

## **URINEWEGINFECTIE BIJ KINDEREN**

---

FRANCISCUS GASTHUIS

## **Inleiding**

Bij ongeveer zes procent van de kinderen met koorts zonder een duidelijke oorzaak wordt een urineweginfectie gevonden. In de eerste levensmaanden en rond de leeftijd van drie jaar treden urineweginfecties vaker op. Met name in de eerste groep kan er sprake zijn van onderliggende aangeboren afwijkingen aan de nieren en/of urinewegen. Bij de tweede groep, die vooral uit meisjes bestaat, kan verkeerd plasgedrag, zoals plas ophouden, niet goed uitplassen, tijdens plassen de bekkenbodemspieren aanspannen, een rol spelen. Dit gaat daarom vaak samen met de zindelijkheidsstraining.

Urineweginfecties moeten tijdig worden opgespoord om schade aan de nieren te voorkomen. Vooral als er sprake is van terugstromen van de urine vanuit de blaas naar de nieren (reflux), is er een verhoogde kans op littekenvorming in de nieren bij infectie. De kans dat een broertje of zusje van een kind met reflux hetzelfde probleem heeft is dertig tot vijfenveertig procent.

## **Hoe ontstaan urineweginfecties?**

De bacteriën die een urineweginfectie geven, zijn aanwezig in de ontlasting en op de huid rondom de plasbuisopening en de anus. Via de plasbuisopening komen bacteriën vervolgens de urinewegen binnen. In een aantal gevallen bestaat een verhoogd risico op een urineweginfectie.

## **Oorzaken**

- Over het algemeen hebben meisjes een grotere kans op urineweginfecties dan mannen omdat ze een kortere plasbuis hebben.
- Onbesneden jongetjes lopen meer risico vanwege de aanwezigheid van bacteriën onder de voorhuid. Tevens hebben ook meisjes met verklevingen van de schaamlippen een hogere kans op infectie.
- Als er sprake is van reflux en/of onderliggende aangeboren afwijkingen aan de blaas of nieren is de kans op infecties groter.
- Bij afwijkend plasgedrag is het risico toegenomen. Onder afwijkend plasgedrag verstaan we onder andere het niet naar het toilet gaan bij aandrang, niet vlot uitplassen (door

tussen door de bekkenbodemspieren aan te spannen) en/of niet volledig uitplassen waardoor er altijd wat plas in de blaas achterblijft. Rondom de zindelijkheidstraining treden urineweginfecties vaker op omdat dit afwijkende plasgedrag dan vaker optreedt.

- Bij verstopping (obstipatie) worden door druk van buiten op de blaas ook vaker plasproblemen en urineweginfecties gezien. Het is dus belangrijk dat een eventuele verstopping behandeld wordt.

## **Klachten en verschijnselen**

Bij jongere kinderen die pijn bij plassen nog niet kunnen aangeven, worden vaak algemene verschijnselen van ziek zijn gezien. Algemene verschijnselen zijn bijvoorbeeld slap en moe zijn of juist geprikkeld, koorts, buikpijn, diarree en/of spugen, slechter drinken en/of niet goed aankomen in gewicht. Soms valt op dat de urine stinkt of dat uw kind huilt tijdens plassen. Bij oudere kinderen worden meer specifieke verschijnselen gemeld zoals pijn bij plassen, loze aandrang, frequent toiletbezoek met steeds kleine beetjes urine, bloed bij de urine en/of ongelukjes met broekplassen. Bovendien kan pijn in de onderbuik of in de flanken optreden. Over het algemeen is er in geval van hoge koorts verdenking op een nierbekkenontsteking. Bij milde of geen temperatuursverhoging is een blaasontsteking meer waarschijnlijk.

## **Wanneer is er sprake van een urineweginfectie**

Als uw kind bovenstaande symptomen en/of klachten heeft in combinatie met een afwijkend urineonderzoek (ontstekingscellen in de urine), dan vermoeden we een urineweginfectie. We zetten de urine vervolgens op kweek gedurende enkele dagen. Als de kweek positief is, is de urineweginfectie definitief aangetoond. Als we de urine via een plaszakje hebben gekregen, dan geldt dat alleen een negatieve uitslag betrouwbaar is.

