

URINEWEGINFECTIES BIJ ADOLESCENTEN EN VOLWASSENEN: VOORAFGAANDELIJKE OPMERKINGEN

• Pathologieën

- Asymptomatische bacteriurie.
- Urethritis.
- Acute, al dan niet gecompliceerde cystitis en pyelonefritis.
 - Bij niet gecompliceerde urineweginfecties gaat het enkel om:
 - acute cystitis bij de niet zwangere vrouwelijke patiënte die overigens in goede gezondheid verkeert en geen historiek heeft van (een vermoeden van) anatomische afwijkingen van de urinewegen.
 - acute pyelonefritis bij de niet zwangere, premenopauzale vrouwelijke patiënte die overigens in goede gezondheid verkeert en geen historiek heeft van (een vermoeden van) anatomische afwijkingen van de urinewegen, geen nierfalen heeft of andere tekens die wijzen op een ernstige pathologie.
 - Meestal kunnen deze patiënten ambulant worden behandeld met oraal toegediende antibiotica.
 - Alle andere vormen van cystitis of pyelonefritis bij adolescenten en volwassenen moeten beschouwd worden als gecompliceerde urineweginfecties (cystitis en pyelonefritis bij de man moeten dus steeds beschouwd worden als gecompliceerde infecties). Patiënten met dit soort infecties lopen een hoger risico voor complicaties en therapeutisch falen.
- Prostatitis.
 - Gezien het vaak moeilijk is een acute bacteriële prostatitis (NIH prostatitis categorie I) te onderscheiden van een pyelonefritis of een urosepsis en gezien deze aandoeningen dezelfde aanpak vergen, worden ze gegroepeerd onder de gemeenschappelijke noemer "urineweginfecties met systemische symptomen". Binnen deze groep kan de behandeling van een duidelijke acute prostatitis langer zijn dan die van een urosepsis of pyelonefritis.
 - Chronische bacteriële prostatitis (NIH categorie II prostatitis syndroom) wordt gekenmerkt door langdurige urogenitale symptomen (≥ 3 maand) en een positieve cultuur van urine of prostaatvocht (massage van de prostaat). Chronische bacteriële prostatitis moet worden onderscheiden van bekkenpijn syndroom/chronische prostatitis (NIH categorie III prostatitis syndroom).

Recidiverende urineweginfecties: frequentie van minstens 3 infecties in de loop van de laatste 12 maand of van 2 infecties in de loop van de laatste 6 maand.

• Aanbevelingen

- De aanbevelingen zijn gebaseerd op de meest recente richtlijnen die werden gepubliceerd door de "Infectious Diseases Society of America" (IDSA), de "European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases" (ESCMID), de "European Association of Urology" (EAU) en de "Stichting Werkgroep Antibiotica-beleid" (SWAB, Nederland).
- Deze richtlijnen werden aangepast op basis van de lokale epidemiologische gegevens en resistentiepercentages (voor zover beschikbaar).

• Diagnose

De diagnose van urineweginfecties is gebaseerd op de klinische symptomen in combinatie met een (semi)kwantitatieve urinecultuur.

- (Semi)kwantitatieve urineculturen.
 - Er is een blijvende controversie in de literatuur betreffende de richtlijnen over de optimale manier om urine op te vangen, de optimale manier om de stalen te behandelen en de meest geschikte manier om de resultaten te interpreteren.
 - Opvangen en behandelen van de urinestalen.
 - De richtlijnen (en studies) in verband met de interpretatie van de (semi)kwantitatieve urineculturen kunnen slechts worden gebruikt indien de stalen (propere "midstream" urine of urine bekomen na blaaskatheterisatie) op een correcte manier worden afgenomen en getransporteerd naar het microbiologisch laboratorium (binnen de 30 minuten na afname in de koelkast geplaatst en er gedurende maximaal 24 uur bewaard).
 - Stalen die niet correct worden afgenomen of behandeld genereren vaak foutieve en misleidende resultaten. Zij geven slechts beperkte informatie en leggen een zware last op de laboratoria.
 - Interpretatie van de resultaten van de urineculturen.
 - Een cut-off van 10^5 CFU/ml (kwantitatieve of semikwantitatieve urineculturen) werd decennia lang gebruikt om het onderscheid te maken tussen echte bacteriurie enerzijds en contaminatie van het staal door perineale flora anderzijds.

- Patiënten met risico voor infecties door resistente pathogenen.
 - Patiënten \geq 45 jaar.
 - Patiënten die recent gehospitaliseerd geweest zijn.
 - Patiënten met een gekende urologische historiek (die vaak in urologische klinieken komen).
 - Patiënten die herhaaldelijk ambuland werden behandeld in het ziekenhuis.
 - Patiënten die werden blootgesteld aan antibiotica in de loop van de 6 maand die aan het begin van de huidige symptomatologie voorafgingen.
- Dekking van ESBL producerende stammen [gebruik van een carbapenem (meropenem) of een regime met een aminoside] moet worden voorzien bij elke patiënt:
 - die wordt gehospitaliseerd op een afdeling met een hoge prevalentie van infecties veroorzaakt door dit soort pathogenen.
 - met een ernstige community acquired of nosocomiale sepsis.
 - die is blootgesteld geweest aan cefalosporines of fluoroquinolones gedurende de maand die het begin van de huidige symptomatologie voorafging.
 - die gekoloniseerd is door ESBL producerende bacteriën.