

Urineweginfecties (richtlijn)

Inhoudsopgave

Urineweginfecties (richtlijn)	5
Titel	5
Subtitel-intro	5
Urineweginfecties	5
Achtergrond	5
Doel, doelgroep en richtlijngebruikers	6
Definities en begrippen	7
Referenties	8
Diagnostiek: Klinische verschijnselen van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen	9
Uitgangsvraag + aanbevelingen	9
Uitgangsvraag	9
Aanbevelingen	9
Literatuurreview	11
Aanleiding	11
Literatuurconclusie	11
Overwegingen	11
Verantwoording + referenties	13
Verantwoording	13
Referenties	13
Diagnostiek: Aanvullend onderzoek bij patiënten zonder katheter	16
Uitgangsvraag + aanbevelingen	16
Uitgangsvraag	16
Aanbevelingen	16
Literatuurreview	18
Aanleiding	18
Literatuur conclusies	18
Samenvatting literatuur	20
Zoeken en selecteren	22
Bijlage 1 Exclusietabel Aanvullend onderzoek	23
Bijlage 2 Evidence tabel Aanvullend onderzoek	23
Bijlage 3 Risk of bias tabel Aanvullend onderzoek	29
Bijlage 4 Zoekverantwoording Aanvullend onderzoek	36
Overwegingen	38
Verantwoording + referenties	40
Verantwoording	40

Referenties	40
Diagnostiek: Urine-onderzoek bij patiënten met incontinentie	42
Uitgangsvraag + aanbevelingen	42
Uitgangsvraag	42
Aanbevelingen	42
Literatuurreview	43
Aanleiding	43
Literatuurconclusies	43
Samenvatting literatuur	44
Zoekvraag (PICO)	45
Zoeken en selecteren	45
Bijlage 1 Exclusietabel Urine-onderzoek incontinentie	45
Bijlage 2 Evidencetabel Urine-onderzoek incontinentie	46
Bijlage 3 Risk of bias tabel Urine-onderzoek incontinentie	48
Bijlage 4 Zoekverantwoording Urine-onderzoek incontinentie	50
Overwegingen	53
Verantwoording + referenties	54
Verantwoording	54
Referenties	55
Behandelbeleid bij patiënten zonder katheter	56
Uitgangsvraag + aanbevelingen	56
Uitgangsvraag	56
Aanbevelingen	56
Literatuurreview	59
Aanleiding	59
Literatuurconclusies	59
Samenvatting literatuur	61
Zoekvraag (PICO)	68
Zoeken en selecteren	68
Bijlage 1 Exclusietabel Behandelbeleid	70
Bijlage 2 Evidencetabel Behandelbeleid	71
Bijlage 3 Risk of bias tabel Behandelbeleid	80
Bijlage 4 Zoekverantwoording Behandelbeleid	81
Overwegingen	86
Verantwoording + referenties	89
Verantwoording	89
Referenties	89
Diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties	91
Uitgangsvraag + aanbevelingen	91
Uitgangsvraag	91
Aanbevelingen	91
Literatuurreview	94

Aanleiding	94
Literatuurconclusies	94
Samenvatting literatuur	95
Zoekvraag (PICO)	95
Zoeken en selecteren	96
Bijlage 1 Exclusietabel Diagnostiek katheter	97
Bijlage 2 Zoekverantwoording Diagnostiek katheter	97
Overwegingen	99
Verantwoording + referenties	100
Verantwoording	100
Referenties	100
Behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties	102
Uitgangsvraag + referenties	102
Uitgangsvraag	102
Aanbevelingen	102
Literatuurreview	105
Aanleiding	105
Literatuurconclusies	105
Samenvatting literatuur	106
Zoekvraag (PICO)	106
Zoeken en selecteren	106
Bijlage 1 Exclusietabel Behandeling katheter	107
Bijlage 2 Zoekverantwoording Behandeling katheter	108
Overwegingen	109
Verantwoording + referenties	110
Verantwoording	110
Referenties	111
Preventie van (recidiverende) urineweginfecties bij kwetsbare ouderen	112
Uitgangsvraag + aanbevelingen	112
Uitgangsvraag	112
Aanbevelingen	112
Literatuurreview	113
Aanleiding	113
Literatuurconclusies	113
Samenvatting literatuur	115
Zoekvraag (PICO)	118
Zoeken en selecteren	119
Bijlage 1 Exclusietabel Preventie	119
Bijlage 2 Evidencetabel Preventie	120
Bijlage 3 Risk of bias tabel Preventie	128
Bijlage 4 Zoekverantwoording Preventie	130
Overwegingen	133

Verantwoording + referenties	136
Verantwoording	136
Referenties	136
Organisatie van zorg rondom diagnose, behandeling en preventie van urine­weginfecties bij kwetsbare ouderen	139
Uitgangsvraag + aanbevelingen	139
Aanbevelingen	139
Literatuurreview	140
Aanleiding	140
Literatuurconclusies	140
Overwegingen	140
Verantwoording + referenties	143
Verantwoording	143
Referenties	143
Verantwoording en methode	144
.....	144
Verantwoording	144
Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	147
Methode richtlijnontwikkeling	150
Referenties	153

Urineweginfecties (richtlijn)

Titel

Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

Achtergrond, doel en definities

Subtitel-intro

De richtlijn Urineweginfecties van Verenso uit 2006 was gedateerd. Deze had een exclusieve focus op verpleeghuispatiënten. Door hervormingen in de langdurige zorg blijven kwetsbare ouderen met multimorbiditeit langer thuis wonen of maken zij gebruik van alternatieve woonvormen voor ouderen. Een verbreding van de focus van de richtlijn is aangewezen.

Urineweginfecties

Achtergrond

Uit onderzoek komen aanwijzingen dat er onder de populatie kwetsbare ouderen sprake is van overbehandeling met antibiotica, in het bijzonder voor urineweginfecties (Van Buul, 2015). De richtlijn (2006) liet veel ruimte voor overbehandeling van antibiotica in situaties waar mogelijk een meer terughoudend beleid gepast zou zijn. Gelet op het probleem van de toenemende antimicrobiële resistentie binnen de gezondheidszorg is het van groot belang een nieuwe richtlijn te ontwerpen die heldere handvatten biedt voor juist gebruik van antibiotica. In het algemeen wordt overbehandeling bij ouderen in de hand gewerkt door de volgende factoren:

de kwetsbaarheid van de populatie, met risico op snelle klinische verslechtering
diagnostische onzekerheid door intrinsieke, patiëntgerelateerde factoren (bijvoorbeeld cognitieve en communicatieve problemen, functionele beperkingen) en extrinsieke factoren (bijvoorbeeld beperkte diagnostische faciliteiten, en beperkt opleidingsniveau zorgpersoneel)

een eenzijdige aandacht van naasten/verzorgenden voor de positieve aspecten van antibiotica
de relatieve onzichtbaarheid van de negatieve gevolgen van antibiotica zoals bijwerkingen en in het bijzonder de resistentievorming
de beperkte vertegenwoordiging van de betrokken populatie in wetenschappelijke studies
het geriatrisch paradigma van de atypische ziektepresentatie, waardoor specifieke symptomen vaak worden toegeschreven aan een urineweginfectie.

Doel, doelgroep en richtlijngebruikers

Doel

Deze vernieuwde richtlijn besteedt op diverse plaatsen aandacht aan de factoren die overbehandeling in de hand werken en biedt handvatten voor juiste diagnostiek en behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, waarbij tegelijkertijd getracht wordt om het optreden van antimicrobiële resistentie binnen de gezondheidszorg in te perken.

Doelgroep

Deze richtlijn gaat over kwetsbare ouderen ongeacht hun verblijfplaats (thuis, verpleeghuis of andere residentiële voorziening). Waar aangewezen zal de richtlijn op de verblijfplaats afgestemde aanbevelingen doen.

Richtlijngebruikers

De richtlijn is primair bedoeld voor artsen die medische zorg dragen voor de bovenomschreven patiëntenpopulatie[1]. Tevens is de richtlijn relevant voor andere professionals die betrokken zijn bij kwetsbare ouderen, in het bijzonder verpleegkundigen en verzorgenden. Het betreft hier immers veelal zorgafhankelijke patiënten als gevolg van functionele en/of cognitieve beperkingen.

Focus en afbakening

Deze richtlijn behandelt ook katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een verblijfskatheter. Hiermee komt paragraaf 4.4 Urineweginfecties in het hoofdstuk Complicaties van de richtlijn Blaaskatheters te vervallen (Verenso, 2011). Voor alle overige zaken betreffende katheterzorg (zoals indicatiestelling, etcetera) wordt verwezen naar de richtlijn Blaaskatheters. Voorts ligt de focus op infecties. Asymptomatische bacteriurie (ASB) is daarmee uitgesloten. Dit komt onder andere naar voren in de criteria die zijn gehanteerd voor de selectie van relevante literatuur. Uitgangspunt van de commissie is, dat antibiotische behandeling van ASB bij de eerder genoemde populatie gecontraïndiceerd is. Op diverse plaatsen in deze richtlijn zal ASB (zie [Organisatie van zorg](#)) niettemin aan de orde komen, omdat de hoge prevalentie hiervan - naast de bovengenoemde bevorderende factoren voor overbehandeling - een van de belangrijkste valkuilen is in de diagnostiek en behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.

[1] Voor de rol van de verpleegkundig specialist binnen de intra-, extra- en transmurale ouderenzorg wordt verwezen naar het consensusdocument taakherschikking dat tussen V&VN VS en Verenso wordt opgesteld. Het consensusdocument Taakherschikking V&VN VS en Verenso is in ontwikkeling.

Definities en begrippen

Kwetsbare ouderen

De term 'kwetsbare ouderen' lijkt intuïtief duidelijk, maar roept de vraag op: wat is kwetsbaarheid en om welke ouderen gaat het? Hiervoor zijn geen harde en ondubbelzinnige afbakeningscriteria. Ouderen vormen een zeer heterogene populatie en over het begrip kwetsbaarheid (frailty) zijn de meningen verdeeld. Achter die ene term gaan uiteenlopende operationalisaties schuil, met Fried (2001) en Rockwood (2007) als meest bekende voorbeelden. In deze richtlijn is ervoor gekozen om de kwetsbare ouderen niet exact te definiëren, maar te typeren op basis van een aantal onderscheidende kenmerken. Deze kenmerken hangen met elkaar samen, maar hoeven niet steeds alle aanwezig te zijn:

Aanwezigheid van meerdere, vaak interacterende aandoeningen (multimorbiditeit);

Leeftijdsgerelateerde aandoeningen en beperkingen;

Hoge leeftijd;

Verminderde reserve functies in verschillende orgaansystemen en een wankel lichamelijk en/of geestelijk evenwicht;

Atypische ziektepresentatie, waaronder symptoomverschuiving, symptoomomkering en symptoomarmoede;

Het voorkomen van geriatrische syndromen, in het bijzonder (toenemend) functieverlies;

Het prevaleren van functionele autonomie en kwaliteit van leven boven levensverlenging.

Bronnen: Hertogh, 1999; NVKG, 2010; Verenso, 2014

Urineweginfecties

De populatie waarop deze richtlijn zich richt is - gelet op de boven gegeven omschrijving - in zichzelf een populatie met een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop en een vertraagd herstel van een urineweginfectie. Waar andere richtlijnen inzake urineweginfecties in classificatie en beleid onderscheid maken tussen patiënten met en patiënten zonder bijzondere risicofactoren (bijvoorbeeld diabetes, hoge leeftijd, neurologische blaasstoornis) is een dergelijk onderscheid binnen deze richtlijn derhalve niet meer relevant of onderscheidend. Binnen de richtlijn urineweginfecties bij kwetsbare ouderen volgen we de volgende indeling:

Cystitis (betreft uitsluitend vrouwen)

Urineweginfectie met tekenen van weefselinvasie met als subgroepen:

- Mannen

- Vrouwen
- Patiënten met een verblijfskatheter

Cystitis

Een urineweginfectie die zich beperkt tot het oppervlak van de blaasmucosa, zonder tekenen van weefselinvasie

Tekenen van weefselinvasie

De aanwezigheid van systemische ziekteverschijnselen

Referenties

Buul LW van, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis G, Essink RT, de Greeff SC, Natsch S, van der Steen JT, Hertogh CM. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(3):229-37.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(3):M146-56.

Hertogh CPM. *Functionele Geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

NVKG. *Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment*. 2010.

Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2007;62(7):738-43.

Verenso. *Handreiking Geriatisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde*. 2014.

Verenso. *Richtlijn Blaaskatheters: Langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit*. 2011

Diagnostiek: Klinische verschijnselen van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke klinische verschijnselen (klachten en symptomen) wijzen op een urineweginfectie?

Aanbevelingen

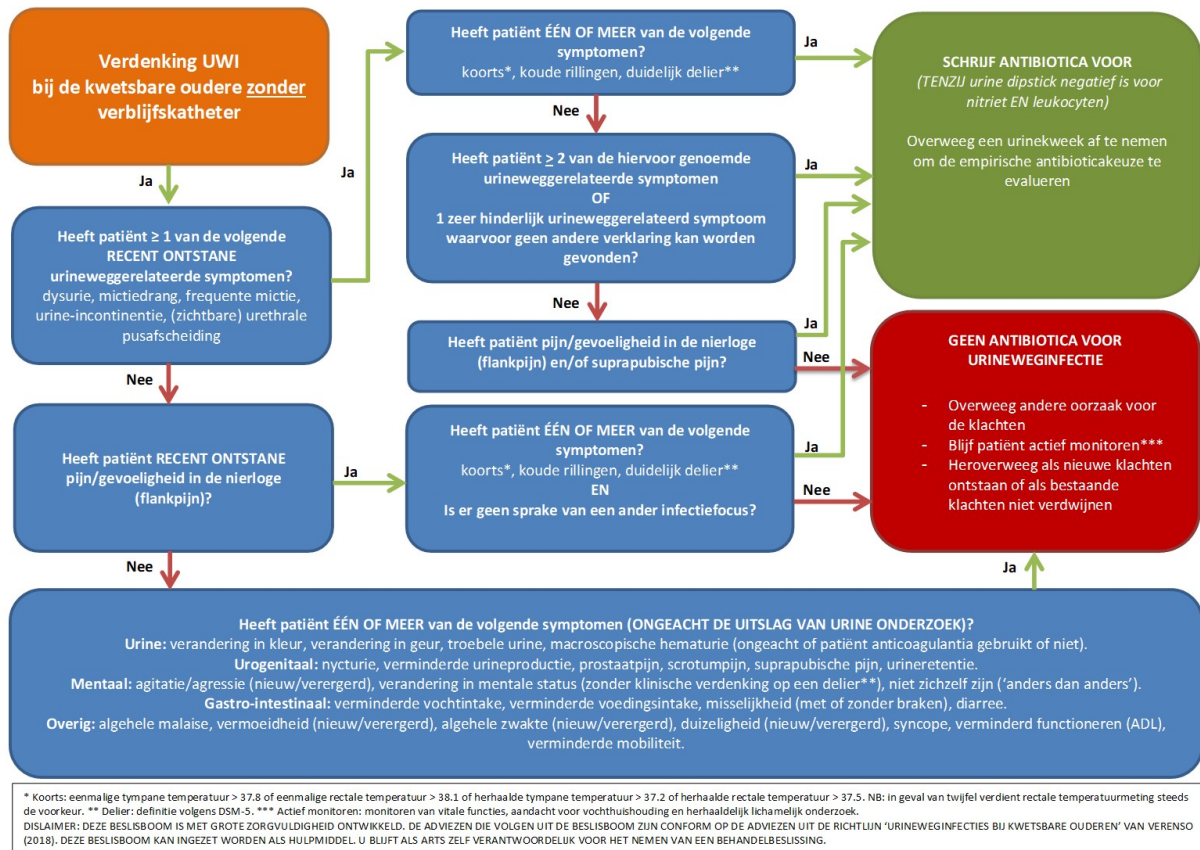
Aspecifieke klachten en symptomen bij kwetsbare ouderen kunnen niet worden toegeschreven aan een urineweginfectie.

Overmatige of verminderde urineproductie en veranderingen in aspect van urine kunnen bij kwetsbare ouderen niet worden toegeschreven aan een urineweginfectie.

Alleen recente ontstane urineweg-gerelateerde klachten te weten dysurie, mictiedrang, frequente mictie, urine-incontinentie en (zichtbare) urethrale pusafscheiding, of pijn of gevoeligheid in de nierloge (flankpijn) kunnen wijzen op een urineweginfectie.

Een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met een lichamelijk onderzoek, zijn bij kwetsbare ouderen noodzakelijk om vast te stellen of er sprake is van urineweg-gerelateerde klachten of symptomen.

Een delier zonder lokaliserende ziekteverschijnselen mag slechts worden toegeschreven aan een urineweginfectie indien andere oorzaken zijn uitgesloten.



Literatuurreview

Aanleiding

Naast de specifieke klachten van een urineweginfectie zoals een frequente, pijnlijke of branderige mictie worden in de praktijk ook aspecifieke klachten, bijvoorbeeld verwardheid, onrust, koorts en dergelijke, veelvuldig in verband gebracht met een urineweginfectie. De plaats van deze aspecifieke klachten bij het diagnosticeren van urineweginfecties en het wel of niet inzetten van de behandeling is onduidelijk. Voor een correcte diagnosestelling is een beter onderscheid nodig tussen symptomen en klinische verschijnselen die wel of niet passen bij een urineweginfectie. Op basis hiervan kan beter beoordeeld worden in welke situaties men een afwachtend beleid kan voeren, dan wel moet zoeken naar een andere verklaring voor het klinisch beeld, en in welke situaties een behandeling met een antibioticum gericht op een urineweginfectie geboden is. Tevens wordt zo overbehandeling met antibiotica tegengegaan.

Literatuurconclusie

Gezien het feit dat er slechts beperkt literatuur beschikbaar is voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is besloten om geen systematische literatuuranalyse te verrichten maar kennis te nemen van bestaande richtlijnen en de literatuur die ten grondslag lag aan de Delphi-studie.

Overwegingen

Kwetsbare ouderen krijgen vaak antibiotica voorgeschreven voor klachten die worden toegeschreven aan een urineweginfectie. In de IMPACT-studie kwam 60% van de antibiotische therapie bij verpleeghuisbewoners voor rekening van urineweginfecties. Bij 32% daarvan werd de prescriptie als niet rationeel beoordeeld. Hierbij ging het vaak om prescripties gebaseerd op aspecifieke klachten en symptomen, dat wil zeggen: klachten en symptomen die niet gerelateerd zijn aan de tractus urogenitalis (Van Buul, 2015). Andere studies rapporteren nog hogere percentages, variërend van 35% tot 72% (Zimmer, 1986; Loeb, 2001; Lim, 2012; Jones, 1987; Montgomery, 1995).

Een belangrijk probleem bij de diagnostiek van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen is het veelvuldig voorkomen van asymptomatische bacteriurie (tot wel 50%) en leukocyturie (tot wel

45%) (Nicolle, 2000; Mody, 2014; Walker 2000; Juthani-Mehta, 2014; Sundvall, 2011; Gau, 2008). Als gevolg hiervan is er een hoge a priori kans op een positieve uitslag bij urineonderzoek door middel van bijvoorbeeld een urinestick. In combinatie met aspecifieke klachten en symptomen kan dit gemakkelijk leiden tot de diagnose urineweginfectie, waarna een antibioticum wordt voorgeschreven. Bij deze aspecifieke symptomen en verschijnselen moet gedacht worden aan gedragsveranderingen, zoals agitatie, verwardheid, agressie, verminderde alertheid of eenvoudig “anders dan anders”, maar ook aan veranderingen in inname van vocht en voeding, veranderingen in functionele status, duizeligheid, of algehele malaise. Daarnaast worden ook veranderingen in geur en kleur van de urine en in urineproductie (een toe- of afname) in de praktijk vaak in verband gebracht met een urineweginfectie.

Het voorschrijven van antibiotica op basis van deze aspecifieke symptomen en klinische verschijnselen wordt dan vaak gerechtvaardigd door een beroep op het geriatrische paradigma van de aspecifieke ziektepresentatie. Het is de vraag of dit gerechtvaardigd is. Onder 200 oudere patiënten (>65 jaar) op de spoedeisende hulp bleek het aantal positieve urinekweken bij patiënten met aspecifieke symptomen (acute verwardheid, zwakheid of koorts zonder lokale, urineweg-gerelateerde klachten) nauwelijks hoger dan onder asymptomatische patiënten (Ducharme, 2007).

Gegeven de dilemma's van de atypische ziektepresentatie bij kwetsbare ouderen én het ontbreken van een gouden standaard op basis waarvan onderscheid kan worden gemaakt tussen asymptomatische bacteriurie en een daadwerkelijke urineweginfectie, is de beste vervolgstap om op basis van de huidige evidence klinische consensus criteria te definiëren op grond waarvan besloten kan worden tot een afwachtend beleid, dan wel tot het (empirisch) voorschrijven van antibiotica. Tot dit doel is een Delphi-studie verricht met nationale en internationale experts op het gebied van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een achtergrond in infectieziekten, medische microbiologie, geriatrie en ouderengeneeskunde. In een serie gestructureerde vragenrondes werd in elke opeenvolgende ronde de geanonimiseerde resultaten uit de vorige ronde(s) gepresenteerd en panelleden gevraagd om deze mee te wegen in hun antwoorden op de daaropvolgende ronde. Voorafgaand aan de eerste vragenronde zijn alle symptomen en klinische verschijnselen die in de literatuur geassocieerd worden met een mogelijke urineweginfectie geïnventariseerd. Het uit zestien leden bestaande expertpanel heeft zich vervolgens in vier opeenvolgende rondes gebogen over symptomen en klinische verschijnselen, clusters daarvan en een beslissingsondersteunend algoritme voor patiënten met en zonder verblijfskatheter en een verdenking op een mogelijke urineweginfectie. De conclusies van deze Delphi-studie wijzen erop dat alleen recent ontstane urineweg-gerelateerde klachten, zoals dysurie, mictiedrang, frequente mictie, urine-incontinentie en (zichtbare) urethrale pusafscheiding en recent ontstane pijn of gevoeligheid in de nierloge (flankpijn) wijzen op een urineweginfectie (Van Buul, 2018).

In de huidige praktijk wordt daar echter niet vaak gericht naar gevraagd of gezocht en neemt (niet-systematische) gedragsobservatie door verplegend personeel en/of mantelzorgers, in

combinatie met een laagdrempelig gebruik van urinesticks, vaak de plaats in van een gerichte anamnese en (lichamelijk) onderzoek. Artsen stellen de diagnose urineweginfectie veelvuldig zonder de patiënt persoonlijk te hebben gezien (bijvoorbeeld op basis van telefonisch contact met een zorgverlener) en de drempel tot het voorschrijven van antibiotica op grond van een vermeende urineweginfectie is laag, ook vanwege verwachtingen en wensen van verplegend personeel en/of naasten van patiënten: 'better safe than sorry' (Van Buul, 2014).

Ook bij patiënten met systemische ziekteverschijnselen zoals een delier, wijst de Delphi-studie uit, dat steeds gericht naar lokaliserende ziekteverschijnselen gezocht moet worden, alvorens het ziektebeeld - anders dan per exclusionem - wordt toegeschreven aan een urineweginfectie. Deze conclusie vindt steun in de studie van Sundvall (2014) waarin bij 676 verpleeghuisbewoners (13% diabetes, 54% dementie), 421 urinekweken en symptoomvragenlijsten zijn afgenomen. Sundvall laat een afwezige en wat verwardheid betreft een negatieve correlatie zien tussen aspecifieke klinische verschijnselen en afwijkingen in de urine. Soortgelijks geldt ook voor kwetsbare ouderen met een verblijfskatheter (zie aldaar). Bij deze patiënten, geeft de Delphi studie aan, zijn er eigenlijk geen betrouwbare klinische verschijnselen of symptomen op basis waarvan de diagnose urineweginfectie kan worden gesteld.

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Buul LW van, Vreeken HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall PD, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus Procedure. J Am Med Dir Assoc. 2018 Sep;19(9):757-764.

Buul LW van, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, de Greeff SC, Natsch S, van der Steen JT, Hertogh CM. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(3):229-37.

Buul LW van, van der Steen JT, Doncker SM, Achterberg WP, Schellevis FG, Veenhuizen RB, Hertogh CM. Factors influencing antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative in-depth study. *BMC Geriatr* 2014;14:136.

Ducharme J, Neilson S, Ginn JL. Can urine cultures and reagent test strips be used to diagnose urinary tract infection in elderly emergency department patients without focal urinary symptoms? *CJEM*. 2007 Mar;9(2):87-92. Erratum in: *CJEM*. 2007;9(4):285.

Gau JT, Clay S. Diagnostic accuracy of criteria for urinary tract infection in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:571.

Jones SR, Parker DF, Liebow ES, Kimbrough RC 3rd, Frear RS. Appropriateness of antibiotic therapy in long-term care facilities. *Am J Med*. 1987;83(3):499-502.

Juthani-Mehta M, Datunashvili A, Tinetti M. Tests for urinary tract infection in nursing home residents. *JAMA* 2014;312(16):1687-8.

Lim CJ, McLellan SC, Cheng AC, Culton JM, Parikh SN, Peleg AY, Kong DC. Surveillance of infection burden in residential aged care facilities. *Med J Aust*. 2012;196(5):327-31.

Loeb M, Simor AE, Landry L, Walter S, McArthur M, Duffy J, Kwan D, McGeer A. Antibiotic use in Ontario facilities that provide chronic care. *J Gen Intern Med*. 2001;16(6):376-83.

Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: a clinical review. *JAMA* 2014; 26;311(8):844-54.

Montgomery P, Semenchuk M, Nicolle LE. Antimicrobial use in nursing homes in Manitoba. *J Geriatr Drug Ther* 1995;9:55-74.

Nicolle LE. Urinary tract infection in long-term-care facility residents. *Clin Infect Dis* 2000;31:757-61.

Sundvall PD, Elm M, Ulleryd P, Mölsted S, Rodhe N, Jonsson L, Andersson B, Hahn-Zoric M, Gunnarsson R. Interleukin-6 concentrations in the urine and dipstick analyses were related to bacteriuria but not symptoms in the elderly: a cross sectional study of 421 nursing home residents. *BMC Geriatrics* 2014; 14:88.

Sundvall PD, Ulleryd P, Gunnarson RK. Urine culture doubtful in determining etiology of diffuse symptoms among elderly individuals: a cross sectional study of 32 nursing homes. *BMC Fam*

Pract 2011;12:36.

Walker S, McGeer A, Simor AE, Armstrong-Evans M, Loeb M. Why are antibiotics prescribed for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people? A qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *CMAJ* 2000;163(3):273-7.

Zimmer JG, Bentley DW, Valenti WM, Watson NM. Systemic antibiotic use in nursing homes. A quality assessment. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(10):703-10.

Diagnostiek: Aanvullend onderzoek bij patiënten zonder katheter

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat is de toegevoegde waarde (accuratesse en klinische uitkomsten) van aanvullend onderzoek:

De diagnostische waarde van urineonderzoek (nitrietest, leukotest, dipslide en urinekweek) voor de diagnose van urineweginfectie?

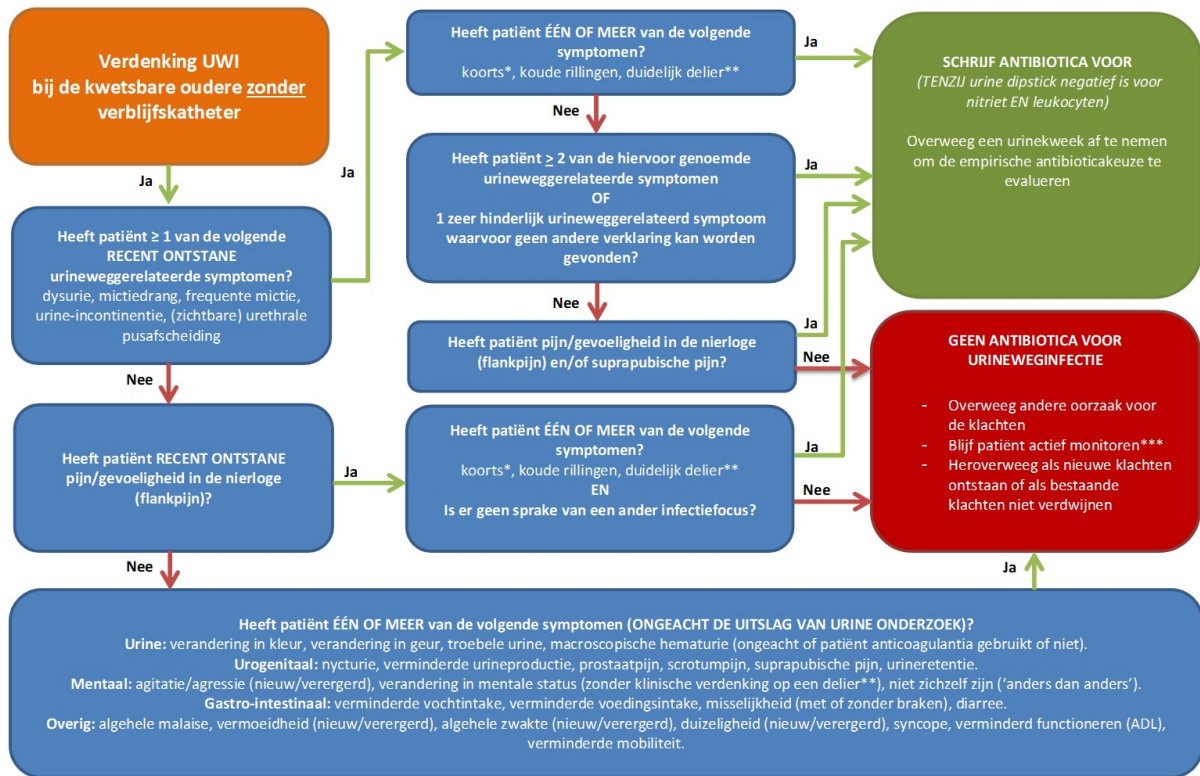
De diagnostische waarde van bloedonderzoek (leukocyten, C-reactive proteïne (CRP) en procalcitonine) ter indicatie van weefselinvasie?

Aanbevelingen

Gebruik de urinestick enkel om een urineweginfectie uit te sluiten (op basis van een negatieve nitriet- en een negatieve leukocytensterasetest).

Doe geen urinesediment of dipslide voor het stellen van de diagnose urineweginfectie bij kwetsbare ouderen.

Kweek urine altijd bij patiënten met tekenen van weefselinvasie, bij mannen, bij falen van ingezette therapie en bij recidiverende infecties.