Als we dan ontstekingscellen in de urine van uw kind vinden, kunnen dit ontstekingscellen zijn uit de blaas en dus een urineweginfectie of van de huid rondom de plasbuisopening. Dit laatste is verontreiniging en dus géén urineweginfectie.

Om deze twee oorzaken van elkaar te kunnen onderscheiden, moet bij een afwijkende urine uit een plaszakje een vervolgstap worden gezet. De urine moet op een 'schone' manier worden afgenomen dat wil zeggen via een urinekatheter (slangetje door de plasbuis).

Urine verkregen door in een bekertje te plassen, is redelijk betrouwbaar. Vooral als van tevoren de plasbuisopening is schoongemaakt en het 'middelste' deel van de hele plas wordt opgevangen (midstream).

## **Behandeling**

Urinerweginfecties behandelen we met antibiotica om uitbreiding van de infectie naar de bloedstroom tegen te gaan en schade aan de nieren te voorkomen en/of te beperken.

Zuigelingen onder de drie maanden en ernstig zieke kinderen geven we een antibioticakuur van in totaal tien dagen. Eerst starten we met antibiotica door een infuus voor twee tot drie dagen. Bij opknappen, wegblijven van de koorts en gedaalde infectiewaarden in het bloed gaan we over op een oraal (via de mond) antibioticum. Als uw kind afwijkingen heeft aan de nieren en/of urinewegen, dan geven we soms voor een langere periode intraveneuze antibiotica.

Bij kinderen ouder dan drie maanden, niet ernstig zieke kinderen en relatief lage infectiewaarden kan het antibioticum mogelijk oraal worden gegeven. De behandelend kinderarts neemt dit besluit op dat moment.

In principe geven we voor een blaasontsteking (geen koorts vastgesteld) een antibioticakuur van drie dagen en voor een nierbekkenontsteking (wel koorts vastgesteld) tien dagen.

## **Vervolgbehandeling en verder onderzoek**

Bij kinderen onder de zes maanden met een urineweginfectie wordt een echo verricht om eventuele onderliggende aangeboren anatomische afwijkingen uit te sluiten. Ook bij kinderen boven de zes maanden met herhaalde urineweginfecties of een atypische urineweginfectie wordt een echo uitgevoerd.

## **Reflux**

We bekijken of er bijkomende problemen zijn, zoals verstopping en/of afwijkend plasgedrag die we vervolgens evalueren en behandelen. Indien er een verdenking is op vesico-uretherale reflux (terugstroom urine naar de urineleiders en nieren) wordt een mictie cysto-urethrografie (MCUG) gepland.

Als reflux wordt aangetoond, dan geven we de ernst hiervan aan van graad I (mild) tot graad IV (zeer fors). In geval van ernstige reflux wordt vaak antibiotica profylaxe voorgeschreven om een nieuwe infectie te voorkomen. Mogelijk wordt na twee jaar het mictiecystogram herhaald. Eventueel wordt uw kind verwezen naar een kinderuroloog.

Bij kinderen die een nierbekkenontsteking hebben doorgemaakt, wordt na zes maanden een nierscintigrafie scan (DMSA) verricht. Deze scan laat zien of er sprake is van littekenvorming aan de nieren.

Als er littekenvorming is opgetreden, dan is er een verhoogde kans op latere problemen zoals hoge bloeddruk, nierfunctiestoornissen en/of zwangerschapsvergiftiging. Jaarlijkse controle van de bloeddruk en de urine op eiwitverlies raden we dan ook aan.

## **Vragen**

Als u nog vragen heeft over het ziektebeeld van uw kind, dan horen wij dat uiteraard graag van u zodat wij uw vragen kunnen beantwoorden.

De polikliniek Kindergeneeskunde is iedere werkdag geopend van 8.00 tot 17.00 uur. U vindt de polikliniek bij balie 380 op de derde verdieping. Voor vragen kunt u ook telefonisch contact opnemen, via telefoonnummer 010 – 461 6225.

*Juli 2015*  
*A1001*