyse, waardoor de vergelijking met 'care as usual' mank gaat. De dipslide heeft immers inmiddels een centrale plaats bij de diagnostiek van UWI's in de huisartsenpraktijk.

Het wordt bovendien niet duidelijk wat nu precies met een 'afwachtend beleid' wordt bedoeld: afwachten tot de uitslag van de dipslide bekend is (24 uur), of de laboratoriumkweek (enkele dagen), of wellicht zelfs tot de patiënt zich opnieuw met klachten meldt.

Merkwaardig genoeg zou de aanbeveling van de onderzoekers er toe leiden dat juist meer mannen empirisch met antibiotica worden behandeld. De suggestie ontstaat namelijk dat mannen met mictieklachten, zonder koorts en met een negatieve nitriettest maar een positieve leukotest, vooruitlopend op kweek behandeld dienen te worden. De standaard raadt aan eerst de uitslag van de dipslide af te wachten.

Ondanks bovenstaande bezwaren juich ik onderzoek naar alledaagse ziekten in het algemeen en naar diagnostiek en behandeling van UWI bij mannen in het bijzonder van harte toe. De zorg kan – ook in de eerste lijn – altijd beter! ■

LITERATUUR

- 1 Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
- 2 Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57(8):390-4.

Huisartsen Oog in Al, Händelstraat 55a, Utrecht: B. van Pinxteren, huisarts • Correspondentie: bvanpinxteren@hetnet.nl • Mogelijke belangenverstremming: Bart van Pinxteren is eerste auteur van de NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening).