



Rutinemessig urindyrkning hos gravide – slutt med det

DEBATT

BJØRN BACKE

E-post: bjbac@online.no

Bjørn Backe er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og tidligere seksjonsoverlege og professor ved hhv. Fødeavdelingen ved St. Olavs hospital og NTNU. Han er nå pensjonist. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE FLEM JACOBSEN

Anne Flem Jacobsen er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELISABETH BALSTAD MAGNUSSEN

Elisabeth Balstad Magnussen er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NILS-HALVDAN MORKEN

Nils-Halvdan Morken er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anbefalingen om generell urinscreening av alle gravide er basert på et utdatert kunnskapsgrunnlag. Det er ressurskrevende og sykkeliggjørende, og fører til betydelig overforbruk av antibiotika.

Asymptomatisk bakteriuri er bakteriuri uten symptomer på urinveisinfeksjon, med en konsentrasjon på mer enn 10^5 bakterier/mL i monokultur i to prøver etter hverandre. Tilstanden er ufarlig og beskytter sannsynligvis mot kolonisering med mer patogene mikrober, og skal ikke behandles (1). Asymptomatisk bakteriuri hos gravide øker risikoen for pyelonefritt, men det er uklart både hvor viktig denne risikofaktoren er, og om behandling er effektivt (2–4) – det er anslått 20 % risikoreduksjon (4).

I Skandinavia har det ikke vært tradisjon for rutinemessig urindyrkning i svangerskapsomsorgen. I *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2005 (5) ble det anbefalt rutinemessig urindyrkning bare hos gravide som hadde hatt hyppige urinveisinfeksjoner, fordi denne gruppen har økt forekomst av asymptomatisk bakteriuri. Samme anbefaling ble gitt i Sverige (6) og Danmark (7).

Helsedirektoratets tilnærming i 2018 kan neppe kalles kunnskapsbasert

I 2015 kom en stor høykvalitetsstudie fra Nederland som viste at pyelonefritt hos gravide var meget sjeldent, og at behandling av asymptomatisk bakteriuri ikke førte til signifikant forskjell i forekomst av pyelonefritt (8). Senere er det publisert tre systematiske kunnskapsoversikter som er kritiske til generell screening (2–4). Derfor var det svært overraskende at Helsedirektoratet i 2018 kom med en «sterk anbefaling» om generell screening i første trimester i *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* (9). Helsedirektoratet gir ingen begrunnelse, men henviser til veilederen «Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten» (10). Der står det at behandling reduserer risiko for pyelonefritt og sannsynligvis også risiko for lav fødselsvekt, men referansene er utdaterte og virker tilfeldig valgt. Kunnskapsgrunnlaget er gradert A, som ikke er korrekt, siden anbefalingen ikke er basert på kontrollerte studier. Troen på at asymptomatisk bakteriuri kan føre til lav fødselsvekt, er dessuten oppgitt for lenge siden (2–4). Helsedirektoratets tilnærming i 2018 kan neppe kalles kunnskapsbasert og står i kontrast til den kritiske drøftingen av litteraturen i direktoratets retningslinjer fra 2005 (5).

At det etter endt behandling skal gjøres kontroll dyrkning hver fjerde uke fram til fødsel (10), savner støtte i litteraturen. ICP-2-diagnosekoden som skal brukes, er «W84 Svangerskap høyrisiko», noe som viser at sykelligjøringen av normale svangerskap er kommet svært langt.

Pyelonefritt hos gravide skal behandles på sykehus. Tall fra Norsk pasientregister viser at i perioden 2010–19 var til sammen 470 pasienter innlagt i sykehus med ICD-10-hoveddiagnose «O23.0 Infeksjoner i nyre under svangerskap». Gjennomsnittlig liggetid var rundt tre døgn, og tallene var stabile gjennom perioden (11). Dette gir en prevalens hos gravide på godt under 0,1 %. Lignende forekomster på promillenivå er rapportert i større uselekterte materialer fra England med 0,4 % (12), Irland 0,2 % (13) og Nederland 0,7 % (8).

Sykelligjøringen av normale svangerskap er kommet svært langt

Pyelonefritt hos gravide er sjeldnere og risikoøkningen ved asymptomatisk bakteriuri langt lavere enn tidligere antatt, og i kontrollerte randomiserte studier er det ikke forskjell i forekomst av pyelonefritt (2–4). Vi mener det er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fraråde generell screening.

Klare ulemper er sykelligjøring, betydelige samfunnsøkonomiske kostnader og stort overforbruk av antibiotika. Av gravide med asymptomatisk bakteriuri vil 98 % ikke ha nytte av antibiotikabehandling hvis bare 2 % får pyelonefritt (8, 12, 13). Den praksis Helsedirektoratet nå sterkt anbefaler, fører årlig til mange tusen unødvendige antibiotikakurer, som også involverer ufødte barn. Unødvendige konsultasjoner for «høyrisikosvangerskap» utløser mye engstelse, som også har en kostnad.

Legeforeningen satser sterkt på å redusere overbehandling og unødvendig antibiotikabruk. Å slutte med rutinemessig urindyrkning i svangerskapsomsorgen vil være et godt valg.

LITTERATUR:

1. Wullt B, Sundén F, Grabe M. Asymptomatic bacteriuria is harmless and even protective: Don't treat if you don't have a very specific reason. *Eur Urol Focus* 2019; 5: 15–6. [PubMed][CrossRef]
2. Smaill FM, Vazquez JC et al. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 11. doi: 10.1002/14651858.CD000490.pub4. [CrossRef]
3. Angelescu K, Nussbaumer-Streit B, Sieben W et al. Benefits and harms of screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16: 336. [PubMed][CrossRef]
4. Wingert A, Pillay J, Sebastianski M et al. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: systematic reviews of screening and treatment effectiveness and patient preferences. *BMJ Open* 2019; 9: e021347. [CrossRef]

5. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. IS-1179. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
6. Hälsovård före, under och efter graviditet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangeromsorgen. 2 udgave, 1 oplag. København 2013.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-media/Udgivelser/2015/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen.ashx>. Lest 18.10.2020.
8. Kazemier BM, Koningstein FN, Schneeberger C et al. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 1324–33. [PubMed][CrossRef]
9. Helsedirektoratet. Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/forebygging-av-smittsomme-sykdommer-og-screening-for-infeksjoner-hos-gravide#gravide-bor-fa-tilbud-om-undersokelse-av-urin-for-asymptomatisk-bakteriuri-i-forste-trimester>. Lest 26.10.2020.
10. Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.
<http://www.antibiotikaiallmennpraksis.no/index.php?actionshowtopic&topicFhaQ5szT>. Lest 26.10.2020.
11. Helsedirektoratet. Norsk pasientregister.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/37f4eodd-61fd-4846-a7c1-d87553ce2c1a?efalse&vo-viewonly>. Lest 26.10.2020.
12. Campbell-Brown M, McFadyen IR, Seal DV et al. Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? *Br Med J* 1987; 295: 1579–1582. [PubMed][CrossRef]
13. Foley ME, Farquharson R, Stronge JM. Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? *Br Med J* 1987; 295: 270. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 23. november 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0838

Mottatt 18.10.2020, første revisjon innsendt 26.10.2020, godkjent 30.10.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no