* Koorts: eenmalige tympanische temperatuur > 37.8 of eenmalige rectale temperatuur > 38.1 of herhaalde tympanische temperatuur > 37.2 of herhaalde rectale temperatuur > 37.5. NB: In geval van twijfel verdient rectale temperatuurmeting steeds de voorkeur. ** Delier: definitie volgens DSM-5. *** Actief monitoren: monitoren van vitale functies, aandacht voor vochtinhuishouding en herhaaldelijk lichamelijk onderzoek.
 DISCLAIMER: DEZE BESLISBOOM IS MET GROTE ZORGVULDIGHEID ONTWIKKELD. DE ADVIEZEN DIE VOLGEN UIT DE BESLISBOOM ZIJN CONFORM OP DE ADVIEZEN UIT DE RICHTLIJN 'URINEWEGINFECTIES BIJ KWETSBARE OUDEREN' VAN VERENSO (2018). DEZE BESLISBOOM KAN INGEZET WORDEN ALS HULPMIDDEL. U BLIJFT ALS ARTS ZELF VERANTWOORDELIJK VOOR HET NEMEN VAN EEN BEHANDELBESSLISSING.

Literatuurreview

Aanleiding

De waarde van aanvullend onderzoek van urine of bloed in de diagnostiek van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen is onduidelijk. De meest gebruikte urineonderzoeken zijn de urinesticktest en urinekweek. De grote vraag hierbij is hoe het resultaat van het urineonderzoek te duiden gezien de hoge a-priori kans op het voorkomen van asymptomatische bacteriurie bij kwetsbare ouderen. Daarnaast is onduidelijk wat de waarde is van bloedonderzoek ter indicatie van weefselinvasie bij verdenking op een urineweginfectie.

Literatuur conclusies

Waarde van urinesticktest in diagnostiek van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen: diagnostische testeigenschappen

matig GRADE	Met een sensitiviteit variërend tussen 72 en 100% is de negatieve nitrieturinesticktest in combinatie met een negatieve leuco-urinesticktest redelijk geschikt voor het uitsluiten van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. Arinzon, 2009; Ducharme, 2007; Nys 2006; Juthani-Mehta, 2007
--------------------	---

matig GRADE	Urinesticktesten zijn NIET geschikt voor het aantonen van een urineweginfecties, specificiteit varieert tussen 20 en 70%. Arinzon, 2009; Ducharme, 2007; Nys 2006; Juthani-Mehta, 2007
--------------------	---

Waarde van urinesticktest in diagnostiek van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen: gezondheidswinst

laag GRADE	Mogelijk kan een negatieve urinestickuitslag onnodige behandeling met antibiotica voorkomen maar direct bewijs voor de effecten van de urinesticktest op de gezondheid van de patiënt (potentiële gezondheidswinst van de testuitslagen en uitkomsten van het daaruit volgend beleid) is niet bekend.
-------------------	---

Diagnostische waarde van urinekweek in diagnostiek van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

zeer laag GRADE	Gezien de hoge prevalentie van asymptomatische bacteriurie is een urinekweek ongeschikt om urineweginfecties bij kwetsbare ouderen aan te tonen. Daley, 2015
------------------------	---

Andere urinetests zoals dipslide

geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar de diagnostische waarde (testaccuratesse of gezondheidswinst) van de dipslide voor de diagnose van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
-------------------	--

Bloedonderzoek

geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar de diagnostische waarde (testaccuratesse of gezondheidswinst) van bloedonderzoek zoals leukocyten, C-reactive proteïne en procalcitonine ter indicatie van weefselinvasie bij (verdenking op) urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
-------------------	---

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

De diagnostische waarde van urineonderzoek voor diagnose van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen wordt in acht studies beschreven. Studies naar de diagnostische waarde van bloedonderzoek naar leukocyten, C-reactive proteïne (CRP) en procalcitonine ter indicatie van weefselinvasie bij kwetsbare ouderen met een verdenking op een urineweginfectie zijn niet gevonden.

In de drie systematische reviews (Detweiler, 2015; Mody, 2014; High, 2009) worden diagnostische kenmerken van urineonderzoek beschreven. Daarnaast zijn er vier primaire studies (Arinzon, 2009; Ducharme, 2007; Juthani-Mehta, 2007; Nys, 2006) naar de diagnostische accuratesse van de urinesticktest. Hierbij vergelijken Arinzon, Ducharme en Nys de urinestickuitslagen met de urinekweek, Juthani-Mehta gebruikt als referentie een combinatie van een positieve urinekweek en leucocyturie. In de laatste studie worden symptomen en functionele status bij het wel of niet kweken van urine bij LTCF-bewoners met een verdenking op een urineweginfectie onderzocht (Daley, 2015).

Urinestick voor diagnose van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

Resultaten

Testkarakteristieken van de urinesticktest om bij kwetsbare ouderen de diagnose urineweginfectie te kunnen stellen, zijn in vier studies onderzocht. De accuratessestudies van Arinzon (2009), Ducharme (2007) en Nys (2006) vergeleken urinestickuitslagen met urinekweekuitslagen. Hierbij varieerde de sensitiviteit van de urinestick tussen 72% en 90%, specificiteit varieerde tussen 40% en 70%. Juthani-Mehta (2007) vergeleek de urinesticktest met labuitslagen van zowel bacteriurie als leucocyturie; de sensitiviteit en specificiteit van de urinestick waren respectievelijk 100% en 20%. Studies naar de klinische uitkomsten van behandeling na afname van de urinesticktest zijn niet gevonden.

Arinzon (2009; n=192) vergelijkt urinekweken en urinesticks bij twee groepen van elk 96 bewoners van instellingen voor langdurige zorg van tenminste 65 jaar (gemiddelde leeftijd = 79 jaar); één groep patiënten met symptomatische urineweginfectie en één op leeftijd, geslacht en comorbiditeit gematchte groep met asymptomatische bacteriurie. Urinekweken waren positief bij 71% van de symptomatische patiënten en 60% van de asymptomatische patiënten. Er was een matige overeenkomst tussen urinestick en kweekuitslagen voor zowel symptomatische patiënten (LE: $\kappa = 0,53$; nitriet: $\kappa = 0,14$; LE+Nitriet: $\kappa = 0,31$) als voor asymptomatische patiënten (LE: $\kappa = 0,35$; nitriet: $\kappa = 0,23$; LE+Nitriet: $\kappa = 0,35$). Testkarakteristieken voor symptomatische patiënten zijn: sensitiviteit= 0,72, specificiteit= 0,67, positief voorspellende waarde= 0,85, negatief voorspellende waarde= 0,49. Toevoeging van erythrocyten (RBC) en/of eiwitten verlaagde de nauwkeurigheid, zowel bij gebruik als op zichzelf staande maat als in combinatie met andere maten.

Ducharme (2007) vergelijkt urinekweken en urinesticks bij twee groepen patiënten op de spoedeisende hulp (?65 jaar; geen LTCF) zonder mictie-gerelateerde klachten; 100 asymptomatische patiënten zonder urineweginfectie (koortsvrije patiënten met non-infectieuze, niet-systemische klachten) en 100 patiënten met vage klachten (acute verwardheid, algehele malaise of koorts zonder lokale klachten) en een verdenking op urineweginfectie. In de groep met asymptomatische patiënten hadden veertien patiënten een positieve kweekuitslag; de urinesticks konden dit moeilijk voorspellen (sensitiviteit 64%; specificiteit 77%; nauwkeurigheid= 75%; positief voorspellende waarde= 31% en negatief voorspellende waarde= 93%). Onder de symptomatische patiënten met vage klachten en verdenking op een urineweginfectie waren 19 van de 100 kweken positief. Ook in deze groep patiënten was de diagnostische waarde van de urinestick laag (sensitiviteit= 74%; specificiteit= 70,4%; nauwkeurigheid= 71%; positief voorspellende waarde= 37%; negatief voorspellende waarde= 92%).

In de studie van Nys (2006) bij 917 oudere vrouwen (>70 jaar) met klachten van een urineweginfectie in de huisartspraktijk was er in 88% van de kweken sprake van bacteriurie. Vergelijking van de urinestick met urinekweek gaf de volgende testkarakteristieken: sensitiviteit= 0,90; specificiteit= 0,40; positief voorspellende waarde= 0,92; negatief voorspellende waarde= 0,34.

De studie van Juthani-Mehta (2007) bij 101 verpleeghuisbewoners met verdenking op een urineweginfectie vergeleek de urinestickuitslagen met labuitslagen (bacteriurie + leucocyturie) waarbij een positieve uitslag van zowel bacteriurie als leucocyturie werd gezien als aanwezigheid van een urineweginfectie. De urinestick bleek een urineweginfectie perfect te kunnen uitsluiten (negatief voorspellende waarde= 100%). De meest voorkomende aanleidingen voor een verdenking op een urineweginfectie waren verandering in mentale toestand, gedragsverandering, verandering in karakter van urine en koorts of koude rillingen. Voor 40 van de 101 patiënten was de labuitslag positief. Testkarakteristieken van de urinestick waren sensitiviteit= 100%; specificiteit= 20%; positief voorspellende waarde= 45% en negatief voorspellende waarde= 100%.

Bewijskracht voor diagnostische accuratesse van de urinesticktest

De bewijskracht voor de diagnostische accuratesse van urinesticks is met één niveau verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (zie bijlage 3: risk-of-biastabel). De bewijskracht voor de diagnostische accuratesse van de urinesticktest komt hiermee op matig.

Bewijskracht voor klinische uitkomsten (behandelconsequenties en gezondheidswinst) van de urinesticktest

Studies naar klinische uitkomsten na urinesticktest en behandeling zijn niet gevonden. Er is geen direct bewijs gevonden over de consequenties van de urinesticktest zoals de gewenste en ongewenste effecten van de (antibiotica)behandeling die volgt op een positieve testuitslag of het natuurlijk beloop bij een fout-negatieve testuitslag. Aangezien er alleen accuratessestudies zijn gevonden is er sprake van indirect bewijs. Daarom is de bewijskracht voor de effecten van de urinesticktest op de verwachte gezondheidswinst, naast de bovenstaande afwaardering

vanwege beperkingen in de onderzoeksopzet, verder verlaagd vanwege beperkte extrapoleerbaarheid. De bewijskracht betreffende de gezondheidswinst komt daarmee op laag.

Urinekweek voor diagnostische doeleinden

Resultaten accuratesse

Hoewel een urinekweek een goed middel is voor het aantonen van bacteriurie is het, gezien de zeer hoge prevalentie van asymptomatische bacteriurie, de vraag of het aantonen van bacteriurie met een urinekweek waarde heeft in de diagnostiek van urineweginfecties. In de studie van Daley (2015) waren de kweekuitslagen van patiënten met symptomen van een urineweginfectie gelijk aan de prevalentie van asymptomatische bacteriurie. De betreffende symptomen waren voornamelijk specifieke symptomen waarvan op grond van de Delphi-studie mag worden aangenomen dat deze ten onrechte zijn toegeschreven aan een urineweginfectie.

Bewijskracht voor diagnostische accuratesse van de urinekweek

De bewijskracht voor de accuratesse van urinekweken voor de diagnose van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen is met één niveau verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet en met twee niveau's vanwege imprecisie (slechts één studie). De bewijskracht komt daarmee op zeer laag.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht. In de databases Pubmed en Embase is met relevante zoektermen gezocht naar urine- en bloedonderzoek bij kwetsbare ouderen met een verdenking op een urineweginfectie. De zoekverantwoording is weergegeven in bijlage 4. De literatuurzoekactie leverde 602 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: (systematische review van) primair onderzoek naar diagnostische waarde van aanvullend onderzoek van urine of bloed bij kwetsbare ouderen (gemiddelde leeftijd ten minste 75 jaar of gehele studiepopulatie ten minste 65 jaar) met een verdenking op een urineweginfectie. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie zeventien studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens twaalf studies geëxcludeerd (zie exclusietabel, bijlage 1). Vijf primaire studies en drie systematische reviews zijn definitief geselecteerd en opgenomen in de literatuuranalyse. De beoordeling van individuele studiekwaliteit en de evidencetabel kunt u vinden in bijlagen 2 en 3.

Bijlage 1 Exclusietabel Aanvullend onderzoek

Exclusie na het lezen van het volledige artikel

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
Nace, 2014	Geen systematische review
Bass, 2003	Geen systematische review
McNulty, 2004	Volledige tekst niet beschikbaar
Croxall, 2011	Niet relevant
Devillé, 2004	Oude studies (gepubliceerd tussen 1990 en 1999)
Smalbrugge, 2005	Geen referentietest
Sundvall, 2009	Geen onderscheid tussen asymptomatische en symptomatische patiënten
Snustad, 2009	Case report
Van Houdt, 2016	Asymptomatische patiënten, patiënten niet verdacht van een urineweginfectie
Mody 2014	SR* bevat geen studies die aan inclusiecriteria voldoen.
High 2009	SR* bevat geen studies die aan inclusiecriteria voldoen.
Detweiler 2015	SR* bevat geen studies die aan inclusiecriteria voldoen.

*SR = systematische review

Bijlage 2 Evidence tabel Aanvullend onderzoek

Diagnostische tests

[Vergroot tabel](#)

Studie	Studiekenmerken	Patiëntkarakteristieken	Indextest	Referentietest	Follow-up	Uitkomstmaten en effectgrootte	Opmerkingen

Daley, 2015	prospectief observatieonderzoek Land: VS Conflicts of interest:	Inclusiecriteria: - ?65 jr. - verblijf in LTCF - verdenking van urineweginfectie Exclusiecriteria: - blaaskatheter - nierdialyse - anti-infectieve behandeling N=101 Leeftijd, gem. (SD): 84,0 (8,6) jaar Geslacht: 97,2% V Comorbiditeit (n): 1,8 (1,0) ADL-score op baseline [0-28]: 11,9 (8,7)	Urinekweek bij verdenking op UWI <u>Plaats van test in klinisch pad:</u> <u>Setting:</u> <u>Prior testing:</u> geen <u>Afkapwaarde:</u>	geen referentietest, maar klinische verbetering in follow-up	Endpoint of follow-up: ADL: - na 48 uur (resultaten van kweek beschikbaar), en - na vijf dagen (genezing) For how many participants were no complete outcome data available? N (%) Redenen voor incomplete uitkomst data?	<u>Kweekuitslag</u> ⁵ (?10 ⁵ KVE/ml van uropathogene bacteriën) Positieve urinekweek: 38/101 (37,6%) episodes. <u>Symptomen</u> Significant growth cannot be well predicted based on clinical variables. <u>Functionele</u> <u>stat</u> <u>us</u> (ADL-score) 48 uur: NS 5 dgn: NS	ptnt= patiënten KVE= kolonievormende eenheden LE= Leukocyten esterase activiteit (indicator voor leucocyturie) RBC= erythrocyten NS= niet significant, geen significant verschil Sens= sensitiviteit Spec= specificiteit: PVW= positief voorspellende waarde NVW= negatief voorspellende waarde LR=
-------------	---	---	--	--	---	--	--

Arinzon, 2009	<p>Studiedesign: prospectieve observationele studie</p> <p>Land: Israël</p> <p>Conflicts of interest:</p>	<p>Inclusiecriteria: - verblijvend in instelling voor langdurige zorg - lftd ?65 jr.</p> <p>Exclusiecriteria: - AB in afgelopen maanden - blaaskatheter</p> <p>N=192 96 patiënten met symptomatische UWI (symptomen aan urinewegen en bacteriurie)</p> <p>96 patiënten met asymptomatische bacteriurie (gematcht op leeftijd, geslacht en comorbiditeit)</p>	<p><u>Indextest:</u> Urinstick (Multireagent : LE, nitriet, RBC, eiwitten)</p> <p><u>Plaats van test in klinisch pad:</u> Triage</p> <p><u>Setting:</u> LTCF</p> <p><u>Prior testing:</u> geen</p> <p><u>Afkapwaarde:</u> positieve test= nitriet en/of LE positief negatieve test= nitriet en LE negatief</p>	<p><u>Referentietest:</u> Urine kweek</p> <p><u>Afkapwaarde:</u></p>	<p>Endpoint of follow-up: For how many participants were no complete outcome data available? N (%)</p> <p>Redenen voor incomplete uitkomst data?</p>	<p><u>Urinekweek, positief:</u> asympt= 58/96 (60%) sympt= 68/96 (71%)</p> <p><u>Diagnostische maten urinstick</u></p> <p><i>Patiënten met symptomatische uwi</i></p> <p>LE+Nitriet ? = 0,31 Sens= 72% Spec= 67% Nauwkeurigheid= % PVW= 85% NVW= 49% LR+ = 2,17 LR- = 0,41</p>	<p>likel hood ratio</p>
---------------	---	--	---	--	--	---	---------------------------------

		Leeftijd, gem. [range]: 78,9 jr [61 - 95] Geslacht: 78% V				
Ducharme, 2007	Studiedesign: prospectief observatief cohort Land: Canada Conflicts of interest: None competing interest declared	Inclusiecriteria: - >65 jr. - asymptomatisch: (koortsvrije patiënten met non-infectieuze, niet-symptomatische klachten op eerste hulp) - symptomatisch: (acute confusion, weakness of koorts zonder lokale klachten) Exclusiecriteria: - verblijf in LTCF - plasklachten (frequency, burning,	<u>Indextest:</u> Urinstick <u>Plaats van test in klinisch pad:</u> Triage <u>Setting:</u> Eerstehulp <u>Prior testing:</u> geen <u>Afkapwaarde:</u> positieve test= nitriet en/of LE positief negatieve test= nitriet en LE negatief	<u>Referentietest:</u> Urinekweek <u>Afkapwaarde:</u> 10 ⁵ KVE/ml bij ptnt met midstream urine 10 ³ KVE/ml bij ptnt met urine verkregen via katheter	Endpoint of follow-up For how many participants were no complete outcome data available? N (%) Redenen voor incomplete uitkomst data?	<u>Urinekweek, positief:</u> asympt= 14/100 (14%) sympt= 19/100 (19%) <u>Diagnostische maten urinestick</u> <i>Asymptomatische ptnt</i> Sens= 64,3% Spec= 76,7% Nauwkeurigheid= 75% PPV= 31% NPV= 93% LR+ = 2,8 LR- = 0,3 <i>Symptomatische ptnt</i> Sens=

		<p>dysuria, c ostoverteb ral angle pain or ten derness) - bekende anatomisc he urologi sche afwijkinge n</p> <p>N=200 asymptom atisch: n=100 symptoma tisch: n=100</p> <p>Leeftijd, mediaan [IQR]: asympt= 78 [71-83] sympt= 79 [74-85]</p> <p>Geslacht, vrouw: 54%</p>				<p>73,7% Spec= 70,4% Nauwkeuri gheid=71 % PPV= 37% NPV= 92% LR+ = 2,7 LR- = 0,46</p>
Nys, 2006	<p>Studiedesi gn: Land: Nederland Conflicts of interest:</p>	<p>Inclusiecrit eria: - vrouwen - >70 jr. - klachten van uwi Exclusiecr iteria: - geen</p>	<p><u>Indextest:</u> Urinestic k <u>Plaats van test in klinisch pad:</u> Triage <u>Setting:</u></p>	<p><u>Referentie test:</u> Urinekwee k <u>Afkapwaar de:</u> ?10³ KVE/ml</p>	<p>Endpoint of follow- up: For how many parti cipants were no complete outcome data</p>	<p><u>Urinekwee k, positief:</u> 808/917 (88%) <u>Diagnostis che maten urinstick</u> <i>Bij dubbel negatieve uitslag vs</i></p>

		N= 917 Leeftijd, gem. [range]: 80 [71-104] Geslacht, vrouw: 100%	huisartspraktijk <u>Prior testing:</u> geen <u>Afkapwaarde:</u> positieve test= nitriet en/of LE positief negatieve test= nitriet en LE negatief		available? N (%) Redenen voor incomplete uitkomst data?	<u>rest:</u> Sens= 90% Spec= 40% PPV= 92% NPV= 34%
Juthani-Mehta, 2007	Studiedesign: prospectief observatief cohort Land: VS Conflicts of interest: authors report no conflict of interest	<u>Inclusiecriteria:</u> - verblijf in verpleeghuis - ?65 jr. - klinische verdenking op UWI door arts of verpleegkundige <u>Exclusiecriteria:</u> - blaaskatheter - langdurig AB/anti-infectieuze behandeling N=101	Urinsteiniek <u>Plaats van test in klinisch pad:</u> Triage <u>Setting:</u> Verpleeghuis <u>Prior testing:</u> geen <u>Afkapwaarde:</u> positieve test=	<u>Referentie test:</u> Laboratory evidence of UTI (bacteriurie + leucocyturie) <u>Afkapwaarde:</u> <u>Labuitslag positief:</u> Bacteriurie >10 ⁵ KVE/ml EN leucocyturie: >10 ³ witte bloedcellen/mm ³	Endpoint of follow-up: For how many participants were no complete outcome data available? N (%) Redenen voor incomplete uitkomst data?	<u>Aanleiding voor verdenking uwi</u> meest voorkomend: - verandering in mentale toestand - gedragsverandering - verandering in karakter van urine - koorts of kouderillingen <u>Labuitslag, positief</u> Positieve

		Leeftijd, gem. (SD): niet gerapporteerd	nitriet en/of LE positief negatieve test= nitriet en LE negatief	<i>Labuitslag negatief:</i> Bacteriurie $<10^5$ KVE/ml EN/OF leucocyturie <10 witte bloedcellen/mm ³		urinekweek EN leucocyturie: 40/101 (40%) <u>Diagnostische maten urinestick</u> Sens= 100% Spec= 20% PPV= 45% NPV= 100%
--	--	---	--	---	--	---

Bijlage 3 Risk of bias tabel Aanvullend onderzoek

Studies naar diagnostische testaccuratesse

[Vergroot tabel](#)

Referentie	Patiëntkenmerken	Indextest	Referentiestandaard	Doorstroom en timing	Level of evidence*
Daley, 2015	<u>Zijn patiënten random of opeenvolgend geïnccludeerd?</u> Ja/Nee /Onduidelijk Inclusie gebaseerd op hoge inzending urinekweken <u>Is een case-</u>	<u>Zijn de indextest resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de referentiestandaard resultaten?</u> Ja/Nee Onduidelijk <u>Als er een drempelwaarde is</u>	<u>Is het waarschijnlijk dat de referentiestandaard de indicatie juist classificeert?</u> Ja /Nee/Onduidelijk referentiestandaard is een urinekweek met 10⁸ colon	<u>Was er een gepast interval tussen de indextest(s) en de referentiestandaard?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Interview en urinemonster zijn op dezelfde dag afgenomen.	B, er is wel vergeleken maar niet aan alle eisen is voldaan.

<p><u>control design vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is gekozen voor een prospectieve observationele studie</p> <p><u>Heeft de studie ongepaste exclusie vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de selectie van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG/ HOOG /ONDUIDELIJK</p>	<p><u>aangehouden. was deze vooraf vastgesteld?</u> Ja/Nee/Onduidelijk NVT Geen drempelwaarde voor de indextest</p> <p>CONCLUSIE: Zou de gehanteerde werkwijze of interpretatie van de indextest geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p>y-forming units/L</p> <p><u>Zijn de referentiestandaard resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de indextest resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de referentiestandaard, de gehanteerde werkwijze of de interpretatie geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p><u>Hebben alle patiënten een referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Hebben alle patiënten dezelfde referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn alle patiënten geïnccludeerd in de analyse?</u> Ja/Nee /Onduidelijk Niet wanneer gekeken is naar de verandering van ADL in de 4 groepen (tabel 5)</p> <p>CONCLUSIE: Zou de doorstroom van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK</p>
---	---	--	--

<p>Arinzon, 2009</p>	<p><u>Zijn patiënten random of opeenvolgend geïnccludeerd?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk Er wordt niks over gemeld, alleen dat ze gematched zijn</p> <p><u>Is een case-control design vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is gekozen voor een prospectieve observationele studie</p> <p><u>Heeft de studie ongepaste exclusie vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de selectie van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO:</p>	<p><u>Zijn de indextest resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de referentiestandaard resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p><u>Als er een drempelwaarde is aangehouden, was deze vooraf vastgesteld?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>drempelwaarde was alle positieve waarden voor WBC</p> <p>CONCLUSIE: Zou de gehanteerde werkwijze of interpretatie van de indextest geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO:</p>	<p><u>Is het waarschijnlijk dat de referentiestandaard de indicatie juist classificeert?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>Urinekweek gebruikt als referentie</p> <p><u>Zijn de referentiestandaard resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de indextest resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de referentiestandaard, de gehanteerde werkwijze of de interpretatie geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO:</p> <p>ONDUIDELIJK</p>	<p><u>Was er een gepast interval tussen de indextest(s) en de referentiestandaard?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk Wordt niet aangegeven wanneer de data is verzameld</p> <p><u>Hebben alle patiënten een referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Hebben alle patiënten dezelfde referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn alle patiënten geïnccludeerd in de analyse?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de doorstroom van patiënten</p>	<p>B, er is wel vergeleken maar niet aan alle eisen is voldaan.</p>
----------------------	---	--	--	--	--

	ONDUIDELIJK	ONDUIDELIJK		geleid kunnen hebben tot bias? RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK	
Ducharme, 2007	<p><u>Zijn patiënten random of opeenvolgend geïnccludeerd?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Patiënten zijn op volgorde van binnenkomst gescreend en geïnccludeerd</p> <p><u>Is een case-control design vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is gekozen voor een prospectief observatieve cohort studie</p> <p><u>Heeft de studie ongepaste exclusie vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is bewust een</p>	<p><u>Zijn de indextest resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de referentiestandaard resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p><u>Als er een drempelwaarde is aangehouden, was deze vooraf vastgesteld?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Kweek single organism 10⁵ CFU/mL, midstream specimens 10³ CFU/mL.</p> <p>stick positief bij elke reactie op LE of nitrite of allebei.</p>	<p><u>Is het waarschijnlijk dat de referentiestandaard de indicatie juist classificeert?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Urinekweek</p> <p><u>Zijn de referentiestandaard resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de indextest resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de referentiestandaard, de gehanteerde werkwijze of de interpretatie geleid kunnen hebben tot bias?</p>	<p><u>Was er een gepast interval tussen de indextest(s) en de referentiestandaard?</u> Ja /Nee/Onduidelijk één moment van sample collectie</p> <p><u>Hebben alle patiënten een referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Hebben alle patiënten dezelfde referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn alle patiënten geïnccludeerd in de analyse?</u></p>	B, alleen maar omdat het onduidelijk is of de resultaten onafhankelijk zijn geïnterpreteerd.

	<p>keuze gemaakt om urinary symptoms te excluseren om iets te kunnen zeggen over de vage symptomen die in de praktijk tot behandeling kunnen leiden.</p> <p>CONCLUSIE: Zou de selectie van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK</p>	<p>CONCLUSIE: Zou de gehanteerde werkwijze of interpretatie van de indextest geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p>Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de doorstroom van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK</p>	
Nys, 2006	<p><u>Zijn patiënten random of opeenvolgend geïnccludeerd?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Patiënten zijn op volgorde van binnenkomst geïnccludeerd</p> <p><u>Is een case-control design</u></p>	<p><u>Zijn de indextest resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de referentiestandaard resultaten?</u> Ja/Nee /Onduidelijk Er is usual care gevolgd, dus de arts</p>	<p><u>Is het waarschijnlijk dat de referentiestandaard de indicatie juist classificeert?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Urinekweek <u>Zijn de referentiestandaard</u></p>	<p><u>Was er een gepast interval tussen de indextest(s) en de referentiestandaard?</u> Ja /Nee/Onduidelijk één moment van data verzameling <u>Hebben alle</u></p>	<p>B, alleen maar omdat het de resultaten niet onafhankelijk zijn geïnterpreteerd.</p>

<p><u>vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is gekozen voor een surveillance studie</p> <p><u>Heeft de studie ongepaste exclusie vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de selectie van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK</p>	<p>wist het.</p> <p><u>Als er een drempelwaarde is aangehouden, was deze vooraf vastgesteld?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Kweek >10³ CFU/mL</p> <p>CONCLUSIE: Zou de gehanteerde werkwijze of interpretatie van de indextest geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p><u>resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de indextest resultaten?</u> Ja/Nee /Onduidelijk usual care gevolgd</p> <p>CONCLUSIE: Zou de referentiestandaard, de gehanteerde werkwijze of de interpretatie geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p><u>patiënten een referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Hebben alle patiënten dezelfde referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn alle patiënten geïncludeerd in de analyse?</u> Ja/Nee /Onduidelijk mensen met negatieve nitriet en onbekende leukocyte of allebei onbekend zijn geëxcludeerd</p> <p>CONCLUSIE: Zou de doorstroom van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG /HOOG/ONDUIDELIJK</p>
---	---	--	---

				UIDELIJK	
Juthani-Mehta, 2007	<p><u>Zijn patiënten random of opeenvolgend geïnccludeerd?</u> Ja/Nee /Onduidelijk aanwezige patiënten in het verpleeghuis werden geïnccludeerd</p> <p><u>Is een case-control design vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Er is gekozen voor een cohort</p> <p><u>Heeft de studie ongepaste exclusie vermeden?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de selectie van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: LAAG/</p>	<p><u>Zijn de indextest resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de referentiestandaard resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p><u>Als er een drempelwaarde is aangehouden, was deze vooraf vastgesteld?</u> Ja /Nee/Onduidelijk Kweek $5 > 10^5$ CFU/mL</p> <p>CONCLUSIE: Zou de gehanteerde werkwijze of interpretatie van de indextest geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p><u>Is het waarschijnlijk dat de referentiestandaard de indicatie juist classificeert?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn de referentiestandaard resultaten geïnterpreteerd zonder kennis van de indextest resultaten?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk</p> <p>CONCLUSIE: Zou de referentiestandaard, de gehanteerde werkwijze of de interpretatie geleid kunnen hebben tot bias?</p> <p>RISICO: ONDUIDELIJK</p>	<p><u>Was er een gepast interval tussen de indextest(s) en de referentiestandaard?</u> Ja/Ne e/Onduidelijk Niet vermeld wanneer beide samples zijn verzameld</p> <p><u>Hebben alle patiënten een referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Hebben alle patiënten dezelfde referentiestandaard gehad?</u> Ja /Nee/Onduidelijk</p> <p><u>Zijn alle patiënten geïnccludeerd in de analyse?</u> Ja/Nee /Onduidelijk 101 van de 176 episodes, vanwege</p>	<p>B, er is wel vergeleken maar niet aan alle eisen is voldaan.</p>

	HOOG /ONDUIDELIJ K			incomplete urine tests	
				CONCLUSIE: Zou de doorstroom van patiënten geleid kunnen hebben tot bias?	
				RISICO:	
				ONDUIDELIJ K	

* Grade-like bepaling van level of evidence: uitgaan van oude EBRO-methode en deze vervolgens, afhankelijk van kwaliteit, op-/afwaarderen.

