

Urinvägsinfektion hos barn

Ursprunglig version: 2011-10-18
Reviderad senast: 2022-04-08
Ändrad senast: 2024-10-13

Egenvård

Primärvård

Specialistvård

Urinvägsinfektion är en av de vanligaste bakteriella infektionerna hos barn, även under spädbarnsåret.

Under de första levnadsmånaderna kan dålig viktökning och allmän gnällighet vara de enda symtomen.

Efter 6 månaders ålder är urinvägsinfektion vanligare hos flickor p.g.a. kortare urinrör.

Hos barn under 2 år är långdragen eller svårförklarlig feber ofta enda symtomet på urinvägsinfektion. Orsaken är då vanligen en anatomisk avvikelse.

Större barn anger ofta att det svider och tränger på mer än vanligt när de har urinvägsinfektion.

I 9 fall av 10 ligger tarmbakterien E. coli bakom urinvägsinfektionen.

Bakterier i urinen utan symtom (s.k. **asymtomatisk bakteriuri**) är vanligen ofarligt, och utreds bara hos barn under 1 år eller vid annan bakterie än E. coli.

Hur minska risken för urinvägsinfektion?

Viktigaste förebyggande åtgärd är att kissa regelbundet och låta urinblåsan tömma sig helt samt att undvika förstoppning.

Undvik överdriven underlivstvätt.

Urinvägsinfektion hos barn bör uteslutas:
- vid täta urinträngningar, sveda vid vattenkastning, illaluktande urin
- vid långdragen feber utan samtidiga förkylningssymtom
- om ett barn som varit torrt börjar kissa på sig igen
- hos spädbarn med dålig viktökning och gnällighet.

Kontakta 1177 vårdguiden på telefon (ring 1177) för direktrådgivning av sjuksköterska.

Patientinformation:
[Läs om urinvägsinfektion hos barn på 1177 Vårdguiden](#)

Anamnes
- täta trängningar, sveda vid miktion?
- svårförklarliga feberepisoder?
- förstoppning?
- nyttillkommen sekundär enures?
- avvikande miktionsmönster (håller sig i det längsta, kryst-kissning, dålig stråle eller ständigt sipprande urin)?
- nyligen genomgångna antibiotikakurer?
- utlandsvistelse nyss?
- hereditet för urinvägsproblematik i barnaåren?

Status
Fullständigt status inkl.
- buk (tumor på platsen för njure? misstanke förstoppning?)
- rygg (tecken på spinal dysrafism?)
- genitalia (trång uretramynning? labiasynekie?)
- blodtryck (om möjligt).

Lab
- Längdviktkurva
- Temp
- CRP (stiger snabbt vid upptäckt infektion)
- Urinsticka (leukocyturi? Obs! Pos Nitrit förekommer hos pojkar utan UVI pga att bakterier under förhud spolats med) – om möjligt mittstråleprov.
- Urinodling alltid vid UVI-misstanke (cystit eller pyelonefrit) innan behandling sätts in!

OBS! Kastat urinprov på alla barn. Med lite tålamod fungerar detta nästan alltid även på blöjbarn (barnet utan blöja i knät el på brits, förälder beredd med mugg).
Påspröva bara för att *utesluta* UVI pga stor risk förorening och falskt pos prov!
Ungdomar: överväg klamydia vid miktionsymtom.

Behandling i primärvård vid konstaterad:
Cystit (nyttillkommen miktionsveda, trängningar, ömhet blåsa, normal CRP, feberfri):

Furadantin® 1mg/kg x 3 i 5 dygn alt.
Selexid® (> 5 år) 200 mg x 3 i 5 dygn
[Trimetoprim 3 mg/kg x 2 i 3 dygn, först efter erhållit resistensbesked pga resistensproblematik]
[Cefadroxil 15 mg/kg x 2 i 5 dygn i andra hand, risk resistensutveckling].
Obs! Informera föräldrar om att ta ny kontakt om barnet blir sämre trots inledd behandling!

Recidiv cystit hos pojkar ska föranleda remiss till barnmottagning för utredning enligt nationellt PM.

Däremot behöver ej enstaka typisk **cystit utan feber hos flickor** utredas - remittera dock om återkommer > 2-3 gånger.

Vid asymtomatisk bakteriuri kontakta barnläkare endast hos barn <1 år eller vid konsekvent växt av annan bakterie än E. coli.

Remiss till barnklinik (även väsentligen opåverkade barn i väntan på ersättningspreparat till Cedax) vid **febril UVI, pyelonefrit** (feber, patol urinsticka, CRP-stegring >30, ofta mkt högre).

Vid förstoppning behandla denna [enligt behandlingslinje Förstoppning hos barn](#).

Akut remiss till barnmott:
• Misstanke om urinvägsinfektion hos
- alla barn < 2år
- barn >2 år som misstänks ha pyelonefrit

Om barn inom 2 dygn inte svarat adekvat på insatt behandling tas telefonkontakt med barnjour.

Elektiv remiss till barnmott/kontakt med barnläkare:
• Alla barn före puberteten med en första övre urinvägsinfektion med feber bör remitteras till barnläkare för uppföljning.
• Recidiv av cystit hos pojkar.
• Upprepade UVI hos flickor.
• Subjektivt besvärande urinblåseproblem (täta trängningar, inkontinens) som kvarstår trots basala kissråd och behandling av ev förstoppning.
• Asymtomatisk bakteriuri
- hos barn <1 år
- barn >1 år vid konsekvent växt av annan bakterie än E. coli.

På remiss ange ev förstoppning, tidigare UVI, hereditet, avvikande miktionsmönster, nyligen genomgångna antibiotikakurer, temp, CRP, urinsticka samt avvikelser i status.

Ev återremiss till Primärvård för uppföljning.

Grundregeln vid pyelonefrit är att behandling sätts igång med barnet inlaggande och att barnet går hem när infektionen är under kontroll, d.v.s. då febern och CRP är i sjunkande.

Barn > 2 år med pyelonefrit påbörjar via barnkliniken behandling med licenspreparat Cefixim.

Prover: CRP, kreatinin (alt Cystatin C), Na och Hb. Blododling om barnet är septiskt.

På barn < 1 år önskvärt med blåspunktion för säkerställande av diagnos.

Alla barn med säker pyelonefrit bör utredas med ultraljud av urinvägar eftersom missbildningar i urinvägarna kan ligga bakom.

Fördjupning
[Nationellt PM från barnläkarföreningen om Urinvägsinfektion hos barn 2013](#)