

UVI hos barn - öppenvård

Giltig fr.o.m. 2020-06-15

Bakgrund

Urinvägsinfektion (UVI) är en av de vanligaste bakteriella infektionerna under de första levnadsåren. Under ett halvt års ålder är UVI vanligare hos pojkar än hos flickor, därefter dominerar flickor. Det är ovanligt med UVI hos pojkar efter 1 års ålder medan UVI förekommer hos flickor i alla åldrar. Majoriteten av små barn med UVI söker på grund av feber utan fokala symtom. Hos äldre barn förekommer symtom som hos vuxna med flanksmärta, kräkningar och dunkömhet över njurar vid pyelonefrit och dysuri, täta trängningar och inkontinens vid cystit. Obstruktiva urinvägsmisbildningar och vesikoureteral reflux ökar risken för insjuknande i febril UVI.

Diagnostik

För diagnostik av UVI skall alltid urinodling tas och vid feber bör CRP kontrolleras. I första hand rekommenderas mittstråleprov, vilket oftast går att få även på spädbarn (med avklätt barn i knät och föräldrar förses men mugg för uppsamling av urin). Hos spädbarn kan även blåspunktion övervägas, vilket är den tillförlitligaste urinsamlingsmetoden vid UVI. Vid en infektion kan bakterietal <100 000 bakterier/mL förekomma hos ca 20%. Beroende på bakterietyp kan även låga bakterietal vara signifikanta.

Hos flickor i förskole/skolålder med UVI är det vanligt med bakomliggande miktionsrubbing varför miktionsmönster bör efterfrågas.

Vårdnivå

Barn <1 år: remitteras till barnakutmottagningen för akut handläggning. Uppföljning sker via barnklinik.

Barn 1-2 år: beroende på allmäntillstånd kan akut handläggning ske i primärvård eller på barnakutmottagning. Uppföljning sker via barnläkare i öppenvård.

Barn >2 år: allmänpåverkat barn skickas till barnakutmottagning medan opåverkat barn handläggs inom primärvården. Vid recidiv skickas remiss till barnläkare i öppenvård.

Terapeutiska synpunkter

Vid febril UVI med allmänpåverkan, misstanke om sepsis eller vid kräkningar inleds behandlingen parenteralt. I övriga fall kan behandling ske peroralt, se tabellen nedan. Vid peroral behandling av febril UVI rekommenderas ceftibuten eller cefixim. Dessa cefalosporiner är endast tillgängliga via licensförskrivning. Nu finns det en godkänd generell licens för ceftibuten och cefixim som förskrivare inom Västra Götaland kan hänvisa till. För mer information, se [Terapiråd generell licens ceftibuten och cefixim](#). Alternativt kan trimetoprim-sulfa användas, men resistensen för E. coli är över 20% varför detta preparat lämpar sig mindre väl som empirisk behandling innan besked om resistensmönster.

Afebril UVI behandlas med nitrofurantoin, trimetoprim eller pivmecillinam, i 5 dagar, det senare för barn över 5 år. Barn <2 år med afebril symtomgivande UVI handläggs som febril UVI.

Asymtomatisk bakteriuri (ABU utan akuta symtom såsom feber, sveda, nytillkomna trängningar eller nytillkommen inkontinens) skall normalt inte antibiotikabehandlas men är ofta förenat med miktionsrubbing.

För mer information, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation [Läkemedel vid urinvägsinfektioner](#). För mer barnläkemedelsinformation, se www.vgregion.se/eped

Peroral terapi

Diagnos	Ålder	Antibiotikabehandling	Behandlingstid
Febril UVI	alla	Ceftibuten 9 mg/kg x 1 (licens) Cefixim 8 mg/kg x 1 (licens) Trimetoprim-sulfametoxazol 3/15 mg/kg x 2 (efter resistensbesked)	10 dagar
Afebril UVI	<2 år	Behandlas som febril UVI	10 dagar
	≥2 år	Nitrofurantoin* 1,5 mg/kg x 2 Trimetoprim 3 mg/kg x 2 Pivmecillinam 200 mg x 3 (efter 5 års ålder)	5 dagar
ABU		Ingen	-

*ej före 1 månads ålder och ej vid GFR <40 ml/min/1,73 m²