A1: Meta-analysis of at least 2 independent studies of level A2.

A2: Index test compared to reference test (reference standard); cut-offs were defined a priori (if applicable); independent interpretation of test results; an adequate number of patients were enrolled consecutively; all patients received both tests.

B: Index test compared to reference test, but without all the features mentioned for level A2.

C: Non-comparative studies

NB: Case-control studies will automatically score B

Bijlage 4 Zoekverantwoording Aanvullend onderzoek

Zoekverantwoording (uitgevoerd op 8 december 2016)

Pubmed

("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh:NoExp] OR "Pyelocystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis

haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr]) AND

(Elderly[tiab] OR community-dwelling[tiab] OR geriatric[tiab] OR "mini-mental state"[tiab] OR alzheimer[tiab] OR alzheimer's[tiab] OR alzheimers[tiab] OR mmse[tiab] OR caregivers[tiab] OR falls[tiab] OR Adl[tiab] OR Frailty[tiab] OR Gds[tiab] OR Ageing[tiab] OR elders[tiab] OR Frail[tiab] OR Mci[tiab] OR Demented[tiab] OR Psychogeriatrics[tiab] OR "cognitive impairment"[tiab] OR "postmenopausal women"[tiab] OR Comorbidities[tiab] OR "Geriatric assessment"[Mesh] OR "Frail elderly"[Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Alzheimer disease"[Mesh] OR dementia[tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab]) AND

(("Diagnostic Techniques, Urological"[Mesh] OR "Urinalysis"[Mesh] OR "urine"[sh] OR "Antibody-Coated Bacteria Test, Urinary"[Mesh] OR analys*[tiab] OR test[tiab] OR tests[tiab] OR testing[tiab] OR uricult[tiab] OR "Reagent Strips"[Mesh] OR dipstick*[tiab] OR "dip stick"[tiab] OR stick*[tiab] OR strip*[tiab] OR leukocyturia[tiab] OR "Leukocytes"[Mesh] OR leukocyte[tiab] OR leucocyte[tiab] OR "white blood cell"[tiab] OR "white blood cells"[tiab] OR WBC[tiab] OR "white blood count"[tiab] OR "Leukocyte Count"[Mesh] OR nitrituria[tiab] OR "Nitrites"[Mesh] OR nitrite*[tiab] OR culture*[tiab] OR "isolation and purification"[sh] OR "microbiology"[sh] OR dipslide*[tiab] OR "dip slide"[tiab] OR "blood"[sh] OR "C-Reactive Protein"[MeSH] OR "C reactive protein"[tiab] OR CRP[tiab] OR "Calcitonin/blood"[MeSH] OR procalcitonin[tiab] OR PCT[tiab]) AND ("Sensitivity and Specificity"[Mesh] OR (sensitivity[tiab] AND specificity[tiab]) OR sensitivity[ti] OR specificity[ti] OR "predictive value"[tiab] OR accuracy[tiab] OR diagnos*[ti] OR Diagnosis[sh] OR "Diagnostic Techniques and Procedures"[Mesh]))

Embase

('urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab) AND

('Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care

homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab)

AND ('urinalysis'/exp/mj OR analys*:ti,ab OR test:ti,ab OR tests:ti,ab OR testing:ti,ab OR uricult:ti,ab OR 'test strip'/mj OR dipstick*:ti,ab OR 'dip stick':ti,ab OR stick*:ti,ab OR strip*:ti,ab OR leukocyturia:ti,ab OR 'leukocyte'/exp/mj OR leukocyte*:ti,ab OR leucocyte*:ti,ab OR 'white blood cell':ti,ab OR 'white blood cells':ti,ab OR WBC:ti,ab OR 'white blood count':ti,ab OR 'leukocyte count'/exp/mj OR nitrituria:ti,ab OR 'nitrite'/exp/mj OR nitrite*:ti,ab OR culture*:ti,ab OR dipslide:ti,ab OR 'dip slide':ti,ab OR 'blood analysis'/mj OR 'C reactive protein'/mj OR 'C reactive protein':ti,ab OR 'C-reactive protein':ti,ab OR CRP:ti,ab OR 'calcitonin blood level'/mj OR procalcitonin:ti,ab OR PCT:ti,ab) AND ('sensitivity and specificity'/de OR (sensitivity:ti,ab AND specificity:ti,ab) OR sensitivity:ti OR specificity:ti OR 'predictive value'/mj OR 'predictive value':ti,ab OR accuracy:ti,ab OR diagnos*:ti OR 'diagnostic accuracy':lnk OR 'diagnosis':lnk OR 'diagnostic value'/mj OR 'diagnostic test accuracy study'/mj OR 'diagnostic test'/mj OR 'diagnostic accuracy'/exp/mj OR 'diagnostic error'/exp/mj OR 'diagnostic procedure'/mj) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) AND [2003-2016]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('juvenile'/exp NOT 'aged'/exp)

Resultaten

Ontdubbeld totaal aantal hits = 602 hits:

Pubmed 474 hits

Embase 219 hits

Overwegingen

Teststrips, urinesticks en –stroken

Uit de literatuurreview wordt geconcludeerd dat het onderzoeken van de urine bij kwetsbare ouderen met een klinische verdenking op een urineweginfectie met een urinestick, een combinatietest van nitriet en leukocytanesterase, vooral zin heeft om een urineweginfectie uit te sluiten. De afwezigheid van zowel nitriet als leukocytanesterase maakt de kans op een urineweginfectie minder waarschijnlijk en is zodoende helpend voor het uitsluiten van een infectie. Een positieve uitkomst (aantoonbare aanwezigheid van bacteriën in de urine) is in verband met het veelvuldig voorkomen van asymptomatische bacteriurie minder goed bruikbaar. Dit is ook de conclusie die internationale experts trokken in het Delphi-onderzoek. Ook zij concludeerden dat onderzoek van de urine op bacteriurie en leukocyten bij kwetsbare

ouderen niet bijdraagt aan de diagnose en dat deze alleen dient te worden verricht om een urineweginfectie uit te sluiten. De positieve uitslagen hebben geen diagnostische waarde (Van Buul, 2018).

Een fout-negatieve uitslag van nitriet kan worden veroorzaakt doordat het infecterende micro-organisme geen reductase ter beschikking heeft om nitraat in nitriet om te zetten, maar ook doordat de urine niet lang genoeg in de blaas aanwezig is geweest om deze omzetting mogelijk te maken. Andere mogelijke oorzaken zijn; afwezigheid van nitraat in de voeding en een hoge concentratie ascorbinezuur in de urine. Deze vermindering in sensitiviteit van de urinestick wordt deels ondervangen door bij het uitsluiten van een urineweginfectie ook gebruik te maken van de leukocyteneesterase.

Sediment

Het sediment wordt nog door een beperkt aantal huisartspraktijken en zorginstellingen uitgevoerd. Omdat in de oudere populatie leucocyturie en bacteriurie veelvuldig voorkomen en onvoldoende discrimineren tussen wel of geen infectie lijkt deze test geen plaats te hebben tussen de makkelijk uitvoerbare urinestick en de urinekweek waarbij ook informatie wordt verkregen over de verwekker en het gevoeligheidsspectrum.

Dipslide met en zonder gevoeligheidsbepaling

Vanwege het hoge percentage asymptomatische bacteriurie is de dipslide niet geschikt om een infectie aan te tonen. Voor het uitsluiten van een infectie kan eventueel gekozen worden voor de goedkopere urinestick.

Urinekweek

Gebrek aan kwalitatief goed onderzoek maakt een juiste inschatting van de diagnostische waarde van de urinekweek lastig. Het hoge percentage asymptomatische bacteriurie beperkt de positief voorspellende waarde echter dusdanig dat een urinekweek niet geschikt is om de diagnose urineweginfectie te stellen. Een negatieve urinekweek sluit een urineweginfectie uit. Dit zou in uitzonderlijke situaties reden kunnen zijn om een urinekweek in te zetten. Een urinekweek geeft wel belangrijke informatie over de eventuele verwekker(s) van de infectie en het bijbehorende gevoeligheidsspectrum voor het stroomlijnen van de therapie. Tevens dragen deze kweken bij aan epidemiologische data noodzakelijk voor het monitoren van de juistheid van het empirisch beleid.

Bij patiënten met een cystitis kan in eerste instantie empirisch behandeld worden. Bij falen van empirische therapie is het wenselijk een kweek in te zetten. Dit met het oog op variatie in het resistentiepercentage van uropathogenen bij kwetsbare ouderen. Ook bij patiënten met tekenen van weefselinvasie, bij mannen, bij recidiverende infecties (3-6 per jaar) wordt aangeraden altijd te kweken.

Bloedonderzoek

Het is onduidelijk of aanvullend bloedonderzoek zoals leucocyten aantal, C-reactive proteïne

(CRP) en procalcitonine kunnen bijdragen aan het stellen van de diagnose urineweginfectie. Hetzelfde geldt voor het kunnen differentiëren tussen patiënten met een urineweginfectie met of zonder weefselinvasie. Aanvullend bloedonderzoek kent zodoende geen specifieke plaats in het diagnostische algoritme rondom urineweginfectie. Het kan uiteraard wel gebruikt worden in meer algemene zin bij inschatting van ernst van ziekte danwel om behandeling te monitoren.

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Buul LW van, Vreeken, HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall P, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The development of a decision tool for the empiric treatment of suspected urinary tract infection in frail older adults: a Delphi consensus procedure. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Sep;19(9):757-764.

Daley P, Penney C, Wakeham S, Compton G, McKim A, O'Keefe J, Barrett B, Nicolle L. Urinary tract infection diagnosis and response to therapy in long-term care: A prospective observational study. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015 May-Jun;26(3):133-6.

Arinzon Z, Peisakh A, Shuval I, Shabat S, Berner Y.N. Detection of urinary tract infection (UTI) in long-term care setting: Is the multireagent strip an adequate diagnostic tool? *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2009; 48 (2): 227-231.

Juthani-Mehta M, Tinetti M, Perrelli E, Towle V, Quagliarello V. Role of dipstick testing in the evaluation of urinary tract infection in nursing home residents. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* 2007;28(7):889-891.

Ducharme J, Neilson S, Ginn J.L. Can urine cultures and reagent test strips be used to

diagnose urinary tract infection in elderly emergency department patients without focal urinary symptoms? Canadian Journal of Emergency Medicine. 2007;9(2):87-92.

Tange L.J., de Boo van Uijen M., Van Houdt L.L.M.J. Nitrietest zet behandelaars op het verkeerde been: Diagnostiek van urineweginfecties bij verpleeghuispatiënten. De verpleegkundig specialist. 2016 herfst; 11: 12-18.

Diagnostiek: Urine-onderzoek bij patiënten met incontinentie

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Hoe dient urineonderzoek plaats te vinden bij patiënten waarbij geen afname van een urinemonster mogelijk is in verband met incontinentie?

De uitgangsvraag is opgedeeld in twee subvragen:

- hoe dient urineonderzoek met de urinestick plaats te vinden bij mensen met incontinentie?
- hoe dient urine-afname voor urinekweek plaats te vinden bij mensen met incontinentie?

Aanbevelingen

Probeer bij patiënten met specifieke symptomen van een urineweginfectie die zelf geen urinemonster kunnen aanleveren via niet-invasieve methodes een urinemonster te verkrijgen voor een urinestick test om een urineweginfectie uit te kunnen sluiten.

Gebruik geen eenmalige katheterisatie voor het verkrijgen van urine voor een urinesticktest.

Gebruik alleen bij uitzondering eenmalige katheterisatie wanneer afname van een midstream urinemonster niet mogelijk is en een urinekweek wel van belang is voor de patiënt om gericht antibiotica te kiezen.

Verwijder de katheter, plaats een nieuwe katheter indien indicatie voor katheterisatie blijft bestaan en neem een urinemonster af uit de nieuw geplaatste katheter of uit een midstream urine (indien geen indicatie voor vervolg katheterisatie. Start vervolgens de antibioticabehandeling.

Literatuurreview

Aanleiding

Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen komt veel voor; onder thuiswonende ouderen 38% en onder geïnstitutionaliseerde ouderen 64% van de populatie (Caljouw, 2011).

Urine-incontinentie kan het afnemen van een urinemonster voor urine-analyse (urinestick om een eventuele urineweginfectie uit te sluiten, of een kweek voor het bepalen/stroomlijnen van de antibiotische therapie) bemoeilijken. Als alternatief kan men een urinemonster verkrijgen via eenmalige katheterisatie maar dit is belastend voor de patiënt. Ook kan de katheterisatie op zichzelf een urineweginfectie veroorzaken. Het is de vraag welke andere manieren mogelijk zijn om (niet-gecontamineerde) urine te verzamelen, bijvoorbeeld via inlegpads of incontinentiemateriaal.

Literatuurconclusies

Diagnostische waarde van urinestick afgenomen in incontinentiemateriaal

Zeer laag GRADE	De sensitiviteit en negatief voorspellende waarde van de urinestick afgenomen in incontinentiemateriaal is vergelijkbaar met een urinestick afgenomen in een clean-catch-urinemonster. Midthun, 2003
------------------------	---

Diagnostische waarde van urinestick afgenomen in incontinentiemateriaal

Zeer laag GRADE	De specificiteit en positief voorspellende waarde van de urinestick afgenomen in incontinentiemateriaal is mogelijk lager dan bij een urinestick afgenomen in een clean-catch-urinemonster. Midthun, 2003
------------------------	--

Methoden van urineafname voor urinekweek bij patiënten met urine-incontinentie

geen	Er zijn geen studies gevonden naar methoden van urineafname voor urinekweek bij patiënten met urine-incontinentie en een verdenking op een urineweginfectie.
GRADE	

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Er is één studie gevonden van Midthun (2003) naar de diagnostische waarde van een urinestick test afgenomen in incontinentiemateriaal in plaats van in een urinemonster. De studie is uitgevoerd bij 98 verpleeghuisbewoners (84% vrouwen, leeftijd gemiddeld 86 jaar) zonder symptomen van een urineweginfectie. De bewoners droegen 's nachts incontinentiemateriaal en werden elk uur gemonitord. Nat materiaal werd direct verwijderd en getest. In incontinentiemateriaal met tenminste 50 ml urine werd in het natste gedeelte 10 seconde lang een urinestick gedrukt. Vervolgens werd in de vroege ochtend een clean-catch urinemonster afgenomen, opgestuurd naar het lab en binnen drie tot acht uur onderzocht met behulp van urinestick en urinekweek. Via vergelijking van de urinestick uitslagen van het incontinentiemateriaal en het clean-catch-urinemonster met de urinekweek zijn de testkarakteristieken sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarde en doeltreffendheid berekend.

Uitkomsten

De testkarakteristieken van de urinestick test met behulp van incontinentiemateriaal is betreffende de sensitiviteit en negatief voorspellende waarde vergelijkbaar met de urinesticktest in een urinemonster (sensitiviteit: incontinentiemateriaal= 96,3%; urine= 96,3%; negatief voorspellende waarde: incontinentiemateriaal= 97,6%; urine= 98,2%). De specificiteit en positief voorspellende waarde waren kleiner wanneer de urinestick test werd afgenomen in incontinentiemateriaal ten opzicht van een urinemonster (specificiteit: incontinentiemateriaal= 57,8%; urine= 77,5%; positief voorspellende waarde: incontinentiemateriaal= 46,4%; urine= 61,9%).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht is met drie niveaus verlaagd vanwege extrapolbaarheid en het gering aantal patiënten (imprecisie). Er is afgewaardeerd voor extrapolbaarheid (bias t.g.v. indirectheid) omdat deelnemers in de studie asymptomatisch waren zonder verdenking op een urineweginfectie en in staat waren om een clean-catch urinemonster af te nemen. Daarnaast is afgewaardeerd voor imprecisie omdat er slechts één studie (n=98) is geïncludeerd. De bewijskracht komt hiermee op zeer laag.

Zoekvraag (PICO)

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling(en):

“Wat is de beste manier om een bruikbaar urinemonster te verzamelen voor urine-onderzoek bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en een verdenking op een urineweginfectie.”

PICO

P: Patiënten met urine-incontinentie en een verdenking op een urineweginfectie

I (indextest): urine-onderzoek via andere vormen van urine-afname

C (referentietest): urine-onderzoek in een midstream-urine monster

O: specificiteit en negatief voorspellende waarde

Zoeken en selecteren

In de databases Pubmed en Embase is met relevante zoektermen gezocht naar urineafname en urineanalyse bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en een verdenking op een urineweginfectie. De literatuur zoekactie leverde 192 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: (systematische review van) primair onderzoek naar methoden van urineafname voor urine-analyse bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie (gemiddelde leeftijd ten minste 75 jr of gehele studiepoulatie ten minste 65 jaar) en een verdenking op een urineweginfectie. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie tien studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens negen studies geëxcludeerd (zie exclusie tabel, bijlage 1), en één studie definitief geselecteerd en opgenomen in de literatuuranalyse (Midthun, 2003). De beoordeling van individuele studiekwaliteit (risk-of-bias tabel) en de evidence tabel kunt u vinden in bijlagen twee en drie. De zoekverantwoording is weergegeven in de bijlage 4.

Bijlage 1 Exclusietabel Urine-onderzoek incontinentie

Exclusietabel diagnostiek bij incontinentie (exclusie na het lezen van het volledige artikel)

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
Caljouw, 2011	geen antwoord op uitgangsvraag
Midthun, 2006	niet relevant. Geen onderzoek naar methoden van urineafname voor urine-analyse maar

(A survey regarding the use of the dipstick/pad method with elderly, incontinent patients. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006 Jul-Aug;33(4):402-7)	vragenlijst onderzoek naar gebruik van urinestick
Omli, 2010	geen antwoord op uitgangsvraag
Midthun, 2006 (A protocol for the urine dipstick/pad method. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006 Jul-Aug;33(4):396-400)	geen primair onderzoek, maar protocolbeschrijving
Shvartzman, 2004	geen klinische studie (in vitro studie, incontinentiemateriaal werd niet gedragen door deelnemers)
Midthun, 2006 (Are true-negative nitrite results affected by a two-hour delay in dipstick/pad analysis of urine in incontinence pads? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006 May-Jun;33(3):292-5)	geen klinische studie (in vitro studie, incontinentiemateriaal werd niet gedragen door deelnemers)
Midthun, 2003	geen klinische studie (in vitro studie, incontinentiemateriaal werd niet gedragen door deelnemers)
Hessels-grob	geen peer-review
Buchsbaum, 2004	geen antwoord op uitgangsvraag

Bijlage 2 Evidencetabel Urine-onderzoek incontinentie

[Vergroot tabel](#)

Referentie	Studiekenmerken	Patiëntkenmerken	Indextesten	Referentietest	Follow-up	Uitkomstmaten en effectgrootte	Opmerkingen
Midthun, 2003	Studiedesign : cross-sectioneel	Inclusiecriteria: - incontinente	Indextesten: - I1= Nieuwe uri	Referentietest: Urinekwiek	Duur follow-up: geen follow-up	<u>Testkarakteristieken:</u> Sensitiviteit	LE= leukocyt esterase

onderzoek	vrouwelijk e verpleeg huisbewo ners - in staat om clean catch-urin emonster te geven - geen antibiotica in afgelopen 14 dgn - geen vaginale a fscheiding Exclusiecr iteria: - geen N= 98 Leeftijd, gem + range: 86 [64-101] Geslacht, vrouw: 83,7% Symptom atische Uwl: 0 (0%) Symptom atische Uwl: 0 (0%)	nstick/pad methode, de urinestick 10 seconde in natste gedeelte van incont inentiema tariaal (met ?50 ml urine) gedrukt. - I2= Ge bruikelijke methode, urinestick in clean- catch urine Plaats in het klinisch pad: Replacem ent, een test ter vervangin g van een bestaande test Setting: V erpleeghui s Voorafgaa nde testen: geen	<u>Afkapwaar</u> de: 10 ⁵ KvE/ml van 1 soort	Incomplet e uitkomst data: N (%) Redenen voor incomplet e uitkomst data:	I1= 96,3% I2= 96,3% Specificite it I1= 57,8% I2= 77,5% Positief vo orspellend e waarde I1= 46,4% I2= 61,9% Negatief v oorspellen de waarde I1= 97,6% I2= 98,2%	Kve= kolo nievormen de eenheden
-----------	---	--	--	--	---	--

			<u>Afkapwaar</u> <u>de:</u> positieve test= nitriet positief en/of LE positief (trace, 1+ of 2+) negatieve test= nitriet negatief en LE negatief nitriet en/of LE 1+ of 2+			
--	--	--	--	--	--	--

Bijlage 3 Risk of bias tabel Urine-onderzoek incontinentie

[Vergroot tabel](#)

Referentie	Patient selection	Indextest	Referentiestandaard	Flow and timing	Level of evidence*
Midthun, 2003	<u>Was a consecutive or random sample of patients enrolled?</u> No, een convenience sample is gebruikt	<u>Were the index test results interpreted without knowledge of the results of the reference standard?</u> Yes/No/Unclear	<u>Is the reference standard likely to correctly classify the target condition?</u> Yes, urinekweek kan is goede	<u>Was there an appropriate interval between index test(s) and reference standard?</u> Yes/No/Unclear	

<p><u>Was a case-control design avoided?</u> Yes</p> <p><u>Did the study avoid inappropriate exclusions?</u> Yes/No/Unclear</p> <p>CONCLUSION: Could the selection of patients have introduced bias?</p> <p>RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR</p>	<p>ar</p> <p><u>If a threshold was used, was it pre-specified?</u> Yes/No/Unclear</p> <p>CONCLUSION: Could the conduct or interpretation of the index test have introduced bias?</p> <p>RISK: LOW /HIGH/UNCLEAR</p>	<p>test voor bacteriurie</p> <p>No, urinekweek is geen indicator voor een symptomatisch uitslag</p> <p><u>Were the reference results interpreted without knowledge of the results of the index test?</u> Yes/No/Unclear</p> <p>CONCLUSION: Could the reference standard, its conduct, or its interpretation have introduced bias?</p> <p>RISK: LOW /HIGH/UNCLEAR</p>	<p><u>Did all patients receive a reference standard?</u> Yes/No/Unclear</p> <p><u>Did patients receive the same reference standard?</u> Yes/No/Unclear</p> <p><u>Were all patients included in the analysis?</u> Yes/No/Unclear</p> <p>CONCLUSION: Could the patient flow have introduced bias?</p> <p>RISK: LOW /HIGH/UNCLEAR</p>
--	---	--	--

* Grade-like bepaling van level of evidence: uitgaan van oude EBRO-methode en deze vervolgens, afhankelijk van kwaliteit, op-/afwaarderen.

A1: Meta-analysis of at least 2 independent studies of level A2.

A2: Index test compared to reference test (reference standard); cut-offs were defined a priori (if applicable); independent interpretation of test results; an adequate number of patients were enrolled consecutively; all patients received both tests.

B: Index test compared to reference test, but without all the features mentioned for level A2.

C: Non-comparative studies

NB: Case-control studies will automatically score B

Bijlage 4 Zoekverantwoording Urine-onderzoek incontinentie

Embase, 10 augustus 2017

UWI

'urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR
'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR
'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR
cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab
OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR uti:ti,ab OR urosepsis:ti,ab

AND

Kwetsbare ouderen

'Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR
'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR
'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR
'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR
'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de
OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab
OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care
homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential
home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab
OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the
aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab

AND

Incontinentie

'urine incontinence'/exp/mj OR 'incontinence aid'/exp/mj OR 'adult diaper'/exp/mj OR
incontinen*:ti,ab

AND

Urineafname en -analyse (diagnostiek)

'urine'/exp/mj OR 'urine sampling'/exp OR (urin* NEAR/3 (specimen OR collecti* OR sampl* OR

handl* OR retriev*)):ti,ab OR 'diagnosis'/exp/mj OR 'diagnostic procedure'/exp OR 'urinalysis'/exp/mj OR analys*:ti,ab OR test*:ti,ab OR assessment:ti,ab OR uricult:ti,ab OR 'test strip'/mj OR dipstick*:ti,ab OR 'dip stick':ti,ab OR stick*:ti,ab OR strip*:ti,ab OR leukocyturia:ti,ab OR 'leukocyte'/exp/mj OR leukocyte*:ti,ab OR leukocyte*:ti,ab OR 'white blood cell':ti,ab OR 'white blood cells':ti,ab OR WBC:ti,ab OR 'white blood count':ti,ab OR 'leukocyte count'/exp/mj OR nitrituria:ti,ab OR 'nitrite'/exp/mj OR nitrite*:ti,ab OR culture*:ti,ab OR dipslide:ti,ab OR 'dip slide':ti,ab OR 'sensitivity and specificity'/de OR (sensitivity:ti,ab AND specificity:ti,ab) OR sensitivity:ti OR specificity:ti OR 'predictive value'/mj OR 'predictive value':ti,ab OR accuracy:ti,ab OR diagnos*:ti OR 'diagnostic accuracy':lnk OR 'diagnosis':lnk OR 'diagnostic value'/mj OR 'diagnostic test accuracy study'/mj OR 'diagnostic test'/mj OR 'diagnostic accuracy'/exp/mj OR 'diagnostic error'/exp/mj OR 'diagnostic procedure'/mj

AND

Limitations

([dutch]/lim OR [english]/lim) AND [2003-2017]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('juvenile'/exp NOT 'aged'/exp)

Pubmed, 10 augustus 2017

UWI

("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh:noexp] OR "Pyelocystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr])

AND

Kwetsbare ouderen

Elderly[tiab] OR community-dwelling[tiab] OR geriatric[tiab] OR "mini-mental state"[tiab] OR alzheimer[tiab] OR alzheimer's[tiab] OR alzheimers[tiab] OR mmse[tiab] OR caregivers[tiab] OR falls[tiab] OR Adl[tiab] OR Frailty[tiab] OR Gds[tiab] OR Ageing[tiab] OR elders[tiab] OR Frail[tiab] OR Mci[tiab] OR Demented[tiab] OR Psychogeriatrics[tiab] OR "cognitive impairment"[tiab] OR "postmenopausal women"[tiab] OR Comorbidities[tiab] OR "Geriatric assessment"[Mesh] OR "Frail elderly"[Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Alzheimer disease"[Mesh] OR dementia[tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab]

AND

Incontinentie

"Urinary Incontinence"[Majr] OR "Incontinence Pads"[Majr] OR incontinen*[tiab]

AND

Urineanalyse –analyse (diagnostiek)

"Urine"[Majr] OR "Specimen Handling"[Mesh:NoExp] OR "Urine Specimen Collection"[Majr] OR (urin*[tiab] AND (specimen[tiab] OR collecti*[tiab] OR sampl*[tiab] OR handl*[tiab] OR retriev*[tiab])) OR "Diagnosis"[Majr] OR "Urinary Tract Infections/diagnosis"[Majr] OR "Diagnostic Techniques, Urological"[Mesh] OR "Urinalysis"[Mesh] OR "urine"[sh] OR "Antibody-Coated Bacteria Test, Urinary"[Mesh] OR analys*[tiab] OR test[tiab] OR tests[tiab] OR testing[tiab] OR assessment[tiab] OR uricult[tiab] OR "Reagent Strips"[Mesh] OR dipstick*[tiab] OR "dip stick"[tiab] OR stick*[tiab] OR strip*[tiab] OR leukocyturia[tiab] OR "Leukocytes"[Mesh] OR leukocyte[tiab] OR leucocyte[tiab] OR "white blood cell"[tiab] OR "white blood cells"[tiab] OR WBC[tiab] OR "white blood count"[tiab] OR "Leukocyte Count"[Mesh] OR nitrituria[tiab] OR "Nitrites"[Mesh] OR nitrite*[tiab] OR culture*[tiab] OR "isolation and purification"[sh] OR "microbiology"[sh] OR dipslide*[tiab] OR "dip slide"[tiab] OR "Sensitivity and Specificity"[Mesh] OR (sensitivity[tiab] AND specificity[tiab]) OR sensitivity[ti] OR specificity[ti] OR "predictive value"[tiab] OR accuracy[tiab] OR diagnos*[ti] OR Diagnosis[sh] OR "Diagnostic Techniques and Procedures"[Mesh]

AND

Limitations

("2003/01/01"[PDat] : "2017/12/31"[PDat]) AND (English[lang] OR Dutch[lang])

Ofwel Embase

('urine'/exp/mj OR 'urine sampling'/exp OR ((urin* NEAR/3 (specimen OR collecti* OR sampl* OR handl* OR retriev*)):ti,ab) OR 'diagnosis'/exp/mj OR 'diagnostic procedure'/exp OR 'urinalysis'/exp/mj OR analys*:ti,ab OR test*:ti,ab OR assessment:ti,ab OR uricult:ti,ab OR 'test strip'/mj OR dipstick*:ti,ab OR 'dip stick':ti,ab OR stick*:ti,ab OR strip*:ti,ab OR leukocyturia:ti,ab OR 'leukocyte'/exp/mj OR leukocyte*:ti,ab OR leucocyte*:ti,ab OR 'white blood cell':ti,ab OR 'white blood cells':ti,ab OR wbc:ti,ab OR 'white blood count':ti,ab OR 'leukocyte count'/exp/mj OR nitrituria:ti,ab OR 'nitrite'/exp/mj OR nitrite*:ti,ab OR culture*:ti,ab OR dipslide:ti,ab OR 'dip slide':ti,ab OR 'sensitivity and specificity'/de OR (sensitivity:ti,ab AND specificity:ti,ab) OR sensitivity:ti OR specificity:ti OR 'predictive value'/mj OR 'predictive value':ti,ab OR accuracy:ti,ab OR diagnos*:ti OR 'diagnostic accuracy':lnk OR 'diagnosis':lnk OR 'diagnostic value'/mj OR 'diagnostic test accuracy study'/mj OR 'diagnostic test'/mj OR 'diagnostic accuracy'/exp/mj OR 'diagnostic error'/exp/mj OR 'diagnostic procedure'/mj) AND ('urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract

infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR uti:ti,ab OR urosepsis:ti,ab) AND ('elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'adl':ti,ab OR 'frailty':ti,ab OR 'gds':ti,ab OR 'ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'frail':ti,ab OR 'mci':ti,ab OR 'demented':ti,ab OR 'psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab) AND ('urine incontinence'/exp/mj OR 'incontinence aid'/exp/mj OR 'adult diaper'/exp/mj OR incontinen*:ti,ab) AND (([dutch]/lim OR [english]/lim) AND [2003-2017]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('juvenile'/exp NOT 'aged'/exp))

Overwegingen

In deze module wordt gezocht naar de beste manier om bruikbare (niet gecontamineerde) urine te verzamelen voor urine-onderzoek wanneer patiënten met specifieke symptomen van een urineweginfectie zelf geen midstream urine monster kunnen aanleveren voor urineonderzoek in verband met incontinentie. Urineonderzoek omvat enerzijds het uitsluiten van de diagnose urineweginfectie met een urinestick test en anderzijds het bepalen van de verwekker en antibioticaresistentie door middel van een urinekweek.

