

# Kontroldyrkning efter behandling af urinvejsinfektion hos børn: Skal – skal ikke?

## LEDER

Niels Frimodt-Møller & Lars Bjerrum

Ugeskr Læger  
2015;177:V67265

Omkring 1% af drenge og 3-5% af piger har mindst en urinvejsinfektion (UVI) i barnealderen. UVI hos børn forekommer som årsag hos 3-8% af febrile børn, og 5-6% af henvendelserne til børneambulatorier/-skadestuer resulterer i indlæggelse [1, 2]. Antibiotikabehandling af symptomatisk UVI efter dokumenteret bakteriuri med dyrkning og resistensbestemmelse anbefales altid [2]. Værdien af kontroldyrkning efter behandling for UVI har været diskuteret i mange år: Hvor mange prøver skal man tage og hvornår, hvor skal man sætte grænsen for den kvantitative dyrkning, hvad gør man ved positive fund uden symptomer på UVI, står omkostningerne mål med værdien af dyrkningen osv.? *Lytzen et al* [3] har i en dansk undersøgelse fra Børneafdelingen på Hvidovre Hospital gjort et godt forsøg på at afdække værdien af kontroldyrkning efter behandling af UVI hos børn. Kontroldyrkning blev sat i forhold til, om patienterne havde UVI-symptomer eller ej. Fireogtres børn, som blev behandlet for øvre UVI, havde ingen symptomer på tidspunktet for kontroldyrkning, og ingen havde signifikant bakteriuri i kontrolurinen. Tolv børn havde uspecifikke symptomer på tidspunktet for kontroldyrkning, og hos to fandt man signifikant bakteriuri, men symptomerne var forsvundet, da resultaterne forelå, og det blev ikke opfattet som UVI og ikke behandlet. Hos børn, som blev behandlet for nedre UVI, havde otte børn, for hvem dyrkningerne var positive, ved kontrol haft recidiverende UVI, og alle have leukocyturi ved stiksundersøgelse. Der var således betydeligt færre med recidiv efter behandling for øvre UVI (0/87) end efter behandling for nedre UVI (8/42;  $p < 0,0001$ ). Forfatterne plæderer alligevel for ikke at foretage kontroldyrkning efter behandling for UVI hos børn, hvilket er i tråd med flere udenlandske guidelines [2]. Denne konklusion er ikke helt klar i det danske arbejde, da dyrkningerne hos otte børn med nedre UVI blev fundet positive ved kontroldyrkning, og børnene blev behandlet. Syv af disse havde uspecifikke symptomer, der ikke blev defineret, og som næppe kunne bruges som vejledning for kontrol. De havde dog alle haft recidiverende UVI, hvilket kunne være foreslået som kriterium for netop at følge disse børn med kontroldyrkning.

Det er interessant, at der ved den alvorligste infektion – pyelonefritis – ikke er fundet tegn på recidiv. Det kan hænge sammen med den effektive intravenøse behandling og er også rapporteret af andre [2]. Det kunne også tale for ikke at forsøge sig med peroral be-

handling hos denne type patienter. Billedet er noget mere mudret ved behandling af nedre UVI, der oftest (altid?) bliver behandlet med perorale antibiotika. Arten af disse og varigheden af behandlingen hos de patienter, der får recidiv, er ikke angivet [1]. Det er muligt, at antibiotikavalget og længere behandlingsvarighed – måske op til 14 dage – ville forhindre recidiv. Dette burde undersøges nærmere med stratificering af børnene i forhold til tidligere recidiv eller ej.

Diagnosen af UVI hos børn er afhængig af påvisning af bakterier i blæreurin. Korrekt prøvetagning er afgørende for sikker diagnose, da kontamination er almindelig, når urinen passerer meatus urinae externae. Ved midtstråleurinopsamling er kontaminationsrisikoen ca. 25% [4]. Der er generel enighed om hos børn < 2 år at foretrække suprapubisk blærepunktur og ellers engangskateterisation for at minimere kontamination [2], hvorfor børn < 2 år, hos hvem man har mistanke om UVI, altid bør henvises til børneambulatorier. I *Lytzen et al's* undersøgelse [3] er de indledende prøver prisværdigt korrekt udført, hvilket underbygger deres UVI-diagnoser. Til gengæld anvendes midtstråleurinopsamling ved kontroldyrkningerne, hvilket ved uspecifikke symptomer gør UVI-diagnosen tvivlsom. Dette forhold kunne tale for, at kontroldyrkning undlades, medmindre børn har klare symptomer på UVI [2].

## LITTERATUR

1. Sood A, Penna FJ, Eleswarapu S et al. Incidence, admission rates, and economic burden of pediatric emergency department visits for urinary tract infection: data from the nationwide emergency department sample, 2006 to 2011. *J Pediatr Urol* 7. feb 2015. pii: S1477-5131(14)00340-4. doi: 10.1016/j.jpuro.2014.10.005 (epub ahead of print).
2. Roberts KB. Revised AAP guideline on UTI in febrile infants and young children. *Am Fam Physician* 2012;86:940-6.
3. Lytzen R, Kaalund-Jørgensen K, Ahmed A et al. A follow-up urine sample has limited value after treatment for urinary tract infection in children. *Dan Med J* 2015;62(1):A4989.
4. Tosif S, Baker A, Oakley E et al. Contamination rates of different urine collection methods for the diagnosis of urinary tract infections in young children: an observational cohort study. *J Paediatr Child Health* 2012;48:659-64.

## KORRESPONDANCE:

Niels Frimodt-Møller,  
Klinisk Mikrobiologisk  
Afdeling, Rigshospitalet.  
E-mail:  
niels.frimodt-moeller@  
regionh.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-  
formularer er tilgængelige  
sammen med lederen på  
Ugeskriftet.dk