Urinemonster voor de urinestick test

In de diagnostiek van urineweginfecties heeft de urinesticktest geen grote betekenis gezien de geringe diagnostische waarde van de uitslagen. De test is niet nodig om de diagnose te bevestigen. Het gebruik van eenmalige katheterisatie voor het verkrijgen van urine voor een urinesticktest wordt daarom gezien als te belastend. Wel kan men via verschillende niet-invasieve methodes proberen een urinemonster te verkrijgen voor een urinesticktest. Men kan gebruik maken van een schone po nadat de patiënt veel heeft gedronken. Hierbij is het raadzaam om de patiënt eerst met milde zeep en water periaanaal schoon te maken. Een andere manier is gebruik maken van nat incontinentiemateriaal en de urinestick tien seconden in het materiaal drukken zoals beschreven door Midthun (2004). Incontinentiemateriaal blijkt goed bruikbaar voor het uitsluiten van een urineweginfectie met een urinesticktest mits geen fecale verontreiniging en ze binnen twee uur na lozing van urine uitgevoerd worden. Er is geen literatuur of wetenschappelijk bewijs welke methode de voorkeur heeft.

Voorbeeld protocol voor het afnemen van een urinesticktest in incontinentiemateriaal

Bij aanvang van de handeling eerst handen desinfecteren
Maak periaanaal schoon met water en verwissel het incontinentiemateriaal
Check iedere 45-60 minuten of het incontinentiemateriaal nat is
Verwijder het incontinentiemateriaal zodra deze nat is door urineproductie. Bij contaminatie met feces is de inlegpad niet bruikbaar
Trek handschoenen aan en pak een teststrip uit de verpakking en sluit daarna de verpakking onmiddellijk (om contaminatie van strips te voorkomen)
Druk de teststrip tien seconden in het natte gedeelte van de inlegpad
Lees daarna conform de instructie van de teststrip het resultaat af
Gooi teststrip, inlegpad en handschoenen weg en was de handen
Documenteer de gegevens in het dossier van de persoon van wie de urine afkomstig is

De werkzaamheid van de urinestick/pad methode is niet aangetoond voor urine die langer dan twee uur in een inlegpad gezeten heeft.

Bron: Midthun, 2006 en WIP-richtlijn, 2009

Urinemonster voor urinekweek

Bij een urinemonster voor een urinekweek is het zeer belangrijk dat de kans op contaminatie zo klein mogelijk is. Wanneer patiënten zelf geen midstream urinemonster kunnen aanleveren, dan kan men urine verkrijgen voor urinekweken via eenmalige katheterisatie. Echter, gezien de belasting voor de patiënt dient hier terughoudend mee omgegaan te worden. Een urinekweek met urine verkregen via eenmalige katheterisatie alleen inzetten voor bepalen van verwekkers en resistentie wanneer dit van belang is voor de patiënt om gericht antibiotica te kiezen of bij te stellen (bij algemene ziekteverschijnselen, onvoldoende reactie op therapie of een snel optredend recidief).

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Caljouw MA, den Elzen WP, Cools HJ, Gussekloo J. Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. A population-based prospective follow-up study. *BMC Med.* 2011; 16;9:57.

Midthun SJ, Paur RA, Lindseth G, Von Duvillard SP. Bacteriuria detection with a urine dipstick applied to incontinence pads of nursing home residents. *Geriatr Nurs.* 2003; 24(4): 206-209.

Midthun S, Paur R, Bruce AW. A protocol for the urine dipstick/pad method. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006 Jul-Aug;33(4):396-400.

WIP-richtlijn, 2009. Handhygiëne verpleeg- woon en thuiszorg. RIVM, Utrecht.

Behandelbeleid bij patiënten zonder katheter

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat is het aangewezen behandelbeleid voor de diverse urineweginfecties bij kwetsbare ouderen?

Aanbevelingen

Wees terughoudend met het gebruik van antibiotica voor behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen tenzij er sprake is van:

- urineweg-gerelateerde klachten met samengaande systemische verschijnselen
- meerdere urineweg-gerelateerde klachten
- één zeer hinderlijke urineweg-gerelateerde klacht
- een urineweg-gerelateerde klacht met samengaande pijn in de nierloge (flankpijn)
- pijn in de nierloge met samengaande systemische verschijnselen

Geef geen antibiotica bij een negatieve nitrietest EN negatieve leukotest.

Zorg voor inzicht in lokale resistentiecijfers met hulp van het medisch microbiologische laboratorium.

Start bij cystitis met nitrofurantoïne (2dd 100mg retard of 4dd 50mg gedurende 5 dgn) of bij contra-indicatie fosfomycine (eenmalig 3 gram) voor het slapen.

Indien een cystitis bij uitzondering moet worden behandeld met ciprofloxacine kies voor een behandelduur van drie dagen.

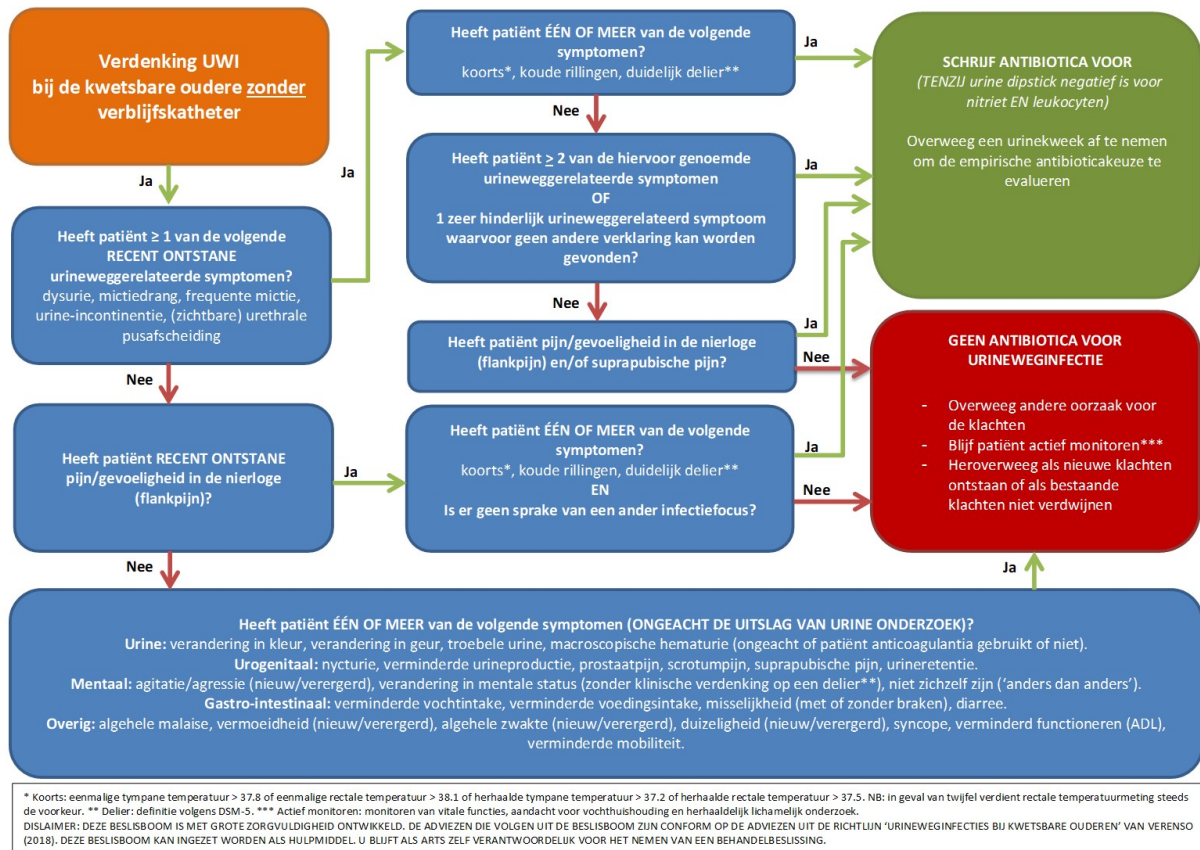
Baseer de keus van empirische therapie bij urineweginfecties met tekenen van weefselinvasie zo mogelijk op lokale resistentiedata en eerdere kweekgegevens van patiënt.

Indien lokale resistentie data en eerdere kweekresultaten ontbreken, kan bij urineweginfecties met tekenen van weefselinvasie gestart worden met

amoxicilline/clavulaanzuur, cotrimoxazol of ciprofloxacine.

Behandel vrouwen gedurende tien dagen en mannen veertien dagen.

Stroomlijn empirische therapie wanneer kweekresultaten beschikbaar zijn.



Literatuurreview

Aanleiding

De behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen kent verschillende onzekerheden. Zo ontbreekt een afbakening tussen situaties die geen directe (maar mogelijk uitgestelde) behandeling met antibiotica behoeven en zodoende een afwachtend beleid rechtvaardigen (al dan niet in combinatie met adviezen voor voldoende vochtinname en/of pijnbestrijding) en situaties waarin een behandeling met een antibioticum noodzakelijk is. Ook is onduidelijk wat de meest voorkomende verwekkers zijn onder kwetsbare ouderen, wat de gevoeligheid is van deze verwekkers en of deze gegevens verschillen per setting, bijv. thuiswonende ouderen, ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum of in een verpleeghuis. Deze module tracht deze vragen te beantwoorden en geeft advies over welk antibioticum het best geschikt is en welke duur en dosering benodigd is.

Literatuurconclusies

Antibioticumbehandeling bij kwetsbare oudere mannen

geen GRADE	Bij kwetsbare oudere mannen zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit en bijwerkingen van afwachtend beleid ten opzichte van antibioticabehandeling, of verschil in effectiviteit tussen verschillende antibiotica, verschillende doseringen of verschillende behandelduur.
-------------------	--

Prevalentie van verschillende verwekkers

laag GRADE-like	<p><i>E. coli</i> is in ongeveer de helft van de positieve urinekweken van (kwetsbare) ouderen geïsoleerd.</p> <p>Nys, 2006; Van Buul, 2016; Verhoef, 2016; Hasper, 2012</p>
------------------------	--

Prevalentie van *E. coli* in verschillende settings

laag GRADE-like	Prevalentie van <i>E. coli</i> is lager onder ouderen verblijvend in een instelling (woonzorgcentrum of verpleeghuis) in vergelijking met thuiswonende ouderen
------------------------	--

Prevalentie van *Klebsiella*

laag GRADE-like	Prevalentie van <i>Klebsiella pneumoniae</i> onder thuiswonende ouderen neemt toe met de leeftijd
------------------------	---

Antibioticaresistentie van *E. coli*

zeer laag GRADE-like	<p>Er zijn aanwijzingen die wijzen op een hogere resistentie van <i>E. coli</i> voor amoxicilline, amoxicilline/clavulaanzuur, quinolonen en fosfomycine onder woonzorgcentra- en verpleeghuisbewoners in vergelijking met thuiswonende ouderen.</p> <p>Nethmap, 2015; Nys, 2006; Van Buul, 2016; Verhoef, 2016</p>
-----------------------------	---

Resistentie voor co-trimoxazol

zeer laag GRADE-like	Cotrimoxazol-resistentie van <i>E. coli</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> lijken in alle situaties (thuis, woonzorgcentrum, verpleeghuis) hoog, ca 20%.
-----------------------------	---

Effectiviteit en bijwerkingen van antibiotica behandeling vs afwachtend beleid

geen GRADE	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit en bijwerkingen van antibiotica behandeling versus afwachtend beleid voor een urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
-------------------	--

Effectiviteit en bijwerkingen van verschillende antibiotica

geen GRADE	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden waarin effectiviteit en bijwerkingen van verschillende typen antibiotica voor behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen zijn vergeleken.
-------------------	---

Effectiviteit van korte vs lange antibioticumbehandeling

laag GRADE	Driedaagse kuur met ciprofloxacin bij oudere vrouwen met cystitis is even effectief als een zevendaagse kuur op klinische verbetering, antimicrobiële werkzaamheid en kans op recidief (herinfectie/re-infectie). Vogel, 2004
-------------------	--

Bijwerkingen van korte vs lange antibioticumbehandeling

laag GRADE	Driedaagse kuur met ciprofloxacin bij oudere vrouwen met cystitis geeft minder bijwerkingen dan een zevendaagse kuur. Vogel, 2004
-------------------	--

Samenvatting literatuur

Verwekkers en gevoeligheid

Beschrijving studies

Kweekuitslagen van zes Nederlandse studies naar verwekkers en antibioticaresistentie zijn vanuit verschillende plaatsen en settings ingestuurd. Twee studies betroffen kweekuitslagen van huisartsenpraktijken (Nethmap, 2015; Nys, 2006), één studie heeft kweekuitslagen van bewoners van woonzorgcentra opgevraagd bij de betreffende huisartsen (van Buul, 2016) en de overige drie studies betreffen kweekuitslagen van verpleeghuisbewoners. De studiepopulaties van verpleeghuisbewoners verschillen van elkaar. Het betreft urinekweken afgenomen na falen empirische therapie of recidief (Hasper, 2012) of juist bij asymptomatische bewoners (Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013). De studie van Hoogendoorn (2013) verschilt ook van de andere studies doordat in deze studie anale swabs werden onderzocht in plaats van urinekweken. Onderstaand volgt een korte beschrijving van de zes geïnccludeerde studies.

Thuiswonende ouderen

Nethmap (2015) onderzocht kweekuitslagen van 42 huisartsenpraktijken die deelnemen aan 'surveillance of extramural resistance in the Netherlands' (SERIN). Resistentie van *Escherichia coli* (*E. coli*) is onderzocht bij 192 urinekweken van vrouwen ouder dan 70 jaar die in 2014 hun huisarts bezochten met symptomen van een urineweginfectie.

Nys (2006) onderzocht kweekuitslagen van 917 vrouwen ouder dan 70 jaar (gemiddeld 80 jaar) die in 2003 of 2004 een van de 21 deelnemende huisartspraktijken bezochten vanwege een urineweginfectie. De verschillende verwekkers die in de 808 (88%) positieve kweken zijn geïsoleerd zijn per tien jaars leeftijdsklassen (71-80; 81-90; >90) gerapporteerd. Resistentie van de drie meest voorkomende verwekkers voor zeven verschillende antibiotica is voor alle drie de leeftijdsklassen bepaald.

Bewoners woonzorgcentra

De retrospectieve studie van Van Buul (2016) onderzocht 236 dossiers van bewoners van woonzorgcentra (gemiddelde leeftijd 87 jaar; 81% vrouw) uit de periode 2010-2013. Dossiers waren opgevraagd bij de betreffende huisarts en bevatten 143 uitslagen van urinekweken afgenomen bij 66 bewoners van woonzorgcentra (bij 30 bewoners waren meerdere kweken afgenomen).

De drie meest voorkomende verwekkers en hun resistentie tegen acht antibiotica zijn gerapporteerd.

Verpleeghuisbewoners

Verhoef (2016) onderzocht 5421 dipslides van asymptomatische verpleeghuisbewoners (107 verpleeghuizen) uit de periode 2012-2014 op de aanwezigheid van *E. coli*, de aanwezigheid van extended spectrum b-lactamase (ESBL) producerende *E. coli* en de resistentie van *E. coli* voor acht soorten antibiotica.

Hoogendoorn (2013) onderzocht anale swabs van 125 verpleeghuisbewoners op de aanwezigheid van *E. coli*, antibioticaresistentie van *E. coli* en aanwezigheid van ESBL-producerende Enterobacteriaceae. De swabs zijn in de periode 2008-2009 afgenomen bij bewoners van de afdelingen langdurige somatische zorg (n=71) en geriatrische revalidatiezorg (n=37).

De studie van Hasper (2012) bepaalde resistentie van verwekkers uit 506 positieve urinekweken van verpleeghuisbewoners uit de periode 2004-2009. Urine werd meestal gekweekt na falen empirische therapie of bij recidiverende urineweginfectie.

Resultaten verwekkers

De prevalentie van de verschillende verwekkers in de zes geïnccludeerde studies is weergegeven in tabel 1 in bijlage 3a.

Thuiswonende ouderen

In Nethmap (2015) was *E. coli* aanwezig in 142 van de 192 urinekweken (74%; 95% BI: 67% tot 80%) van thuiswonende vrouwen ouder dan 70 jaar. Ook in de studie van Nys (2006) bij thuiswonende ouderen (>70 jaar) was *E. coli* met een prevalentie variërend tussen 57% (95%

BI: 44% tot 69%) tot 62% (95%BI: 57% tot 66%) in alle leeftijdsklassen de meest voorkomende verwekker in de urinekweken, op afstand gevolgd door *Proteus mirabilis* (8%; 95%BI: 6% tot 10%) en *Klebsiella pneumoniae* (6%; 95%BI: 5% tot 8%). De prevalentie van *Klebsiella pneumoniae* nam significant toe met de leeftijd, van 3% (95% BI: 2% tot 5%) in de leeftijdscategorie 71-80 jaar tot 16% (95% BI: 9% tot 28%) in de categorie >90 jaar.

Woonzorgcentra

Bij 96 (67%; 95% BI: 59% tot 74%) kweken in de studie van Van Buul (2016) werd een verwekker geïsoleerd. De drie meest voorkomende verwekkers waren *E. coli* (41%; 95% BI: 31-51; n=39), *Proteus mirabilis* (17%; 95% BI: 11% tot 25%; n=16) en *Klebsiella pneumoniae* (15%; 95% BI: 9% tot 23%; n=14).

Verpleeghuisbewoners

De prevalentie van *E. coli* in urinekweken van verpleeghuisbewoners na falen van antibiotische behandeling was 42% (95% BI: 38% tot 46%; Hasper, 2012). Onder asymptomatische verpleeghuisbewoners was de prevalentie van *E. coli* in urinekweken 55% (95% BI: 53% tot 56%; 2934/5359 dipslides). De prevalentie van *E. coli* in urinekweken was significant lager onder ouderen verblijvend in een zorginstelling (53%; 95% BI: 52 tot 55; Van Buul, 2016; Hasper, 2012; Verhoef, 2012) in vergelijking met thuiswonende ouderen (64%; 95% BI: 61 tot 66; Nethmap, 2015; Nys, 2006).

De prevalentie van ESBL-producerende Enterobacteriaceae was 6% (95% BI: 3% tot 12%; Hoogendoorn, 2013) en prevalentie van ESBL-producerende *E. coli* 4,2% (95% BI: 3% tot 6%; 123/2934; Verhoef, 2016) onder asymptomatische verpleeghuisbewoners. De ESBL-producerende *E. coli* waren in de helft (53/107) van de onderzochte locaties aanwezig (Verhoef, 2016).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor prevalentie van verwekkers is verlaagd naar laag vanwege imprecisie en extrapolatiebaarheid. Voor imprecisie is afgewaardeerd vanwege het relatief gering aantal patiënten. Voor extrapolatiebaarheid (bias t.g.v. indirectheid) is afgewaardeerd gezien niet alle urinekweken zijn afgenomen bij patiënten met (een verdenking op) een urineweginfectie (Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013) en er anale swabs in plaats van urinekweken zijn onderzocht (Hoogendoorn, 2013). Ook gaat het om relatief verouderde data (bijv. de studie van Nys uit 2006 gebruikt data uit 2003-2004) waardoor mogelijk significante verschillen zijn opgetreden.

Resultaten resistentie

De op basis van de literatuur gevonden resistentiepatronen van verwekkers tegen verschillende antibiotica zijn weergegeven in tabel 2a tot en met tabel 2c. In tabel 2d zijn de op basis van ISIS-AR gegevens van resistentiepatronen van verwekkers in Nederland opgenomen. Het betreft hier resistentiepercentages van *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* en de gepoolde resistentie in 2016 afkomstig uit urine bij patiënten van 65 jaar of ouder en woonachtig in een verzorgings- of verpleeghuis. Kweekresultaten zijn aangeleverd door 36 Nederlandse

laboratoria. Het betreft het eerste isolaat van de patiënt. Omdat het hier kweken betreft van geselecteerde patiënten die mogelijk reeds zijn voorbehandeld, is de verwachting dat de daadwerkelijke resistentiepercentages lager zullen zijn.

Resistentie van *E. coli* is onderzocht onder thuiswonende ouderen (Nethmap, 2016; Nys, 2006), bewoners van woonzorgcentra (Van Buul, 2016) en onder bewoners van verpleeghuizen (Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013).

Resistentie van *E. coli* tegen amoxicilline onder thuiswonende ouderen was 31% (95% BI: 7% tot 35%), onder bewoners van woonzorgcentra 51% (95% BI: 36% tot 66%; Van Buul, 2016) en onder verpleeghuisbewoners 45% (95% BI: 43% tot 47%; Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013). Resistentie van *E. coli* tegen amoxicilline/clavulaanzuur was onder thuiswonende ouderen 6% (95% BI: 5% tot 9%; Nys 2006; Nethmap, 2015), onder bewoners van woonzorgcentra 41% (95% BI: 27% tot 57%; Van Buul, 2016) en onder verpleeghuisbewoners 24% (95% BI: 23% tot 26%; Hoogendoorn, 2013; Verhoef, 2016).

Resistentie van *E. coli* tegen ceftriaxon is alleen door Hoogendoorn onderzocht bij verpleeghuisbewoners; zij vonden een resistentie van 4% (95% BI: 1% tot 9%).

Onder thuiswonende ouderen was er minder resistentie tegen quinolonen (ciprofloxacin 7% (95% BI: 5% tot 9%) en norfloxacin 5% (95% BI: 4% tot 8%)) dan onder bewoners van woonzorgcentra (ciprofloxacin 23% [95% BI: 13% tot 38%], norfloxacin 21% [95% BI: 11% tot 36%]) en verpleeghuizen (ciprofloxacin 20% [95% BI: 18% tot 21%] en norfloxacin 24% [95% BI: 23% tot 26%]).

Resistentie van *E. coli* tegen cotrimoxazol onder thuiswonende ouderen, woonzorgcentra- en verpleeghuisbewoners was respectievelijk 19% (95% BI: 13% tot 26%), 15% [95% BI: 7% tot 30%] en 22% [21% tot 24%]. Resistentie tegen trimethoprim was 22% (19% tot 25%), 23% (13% tot 38%) en 25% (95% BI: 24% tot 27%) voor respectievelijk thuiswonende ouderen en bewoners van woonzorgcentra- en verpleeghuisbewoners.

Nitrofurantoïne varieerde tussen 0% (95% BI 0% tot 9%) onder bewoners van woonzorgcentra en 2% (95% BI: 1% tot 4%) onder thuiswonende ouderen.

Resistentie tegen fosfomycine is onderzocht onder thuiswonende ouderen (1% [95% BI: 0,1 tot 4%]; Nethmap, 2015) en bewoners van woonzorgcentra (8% [95% BI: 3% tot 20%]; Van Buul, 2016). Gentamicine resistentie is alleen door Hoogendoorn onderzocht onder verpleeghuisbewoners, deze was 1% (95%BI: 0,2 tot 5%).

Resistentie van *Proteus mirabilis* onder thuiswonende ouderen en ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum zijn gerapporteerd door resp. Nys (2006; n=38) en Van Buul (2016; n=16). Onder thuiswonende ouderen is resistentie van *Proteus mirabilis* tegen amoxicilline 26% (95% BI: 15% tot 42%) en tegen amoxicilline/clavulaanzuur 5% (95% BI: 2% tot 17%). Er was geen

resistentie gevonden tegen quinolonen (resistentie tegen zowel ciprofloxacine als norfloxacine was 0%; 95% BI: 0% tot 9%). Resistentie tegen cotrimoxazol was 21% (95% BI: 11% tot 36%) en tegen trimethoprim was deze 24% (95% BI: 13% tot 39%).

Onder bewoners van woonzorgcentra was resistentie van *Proteus mirabilis* tegen amoxicilline 13% (95% BI: 4% tot 36%) en tegen amoxicilline/clavulaanzuur 0% (95% BI: 0% tot 19%). Net als onder thuiswonende ouderen is er geen resistentie van *Proteus mirabilis* tegen quinolonen (ciprofloxacine en norfloxacine) gevonden (prevalentie 0%; 95%BI: 0% tot 19%). Resistentie van *Proteus mirabilis* onder bewoners van woonzorgcentra tegen cotrimoxazol was 19% (95% BI: 7% tot 43%), tegen trimethoprim 38% (95% BI: 19% tot 61%) en tegen fosfomycine 13% (95% BI: 4% tot 36%).

Gegevens over resistentie van *Proteus mirabilis* onder Nederlandse verpleeghuisbewoners staan in tabel 2d.

Klebsiella pneumoniae

Resistentie van *Klebsiella pneumoniae* onder thuiswonende ouderen en ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum zijn gerapporteerd door respectievelijk Nys (2006; n=32) en Van Buul (2016; n=14).

Onder thuiswonende ouderen was er geen resistentie van *Klebsiella pneumoniae* tegen amoxicilline/clavulaanzuur (0%; 95% BI: 0% tot 11%). Resistentie tegen quinolonen, zowel ciprofloxacine als norfloxacine, was 9% (95% BI: 3% tot 24%). Resistentie tegen cotrimoxazol was 13% (95% BI: 5% tot 28%), tegen trimethoprim 16% (95% BI: 7% tot 32%) en tegen nitrofurantoïne 34% (95% BI: 20% tot 52%).

Onder bewoners van woonzorgcentra was er ook geen resistentie van *Klebsiella pneumoniae* tegen amoxicilline/clavulaanzuur (0%; 95% BI: 0% tot 22%). Resistentie tegen quinolonen ciprofloxacine en norfloxacine was respectievelijk 7% (95% BI: 1% tot 32%) en 29% (95% BI: 12% tot 55%). Resistentie tegen cotrimoxazol was 7% (95% BI: 1% tot 32%) en tegen trimethoprim 29% (95% BI: 12% tot 55%). Resistentie tegen nitrofurantoïne en fosfomycine was met 43% (95% BI: 21% tot 67%) voor beide middelen hoog.

Gegevens over resistentie van *Klebsiella pneumoniae* onder Nederlandse verpleeghuisbewoners staan in tabel 2d.

Alle verwekkers

In de studie van Van Buul (2016) onder bewoners van woonzorgcentra is 81% (95% BI: 72% tot 88%) van de verwekkers resistent tegen ten minste één antibioticum. Onder verpleeghuisbewoners varieert de resistentie van alle verwekkers tussen 29% (95% BI: 25% tot 33%) tegen ciprofloxacine en 75% (95% BI: 71% tot 79%) tegen trimethoprim.

Bewijskracht van de literatuur over resistentie

De bewijskracht voor resistentie van verwekkers is verlaagd naar zeer laag vanwege imprecisie en extrapolbaarheid. Er is met één niveau afgewaardeerd voor imprecisie gezien het gering aantal patiënten, bijvoorbeeld onder bewoners van woonzorgcentra is de resistentie van *E. coli* bepaald op basis van 39 kweken, *Proteus mirabilis* 16 kweken en *Klebsiella pneumoniae* 14 kweken. Deze imprecisie is zichtbaar in de brede betrouwbaarheidsintervallen rondom de resistentiecijfers.

Daarnaast is met twee niveaus afgewaardeerd voor extrapolbaarheid (bias ten gevolge van indirectheid) omdat kweken niet zijn afgenomen bij patiënten met (een verdenking op) een urineweginfectie (Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013) er anale swabs in plaats van urinekweken zijn onderzocht (Hoogendoorn, 2013) en er ondanks de snel toenemende antibioticaresistentie twee studies zijn meegenomen met relatief oude resistentie data uit de periodes 2003-2004 (Nys, 2006) en 2004-2009 (Hasper, 2012).

Antibiotische behandeling

Beschrijving studies

Uit de zoekactie is één gerandomiseerde gecontroleerde studie gevonden naar duur van antibiotische behandeling bij 183 vrouwen van 65 jaar of ouder met een acute ongecompliceerde urineweginfectie (Vogel, 2004). De studie vergeleek driedaagse en zevendaagse kuren met ciprofloxacine (tweemaal daags oraal 250mg) op verbetering van de klachten, antimicrobiële werkzaamheid, risico op recidief of herinfectie en bijwerkingen bij oudere vrouwen met ongecompliceerde urineweginfecties. Alle vrouwen hadden ten minste één van zes symptomen (dysurie, frequentie, urgentie, suprapubische pijn, brandend gevoel bij plassen of nieuwe of verergerde incontinentie) en bacteriurie (>10⁵ KvE in urinekweek). Een verblijf in een verpleeghuis of instelling voor langdurige zorg was één van de exclusiecriteria.

Er zijn geen vergelijkende studies gevonden naar uitkomsten van afwachtend beleid versus antibioticabehandeling of effectiviteit van verschillende antibiotica of naar dosering van antibiotica voor behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. Ook is er geen enkele vergelijkende studie gevonden over antibiotische behandeling van urineweginfectie bij kwetsbare oudere mannen.

Resultaten en bewijskracht

Verbetering in klachten

Twee dagen na einde behandeling was er geen verschil in aantal patiënten met verbetering van een of meer van de volgende klachten: nocturie [?1/nacht], urgentie, frequentie, brandend gevoel bij urineren of suprapubische pijn (korte kuur: 98% (91/93); lange kuur 92% (82/89); RR= 1,06 [0,99; 1,14]; p=0,15).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de klinische verbetering is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet en het geringe aantal patiënten (imprecisie; slechts één studie). De bewijskracht komt daarmee op laag.

Antimicrobiële werkzaamheid

Bij 96% van de patiënten was er sprake van microbiële genezing twee dagen na het einde van de behandeling (kort= 91/93 (98%); lang= 83/89 (93%); RR=1,05 [0,98; 1,12], p=0,16).

Bewijskracht van de literatuur over antimicrobiële werkzaamheid

De bewijskracht voor de antimicrobiële werkzaamheid is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet en imprecisie (gering aantal patiënten/studies). De bewijskracht komt daarmee op laag.

Resultaten voor kans op recidief of herinfectie

Onder patiënten met microbiële genezing twee dagen na einde behandeling was het risico op recidief (terugkeer van bacteriurie met dezelfde pathogeen) of herinfectie (terugkeer van bacteriurie met ander pathogeen) zes weken na beëindigen van de behandeling nagenoeg gelijk. Bij driedaagse en zevendaagse kuren was het risico op herinfectie respectievelijk 14% en 18% (RR= 0,78 [0,40; 1,52]; p=0,54) en het risico op recidief respectievelijk 15% en 13% (RR= 1,12 [0,55; 2,28]; p=0,83).

Bewijskracht van de literatuur voor kans op recidief of herinfectie

De bewijskracht voor het risico op recidief of herinfectie is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet en imprecisie (gering aantal patiënten/studies). De bewijskracht komt daarmee op laag.

Resultaten bijwerkingen en complicaties van de interventies (ongunstige effecten)

Bijwerkingen

Het gemiddeld aantal bijwerkingen (slaperigheid, hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid of braken, diarree en verlies van eetlust) per patiënt was significant lager in de driedaagse kuur dan in de zevendaagse kuur, zowel na vijf dagen behandeling (kort= 0,9 (1,1); lang=1,6 (1,5); MD= -0,70 [-1,09; -0,31]; p<0,001) als na negen dagen (kort 1,2 (1,3); lang 2,1 (1,6); MD= -0,62 [-0,92; -0,31]; p<0,001).

Daarnaast waren er vier patiënten die de lange kuur niet konden afmaken vanwege bijwerkingen. De korte kuur konden alle patiënten afmaken (RR= 0,11 [0,01; 1,97]).

Bewijskracht van de literatuur voor de kans op bijwerkingen

De bewijskracht voor de kans op bijwerkingen is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet en imprecisie (gering aantal patiënten/studies). De bewijskracht komt daarmee op laag.

Zoekvraag (PICO)

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden zijn systematische literatuuranalyses verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling(en):

Wat is de positie van antibiotica in de behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen? (wel/geen antibiotica)

P: kwetsbare ouderen

I (indextest): antibiotische behandeling

C (referentietest): geen antibiotica (afwachtend beleid, analgetica (waaronder NSAID), veel drinken, monitoring)

O: klinische uitkomstmaten: kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen, recidief (=recidief binnen 1 maand na staken van AB-behandeling), bijwerkingen

Wat zijn de meest voorkomende verwekkers/organismen (per setting), en wat is de gevoeligheid voor antibiotica?

P: kwetsbare ouderen met (verdenking op) urineweginfectie

O: prevalentie van verwekkers, gevoeligheid/resistentie voor antibiotica

Welk antibioticum is het best geschikt voor empirische therapie (eerstekeuzemiddel)?

P: kwetsbare ouderen

I (indextest): antibioticum 1

C (referentietest): antibioticum 2

O: klinische uitkomstmaten: kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen, recidief (=recidief binnen 1 maand na staken van antibioticumbehandeling), bijwerkingen

Wat is de optimale duur en dosering van antibiotica behandeling?

P: kwetsbare ouderen

I (indextest): kort (?7 dgn.)

C (referentietest): lang (>7 dgn.)

O: klinische uitkomstmaten: kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen, recidief, bijwerkingen

Zoeken en selecteren

In de databases Pubmed en Embase zijn twee zoekacties uitgevoerd; een zoekactie naar verwekkers en hun gevoeligheid voor antibiotica, en een zoekactie naar behandeling (zowel antimicrobiële als preventieve behandeling).

Verwekkers en gevoeligheid

Met relevante zoektermen is gezocht naar verwekkers en gevoeligheid bij kwetsbare ouderen met een urineweginfectie. De zoekverantwoording is weergegeven in de bijlage. De literatuur zoekactie leverde 605 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria:

Kwetsbare ouderen (deelnemers verblijvend in een zorginstelling, of alle deelnemers tenminste 65 jaar of gemiddelde of mediane leeftijd van deelnemers tenminste 75 jaar)
Gepubliceerd in 2003 of later (sinds voorgaande richtlijn)
Studie vond plaats in Nederland bij kwetsbare ouderen met een urineweginfectie.

Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie negen studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens acht studies geëxcludeerd (zie exclusie tabel, bijlage 1), en één studie definitief geselecteerd (Nys, 2006). Naar aanleiding van de zoekactie is met behulp van referentielijsten een extra studie gevonden (Hasper, 2012) en ook is gebruik gemaakt van bij de werkgroep bekende studies Nethmap (2015), Verhoef (2016), Hoogendoorn (2013) en Van Buul (2018). In totaal zijn zes Nederlandse studies opgenomen in de literatuuranalyse. Het evidence profiel, de beoordeling van de individuele studiekwaliteit en de evidence tabel kunt u vinden in respectievelijk bijlagen twee, drie en vier.

Tevens zijn gegevens meegenomen uit de landelijke database ISIS-AR. Deze database van Nederlandse laboratoria bevat onder andere gegevens over de antibiotische gevoeligheid van verwekkers in urine en in deze database zijn ook enkele patiëntkarakteristieken opgenomen.

Antibiotische behandeling

Met relevante zoektermen is gezocht naar (systematische reviews van) gecontroleerde experimentele studies naar: effectiviteit van antibiotische behandeling ten opzichte van afwachtend beleid, verschillen in effectiviteit en bijwerkingen tussen verschillende antibiotica en naar de optimale duur en dosering van een antibiotische behandeling bij kwetsbare ouderen met een urineweginfectie. Er is één gezamenlijke zoekstrategie opgesteld voor studies naar therapeutische en preventieve interventies gepubliceerd tussen 1 januari 2003 en 9 december 2016 (zie ook module 'Preventie van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'). De zoekverantwoording is weergegeven in de bijlage.

De literatuur zoekactie leverde in totaal 654 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria:

Kwetsbare ouderen (deelnemers verblijvend in een zorginstelling, of alle deelnemers tenminste 65 jaar of gemiddelde of mediane leeftijd van deelnemers tenminste 75 jaar)
Uitkomstmaat urineweginfectie (klinische urineweginfectie, bijv. symptomatische, gediagnosticeerde of behandelde urineweginfectie)
Gepubliceerd in 2003 of later (sinds voorgaande richtlijn)
Gecontroleerd klinisch onderzoek

Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie twaalf studies over therapeutische behandeling geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens elf studies geëxcludeerd (zie exclusie tabel in bijlage 1) en één studie definitief geselecteerd en opgenomen in de literatuuranalyse (Vogel, 2004). De beoordeling van individuele studiekwaliteit en de evidence tabel kunt u vinden in de bijlagen.

Bijlage 1 Exclusietabel Behandelbeleid

1a. Exclusietabel verwekkers en gevoeligheid/resistentie (exclusie na het lezen van het volledige artikel)

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
De Vecchi, 2013	Buitenlandse studie
Sanchez, 2013	Buitenlandse studie
Fagan, 2015	Buitenlandse studie
Friedmann, 2003	Buitenlandse studie
Sundvall, 2014/ Griebing, 2014	Buitenlandse studie
Fleming, 2016	Buitenlandse studie
Mulder, 2017	Jonge studiepopulatie (>45 jr; gem. 73 jr)
Rosello, 2017	Buitenlandse studie
Kahan, 2006	Buitenlandse studie (later toegevoegd nav search preventie&behandeling)

1b. Exclusietabel antibiotische behandeling (exclusie na het lezen van het volledige artikel)

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie	
Falagas, 2010 (SR)	Geen van de geïnccludeerde RCT's voldoen aan de inclusiecriteria	
Zhanel, 2016 (SR)	Geen klinische trials geïnccludeerd die aan inclusiecriteria voldoen.	
	Falagas 2010	Geen van de geïnccludeerde RCT's voldoen aan de inclusiecriteria
	Ceran, 2010	Jonge studiepopulatie [18-65 jr]

Eliakim-Raz, 2013 (SR)	Geïnccludeerde RCT's voldoen niet aan inclusiecriteria (studies te oud [<2003], of studiepopulaties te jong [<65jr])	
	Klausner, 2007	Jonge studiepopulatie, geen subgroepanalyse
	Peterson, 2008	Jonge studiepopulatie, geen subgroepanalyse
	Sandberg, 2012	Jonge studiepopulatie, geen subgroepanalyse
Trestioreanu, 2015 (SR)	Behandeling van asymptomatische bacteriurie ipv urineweginfectie	
Pallett, 2010	Geen primair onderzoek of systematische review	
Santos, 2016	Geen trial	
Takahashi, 2004	Geen trial	
Swart, 2006	Geen (SR van) primair onderzoek	
Lutters, 2010 (SR)	Van 15 studies, zijn er 13 gepubliceerd <2003. Na bestudering van de volledige tekst van de overige twee studies is er één geïnccludeerd (Vogel, 2004).	
	Van Merode, 2005	Jonge studiepopulatie, geen subgroepanalyse
Van der Starre, 2011 (SR)	Geen RCT's gevonden naar behandelduur bij ouderen of patiënten met comorbiditeit	
Nys, 2006	Geen trial	
Wee, 2007	Geen trial, retrospectief cohort onderzoek	

Bijlage 2 Evidencetabel Behandelbeleid

Tabel 2a. Evidencetabel prevalentie van verwekkers

[Vergroot tabel](#)

	<i>E. coli</i> % (95% BI)	ESBL-p roducer ende <i>Enterob acteriac eae</i>	ESBL-p roducer ende <i>E. coli</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Klebsiel la pneu moniae</i>	<i>Pseudo monas spp.</i>	overig Gram- neg.	<i>Enteroc occus faecalis</i>	overig Gram- pos
Nethma	74%	Geen informatie							

p, 2015 (n=192)	(67-80)								
Nys, 2006; 71-80 jr (n=460)	62% (57-66)	-	-	10% (8-13)	3% (2-5)	5% (3-7)	16% (3-20)	3% (2-5)	3% (2-5)
81-90 jr (n=292)	60% (54-65)	-	-	6% (4-10)	8% (5-12)	4% (2-7)	15% (11-20)	3% (2-6)	3% (2-6)
>90 jr (n=56)	57% (44-69)	-	-	4% (1-12)	16% (9-28)	7% (3-17)	13% (6-24)	2% (0,3-9)	2% (0,3-9)
totaal (n=808)	61% (58-64)	-	-	8% (6-10)	6% (5-8)	5% (4-7)	15% (13-18)	3% (2-4)	3% (2-4)
Totale p revalentie urine kweken thuiswo nende ouderen	64% (61-66)								
Van Buur, 2016 (n=96)	41% (31-51)	-	-	17% (11-25)	15% (9-23)	Geen informatie			
Hasper, 2012 (n=506)	42% (38-46)	-	-	Geen informatie					
Verhoef ?, 2016 (n=5359)	55% (53-56)	4,2% (3-6) [‡]	-	Geen informatie					
Totale p revalentie urine kweken ouderen in zorgi	53% (52-55)								

nstelling				
Hoogen doorn, 2013 (n=125)	nvt (anale swabs)	-	6% (3-12)	Geen informatie

Tabel 2b. Evidencetabel resistentie E. coli tegen antibiotica bij ouderen, thuiswonend of verblijvend in een verzorgings- of verpleeghuis.

[Vergroot tabel](#)

Middel groep	Middel	Thuis					Verzorgingshuis	Verpleeghuis			
		Nethmap, 2015 (n=142)	Nys, 2006			Gepoolde resistentie, % (95% BI)		Van Buul, 2016 (n=39)	Verhoef, 2016 ^{??} (n=2934)	Hoogen doorn, 2013 ^{†?} (n=108)	Gepoolde resistentie, % (95% BI)
			71-80 jr. (n=254)	81-90 jr. (n=137)	>90 jr. (n=25)						
β-lactam	Amoxicilline	38% (31-46)	31% (26-37)	26% (20-34)	20% (9-39)	31% (7-35)	51% (36-66)	45% (42-47)	39% (30-48)	45% (43-47)	
	Amoxicilline/ clavulaanzuur	12% (8-18)	5% (3-9)	4% (2-8)	4% (6-35)	6% (5-9)	41% (27-57)	25% (23-28)	7% (4-14)	24% (23-26)	
	Ceftriaxon	-	-	-	-	-	-	-	4% (1-9)	4% (1-9)	
Quinolonen	Ciprofloxacin	12% (8-18)	7% (5-11)	2% (0,7-6)	4% (6-35)	7% (7-9)	23% (13-38)	20% (18-23)	14% (9-22)	20% (18-21)	
	Norfloxacine	-	7% (5-11)	2% (0,7-6)	4% (6-35)	5% (4-8)	21% (11-36)	25% (22-27)	10% (6-17)	24% (23-26)	
Sulfonamiden en Trimetho	Cotrimoxazol	19% (13-26)	21% (16-26)	17% (12-24)	16% (0,7-20)	19% (16-23)	15% (7-30)	22% (20-24)	26% (19-35)	22% (21-24)	

prim	Trimethoprim	20% (14-27)	24% (19-30)	20% (14-27)	16% (6-35)	22% (19-25)	23% (13-38)	25% (23-27)	26% (19-35)	25% (24-27)
Overigen	Nitrofurantoinen	1% (0-4)	2% (1-5)	3% (18-33)	0% (0,7-20)	2% (1-4)	0% (0-9)	1% (0,6-2)	2% (0,5-7)	1% (0,7-2)
	Fosfomycine	1% (0-4)	-	-	-	1% (0,1-4)	8% (3-20)	-	-	-
	Gentamicine	-	-	-	-	-	-	-	1% (0,2-5)	1% (0,2-5)

Tabel 2c. Evidencetabel resistentie van overige verwekkers tegen antibiotica onder ouderen, thuiswonend of verblijvend in een verzorgings- of verpleeghuis.

[Vergroot tabel](#)

Middelgroep	Middel	<i>Proteus mirabilis</i>		<i>Klebsiella pneumoniae</i>		Alle verwekkers		
		Thuis	Verzorgingshuis	Thuis	Verzorgingshuis	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	
		Nys, * 2006 (n= 38)	Van Buul, 2016 (n= 16)	Nys, * 2006 (n= 32)	Van Buul, 2016 (n= 14)	Hasper, 2012 (n= 506)	Van Buul, 2016 (n= 96)	
β-lactamen	Amoxicilline	26% (15-42)	13% (4-36)	-	-	71% (67-75)	resistentie tegen ?1 AB = 81% (72-88)	
	Amoxicilline/ clavulaanzuur	5% (2-17)	0% (0-19)	0% (0-11)	0% (0-22)	52% (48-56)		
	Ceftriaxon	-	-	-	-	-		
Quinolonen	Ciprofloxacine	0% (0-9)	0% (0-19)	9% (3-24)	7% (1-32)	29% (25-33)		
	Norfloxacine	0% (0-9)	0% (0-19)	9% (3-24)	29% (12-55)	39% (35-43)		

Sulfonamiden en Trimethoprim	Cotrimoxazol	21% (11-36)	19% (7-43)	13% (5-28)	7% (1-32)	55% (51-59)		
	Trimethoprim	24% (13-39)	38% (19-61)	16% (7-32)	29% (12-55)	75% (71-79)		
Overigen	Nitrofurantoïne	-	-	34% (20-52)	43% (21-67)	50% (46-54)		
	Fosfomycine	-	13% (4-36)	-	43% (21-67)	-		
	Gentamicine	-	-	-	-	-		

Tabel 2d: Resistentie van micro-organismen tegen antibiotica onder Nederlandse verpleeghuisbewoners gebaseerd op ISIS-AR gegevens

[Vergroot tabel](#)

Verwekkers	<i>Escherichia coli</i>				<i>Klebsiella pneumoniae</i>				<i>Proteus mirabilis</i>				Gepoold			
	total	% S	% I	% R	total	% S	% I	% R	total	% S	% I	% R	total	% S	% I	% R
amoxicilline / ampicilline	560	47,9	1,3	50,8	1116	0,1	0,0	99,9	1861	77,1	0,1	22,9	8577	48,0	0,9	51,1
amoxicilline/ clavulanzuur	560	67,2	4,5	28,2	1114	86,4	1,9	11,8	1860	92,1	1,2	6,7	8576	75,1	3,5	21,4
ciproflo	5603	77,8	1,3	20,9	1114	87,3	6,4	6,3	1860	83,1	7,2	9,7	8577	80,2	3,2	16,6

xacine																
cotrimoxazole	5598	73,2	0,1	26,7	1114	86,4	0,4	13,3	1859	69,6	0,7	29,7	8571	74,1	0,3	25,6
fosfomycine	5154	97,9	0,0	2,1	1026	63,9	0,2	35,9	1643	75,5	0,0	24,5	7823	88,8	0,0	11,2
nitrofurantoin	5603	96,2	0,1	3,7	1049	48,4	12,8	38,8	1762	0,3	2,2	97,5	8414	70,2	2,1	27,7

sensitief, I = intermediair, R = resistent

Tabel 2e. Evidencetabel antibiotische behandeling

[Vergroot tabel](#)

Studie	Studie-kenmerk	Patiëntkenmerken ²	Interventie (I)	Controle (C) ³	Follow-up	Uitkomstmaten en effect ⁴	Opmerkingen
Vogel, 2004	<i>Design:</i> RCT <i>Setting:</i> microbiologische laboratoria (ouderen in ziekenhuis)	<u>Inclusiecriteria:</u> · Vrouwen · ?65 jr. · ongecompliceerde symptomatisch	3 dgn. antibiotische behandeling (ciprofloxacine, tweemaal daags 250 mg oraal gedurende 3 dgn.	7 dgn. antibiotische behandeling (ciprofloxacine, tweemaal daags 250 mg, oraal)	<u>Follow-up duur:</u> · 2 dgn na einde behandeling (bacteriële werkzaamheid, symptomen en	<u>Verbetering in klachten</u> 2 dgn na einde behandeling Verdwijnen/verbetering ?1	<u>Terminologie:</u> <i>Falen van behandeling</i> = persistentie van het initiële pathogeen

<p>en thuiswonende ouderen)</p> <p><i>Land:</i> Canada</p> <p><i>Source of funding:</i> Fonds de la recherche en santé du Québec (overheid) en Research Chair on Aging</p>	<p>e Uwl (criteria: 1) bacteriurie (urinekw₅ek >10⁵ KvE van één uropathogeen/mm + 2) ?1 van 6 symptomen: dysurie, frequentie, urgency, suprapubische pijn, burning on micturition, of nieuwe of verergering van urine-incontinentie)</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> pyelonephritis of sepsis (septic shock) antibioticagebruik in de afgelopen 3 dgn (anders dan ciprofloxacin) crea 	<p>gevolgd door tweemaal daags placebo gedurende 4 dgn.)</p>	<p>bijwerkingen)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 weken na randomisatie (recidief en herinfectie) <p><u>Loss-to-follow-up:</u> 2 dgn na einde behanding</p> <p>I: 1/93 (%)</p> <p>Redenen: onbekend, n=1</p> <p>C: 6/90 (%)</p> <p>Redenen: bijwerkingen, n=4; onbekend, n=2</p> <p>6 wkn</p> <p>I: 3/91 (%)</p> <p>Redenen: comorbiditeit, n=1; overlijden, n=2</p> <p>C: 6/81 (%)</p> <p>Redenen: comorbiditeit, n=1; weigeringen, n=3; overlijden,</p>	<p>klachten (nocturie [?1/nacht], urgentie, frequentie, brandend gevoel bij micturatie, suprapubische pijn):</p> <p>I: 91/93 (98%)</p> <p>C: 82/89 (92%); RR= 1,06 [0,99; 1,14]; p=0,15</p> <p><u>Antimicrobiële werkzaamheid:</u> bacteriële uitroeiing 2 dgn na einde behanding</p> <p>I: 91/93 (98%)</p> <p>C: 83/89 (93%); RR=1,05 [0,98; 1,12], ofwel 95% BI van -12% tot 2%; p=0,16</p> <p><u>Risico op recidief en herinfectie</u></p>	<p><i>Bacteriële uitroeiing</i> = totale verdwijning van het initiële pathogeen</p> <p><i>Herinfectie</i> = aanwezigheid van significante bacteriurie veroorzaakt door een ander pathogeen</p> <p><i>Recidief</i> = herhaling van significante bacteriurie met het initiële uropathogeen 6 weken na behandeling</p> <p><u>Afkortingen:</u> RCT = gerandomiseerde gecontroleerde trial</p> <p>KvE = kolonievorm</p>
--	--	--	--	---	--

	<p>tinineklaring <30 mL/min/1,73 m²</p> <ul style="list-style-type: none"> · overgevoeligheid voor fluorquinolonen, · abnormaliteiten a/d urineweg · urinereetentie (restvolume >100 mL) · verblijfskatheter (in voorgaande 6 dgn.) · immunodeficiëntie · diabetes mellitus · verblijf in verpleeghuis of instelling voor langdurige zorg <p><u>N op baseline (N=183):</u> I: 93 C: 90</p>		n=2	<p>· herinfectie I: 13/93 (14%) C: 16/89 (18%) RR= 0,78 [0,40; 1,52]; p=0,54</p> <p>· recidief I: 14/93 (15%) C: 12/89 (13%) RR= 1,12 [0,55; 2,28]; p=0,83</p> <p><u>Bijwerkingen:</u> (slaperigheid, hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid of braken, diarree en</p>	<p>nde eenheden dgn = dagen wkn = weken jr = jaren ptnt = patiënten BI = betrouwbaarheidsinterval</p>
--	--	--	-----	--	---

	<p><i>L</i> <i>eef</i> <i>tijd, gem.</i> <i>(SD):</i> I: 78,8 (7,6) jr. C: 78,6 (7,3) jr.</p> <p><i>Geslacht:</i> I: 100% ? C: 100% ?</p> <p><i>Setting (a</i> <i>mbulant/zi</i> <i>ekenhuis):</i> I: 68 (73%) ambulant C: 72 (81%) ambulant</p>				<p><i>verlies</i> <i>van</i> <i>eetlust)</i></p> <p><i>Gemiddel</i> <i>d aantal bi</i> <i>jwerkinge</i> <i>n per</i> <i>patiënt</i> na 5 dagen I: 0,9 (1,1) C: 1,6 (1,5) MD= -0,70 [-1,09; -0,31]; p<0,001</p> <p>na 9 dagen I: 1,2 (1,3) C: 2,1 (1,6) MD= -0,62 [-0,92; -0,31]; p<0,001</p> <p><i>Stoppen</i> <i>met behan</i> <i>deling</i> <i>vanwege</i> <i>bijwerking</i> <i>en</i> I: 0/93 C: 4/90 RR0,11 [0,01; 1,97]</p>
--	--	--	--	--	--

Bijlage 3 Risk of bias tabel Behandelbeleid

[Vergroot tabel](#)

Studie	Randomisatiemethode ¹	Bias due to inadequate concealment of allocation? ²	Bias due to inadequate blinding of participants to treatment allocation? ³	Bias due to inadequate blinding of care providers to treatment allocation? ³	Bias due to inadequate blinding of outcome assessors to treatment allocation? ³	Bias due to selective outcome reporting on basis of the results? ⁴	Bias due to loss to follow-up? ⁵	Bias due to violation of intention to treat ⁶
Vogel, 2004	computer generated randomisation lists, randomisatie gestratificeerd per zieke nhuis	onwaarschijnlijk (codes were sealed in individual envelopes kept by the study statistician and revealed after inclusie, dataverzameling en labanalyse)	onwaarschijnlijk	onwaarschijnlijk (geen zichtbare verschillen in medicatie)	onwaarschijnlijk (all assessment outcomes were conducted without knowledge of group assessment)	onwaarschijnlijk	onwaarschijnlijk	

Bijlage 4 Zoekverantwoording Behandelbeleid

4a. Zoekverantwoording Verwekkers en gevoeligheid, uitgevoerd op 7 maart 2017

Embase

('urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab) AND

('Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab)

AND

('bacterium'/exp/mj OR bacterium:ti,ab OR bacteria*:ti,ab OR 'microorganism'/mj OR microorganism*:ti,ab OR 'micro-organism*':ti,ab OR organism*:ti,ab OR agent:ti,ab OR agents:ti,ab OR pathogen:ti,ab OR pathogens:ti,ab OR pathogenic:ti,ab OR uropathogen:ti,ab OR uropathogens:ti,ab OR uropathogenic:ti,ab OR ((microbial:ti,ab OR microbiol*:ti,ab OR bacteri*:ti,ab) AND (aetiolog*:ti,ab OR etiol*:ti,ab OR 'etiology'/lnk)) OR 'antibiotic resistance'/exp OR 'antibiotic sensitivity'/exp OR ((antibacterial*:ti,ab OR antibiotic*:ti,ab OR antimicrobial*:ti,ab OR anti-microbial:ti,ab OR bacteria*:ti,ab OR bacterium:ti,ab OR drug:ti,ab) AND (resistan*:ti,ab OR sensitivity:ti,ab OR susceptibility:ti,ab)) OR 'antibiotic-resistant':ti,ab OR 'antibiotic-resistance':ti,ab OR 'antimicrobial-resistant':ti,ab OR 'antimicrobial-resistance':ti,ab OR antibiogram:ti,ab)

AND

('epidemiology'/lnk OR 'cohort analysis'/de OR 'medical record review'/de OR 'observational study'/de OR observation*:ti,ab OR 'cross-sectional study'/exp OR 'disease surveillance'/exp OR 'epidemiology'/exp OR 'longitudinal study'/de OR 'prospective study'/de OR 'retrospective study'/de OR database*:ti,ab OR 'secondary analysis':ti,ab OR 'review'/de OR 'systematic

review'/de OR 'bacterium isolate'/exp/mj OR isolate*:ti,ab)

AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) AND [2003-2017]/py

NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('Juvenile'/exp NOT 'Aged'/exp)
NOT (perioperative:ti OR postoperative:ti OR preoperative:ti OR surgery:ti)

Pubmed

((("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh:NoExp] OR "Pyelocystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr]))

AND

(Elderly [tiab] OR community-dwelling [tiab] OR geriatric [tiab] OR "mini-mental state" [tiab] OR alzheimer [tiab] OR alzheimer's [tiab] OR alzheimers [tiab] OR mmse [tiab] OR caregivers [tiab] OR falls [tiab] OR Adl [tiab] OR Frailty [tiab] OR Gds [tiab] OR Ageing [tiab] OR elders [tiab] OR Frail [tiab] OR Mci [tiab] OR Demented [tiab] OR Psychogeriatrics [tiab] OR "cognitive impairment" [tiab] OR "postmenopausal women" [tiab] OR Comorbidities [tiab] OR "Geriatric assessment" [Mesh] OR "Frail elderly" [Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis" [Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology" [Mesh] OR "Alzheimer disease" [Mesh] OR dementia [tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab])

AND

((("Urinary Tract Infections/microbiology"[Mesh] OR "Cystitis/microbiology"[Mesh] OR "Bacteriuria/microbiology"[Mesh] OR "Pyelitis/microbiology"[Mesh] OR "Prostatitis/microbiology"[Mesh] OR "Pyuria/microbiology"[Mesh] OR bacteria[tiab] OR bacterial[tiab] OR bacterium[tiab] OR Microorganism*[tiab] OR micro-organism*[tiab] OR organism*[tiab] OR agent[tiab] OR agents[tiab] OR pathogen[tiab] OR pathogens[tiab] OR pathogenic[tiab] OR uropathogen[tiab] OR uropathogens[tiab] OR uropathogenic[tiab] OR ((microbial[tiab] OR microbiological[tiab] OR bacterial[tiab]) AND (aetiolog*[tiab] OR etiolog*[tiab] OR "Cystitis/etiology"[Mesh] OR "Urinary Tract Infections/etiology"[Mesh] OR "Bacteriuria/etiology"[Mesh] OR "Pyelitis/etiology"[Mesh] OR "Prostatitis/etiology"[Mesh] OR "Pyuria/etiology"[Mesh])) OR "Drug Resistance, Bacterial"[Mesh] OR "Drug Resistance,

Microbial"[Mesh] OR ((antibacterial[tiab] OR antibiotic*[tiab] OR antimicrobial*[tiab] OR antimicrobial OR bacteria*[tiab] OR bacterium[tiab] OR drug[tiab]) AND (resistan*[tiab] OR sensitive*[tiab] OR susceptib*[tiab])) OR "antibiotic-resistant"[tiab] OR "antibiotic-resistance"[tiab] OR "antimicrobial-resistant"[tiab] OR "antimicrobial-resistance"[tiab] OR antibiogram[tiab])) AND ("epidemiologic studies"[mesh] OR cohort[tiab] OR cross-sectional[tiab] OR observational[tiab] OR database*[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR surveillance[tiab] OR "population-based study"[tiab] OR "population-based studies"[tiab] OR "secondary analysis"[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev."[jour] OR ("Review Literature as Topic"[Mesh:NoExp] OR "Review" [Publication Type:NoExp] OR review*[tiab]) AND systemat*[tiab]) OR isolate*[tiab])

NOT ((animals[mh] NOT humans[mh]) OR perioperative[ti] OR postoperative[ti] OR preoperative[ti] OR surgery[ti])

4b. Zoekverantwoording 'Preventie en behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen', uitgevoerd op 8 december 2016

Pubmed

(("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh:NoExp] OR "Pyelocystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr]))

AND

(Elderly[tiab] OR community-dwelling[tiab] OR geriatric[tiab] OR "mini-mental state"[tiab] OR alzheimer[tiab] OR alzheimer's[tiab] OR alzheimers[tiab] OR mmse[tiab] OR caregivers[tiab] OR falls[tiab] OR Adl[tiab] OR Frailty[tiab] OR Gds[tiab] OR Ageing[tiab] OR elders[tiab] OR Frail[tiab] OR Mci[tiab] OR Demented[tiab] OR Psychogeriatrics[tiab] OR "cognitive impairment"[tiab] OR "postmenopausal women"[tiab] OR Comorbidities[tiab] OR "Geriatric assessment"[Mesh] OR "Frail elderly"[Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Alzheimer disease"[Mesh] OR dementia[tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab])

AND

("Primary Prevention"[mh] OR "Secondary Prevention"[mh] OR prevent* OR protect*[tiab] OR "Antibiotic Prophylaxis"[mh] OR prophylaxis OR prophylactic OR "Ascorbic Acid"[mh] OR "Ascorbic Acid"[tiab] OR "vitamin c"[tiab] OR Methenamine[mh] OR Methenamine[tiab] OR "Vaccinium macrocarpon"[mh] OR "Vaccinium macrocarpon"[tiab] OR cranberr*[tiab] OR Estrogens[mh] OR Estrogen*[tiab] OR oestrogen*[tiab] OR Lactobacill*[tiab] OR probiotic*[tiab] OR "Anti-Bacterial agents"[mh] OR "Anti-Bacterial Agents"[Pharmacological Action] OR antibacterial*[tiab] OR anti-bacterial[tiab] OR "Anti-Infective Agents, Urinary"[mh] OR "Anti-Infective Agents, Urinary"[Pharmacological Action] OR anti-infective[tiab] OR "Drug Therapy"[mesh:NoExp] OR "drug therapy"[sh] OR antibiotic*[tiab] OR antimicrobial*[tiab] OR anti-microbial*[tiab] OR Therapeutics[mh] OR treatment* OR treating OR therapy[sh] OR therapy OR therapies OR therapeutic OR "Treatment Outcome"[mh] OR "Drug Evaluation"[mh])

AND

("Clinical Trial"[pt:NoExp] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "Controlled clinical Trials as Topic"[mh] OR "clinical trial"[tiab] OR "Random Allocation"[Mesh] OR ((controlled[tiab] OR randomized[tiab] OR randomized[tiab]) AND (trial[tiab] OR trials[tiab])) OR RCT[tiab] OR RCTs[tiab] OR CCT[tiab] OR CCTs[tiab] OR "Control Groups"[mh] OR "control group"[tiab] OR "placebos"[mh] OR placebo[tiab] OR placebos[tiab] OR "Random Allocation"[mh] OR random*[tiab] OR "Comparative Study"[pt] OR "Controlled Before-After Studies"[mh] OR "Comparative Effectiveness Research"[mh] OR "Cross-Over Studies"[mh] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (blind*[tiab] OR mask*[tiab])) OR double-blind OR "Meta-Analysis as Topic"[mh] OR "Meta-Analysis"[pt] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev."[jour] OR ("Review Literature as Topic"[Mesh:NoExp] OR "Review"[Publication Type:NoExp] OR review*[tiab]) AND systemat*[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))

Embase

('urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab)

AND

('Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab

OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab)

AND

('prevention and control'/de OR 'prevention'/de OR 'prevention'/lnk OR 'prevention study'/de OR 'infection prevention'/de OR 'primary prevention'/de OR 'secondary prevention'/de OR 'prophylaxis'/de OR Prophylaxis OR prophylactic OR 'antibiotic prophylaxis'/de OR 'pre-exposure prophylaxis'/de OR 'post exposure prophylaxis'/de OR prevent*:ti,ab OR protect*:ti,ab OR 'ascorbic acid'/exp OR 'ascorbic acid':ti,ab OR 'vitamin c':ti,ab OR 'methenamine'/exp OR methenamine:ti,ab OR 'cranberry'/exp OR 'vaccinium macrocarpon':ti,ab OR cranberr*:ti,ab OR 'hormonal therapy'/exp OR hormone*:ti,ab OR 'estrogen'/exp OR estrogen*:ti,ab OR oestrogen*:ti,ab OR estriol:ti,ab OR 'Lactobacillus'/exp OR lactobacill*:ti,ab OR probiotic*:ti,ab OR 'therapy'/exp OR 'therapy'/lnk OR therap*:ti,ab OR 'drug therapy'/exp OR 'drug therapy'/lnk OR 'antibiotic therapy'/exp OR 'antimicrobial therapy'/exp OR 'antibiotic agent'/exp OR antibiotic*:ti,ab OR antibacteri*:ti,ab OR anti-bacteri*:ti,ab OR antiinfective*:ti,ab OR anti-infective*:ti,ab OR antimicrobial*:ti,ab anti-microbial*:ti,ab OR drug*:ti,ab OR 'urinary tract antiinfective agent'/exp OR treatment:ti,ab OR 'intervention study'/exp OR 'treatment duration'/de OR 'therapy effect'/de OR 'drug comparison'/exp OR 'drug comparison'/lnk OR 'drug dose comparison'/de OR 'drug dose'/lnk)

AND

('clinical trial'/de OR 'clinical trial'/lnk OR 'controlled clinical trial'/exp OR 'controlled clinical trial (topic)'/exp OR 'randomization'/exp OR (random* NEAR/3 (assign* OR allocat*)) OR ((random* OR control* OR crossover OR 'placebo-controlled' OR 'double-blind' OR clinical) NEAR/5 (trial OR study)):ti,ab OR RCT:ti,ab OR CCT:ti,ab OR 'placebo'/de OR placebo* OR ((single OR double OR triple) NEAR/3 (blind* OR mask*)) OR 'double-blind' OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'triple blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR crossover:ti,ab OR (cross next/1 over):ti,ab OR 'parallel design'/exp OR 'parallel design':ti,ab OR 'intention to treat analysis'/exp OR 'intention to treat':ti,ab OR 'randomized controlled trial (topic)'/de OR 'randomized controlled trial'/exp OR 'controlled study'/exp OR 'comparative study'/de OR 'systematic review'/de OR (systematic*:ti,ab AND (review*:ti,ab OR review/it OR review/de)) OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR 'systematic reviews'/jt OR 'meta analysis'/de OR 'meta analysis (topic)'/exp OR (meta NEAR/3 analy*):ti,ab OR meta-analy*:ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR (pool* NEAR/3 (analy* OR data)):ab,ti OR 'evidence based medicine'/de OR 'practice guideline'/de NOT ('case report'/de OR (case NEAR/2 (report OR study OR serie*)):ti,ab) NOT ('nonhuman'/de NOT 'human'/de))

Overwegingen

Beleid, antibiotische behandeling of afwachtend beleid

In een Delphi-studie onder internationale experts op het gebied van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen is onderzocht in welke situaties, ofwel bij welke clusters van symptomen, een afwachtend beleid kan worden gevoerd bij verdenking van een urineweginfectie en in welke gevallen antibiotische behandeling voor urineweginfectie is aangewezen.

Bij vele van de verschillende klachten, verschijnselen en symptomen die in de praktijk in verband worden gebracht met een urineweginfectie adviseerden de experts om af te wachten, onafhankelijk van uitkomsten van eventueel urineonderzoek. Hierbij kan men denken aan specifieke klachten zoals agitatie/agressie, troebele urine, verminderde vocht- of voedingsinname, functionele achteruitgang, verminderde mobiliteit, verminderde urineproductie, diarree, duizeligheid, vermoeidheid, malaise, macroscopische hematurie en veranderde mentale status zonder delier. Maar ook kan gedacht worden aan patiënten met één niet heel hinderlijke urineweg-gerelateerde klacht zonder systemische klachten of pijn in de nierloge (flankpijn).

In al deze situaties wordt aanbevolen om andere oorzaken te onderzoeken en patiënten actief te monitoren en wanneer symptomen verergeren of nieuwe symptomen ontstaan het beleid te herzien (van Buul, 2018). Daarnaast kan men de patiënt adviseren over voldoende vochtinname eventueel pijnbestrijding (analgetica) aanbieden zoals paracetamol of een NSAID mits er geen contraïndicaties zijn.

De experts adviseren terughoudend te zijn met antibiotica en deze alleen voor te schrijven indien er sprake is van de volgende klachten:

- één of meer urineweg-gerelateerde klachten in combinatie met systemische ziekteverschijnselen
- meerdere urineweg-gerelateerde klachten
- één zeer hinderlijke urineweg-gerelateerde klacht
- een of meer urineweg-gerelateerde klachten met samengaande pijn in de nierloge (flankpijn) en/of suprapubische pijn
- pijn in de nierloge in combinatie met systemische ziekteverschijnselen

Meer informatie over de bovenstaande klachten zoals een beschrijving van urineweg-gerelateerde klachten vindt u in de module 'Klinische verschijnselen' van deze richtlijn.

Voor patiënten met een negatieve nitrietest én leukotest, worden antibiotica voor urineweginfectie per definitie afgeraden.

Verwekkers

Ook bij kwetsbare ouderen is *E. coli* de meest voorkomende verwekker van urineweginfecties. Dit percentage is echter wel lager dan in de algemene populatie en lijkt lager te zijn bij hogere leeftijd, het mannelijk geslacht en bij verblijf in een instelling. Dit zal voor een deel te verklaren zijn door toegenomen antibioticagebruik dat met deze variabelen samenhangt. Bij vrouwen ouder dan 70 jaar die thuis wonen ligt het percentage *E. coli* rond de 60% (Nys, 2006). Nethmap komt bij deze zelfde groep tot een hoger percentage van 74%, maar hierbij dient te worden vermeld dat dit een gezondere populatie betreft vanwege de exclusie van o.a. patiënten met diabetes en patiënten met nierziekten.

Twee studies van geïnstitutionaliseerde patiënten geselecteerd op basis van een klinisch afgenomen kweek laten een lager percentage zien van ongeveer 40%.

Na *E. coli* zijn *Klebsiella pneumoniae* en *Proteus mirabilis* de twee belangrijkste verwekkers. De afname van *E. coli* bij oudere geïnstitutionaliseerde patiënten wordt voornamelijk gecompenseerd door een toename met deze verwekkers. Het totale percentage van deze drie verwekkers schommelt daardoor over het algemeen rond de 75%.

Samenvattend lijkt men te kunnen stellen dat het aandeel van *E. coli* als verwekker van urineweginfecties afneemt naarmate de patiënt kwetsbaarder is, te weten ouder en geïnstitutionaliseerd.

Resistentie

Ten aanzien van de thuiswonende ouderen zijn Nederlandse resistentie data van ongeselecteerde patiënten met een urineweginfectie beschikbaar. Nethmap heeft recente gegevens uit 2014, de studie van Nys is helaas uit 2006 en daardoor minder geschikt om te extrapoleren naar de situatie in 2018. Beide studies bevatten ouderen die niet aan de definitie van kwetsbare ouderen voldoen waardoor het daadwerkelijke resistentiepercentage voor deze groep wat hoger zou kunnen liggen dan uit deze studies blijkt.

Voor patiënten in woonzorgcentra- of verpleeghuizen zijn geen ongeselecteerde data beschikbaar en moet gebruikt worden gemaakt van studies die kijken naar geselecteerde patiënten waarbij een kweek is afgenomen. Dit betreffen zowel in de studie van Van Buul als Hasper dan vaak patiënten bij wie empirische therapie heeft gefaald waardoor de gevonden percentages hoger zullen liggen dan in de ongeselecteerde populatie.

Tot slot zijn er resistentiegegevens beschikbaar van de commensale flora waaronder uropathogenen van instellingspatiënten (Verhoef, 2016; Hoogendoorn, 2013). In hoeverre deze gegevens zijn te extrapoleren naar de resistentie van de daadwerkelijke bij infectie betrokken isolaten is onduidelijk. Deze gegevens geven wel inzicht in het reservoir aan resistentie waaronder ESBL en bij gebrek aan goede directe gegevens meegewogen in de keuze van antibiotische behandeling.

Lokale variatie

Antibioticaresistentie wordt in belangrijke mate gedetermineerd door antibiotische consumptie. Er is dan ook een duidelijke variatie in resistentie tussen instellingen en zelfs afdelingen binnen instellingen omdat populaties en voorschrijfgedrag verschillen (Hasper, 2012; Friedmann, 2003). Voor veel microbiologische laboratoria zal het mogelijk zijn lokale resistentie data aan te leveren. Het zal hier dan echter vaak wel gaan om een geselecteerde patiëntenpopulatie waarbij empirische therapie gefaald heeft.

Antibiotica voor empirische therapie (eerstekeuzemiddel)

Voor de behandeling van cystitis lijkt nitrofurantoïne het meest geschikte middel. Argumenten voor deze keus zijn de wetenschappelijke aangetoonde effectiviteit (Huttner, 2015), de lage resistentie van *E. coli* voor dit middel, de hoge barrière om resistentie te verwerven en de nagenoeg afwezige andere indicaties waar dit middel voor wordt gegeven. Een nadeel is dat *Proteus* intrinsiek resistent is voor dit antibioticum en een frequent gevonden verwekker in (uitgeselecteerde) urinekweken is. Ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring <30 ml/min.) is een contra-indicatie voor dit middel maar het voorkomen daarvan lijkt ook in de populatie kwetsbare ouderen mee te vallen.

Fosfomycine lijkt een acceptabel alternatief wanneer nitrofurantoïne niet gegeven kan worden. Resistentiepercentages zijn net als bij nitrofurantoïne laag. Het middel is gebruiksvriendelijk vanwege de eenmalige gift voor het slapen en mag gegeven worden bij nierfunctiestoornissen. Ondertussen is er ook ruime ervaring met dit middel in de huisartspopulatie.

Behandeling van urineweginfecties bij patiënten met tekenen van weefselinvasie is complexer vanwege hoge resistentie voor zowel amoxicilline/clavulaanzuur, cotrimoxazol als ciprofloxacin. Zodoende kan er geen voorkeur gegeven worden voor één van deze middelen. Keuze kan afhangen van lokale resistentiegegevens en eerdere kweken die van de patiënt bekend zijn.

Duur van antibioticabehandeling

De studie van Vogel (2004) naar behandelduur van cystitis met ciprofloxacin toont geen verschil in effectiviteit tussen drie- en zevendaagse antibioticakuren bij oudere vrouwen. De driedaagse kuur werd wel beter getolereerd. Daarnaast toont de retrospectieve cohortstudie van Wee (2007) onder vrouwelijke bewoners van zorginstellingen (gem. leeftijd 86 jaar) geen daling in de incidentie van recidiverende urineweginfecties, de tijd tussen twee episodes, of het aantal episodes bij een langere behandelduur. Er zijn dus aanwijzingen dat korter behandelen van kwetsbare ouderen veilig zou zijn.

Voor de duur van de behandeling van een urineweginfectie met weefselinvasie zijn geen studies gevonden, zodat voor een advies hierover wordt aangesloten bij andere richtlijnen, in casu de NHG Standaard Urineweginfecties (2013).

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall PD, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus Procedure. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Sep;19(9):757-764.

Huttner A, Verhaegh EM, Harbarth S, Muller AE, Theuretzbacher U, Mouton JW. Nitrofurantoin revisited: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *J Antimicrob Chemother* 2015; 70:2456-2464.

NethMap 2015. Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in The Netherlands in 2014. The Dutch Foundation of the Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) and the Centre for Infectious disease control (CIb) of the National Institute for Public Health and the Environment of the Netherlands (RIVM).

NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, Verduijn MM, Opstelten W, Burgers JS, Van Asselt KM. *Huisarts Wet* 2013;56(6):270-80.

Nys S, van Merode T, Bartelds AI, Stobberingh EE. Antibiotic treatment and resistance of unselected uropathogens in the elderly. *Int J Antimicrob Agents*. 2006; 27(3):236-41.

van Buul L, Veenhuizen R, Stobberingh E, Hertogh C. Urineweginfecties in het verzorgingshuis: verwekkers en resistentiepatronen. *Huisarts & wetenschap*. 2016 oktober 59 (10).

Verhoef L, Roukens M, de Greeff S, Meessen N, Natsch S, Stobberingh E. Antimicrobial

resistance carriage in Dutch long term care facilities. *J Antimicrob Chemother* 2016; 71:2586-2592.

Hasper HJ, van der Palen J, Hendrix RMGR. Vijf jaar urineweginfecties in het verpleeghuis: verandering in resistentiepatroon van gekweekte verwekkers. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2012;37:204-7.

Hoogendoorn M, Smalbrugge M, Stobberingh EE, van Rossum SV, Vlamincx BJ, Thijsen SF. Prevalence of antibiotic resistance of the commensal flora in Dutch nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(5):336-9.

Vogel T, Verreault R, Gourdeau M, Morin M, Grenier-Gosselin L, Rochette L. Optimal duration of antibiotic therapy for uncomplicated urinary tract infection in older women: a double-blind randomized controlled trial. *CMAJ*. 2004;170(4):469-73.

Wee JS, Hughes JD, Lee AH & Joyce AW. Prolonged Antibiotic Therapy for Recurrent Urinary Tract Infections in Aged?Care Residents: Time to Change the Dogma?. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 2007; 37(2): 108-110.

Diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat is de aangewezen diagnostische benadering van urineweginfecties bij patiënten met een verblijfskatheter?

De uitgangsvraag is verdeeld in de volgende subvragen:

Welke klinische verschijnselen (klachten en symptomen) wijzen op een urineweginfectie bij patiënten met een blaaskatheter?

Wat is de plaats van aanvullend onderzoek:

? Wat is de waarde van urinetesten naar: nitriet, leukocyten en urinekweek voor de diagnose van urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter?

? Wat is de waarde van bloedtesten naar leukocyten en C-reefief proteïne (CRP) ter indicatie van weefselinvasie bij patiënten met een verblijfskatheter?

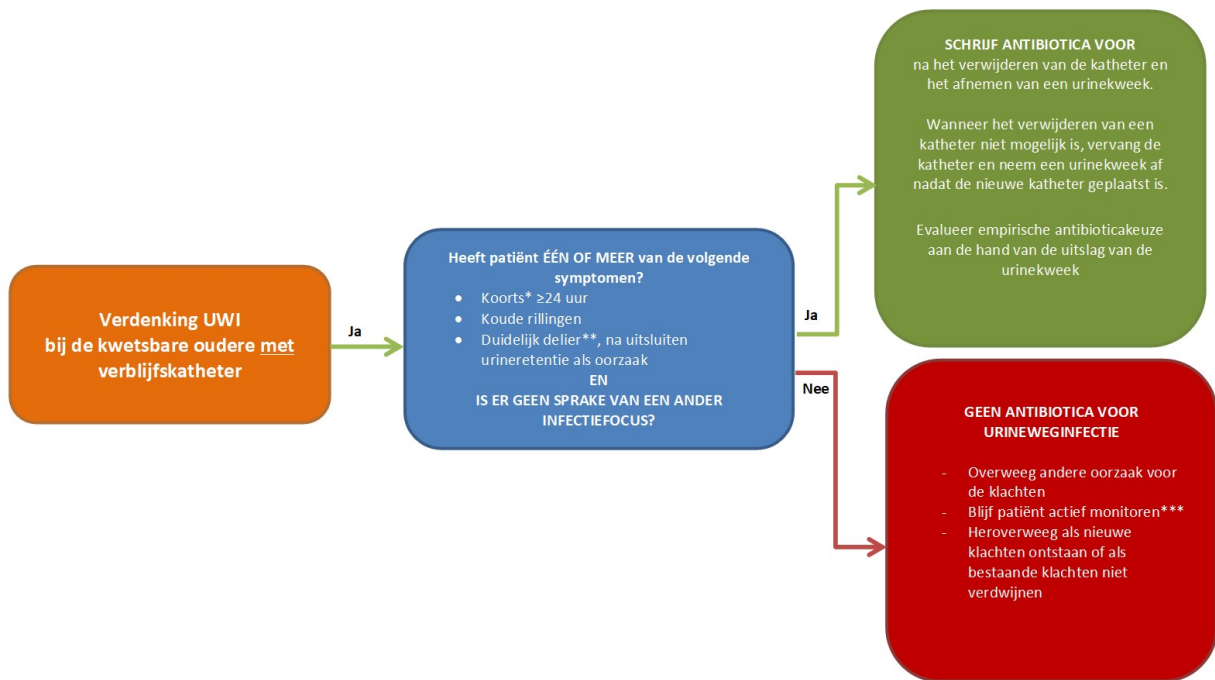
Aanbevelingen

De klinische verschijnselen die, na uitsluiting van andere mogelijke infectieuze oorzaken, kunnen duiden op een urineweginfectie bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter zijn: koorts gedurende >24 uur, koude rillingen en/of een duidelijk delirium, dat niet veroorzaakt wordt door een urineretentie.

Neem altijd urine af voor het inzetten van een kweek bij verdenking van urineweginfectie bij kwetsbare ouderen met een katheter.

Plaats een nieuwe katheter indien de katheter niet definitief verwijderd kan worden en neem het urinemonster af uit de nieuwe katheter voor de start van de antibioticabehandeling.

Vang spontaan geloosde urine op of neem een midstream urinemonster af bij patiënten waarbij de katheter definitief verwijderd kan worden voor start antibiotische behandeling.



* Koorts: eenmalige tympane temperatuur > 37.8 of eenmalige rectale temperatuur > 38.1 of herhaalde tympane temperatuur > 37.2 of herhaalde rectale temperatuur > 37.5. NB: in geval van twijfel verdient rectale temperatuurmeting steeds de voorkeur. ** Delier: definitie volgens DSM-5. *** Actief monitoren: monitoren van vitale functies, aandacht voor vochthuishouding en herhaaldelijk lichamelijk onderzoek.
DISCLAIMER: DEZE BESLISBOOM IS MET GROTE ZORGVULDIGHEID ONTWIKKELD. DE ADVIEZEN DIE VOLGEN UIT DE BESLISBOOM ZIJN CONFORM OP DE ADVIEZEN UIT DE RICHTLIJN 'URINEWEGINFECTIES BIJ KWETSBARE OUDEREN' VAN VERENSO (2018). DEZE BESLISBOOM KAN INGEZET WORDEN ALS HULPMIDDEL. U BLIJFT ALS ARTS ZELF VERANTWOORDELIJK VOOR HET NEMEN VAN EEN BEHANDELBESLISSING.

Literatuurreview

Aanleiding

Gebruik van een verblijfskatheter leidt, door de vorming van een biofilm op de katheter, binnen gemiddeld vier dagen tot leucocyturie en bacteriurie en is zelden symptomatisch (Tambyah, 2000). De aanwezigheid van bacteriurie en leucocyturie onder patiënten met een verblijfskatheter is na een aantal dagen/weken dan ook 100%. Daarnaast zijn (urine-gerelateerde) klachten moeilijk te onderscheiden van klachten veroorzaakt door een katheter. Gezien dit lastig onderscheid en de aanwezigheid van bacteriurie is het onduidelijk hoe een urineweginfectie gediagnosticeerd kan worden bij patiënten met een blaaskatheter, terwijl het risico op urineweginfectie onder deze patiënten verhoogd is. Het is dan ook de vraag welke klinische verschijnselen wijzen op een urineweginfectie en hoe men aanvullend onderzoek kan gebruiken in de diagnostiek van een urineweginfectie bij patiënten met een blaaskatheter ook wel een katheter-gerelateerde urineweginfectie genoemd. Onder katheter-gerelateerde urineweginfecties worden alle urineweginfecties verstaan bij patiënten met een urethrale of suprapubische katheter, patiënten met intermitterende katheterisatie evenals patiënten waarbij deze katheter binnen de voorafgaande 48 uur is verwijderd zoals beschreven in de internationale richtlijn "Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults" van de Infectious Diseases Society of America (Hooton, 2010). Deze module gaat over de diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties.

Literatuurconclusies

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar klinische verschijnselen (klachten en symptomen) die wijzen op een katheter-gerelateerde urineweginfectie bij patiënten met een blaaskatheter
-------------------	--

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar de diagnostische waarde van urineonderzoek naar nitriet of leukocyten of urinekweek voor de diagnose van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een
-------------------	---

	blaaskatheter.
--	----------------

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar de diagnostische waarde van bloedonderzoek naar leukocyten en C-actief proteïne (CRP) ter indicatie van weefselinvasie van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter
-------------------	---

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar verschillen in diagnostiek en/of behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met kort, langdurig of intermitterend kathetergebruik
-------------------	---

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar definities van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten die kort geleden zijn gestart met gebruik van een blaaskatheter, patiënten die reeds langdurig een blaaskatheter gebruiken en/of bij patiënten die intermitterend een blaaskatheter gebruiken
-------------------	---

Samenvatting literatuur

Er zijn geen studies gevonden naar diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter.

Zoekvraag (PICO)

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende twee wetenschappelijke vraagstelling(en):

Wat is de diagnostische waarde van urinetesten naar nitriet en leukocyten en urinekweek voor de diagnose van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter en een verdenking op een katheter-gerelateerde urineweginfectie?

Wat is de waarde van bloedtesten naar leukocyten en C-reefief proteïne (CRP) ter indicatie van weefselinvasie bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter en een verdenking op een katheter-gerelateerde urineweginfectie?

PICO

P: Kwetsbare ouderen met een verdenking op een katheter-gerelateerde urineweginfectie

I (indextest): urinetesten naar nitriet en leukocyten, dipslide, urinekweek, bloedtesten naar leukocyten en CRP

O: diagnostische accuratesse voor resistentiebepaling (sensitiviteit/specificiteit, negatief voorspellende waarde/positief voorspellende waarde)

Zoeken en selecteren

In de databases Pubmed en Embase is op 10 augustus 2017 in één gezamenlijke zoekactie met relevante zoektermen gezocht naar primair onderzoek of systematisch reviews betreft diagnostiek en/of behandeling bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter en een verdenking op een katheter-gerelateerde urineweginfectie. De zoekactie leverde 436 treffers op. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie tien studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens alle tien studies geëxcludeerd (zie exclusietabel in bijlage 1), geen enkele studie werd definitief geselecteerd.

Selectie van studies naar diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen vond plaats op grond van de volgende selectiecriteria:

Kwetsbare ouderen met een blaaskatheter (deelnemers met een verblijfskatheter verblijvend in een zorginstelling, of alle deelnemers tenminste 65 jaar of gemiddelde of mediane leeftijd van deelnemers tenminste 75 jaar)

Diagnostiek van urineweginfecties (urineweginfectie, bijv. symptomatische, gediagnosticeerde of behandelde urineweginfectie)

Vergelijking met referentietest (bij studies naar waarde van diagnostische test)

Gepubliceerd in 2003 of later (sinds voorgaande richtlijn).

De zoekverantwoording is weergegeven in bijlage 2.

Bijlage 1 Exclusietabel Diagnostiek katheter

Exclusietabel (exclusie na het lezen van het volledige artikel)

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
Flokas, 2017	Niet relevant voor beantwoorden van uitgangsvraag
Gravey, 2017	Buitenlandse studie (Frankrijk) naar verwekkers. Exclusie vanwege hoger antibioticagebruik en andere resistentiepatronen.
Naik, 2017	Implementatieonderzoek (geen beantwoording uitgangsvraag) en studiepopulatie geen kwetsbare ouderen
Llenas-Garcia, 2017	Andere studievraag
Kjolvmark, 2016	Geen patiënten met blaaskatheter
Ducharme, 2007	Geen patiënten met blaaskatheter
Armbruster, 2016	Andere studievraag
Hooton, 2010	Buitenlandse richtlijn, geen van de studies uit de onderliggende literatuurreview voldoet aan inclusiecriteria (o.a. kwetsbare ouderen)
Tenke, 2008	Buitenlandse richtlijn, geen informatie over onderliggende literatuurreview
de Cueto, 2017	Buitenlandse richtlijn, geen toegang tot informatie over onderliggende literatuurreview

Bijlage 2 Zoekverantwoording Diagnostiek katheter

Zoekverantwoording Diagnose en behandeling van urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter, uitgevoerd op 10 augustus 2017

Pubmed

("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis,

Xanthogranulomatous"[Majr])

AND

Elderly [tiab] OR community-dwelling [tiab] OR geriatric [tiab] OR "mini-mental state" [tiab] OR alzheimer [tiab] OR alzheimer's [tiab] OR alzheimers [tiab] OR mmse [tiab] OR caregivers [tiab] OR falls [tiab] OR Adl [tiab] OR Frailty [tiab] OR Gds [tiab] OR Ageing [tiab] OR elders [tiab] OR Frail [tiab] OR Mci [tiab] OR Demented [tiab] OR Psychogeriatrics [tiab] OR "cognitive impairment" [tiab] OR "postmenopausal women" [tiab] OR Comorbidities [tiab] OR "Geriatric assessment" [Mesh] OR "Frail elderly" [Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis" [Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology" [Mesh] OR "Alzheimer disease" [Mesh] OR dementia [tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab]

AND

"Catheters"[Mesh:NoExp] OR "Urinary Catheters"[Mesh] OR "Catheters, Indwelling"[Mesh] OR Catheter*[tiab] OR "Catheter-Related Infections"[Mesh]

Embase

'urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab

AND

'Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab

AND

('catheter'/mj OR 'urinary catheter'/exp/mj OR 'intermittent catheterization'/de OR 'indwelling urinary catheter'/mj OR 'antimicrobial urinary catheter'/mj OR catheter*:ti,ab OR 'catheter infection'/mj) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) [HV1] NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('juvenile'/exp NOT 'aged'/exp)

Overwegingen

Gezien het feit dat er geen studies zijn gevonden met betrekking tot diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met blaaskatheter wordt gebruik gemaakt van resultaten van de Delphi-studie, bestaande (inter)nationale richtlijnen en andere relevante documenten om tot een aanbeveling te komen.

Klinische verschijnselen

De Delphi-studie komt tot de conclusie, dat men de diagnose katheter-gerelateerde urineweginfectie bij een kwetsbare oudere met blaaskatheter, alleen dan mag overwegen, indien eerst andere (infectieuze) verklaringen voor het klinisch beeld zijn uitgesloten. Symptomen die dan mogelijk de diagnose kunnen ondersteunen zijn: koorts gedurende ten minste 24 uur, koude rillingen en/of een delier. Bij een delirante patiënt moet wel rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat het delier is geluxeerd door een urineretentie: dit zogenaamde 'cystocerebrale syndroom' dient dus eerst te worden uitgesloten (Blackburn, 1990). Dit kan bijvoorbeeld door middel van een bladderscan, een echoapparaat om blaasvolume te meten.

De bevindingen uit de Delphi-studie komen overeen met de internationale richtlijn "Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults" van de Infectious Diseases Society of America uit 2009. Ook deze richtlijn benadrukt het belang van het uitsluiten van andere mogelijke infectiebronnen. Tevens stelt deze richtlijn dat de aanwezigheid van leucocyturie niet diagnostisch is voor katheter-gerelateerde urineweginfectie (Hooton, 2010). Het ontbreken van leucocyturie in een symptomatische patiënt pleit daarentegen voor een andere diagnose dan katheter-gerelateerde urineweginfectie (Hooton, 2010). Aan de aan- of afwezigheid van sterk ruikende of troebele urine tenslotte, kan geen betekenis worden gehecht (Hooton, 2010).

Bij langdurig gebruik van een urinekatheter kan het paarse-urinezak syndroom' ('purple urine bag syndrome' PUBS) optreden, prevalentie ca. 12% (Llenas-Garcia, 2017). Hoewel patiënten en naasten vaak ongerust raken, zijn de meeste patiënten asymptomatisch en heeft het paars kleuren van de urine geen negatieve invloed op gezondheid. Deze kleuring is waarschijnlijk enkel een uiting van asymptomatische bacteriurie. Gebruik van antibiotica is niet nodig. Uit een

review van Llenas-Garcia (2017) blijkt dat zowel het gebruik van antibiotica als het vervangen van de katheter geen verbetering geven.

Diagnostische waarde van aanvullend onderzoek

Gezien de zeer hoge prevalentie van bacteriurie en leucocyturie heeft urineonderzoek met een nitriettest en/of leukotest geen waarde voor de diagnose van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter.

In aanwezigheid van systemische ziekteverschijnselen is ook het bepalen van biomarkers zoals leukocyten en CRP niet bijdragend aan het diagnostische beleid bij een mogelijke katheter-gerelateerde urineweginfectie.

Urinekweek

Bij verdenking op een katheter-gerelateerde urineweginfectie dient voor start van antimicrobiële therapie urine worden afgenomen voor het inzetten van een kweek met resistentiebepaling vanwege het brede spectrum van potentiële veroorzakende micro-organismen met een verhoogde kans op antimicrobiële resistentie (Hooton, 2010; Van Buul, 2018).

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Blackburn T, Dunn M. Cystocerebral syndrome. Acute urinary retention presenting as confusion in elderly patients. Arch Intern Med 1990;150(12):2577-8.

van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall PD, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus

Procedure. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Sep;19(9):757-764.

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambyah PA, Tenke P, Nicolle LE; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50(5):625-663.

de Cueto M, Aliaga L, Alós JI, Canut A, Los-Arcos I, Martínez JA, Mensa J, Pintado V, Rodríguez-Pardo D, Yuste JR, Pigrau C. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(5):314-320.

Tenke P, Kovacs B, Bjerklund Johansen TE, Matsumoto T, Tambyah PA, Naber KG. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 Suppl 1:S68-78.

High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):375-394.

Llenas-García J, García-López M, Pérez-Bernabeu A, Cepeda JM, Wikman-Jorgensen P. Purple urine bag syndrome: A systematic review with meta-analysis. *European Geriatric Medicine* 2017;8:221-227.

Rudman D, Hontanosas A, Cohen Z, Mattson DE. Clinical correlates of bacteremia in a Veterans Administration extended care facility. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:726–732

Tambyah PA, Maki DG. Catheter-associated urinary tract infection is rarely symptomatic: a prospective study of 1,497 catheterized patients. *Arch Intern Med* 2000;160:678–682.

Behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties

Uitgangsvraag + referenties

Uitgangsvraag

Hoe dienen katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter behandeld te worden?

De uitgangsvraag is verdeeld in de volgende subvragen:

Wat is de positie van antibiotica in de behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter?

Welke antibiotica zijn het meest geschikt als eerstekeuzemiddel?

Wat is de optimale duur van antibioticabehandeling?

Aanbevelingen

Bij koorts gedurende 24 uur, koude rillingen en/of een duidelijk delirium, is een antibioticum voorschrijf op basis van een mogelijke katheter-gerelateerde urineweginfectie alleen aangewezen, indien alle andere mogelijke (infectieuze en niet-infectieuze) oorzaken zijn uitgesloten en er geen sprake is van een urineretentie.

Verwijder of vervang de blaaskatheter voor aanvang van de behandeling van een katheter-gerelateerde urineweginfectie.

Neem een urinemonster - spontaan geloosd, of afgenomen uit de nieuwe blaaskatheter - voor inzetten van kweek alvorens antibiotische behandeling te starten voor een katheter-gerelateerde urineweginfectie.

Baseer de keus van empirische therapie bij katheter-gerelateerde urineweginfecties zo mogelijk op lokale resistentie data en/of eerdere kweekgegevens van patiënt.

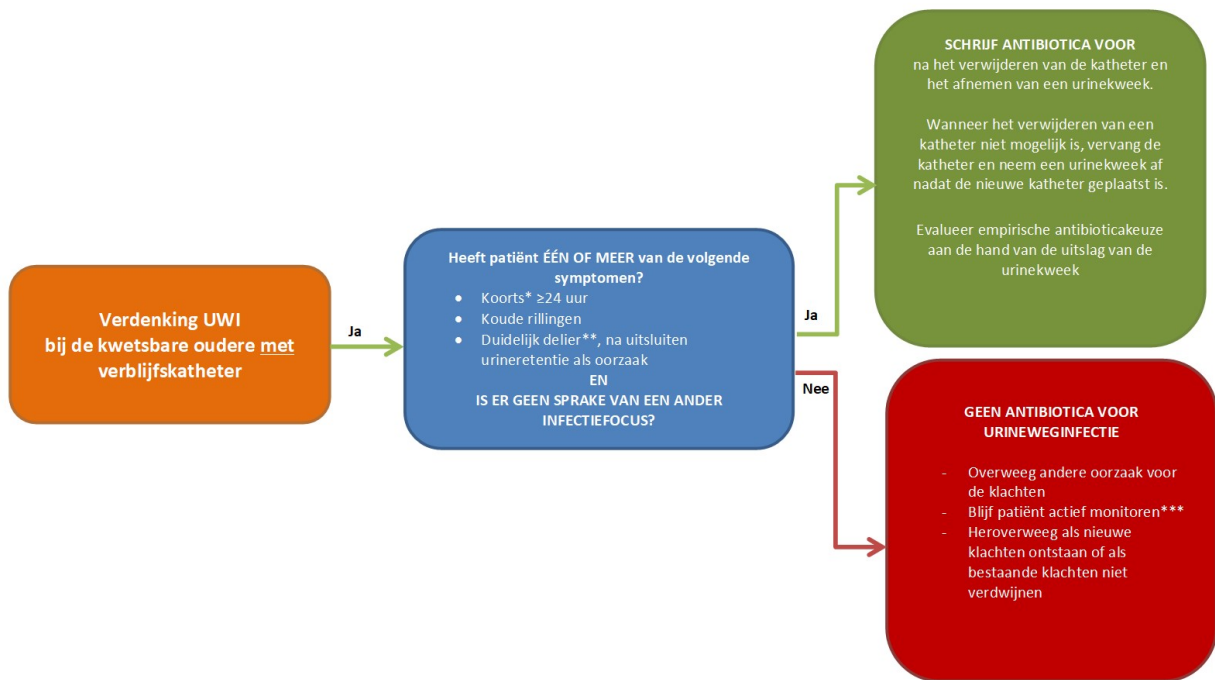
Indien lokale resistentie data en eerdere kweekresultaten ontbreken, kan bij katheter-gerelateerde urineweginfecties gestart worden met amoxicilline/clavulaanzuur, cotrimoxazol

of ciprofloxacin.

Behandel vrouwen gedurende tien dagen en mannen veertien dagen.

De aanbevolen behandelduur van een katheter-gerelateerde urineweginfectie is zeven dagen voor patiënten met symptomen die snel verdwijnen en tien tot veertien dagen voor patiënten met een vertraagde respons (Hooton, 2010).

Stroomlijn empirische therapie zodra de kweekresultaten beschikbaar zijn en pas zo nodig het antibioticum aan.



* Koorts: eenmalige tympane temperatuur > 37.8 of eenmalige rectale temperatuur > 38.1 of herhaalde tympane temperatuur > 37.2 of herhaalde rectale temperatuur > 37.5. NB: in geval van twijfel verdient rectale temperatuurmeting steeds de voorkeur. ** Delier: definitie volgens DSM-5. *** Actief monitoren: monitoren van vitale functies, aandacht voor vochthuishouding en herhaaldelijk lichamelijk onderzoek.
DISCLAIMER: DEZE BESLISBOOM IS MET GROTE ZORGVULDIGHEID ONTWIKKELD. DE ADVIEZEN DIE VOLGEN UIT DE BESLISBOOM ZUN CONFORM OP DE ADVIEZEN UIT DE RICHTLIJN 'URINEWEGINFECTIES BIJ KWETSBARE OUDEREN' VAN VERENSO (2018). DEZE BESLISBOOM KAN INGEZET WORDEN ALS HULPMIDDEL. U BLIJFT ALS ARTS ZELF VERANTWOORDELIJK VOOR HET NEMEN VAN EEN BEHANDELBESLISSING.

Literatuurreview

Aanleiding

Een deel van de kwetsbare ouderen hebben een blaaskatheter, ook wel verblijfskatheter of catheter à demeure (CAD) genoemd. Hierbij is bijna altijd sprake van langdurige blaaskatheterisatie. Gemiddeld gebruikt 4,3% van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners een verblijfskatheter, ten tijde van opname ligt dit op 12,6% (Rogers, 2008; Cornelissen, 2010). Diagnostiek van katheter-gerelateerde urineweginfectie bij patiënten met een blaaskatheter is lastig, de vraag wanneer en hoe lang behandeld moet worden is dat evenzeer. Een katheter-gerelateerde urineweginfectie wordt behandeld als een urineweginfectie met weefselinvasie. Voor de keuze van het behandelbeleid is er weinig meer informatie dan klinische ervaring. Ook is onduidelijk hoe lang behandeld moet worden.

Literatuurconclusies

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar de effectiviteit en bijwerkingen van antibiotica vergeleken met andere behandelmogelijkheden of afwachtend beleid in de behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter
-------------------	--

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar vergelijking van effectiviteit van verschillende antibiotica voor behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter
-------------------	--

Geen GRADE	Er zijn geen studies gevonden naar effectiviteit en bijwerkingen van verschillen in duur van antibioticabehandeling voor katheter-
-------------------	--

Samenvatting literatuur

Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter.

Zoekvraag (PICO)

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende drie wetenschappelijke vraagstelling(en):

Wat zijn de effectiviteit (klinische uitkomstmaten kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen en recidief) en bijwerkingen van antibiotica ten opzichte van afwachtend beleid (geen antibiotica, maar mogelijk wel monitoring, analgetica en/of drinkadvies) in de behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter?

Wat zijn de effectiviteit (klinische uitkomstmaten kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen en recidief) en bijwerkingen van verschillende antibiotica (antibioticum X vs. antibioticum Y) in de behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter?

Wat zijn de effectiviteit (klinische uitkomstmaten kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische symptomen, recidief) en bijwerkingen bij verschillende duur (bijvoorbeeld <7 dagen versus >7 dagen.) van antibiotische behandeling voor katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter?

Zoeken en selecteren

In de databases Pubmed en Embase is op 10 augustus 2017 met relevante zoektermen in één gezamenlijke zoekactie gezocht naar primair onderzoek of systematische reviews betreffende diagnostiek én behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met een blaaskatheter. De zoekactie leverde 436 treffers op. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie tien studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens alle tien de studies geëxcludeerd (zie exclusietabel in bijlage 1) en geen enkele studie definitief geselecteerd.

Studies naar behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

met een blaaskatheter werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria:

Kwetsbare ouderen met een blaaskatheter (deelnemers met een verblijfskatheter verblijvend in een zorginstelling, of alle deelnemers tenminste 65 jaar of gemiddelde of mediane leeftijd van deelnemers tenminste 75 jaar);

Behandeling van urineweginfecties (klinische urineweginfectie, bijv. symptomatische, gediagnosticeerde of behandelde urineweginfectie);

Gecontroleerd onderzoek;

Gepubliceerd in 2003 of later (sinds voorgaande richtlijn).

De zoekverantwoording is weergegeven in bijlage 2.

Bijlage 1 Exclusietabel Behandeling katheter

Exclusietabel (exclusie na het lezen van het volledige artikel)

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
Flokas, 2017	Niet relevant voor beantwoorden van uitgangsvraag
Gravey, 2017	Buitenlandse studie (Frankrijk) naar verwekkers. Exclusie vanwege hoger antibioticagebruik en andere resistentiepatronen.
Naik, 2017	Implementatieonderzoek (geen beantwoording uitgangsvraag) en studiepoulatie geen kwetsbare ouderen
Llenas-Garcia, 2017	Andere studievraag
Kjolvmark, 2016	Geen patiënten met blaaskatheter
Ducharme, 2007	Geen patiënten met blaaskatheter
Armbruster, 2016	Andere studievraag
Hooton, 2010	Buitenlandse richtlijn, geen van de studies uit de onderliggende literatuurreview voldoet aan inclusiecriteria (o.a. kwetsbare ouderen)
Tenke, 2008	Buitenlandse richtlijn, geen informatie over onderliggende literatuurreview
de Cueto, 2017	Buitenlandse richtlijn, geen toegang tot informatie over onderliggende literatuurreview

Bijlage 2 Zoekverantwoording Behandeling katheter

Zoekverantwoording Diagnose en behandeling van urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter, uitgevoerd op 10 augustus 2017

Pubmed

("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr])

AND

Elderly [tiab] OR community-dwelling [tiab] OR geriatric [tiab] OR "mini-mental state" [tiab] OR alzheimer [tiab] OR alzheimer's [tiab] OR alzheimers [tiab] OR mmse [tiab] OR caregivers [tiab] OR falls [tiab] OR Adl [tiab] OR Frailty [tiab] OR Gds [tiab] OR Ageing [tiab] OR elders [tiab] OR Frail [tiab] OR Mci [tiab] OR Demented [tiab] OR Psychogeriatrics [tiab] OR "cognitive impairment" [tiab] OR "postmenopausal women" [tiab] OR Comorbidities [tiab] OR "Geriatric assessment" [Mesh] OR "Frail elderly" [Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis" [Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology" [Mesh] OR "Alzheimer disease" [Mesh] OR dementia [tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab]

AND

"Catheters"[Mesh:NoExp] OR "Urinary Catheters"[Mesh] OR "Catheters, Indwelling"[Mesh] OR Catheter*[tiab] OR "Catheter-Related Infections"[Mesh]

Embase

'urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab

AND

'Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR 'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab

AND

('catheter'/mj OR 'urinary catheter'/exp/mj OR 'intermittent catheterization'/de OR 'indwelling urinary catheter'/mj OR 'antimicrobial urinary catheter'/mj OR catheter*:ti,ab OR 'catheter infection'/mj) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) [HV1] NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) NOT ('juvenile'/exp NOT 'aged'/exp)

Overwegingen

Er zijn geen studies gevonden voor de specifieke zoekvragen met betrekking tot behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. Om de uitgangsvragen te beantwoorden en tot aanbeveling te komen wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de Delphi-studie, overwegingen die specifiek zijn voor katheter-gerelateerde urineweginfecties uit internationale richtlijnen en verwijzen we naar de behandeling van niet-katheter-gerelateerde urineweginfecties met weefselinvasie: zie module 'Behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'.

De positie van antibiotica

In een Delphi-studie (Van Buul, 2018) concluderen (inter)nationale experts, dat antibiotische behandeling op basis van de werkdiagnose katheter-gerelateerde urineweginfectie alleen is aangewezen indien er sprake is van systemische ziekteverschijnselen. Minimale criteria voor het starten met antibiotica op verdenking van katheter-gerelateerde urineweginfectie bij een kwetsbare oudere met een blaaskatheter zijn volgens de Delphi-studie: koorts langer dan 24 uur bestaand, koude rillingen en/of een delier. Bij een delier dient wel eerst een urineretentie als mogelijke oorzaak te worden uitgesloten (zie module 'Diagnostiek van urineweginfecties bij patiënten met een blaaskatheter': cystocerebraal syndroom).

Verwijderen of vervangen van de blaaskatheter en inzetten van urinekweek voor aanvang van therapie

Voor de start van een antibiotische behandeling dient de blaaskatheter verwijderd of, indien de patiënt niet zonder blaaskatheter kan, vervangen te worden (van Buul, 2018; High, 2008).

Een blaasecho (bladderscan) voor het bepalen van retentie kan helpen bij het nagaan of de blaaskatheter kan worden verwijderd. Een urinemonster ten behoeve van een urinekweek wordt zonder of via de nieuwe blaaskatheter verzameld voordat therapie wordt gestart (Hooton, 2010; High, 2008; Van Buul, 2018). Wanneer een urinemonster wordt verkregen door een oude katheter (enkele dagen of langer) geven de kweekuitslagen de bacteriën van de biofilm weer. Door het vervangen of verwijderen van de katheter voor aanvang van de therapie is het mogelijk een urinemonster te nemen dat een betere weergave geeft van de verwekkers van de urineweginfectie, de uropathogenen (Raz, 2000). Bovendien leidt het verwijderen of vervangen van de blaaskatheter voor start van de antibiotische behandeling tot betere klinische uitkomsten, het versnelt de resolutie van symptomen zoals koorts en vermindert het risico op een latere katheter-gerelateerde urineweginfectie (Hooton, 2010; High, 2008; Raz, 2000).

Middelenkeuze en duur van antibioticabehandeling

Voor orale behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties kan men, evenals bij niet-katheter-gerelateerde urineweginfecties (zie module 'Behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'), op basis van lokale resistentiedata een keuze maken uit cotrimoxazol, ciprofloxacin en amoxicilline/clavulaanzuur. Wanneer lokale resistentiedata niet voorhanden zijn kan men gebruik maken van eerdere kweekgegevens van de patiënt.

Wat de behandelduur van een katheter-gerelateerde urineweginfectie betreft, adviseert de Infectious Diseases Society of America om patiënten met symptomen die snel verdwijnen zeven dagen te behandelen. Voor patiënten met een vertraagde respons adviseren zij een behandelduur van tien tot veertien dagen. Deze behandelduur is gelijk voor patiënten bij wie de blaaskatheter is verwijderd (Hooton, 2010).

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall PD, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus Procedure. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Sep;19(9):757-764.

High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):375-394.

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambayh PA, Tenke P, Nicolle LE; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50(5):625-663.

Cornelissen MME, de Kroon SJW, Winters – Van der Meer ACM. Branchebeeld Kwaliteit 2009 Verpleging Verzorging en Zorg thuis. Achtergrondrapport, 2010. <https://www.actiz.nl/stream/p-branchebeeld-2009-achtergrond>

Raz R, Schiller D, Nicolle LE. Chronic indwelling catheter replacement before antimicrobial therapy for symptomatic urinary tract infection. *J Urol* 2000;164:1254–1258.

Rogers MA, Mody L, Kaufman SR, Fries BE, McMahon LF Jr, Saint S. Use of urinary collection devices in skilled nursing facilities in five states. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(5):854-861.

Preventie van (recidiverende) urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke (primaire) preventieve maatregelen zijn zinvol in het voorkomen van urineweginfecties?

Aanbevelingen

Stimuleer de vochtintake indien daarvoor geen contra-indicaties zijn bij ouderen met recidiverende urineweginfecties.

Stimuleer binnen instellingen voor ouderen dat er prompt gereageerd wordt op een verzoek tot hulp bij toiletgang.

Gebruik geen vitamine C of cranberries ter preventie van urineweginfecties.

Overweeg, indien dit niet op praktische of emotionele bezwaren stuit, een lokale behandeling met oestrogenen bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties zonder contra-indicaties zoals (een sterk verhoogd risico op) hormoonproducerende tumoren.

Geef geen systemische oestrogenen ter preventie van recidiverende urineweginfecties bij postmenopauzale vrouwen.

Geef alleen onderhoudskuren met antibiotica voor de preventie van recidiverende urineweginfecties indien er sprake is van meerdere (3-6) urineweginfecties per jaar met urineweg-gerelateerde klachten en een zeer hoge ziektelast. Kies voor de onderhoudskuur bij voorkeur voor nitrofurantoïne 50 mg tenzij de urinekweek anders aangeeft. Geef een stopdatum aan op het recept (voor nitrofurantoïne maximaal één jaar behandelen en voor overige antibiotica maximaal een half jaar behandelen).

Staak de onderhoudsbehandeling met antibiotica indien er een recidief optreedt. Doe een urinekweek en behandel op geleide van deze kweek.

Literatuurreview

Aanleiding

Gezien de hoge prevalentie van urineweginfecties bij deze doelgroep, de gevolgen voor de kwaliteit van leven en de nadelen van antimicrobiële therapie, is het wenselijk om te zoeken naar de mogelijkheden van preventie. Er blijkt nog veel onduidelijk op dit terrein en er is ruimte voor meer onderzoek.

Literatuurconclusies

Toename vochtinname

geen GRADE	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van toename in vochtinname op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
---------------------------------	---

Toiletbeleid in zorginstellingen

geen GRADE	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van aangepast toiletbeleid in zorginstellingen op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
---------------------------------	---

Vermijden katheterisatie/ verwijderen katheter

geen GRADE	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van toename in vermijden van blaaskatheterisatie of verwijderen van blaaskatheter op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
---------------------------------	--

Vitamine C

geen	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van vitamine C op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
GRADE	

Behandeling van verzakking

geen	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van de behandeling van verzakking op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
GRADE	

Lactobacillen

geen	Er zijn geen gecontroleerde studies gevonden naar effectiviteit van lactobacillen op het risico van recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.
GRADE	

Effectiviteit van cranberries

laag GRADE	Cranberryproducten hebben geen invloed op het risico op recidiverende urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. McMurdo, 2005; Juthani-Mehta, 2010; Caljouw, 2014 & Juthani-Mehta, 2016
-------------------	---

Bijwerkingen van cranberries

laag	Er zijn aanwijzingen dat cranberryproducten geen verhoogd risico op bijwerkingen geven bij kwetsbare ouderen. McMurdo, 2005; Juthani-Mehta, 2010; Caljouw, 2014 & Juthani-Mehta, 2016
GRADE	

Effectiviteit van hormoontherapie en antibiotische profylaxe

zeer laag	Er zijn enige aanwijzingen dat antibiotische profylaxe met nitrofurantoïne een iets lager
------------------	---

GRADE	risico op recidiverende urineweginfecties geeft dan hormoontherapie door middel van een oestriol-houdend pessarium bij kwetsbare ouderen. Raz, 2003
--------------	--

Bijwerkingen van hormoontherapie en antibiotische profylaxe

zeer laag GRADE	Mogelijk zijn bijwerkingen van een oestriol-houdend pessarium bij kwetsbare ouderen grotendeels lokaal van aard in vergelijking met systemische bijwerkingen van profylaxe met orale nitrofurantoïne. Raz, 2003
------------------------	--

Samenvatting literatuur

Zoekresultaten

Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 22 studies over preventie geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 16 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel in bijlage 1), en zes studies definitief geselecteerd en opgenomen in de literatuuranalyse. Het gaat om één systematische review en vier primaire studies naar effectiviteit van cranberryproducten ter preventie van urineweginfecties en één studie waarin locale hormonale behandeling is vergeleken met profylactische antibioticabehandeling. De beoordeling van individuele studiekwaliteit en de evidencetabel kunt u vinden in de bijlagen.

Er zijn geen studies gevonden naar effectiviteit van andere preventieve maatregelen (lactobacillen, behandeling verzakking, probiotica, vitamine C, mate vochtinname, toiletbeleid in zorginstelling en vermijden katheterisatie/ verwijderen katheter) die aan de inclusiecriteria voldoen.

Cranberries

Beschrijving studies

In de systematische review naar preventief effect van cranberries op urineweginfecties (Jepson, 2012) zijn twee RCT's opgenomen die voldoen aan de inclusiecriteria (McMurdo 2005; Juthani-Mehta, 2010). De review is geüpdatet; hierbij zijn twee recente RCT's (Caljouw 2014/vd Hout 2014; Juthani-Mehta 2016) aan de review toegevoegd. Zodoende bestaat de vernieuwde review uit vier RCT's met in totaal 1545 deelnemers. De gemiddelde leeftijd van de studiepopulaties varieerde tussen 81 (McMurdo, 2005) en 87 jaar (Juthani-Mehta, 2010); alle

deelnemers verbleven in een instelling, ofwel de geriatrische afdeling van een ziekenhuis (McMurdo, 2005), danwel verblijvend in een zorginstelling. McMurdo (2005) maakte gebruik van cranberrysap, de andere studies gebruikten cranberrycapsules (Caljouw 2014/vd Hout 2014; Juthani-Mehta 2010 en 2016). De follow-up varieerde van 35 dagen (McMurdo, 2005) tot één jaar (Caljouw, 2014; Juthani-Mehta, 2016).

Effectiviteit

Geen van de vier studies vond een significant verlaagd risico op urineweginfectie na het nemen van cranberryproducten in vergelijking met placebo.

In de studie van McMurdo (2005) werd in de follow-up periode van 35 dagen bij zeven van 187 personen uit de interventiegroep een urineweginfectie gediagnosticeerd in vergelijking met veertien uit 189 personen in de controlegroep (RR= 0,51; 95%BI 0,21 tot 1,22). De studie van Caljouw (2014) betrof twee groepen, een zogenaamde hoog-risicogroep (patiënten met een verblijfskatheter langer dan een maand, diabetes mellitus, of ?1 urineweginfectie in het voorgaande jaar) en een laag-risicogroep. Daarnaast werden twee definities voor urineweginfectie gehanteerd: een ruime klinische definitie die aansluit bij de Verenso richtlijn urineweginfecties uit 2006, waarbij zowel specifieke als aspecifieke klachten in combinatie met een positieve urinestick tot de diagnose urineweginfectie kon leiden; daarnaast werd ook een strikte definitie meegenomen, waarin mictiegerelateerde klachten centraal staan. Alleen deze laatste definitie sluit aan bij de huidige richtlijn en deze is daarom als uitgangspunt genomen voor de samenvatting van de literatuur. In de follow-up periode van 12 maanden werd bij de hoog-risicogroep een gelijk aantal urineweginfecties volgens de strikte definitie gediagnosticeerd: 45 in de cranberrygroep (n=253) en 46 in de placebogroep (n=263) (HR=1,02; 95%BI 0,68 tot 1,55). In de laag-risicogroep werden in de cranberrygroep (n=205) 17 urineweginfecties volgens de strikte definitie vastgesteld en in de placebogroep (n=207) 16 urineweginfecties (HR=1,11; 95%BI 0,56 tot 2,20). Voor zowel de hoog- als de laagrisicogroep zijn de verschillen niet significant. Ten behoeve van de gepoolde analyse zijn de gegevens uit beide risicogroepen samengevoegd. In de interventiegroep werd dus bij 62 van de 458 een urineweginfectie in strikte zin vastgesteld, in de placebogroep bij 62 van de 470 personen (RR= 1,03; 95%BI 0,74 tot 1,42). Ook Juthani-Mehta vond in 2010 geen significant verschil in incidentie van urineweginfecties (geen gegevens gerapporteerd), de gezamenlijke incidentie in deze studie was 4,66 per 100 persoonsmaanden. In 2016 kregen tien van 92 personen in de interventiegroep en twaalf van 93 personen in de controlegroep een urineweginfectie (RR=0,84; 95% BI 0,38 tot 1,85).

Het gepoold relatief risico uit de meta-analyse van McMurdo (2005), Caljouw (2014) en Juthani-Mehta (2016) is 0,90 met 95%BI van 0,65 tot 1,26 (n=1489; I²=11%).

De bewijskracht voor effectiviteit van cranberries op de incidentie van urineweginfecties is vanaf hoog met twee niveaus verlaagd. Gezien beperkingen in de onderzoeksopzet zoals grote uitval, onvoldoende blindering en selectieve uitkomstreportage is gekozen om de bewijskracht met één niveau te verlagen. Daarnaast is nog één niveau afgewaardeerd gezien het relatief klein

aantal patiënten (imprecisie; n=1489). De waardering van de bewijskracht voor de effectiviteit van cranberries ter preventie van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen komt hiermee op laag.

Bijwerkingen

Drie studies (McMurdo, 2005; Caljouw, 2014; Juthani-Mehta 2016) hebben het aantal bijwerkingen getoetst, zij vonden allen geen significante verschillen. In de studie van McMurdo (2005) vonden in totaal dertien adverse events plaats, zes in de interventiegroep en zeven in de controlegroep (RR=1,18 [0,40; 3,44], NS). Het betrof overlijden (I=2; C=3), gastro-intestinale problemen (I=4; C=2), rode jeukende huid (C=1) en een verhoogde bloedglucosewaarde (C=1). Juthani-Mehta vond in 2010 in totaal zes bijwerkingen die mogelijk verband houden met de capsules (RR=5,85 [0,35 tot 98,35]) zoals o.a. misselijkheid, overgeven en diarree. Caljouw rapporteerde hospitalisatie (n=5; 0,5%), algemene mortaliteit (n=295/928; 32%) en mortaliteit door urineweginfecties (n=17; 6%). Groepen verschilden in geen van deze uitkomsten. In 2016 rapporteerde Juthani-Mehta in totaal 1791 events in de interventie- en 2039 in de controlegroep. Veertien van deze events waren niet-ernstig en gerelateerd aan het protocol en op geanticipeerd. Deze waren in beide groepen gelijk.

De bewijskracht voor het risico op bijwerkingen van cranberryproducten is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet zoals onvoldoende blindering en grote uitval (één niveau) en het geringe aantal studies en patiënten (n=1545; imprecisie; één niveau) en komt hiermee op laag.

Hormoontherapie en antibiotische profylaxe

Beschrijving studies

Er is één studie gevonden waarin bij 171 vrouwen de effectiviteit van hormoontherapie (oestriolhoudend pessarium) en antibiotische profylaxe (nitrofurantoïne) met elkaar worden vergeleken (Raz, 2003). De studie heeft geen controlegroep met gebruikelijke zorg of een controle-interventie. De oestriolgroep gebruikte het pessarium dagelijks gedurende twee weken gevolgd door tweewekelijks gebruik gedurende negen maanden. Daarnaast slikten zij dagelijks placebopillen gedurende negen maanden. De antibioticagroep gebruikte een dagelijkse capsule nitrofurantoïne gedurende negen maanden en een placebopessarium dagelijks gedurende twee weken en tweewekelijks gedurende negen maanden. De studie duurde één jaar en vond plaats in drie poliklinieken in Israël bij 171 vrouwen van gemiddeld 67 jaar.

Effectiviteit

In de twaalf maanden van de studie van Raz (2003) zijn 85 episodes van urineweginfecties gerapporteerd onder 79 vrouwen met een oestriolhoudend pessarium en 30 episodes onder de 71 vrouwen in de antibioticagroep. Gezien het aantal episodes in de oestriolgroep groter was dan het aantal deelnemers kon geen relatief risico worden berekend. De auteurs omzeilen dit probleem door in hun Kaplan-Meier analyse alleen de eerste episode mee te nemen, echter

deze analyse kon niet worden overgenomen gezien in de uitkomstmaat naast symptomatische urineweginfecties ook asymptomatische bacteriurie is meegenomen.

De bewijskracht voor effectiviteit van hormoontherapie op de incidentie van urineweginfecties is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (één niveau) en het geringe aantal studies en patiënten (imprecisie; twee niveaus).

Bijwerkingen

Het aantal personen met bijwerkingen (36%) en met bijwerkingen gerelateerd aan de medicijnen (16%) was in beide groepen gelijk. Waar het in de oestriolgroep voornamelijk klachten in de vagina betrof (zoals jeuk, branderig gevoel, vaginale afscheiding en metrorragie), waren de klachten in de antibioticagroep systemisch van aard en gevarieerd (bijv. koorts (n=5); pneumonitis (n=1), urticaria (n=3) en gastro-intestinale klachten (n=2).

De bewijskracht voor het risico op bijwerkingen van hormoontherapie is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (één niveau) en het geringe aantal studies en patiënten (imprecisie; twee niveaus) en komt hiermee op zeer laag.

Zoekvraag (PICO)

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling: "Wat zijn de (on)gunstige effecten van preventieve maatregelen voor (recidiverende) urineweginfecties?".

PICO

P: kwetsbare ouderen

I (indextest): mate vochtinname, toiletbeleid in zorginstelling, vermijden katheterisatie/verwijderen katheter, vitamine C, behandeling van verzakking, lactobacillen, lokale hormonale behandeling (bijv. lokale oestrogenen), cranberries (cranberrysap/-capsules) en onderhoudsbehandeling antibiotica.

C (referentietest): geen interventie

O: incidentie urineweginfecties (re-infectie/relapse), bijwerkingen

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte incidentie van urineweginfectie een voor de besluitvorming kritieke uitkomstmaat en bijwerkingen een voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaat.

Zoeken en selecteren

In de databases Pubmed en Embase is met relevante zoektermen gezocht naar (systematische reviews van) gecontroleerde studies over preventie of behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen die zijn gepubliceerd tussen 1 januari 2003 en 9 december 2016. De zoekverantwoording is weergegeven in de bijlage. De literatuurzoekactie leverde in totaal 654 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria:

- Kwetsbare ouderen (deelnemers verblijvend in een zorginstelling, of alle deelnemers tenminste 65 jaar of gemiddelde of mediane leeftijd van deelnemers tenminste 75 jaar)
- Uitkomstmaat urineweginfectie (klinische urineweginfectie, bijv. symptomatische, gediagnosticeerde of behandelde urineweginfectie)
- Gecontroleerd onderzoek
- Gepubliceerd in 2003 of later (sinds voorgaande richtlijn)

Bijlage 1 Exclusietabel Preventie

Exclusie na het lezen van het volledige artikel.

Auteur en jaartal	Redenen van exclusie
Efros, 2010	Niet-gecontroleerd onderzoek
Hunjak, 2012	Geen experimenteel onderzoek, geen trial
Beerepoot, 2016	Niet-systematische review
Lo, 2014	Niet-systematische review
Dessole, 2003	Opgenomen in SR Dueñas-Garcia (2016)
Jepson, 2008; Jepson, 2009	Verouderde versie van Jepson 2012 (zelfde SR)
Kranj?ec, 2014	Postmenopauzale vrouwen, maar geen analyse naar leeftijdsgroep.
Regal, 2006	De SR gebruikt een bredere definitie van UWI, ook asymptomatische UWI meegenomen. De geïnccludeerde primaire studies zijn indien mogelijk meegenomen.
Lin, 2013	Geen symptomatische UWI, maar bacteriurie.
Juthani-Mehta, 2010	Geen symptomatische UWI, maar bacteriurie
Madden, 2015	Geen uitkomstmaat incidentie van UWI, maar

	gevoeligheid voor antibiotica
Bianco, 2012	Uitkomstmaat geen UWI, maar bacteriurie en leucocyturie
Van den Hout, 2014	Geen bruikbare uitkomstmaten gerapporteerd.
Sen, 2008	De systematische review bevat geen relevante nieuwe studies die voldoen aan inclusiecriteria, deze zijn reeds geïnccludeerd.
Takahashi, 2013	Uitkomstmaat relapse UWI op basis van klachten waarvoor arts antibioticum nodig vond.

Bijlage 2 Evidencetabel Preventie

Tabel 2a. Evidencetabel voor gebruik van cranberries ter preventie van urineweginfecties (SR).

[Vergroot tabel](#)

Studie	Studieke nmerken	Patiëntka rakteristi eken	Interventi e (I)	Controle (C)	Follow-up	Uitkomst en en effe ctgrootte [?]	Opmerkin gen
Jepson, 2012	SR en met a-analyse van (quasi-) RCT's <i>Literatuurs earch tot 4 juni 2013</i>	Inclusiecrit eria SR: - oudere mannen en vrouwen Exclusiecr iteria SR: - Behande ling van UTI, - Aandoen ingen van urinewege n niet vero orzaakt door	Cranberry sap of afgeleide producten	Placebo, geen beha ndeling of een andere be handeling	End-point of follow- up; Incomplet e outcome data	<u>Urinewegi nfecties:</u> C: (klachten + pos. dipstick (LE en/of nitriet) + pos. kweek) I=7/187; C=14/189 RR=0,51 [0,21; 1,22], NS D: n=13,	<u>Afkortinge n:</u> SR= syste matisch review RCT= ger andomise erde geco ntroleerde trial I= interventie C= controle

		<p>bacteriële infecties (bijv. interstitiële cystitis)</p> <p><i>2 recente studies (?2003) bij oudere patiënten (totale SR= 24 studies)</i></p>				<p>NS</p> <p>F: Incidentie van UWI (mictiegere lateerde klachten + pos. dipslide of kweek) per 100 personen (95%BI)</p> <p><i>Laag-risico</i> I=10,5 [5,5; 15,5]; C= 9,4 [4,8; 14,1]; HR= 1,11 [0,56; 2,20], NS</p> <p><i>Hoog risico</i> I=25,3 [17,9; 32,7]; C=24,6 [17,5; 31,7]; HR= 1,02 [0,68; 1,55], NS</p> <p>G: I=10/92; C=12/93; RR=0,84 [0,38;</p>	<p>n= aantal deelnemers</p> <p>Lftd= leeftijd</p> <p>Gem.= gemiddelde</p> <p>VG= voor geschiedenis</p> <p>FU= follow-up</p> <p>UWI= urineweginfectie</p> <p>Dgn/wkn/mnd/jr= dagen, weken, maanden, jaren</p> <p>RR= Relatief risico</p> <p>HR= Hazard ratio</p> <p>BI= betrouwbaarheid</p> <p>sinterval</p> <p>NS= niet significant</p>
--	--	---	--	--	--	--	---

<p>C: McMurdo, 2005; Parallele groep RCT; Ziek- enhuis- geriatrie afdeling, VK (Schotl- and)</p>	<p>C: n=376; gem 81 jr. (>60); ?=255/376 (68%); geen patiënten met blaas katheter</p>	<p>C: Cranbe- rrysap (25% cran- berryconc- entraat met 11,175 ?g/g proan- thocyanid- e); tweemaal daags 150 ml (300 ml/dag); gedurende 6 mnd.</p>	<p>C: Placeb- odrank</p>	<p>C: FU= 35 dgn. Incomple- te data: I= 143/187 (76%); C= 158/189 (84%)</p>	<p>1,85], NS Gepoold effect (random effects model; n=1489): RR= 0,90 [95%BI: 0,65; 1,26] ten gunste van cranb- erries. Het erogeenit- eit (I^2): 11% <i>Tweemaal vs. eenmaal daags</i> D: I^2 =14/19 I^1=13/20; RR=1,13 [0,75; 1,72], NS <u>Bijwerking- en (n):</u> C: I=6 (overlijden , n=2; gast- ro-intestin- aal, n=4); C=7 (overlijden , n=3; gast- ro-intestin- aal, n=2; rode</p>	
---	---	--	-------------------------------------	---	---	--

<p>D: Juthani-Mehta, 2010 (PACS study); 3-arm parallelle groep RCT; 4 de mentie-afdelingen van verpleeghuizen, USA</p>	<p>D: n=56; lftd= gem. 87 jr. (>65); ?=82%; VG= 28/56 (50%) UWI in afgelopen jr.; dementie= 56/56 (100%); geen patiënten met blaas katheter</p>	<p>D: Cranberrycapsule à 650mg, 16,25mg proanthocyanide I¹= 1 capsule, eenmaal daags (n=20) I²= 1 capsule, tweemaal daags (n=19)</p>	<p>D: Geen behandeling (n=17)</p>	<p>D: FU= 6 mnd. Incomplete data: 57%</p>	<p>jeukende huid, n=1; verhoogd bloedglucosewaarde. n=1); RR=1,18 [0,40; 3,44], NS</p> <p>D: n=6 (10,5%); o.a. misselijkheid, overgeven en diarree</p> <p>F: Hospitalisatie:</p>
<p>F*: Caljouw 2014; parallelle groep RCT; LTCF, Nederland</p>	<p>F: n=928; lftd= gem. 84 jr. (>65); 76%?; Hoog risico (langdurige kathetersatie (?1 mnd), diabetes mellitus, ?1 UWI in afgelopen jr.)= 516/928 (56%); risicogroepen, hoog-risico bij verblijfskatheter (>1mnd),</p>	<p>F: Cranberrycapsules à 500mg; 9mg (1,8%) proanthocyanidine; tweemaal daags; gedurende 12 mnd.</p>	<p>F: placebo capsules met gelijke kleur smaak en uiterlijk</p>	<p>F: FU= 12 mnd. Incomplete data: I= 37%; C= 25%</p>	<p>n=5 (0,5%), NS</p> <p>Mortaliteit, algemeen: n=295/928 (32%), NS</p> <p>Mortaliteit, UWI: n=17 (6%), NS</p> <p>G: totaal aantal events: I: n=1791; C: n=2039, NS</p>

		diabetes mellitus of UWI in voorgaand jaar.					
	G*: Juthani-Mehta, 2016; 21 nursing homes, USA	G: n=185; lftd= gem. 86,4 jr. (>65); 100%?; in clusie criterium: in staat om clean catch urine monster af te nemen, de deelnemers met complete incontinentie zijn geëxcludeerd; geen patiënten met blaaskatheter	G: Cranberrycapsules; 36mg proanthocyanidine; 2 capsules eenmaal daags; gedurende 360 dgn.	G: placebo capsules	G: FU= 2, 4, 6, 8, 10 en 12 mnd; missende waarden		

* Toegevoegd aan review n.a.v. update op 8 december 2016.

Tabel 2b. Evidencetabel voor gebruik van hormoontherapie versus antibiotische profylaxe ter preventie van urineweginfecties.

[Vergroot tabel](#)

Studie	Studiekenmerken	Patiëntkenmerken	Interventie (I)	Controle-interventie (C)	Follow-up	Uitkomstmaten en effectgrootte	Opmerkingen
--------	-----------------	------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------------	-------------

Raz, 2003	Design: RCT	<u>Inclusiecriteria:</u>	Een estriolhoudend pessarium dagelijks gedurende twee weken, daarna eens in de twee weken gedurende 9 mnd samen met elke nacht orale placebo-capsules gedurende 9 mnd.	Elke nacht een capsule nitrofurantoin macrocristal therapy gedurende 9 mnd en een placebo-pessarium dagelijks gedurende twee weken, daarna eens in de twee weken gedurende 9 mnd.	<u>Duur van follow-up:</u> 9 mnd; maandelijkse metingen.	Uitkomstmaten en effectgrootte: ????
	Setting: 3 poliklinieken	(tenminste 3 bevestigde symptomatische UWI's in het afgelopen jaar, of tenminste 2 UWI's in het laatste halfjaar)			<u>Loss-to-follow-up:</u>	Aantal UWI-episodes: I:85 episodes onder 79 personen C: 30 episodes onder 71 personen
	Land: Israël				Interventie : 27/86 (31,4%)	
	Financiering: NV Organon				Redenen: bijwerkingen (n=9); onvoldoende compliance (n=13); ziekte (n=3)	
		<u>Exclusiecriteria:</u>			Controle: 23/85 (27,1%)	
		hormoontherapie in afgelopen jaar,			Redenen: bijwerkingen (n=14); onvoldoende compliance (n=6); ziekte (n=2)	
		bekende of verdachte (geslachts hormoonafhankelijke)				

maligniteit

,

vaginale
bloeding,
actieve of
recente tr
omo-emb
olische aa
ndoening,
gebruik
van verblij
fskatheter,

bekende u
rineretenti
e (>50ml),

langdurig
(?2
weken) an
tibioticage
bruik,

grote
functionel
e of anato
mische
afwijking
van de uri
ngenitale
tractus,

ernstige
lever- of
nierfalen,

allergie
voor nitrof
urantoïne

	<p><u>N total at baseline:</u></p> <p>Interventie : 86</p> <p>Controle: 85</p> <p><u>Belangrijke prognostische factoren:</u></p> <p><i>Lftd (>50), gem.± SD:</i></p> <p>I: 68 (7.2) jr.</p> <p>C: 67 (7.9) jr.</p> <p><i>Geslacht:</i></p> <p>I: 100%?</p> <p>C:100%?</p> <p><i>Aantal UWI's in afgelopen 6 mnd:</i></p> <p>I:2,9 (1,1)</p> <p>C:2,9 (0,8)</p>				
--	---	--	--	--	--

Bijlage 3 Risk of bias tabel Preventie

[Vergroot tabel](#)

Studie	Randomisatie-methode (genereren van allocatievolgorde)	Bias door onvoldoende allocatie - concealment?	Bias door onvoldoende blindering van patiënten?	Bias door onvoldoende blindering van zorgverleners?	Bias door onvoldoende blindering van uitkomstbeoordelaars?	Bias door selectieve uitkomst rapportage?	Bias door loss to follow-up?	Schending van Intention to treat-analyse?
<i>Cranberry</i>								
McMurdo, 2005	Computer-generated random numbers program	Onwaarschijnlijk, verzegelde enveloppen en uitgevoerd door persoon niet betrokken bij onderzoek	Onwaarschijnlijk, dranken waren identiek	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk, uitkomst beoordeelaar was niet op de hoogte van allocatie	Onwaarschijnlijk	Waarschijnlijk, met 80% is er sprake van zeer grote uitval (50% werd gedurende de studieperiode ontslagen uit het ziekenhuis en nog eens 30% stopte voortijdig.	Onwaarschijnlijk
Juthani-Mehta, 2010 (PACS study)	Random number generator	Onduidelijk	Waarschijnlijk, geen blinding	Waarschijnlijk, geen blinding	Waarschijnlijk, geen blinding	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk, 57% van de deelnemers	onduidelijk

							heeft incomplete data.	
Caljouw 2014	Computer random number generator bepaald	Onwaarschijnlijk, gebruik van verzegelde enveloppen	Onwaarschijnlijk, alleen leverancier was op de hoogte	Onwaarschijnlijk, alleen leverancier was op de hoogte	Onwaarschijnlijk, alleen leverancier was op de hoogte	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk, de aanzienlijke dropout (I=33%; C=31%) is hoofdzakelijk door overlijden wat gezien de studie populatie te verwachten is.	Onduidelijk
Juthani-Mehta, 2016	Onduidelijk hoe de allocatievolgorde is bepaald.	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk, de ca 20% loss to follow-up is hoofdzakelijk door overlijden wat gezien de studie populatie te verwachten is en er is geen verschil tussen groepen.	Onwaarschijnlijk
<i>Hormoontherapie vs. antibiotische profylaxe</i>								

Raz, 2003	Random code stratified by NV Organon	Onduidelijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Onwaarschijnlijk	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk, aanzienlijke drop-out (I=31%; C=27%)	Waarschijnlijk, personen met alleen een baselinemeting zijn niet mee genomen
-----------	--------------------------------------	-------------	------------------	------------------	------------------	----------------	--	--

Bijlage 4 Zoekverantwoording Preventie

Zoekstring 'Preventie en behandeling van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen', uitgevoerd op 8 december 2016

Pubmed

("Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "Cystitis"[Mesh:NoExp] OR "Pyelocystitis"[Mesh] OR "Pyelitis"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh] OR "urinary tract infection"[tiab] OR "urinary tract infections"[tiab] OR "bladder infection"[tiab] OR "bladder infections"[tiab] OR cystitis[tiab] OR pyelonephritis[tiab] OR pyelitis[tiab] OR pyelocystitis[tiab] OR prostatitis[tiab] OR bacteriuria[tiab] OR pyuria[tiab] OR UTI[tiab] OR Urosepsis[tiab]) NOT ("Schistosomiasis haematobia"[Mesh] OR "Pyelonephritis, Xanthogranulomatous"[Majr])

AND

(Elderly[tiab] OR community-dwelling[tiab] OR geriatric[tiab] OR "mini-mental state"[tiab] OR alzheimer[tiab] OR alzheimer's[tiab] OR alzheimers[tiab] OR mmse[tiab] OR caregivers[tiab] OR falls[tiab] OR Adl[tiab] OR Frailty[tiab] OR Gds[tiab] OR Ageing[tiab] OR elders[tiab] OR Frail[tiab] OR Mci[tiab] OR Demented[tiab] OR Psychogeriatrics[tiab] OR "cognitive impairment"[tiab] OR "postmenopausal women"[tiab] OR Comorbidities[tiab] OR "Geriatric assessment"[Mesh] OR "Frail elderly"[Mesh] OR "Cognition disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Cognition disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Alzheimer disease"[Mesh] OR dementia[tiab] OR ("Residential Facilities"[Mesh] NOT "Orphanages"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "nursing care facility"[tiab] OR "nursing care facilities"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "residential home"[tiab] OR "residential homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "Long term care"[Mesh] OR "long term care"[tiab])

AND

("Primary Prevention"[mh] OR "Secondary Prevention"[mh] OR prevent* OR protect*[tiab] OR "Antibiotic Prophylaxis"[mh] OR prophylaxis OR prophylactic OR "Ascorbic Acid"[mh] OR "Ascorbic Acid"[tiab] OR "vitamin c"[tiab] OR Methenamine[mh] OR Methenamine[tiab] OR "Vaccinium macrocarpon"[mh] OR "Vaccinium macrocarpon"[tiab] OR cranberr*[tiab] OR Estrogens[mh] OR Estrogen*[tiab] OR oestrogen*[tiab] OR Lactobacill*[tiab] OR probiotic*[tiab] OR "Anti-Bacterial agents"[mh] OR "Anti-Bacterial Agents"[Pharmacological Action] OR antibacterial*[tiab] OR anti-bacterial[tiab] OR "Anti-Infective Agents, Urinary"[mh] OR "Anti-Infective Agents, Urinary"[Pharmacological Action] OR anti-infective[tiab] OR "Drug Therapy"[mesh:NoExp] OR "drug therapy"[sh] OR antibiotic*[tiab] OR antimicrobial*[tiab] OR anti-microbial*[tiab] OR Therapeutics[mh] OR treatment* OR treating OR therapy[sh] OR therapy OR therapies OR therapeutic OR "Treatment Outcome"[mh] OR "Drug Evaluation"[mh])

AND

("Clinical Trial"[pt:NoExp] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "Controlled clinical Trials as Topic"[mh] OR "clinical trial"[tiab] OR "Random Allocation"[Mesh] OR ((controlled[tiab] OR randomized[tiab] OR randomized[tiab]) AND (trial[tiab] OR trials[tiab])) OR RCT[tiab] OR RCTs[tiab] OR CCT[tiab] OR CCTs[tiab] OR "Control Groups"[mh] OR "control group"[tiab] OR "placebos"[mh] OR placebo[tiab] OR placebos[tiab] OR "Random Allocation"[mh] OR random*[tiab] OR "Comparative Study"[pt] OR "Controlled Before-After Studies"[mh] OR "Comparative Effectiveness Research"[mh] OR "Cross-Over Studies"[mh] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (blind*[tiab] OR mask*[tiab])) OR double-blind OR "Meta-Analysis as Topic"[mh] OR "Meta-Analysis"[pt] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev."[jour] OR ("Review Literature as Topic"[Mesh:NoExp] OR "Review"[Publication Type:NoExp] OR review*[tiab]) AND systemat*[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))

Embase

('urinary tract infection'/exp/mj OR 'cystitis'/exp/mj OR 'pyelonephritis'/exp/mj OR 'prostatitis'/exp/mj OR 'bacteriuria'/exp/mj OR 'pyuria'/exp/mj OR 'urinary tract infection':ti,ab OR 'urinary tract infections':ti,ab OR 'bladder infection':ti,ab OR 'bladder infections':ti,ab OR cystitis:ti,ab OR pyelonephritis:ti,ab OR pyelitis:ti,ab OR pyelocystitis:ti,ab OR prostatitis:ti,ab OR bacteriuria:ti,ab OR pyuria:ti,ab OR UTI:ti,ab OR Urosepsis:ti,ab)

AND

('Elderly':ti,ab OR 'community-dwelling':ti,ab OR 'geriatric':ti,ab OR 'mini-mental state':ti,ab OR 'alzheimer':ti,ab OR 'alzheimers':ti,ab OR 'mmse':ti,ab OR 'caregivers':ti,ab OR 'falls':ti,ab OR 'Adl':ti,ab OR 'Frailty':ti,ab OR 'Gds':ti,ab OR 'Ageing':ti,ab OR 'elders':ti,ab OR 'Frail':ti,ab OR 'Mci':ti,ab OR 'Demented':ti,ab OR 'Psychogeriatrics':ti,ab OR 'cognitive impairment':ti,ab OR

'Comorbidities':ti,ab OR 'geriatric assessment'/de OR 'frail elderly'/de OR 'cognitive defect'/de OR 'Alzheimer disease'/de OR 'dementia':ti,ab OR 'nursing home'/de OR 'nursing home':ti,ab OR 'nursing homes':ti,ab OR 'nursing home patient'/de OR 'care home':ti,ab OR 'care homes':ti,ab OR 'nursing care facility':ti,ab OR 'nursing care facilities':ti,ab OR 'residential home'/de OR 'residential facility':ti,ab OR 'residential facilities':ti,ab OR 'residential home':ti,ab OR 'residential homes':ti,ab OR 'residential care':ti,ab OR 'aged care':ti,ab OR 'home for the aged'/de OR 'long term care'/de OR 'long term care':ti,ab)

AND

('prevention and control'/de OR 'prevention'/de OR 'prevention'/lnk OR 'prevention study'/de OR 'infection prevention'/de OR 'primary prevention'/de OR 'secondary prevention'/de OR 'prophylaxis'/de OR Prophylaxis OR prophylactic OR 'antibiotic prophylaxis'/de OR 'pre-exposure prophylaxis'/de OR 'post exposure prophylaxis'/de OR prevent*:ti,ab OR protect*:ti,ab OR 'ascorbic acid'/exp OR 'ascorbic acid':ti,ab OR 'vitamin c':ti,ab OR 'methenamine'/exp OR methenamine:ti,ab OR 'cranberry'/exp OR 'vaccinium macrocarpon':ti,ab OR cranberr*:ti,ab OR 'hormonal therapy'/exp OR hormone*:ti,ab OR 'estrogen'/exp OR estrogen*:ti,ab OR oestrogen*:ti,ab OR estriol:ti,ab OR 'Lactobacillus'/exp OR lactobacill*:ti,ab OR probiotic*:ti,ab OR 'therapy'/exp OR 'therapy'/lnk OR therap*:ti,ab OR 'drug therapy'/exp OR 'drug therapy'/lnk OR 'antibiotic therapy'/exp OR 'antimicrobial therapy'/exp OR 'antibiotic agent'/exp OR antibiotic*:ti,ab OR antibacteri*:ti,ab OR anti-bacteri*:ti,ab OR antiinfective*:ti,ab OR anti-infective*:ti,ab OR antimicrobial*:ti,ab OR anti-microbial*:ti,ab OR drug*:ti,ab OR 'urinary tract antiinfective agent'/exp OR treatment:ti,ab OR 'intervention study'/exp OR 'treatment duration'/de OR 'therapy effect'/de OR 'drug comparison'/exp OR 'drug comparison'/lnk OR 'drug dose comparison'/de OR 'drug dose'/lnk)

AND

('clinical trial'/de OR 'clinical trial'/lnk OR 'controlled clinical trial'/exp OR 'controlled clinical trial (topic)'/exp OR 'randomization'/exp OR (random* NEAR/3 (assign* OR allocat*)) OR ((random* OR control* OR crossover OR 'placebo-controlled' OR 'double-blind' OR clinical) NEAR/5 (trial OR study)):ti,ab OR RCT:ti,ab OR CCT:ti,ab OR 'placebo'/de OR placebo* OR ((single OR double OR triple) NEAR/3 (blind* OR mask*)) OR 'double-blind' OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'triple blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR crossover:ti,ab OR (cross next/1 over):ti,ab OR 'parallel design'/exp OR 'parallel design':ti,ab OR 'intention to treat analysis'/exp OR 'intention to treat':ti,ab OR 'randomized controlled trial (topic)'/de OR 'randomized controlled trial'/exp OR 'controlled study'/exp OR 'comparative study'/de OR 'systematic review'/de OR (systematic*:ti,ab AND (review*:ti,ab OR review/it OR review/de)) OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR 'systematic reviews'/jt OR 'meta analysis'/de OR 'meta analysis (topic)'/exp OR (meta NEAR/3 analy*):ti,ab OR meta-analy*:ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR (pool* NEAR/3 (analy* OR data)):ab,ti OR 'evidence based medicine'/de OR 'practice guideline'/de NOT ('case report'/de OR (case NEAR/2 (report OR study OR serie*)):ti,ab) NOT ('nonhuman'/de NOT 'human'/de))

Overwegingen

Mate van vochtinname

Te lage vochtinname komt veelvuldig voor bij kwetsbare ouderen. Het bevorderen van de vochtinname, rekening houdend met mogelijke contra-indicaties zoals hartfalen of ernstige nierinsufficiëntie, lijkt rationeel. In de praktijk is het echter vaak niet eenvoudig om bij kwetsbare ouderen de vochtinname te vergroten.

Toiletbeleid

Doordat bij ouderen de toiletgang soms grote inspanning vraagt, of doordat zij voor de toiletgang van hulp afhankelijkheid zijn en deze hulp niet altijd direct beschikbaar is, komt het voor dat de plas langdurig wordt opgehouden. Het langdurig ophouden van de plas is mogelijk een predisponerende factor voor het ontwikkelen van blaasretenties en urineweginfecties.

Hoewel er geen gecontroleerde studies zijn gevonden naar de effectiviteit, is het aannemelijk dat snelle beschikbaarheid van hulp bij de toiletgang kan bijdragen aan de preventie van urineweginfecties.

Vermijden katheterisatie/ verwijderen katheter

De aanwezigheid van een blaaskatheter is een bekende risicofactor voor het ontwikkelen van urineweginfecties en deze wordt bij voorkeur alleen gegeven voor een juiste indicatie conform internationale richtlijnen (zoals van de European Association of Urology Nurses (EAUN)), waaronder regelmatig en op correcte wijze (met bladderscan/blaasecho) vastgestelde en klinisch relevante blaasretentie. Blaasretenties kunnen gerelateerd zijn aan medicatiegebruik (bijv. opioïden en anticholinergica), fecale impactie en aan verminderde mobiliteit. Probeer waar mogelijk hier iets aan te doen en evalueer periodiek of de blaaskatheter verwijderd kan worden.

Vitamine C

Hoewel vitamine C lange tijd is gepropageerd als een middel ter preventie van recidiverende urineweginfectie zijn er geen studies gevonden die dit onderbouwen.

Behandeling descensus uteri of cystocele

Gezien de kwetsbaarheid van de patiëntengroep is het operatief behandelen van een verzakking ter preventie van urineweginfecties meestal niet wenselijk. Het gebruik van een pessarium/vaginale ring zou eventueel overwogen kunnen worden als er sprake is van verminderd uitplassen en de cliënt dat wil proberen. Het is echter onbekend of hiervan een preventief effect uitgaat op het ontstaan van urineweginfecties.

Lactobacillen

In de postmenopauze vermindert de kolonisatie van de vagina met Lactobacillen en er kan

kolonisatie met *E. coli* ontstaan. In een studie niet bij kwetsbare ouderen, maar bij 1810 postmenopauzale vrouwen kwam dit voor bij ongeveer 40% van de vrouwen (Pabich, 2003). Er was een positieve relatie tussen de kolonisatie met *E. coli* en het ontstaan van urineweginfectie en omgekeerd was een hoge mate van kolonisatie met Lactobacillen een beschermende factor. Echter, orale capsules met Lactobacillen hadden in deze groep geen effect op het verminderen van het aantal urineweginfecties (Beerepoot, 2012).

Locale hormonale behandeling (bijv. lokale oestrogenen)

In een Cochrane review over oestrogeensuppletie bij postmenopauzale vrouwen blijkt dat er geen aanwijzingen zijn voor het nut van systemische toediening van oestrogenen ter preventie van urineweginfecties bij postmenopauzale vrouwen (Perrotta, 2008).

Lokale toediening van oestrogenen leidde in een aantal gevallen tot een herstel van de kolonisatie van de vagina met Lactobacillen (Raz, 1993).

En er zijn enige aanwijzingen ten aanzien van de werkzaamheid van lokale oestrogenen (ovules en vaginale crème) bij de preventie van recidiverende urineweginfecties. Echter, dit geldt niet voor met oestrogenen geïmpregneerde pessariums (Perrotta, 2008). Er was geen toename van de dikte van het endometrium gemeten bij lokale toediening van oestrogenen en er werden ook geen andere systemische effecten aangetoond, desondanks wordt het gebruik ervan voorzichtigheidshalve afgeraden bij een verhoogd risico op of aanwezigheid van hormoongevoelige tumoren (Ewies, 2010).

Lokale therapie met oestrogenen kan bij oudere vrouwen op bezwaren stuiten vanwege problemen met inbrengen van de crème/ovules/pessarium in de vagina. De arts en cliënte bespreken tevoren of lokale toediening op praktische of emotionele bezwaren stuit.

Cranberries

Over het algemeen lijkt de plaats van het gebruik van Cranberries in de preventie van urineweginfecties beperkt. In de studie van Caljouw werd weliswaar enig gunstig effect gezien bij een subgroep met een hoge kans op urineweginfecties, maar dit effect werd alleen gevonden bij de groep waarbij de diagnose volgens ruime criteria was gesteld, overeenkomstig de Verenso richtlijn urineweginfecties uit 2006. In de groep met urineweginfecties volgens strikte criteria werd geen effect gezien. Ook in de overige studies werd geen effect aangetoond, al is er niet specifiek gekeken naar die mensen bij wie er sprake was van recidiverende urineweginfecties met *E. coli*. Diverse studies gaven aan dat er in cranberries stoffen aanwezig zijn die zorgen voor een verminderde hechting van *E. coli* aan de blaaswand. Het is onduidelijk in hoeverre bij de subgroep waarbij de recidiverende urineweginfectie veroorzaakt wordt door *E. coli* nog enige meerwaarde is van het gebruik van Cranberries (Rodríguez-Pérez, 2016).

Onderhoudsbehandeling antibiotica

Twee reviews naar antibiotische profylaxe tonen beiden een significante vermindering van het aantal episodes. De NNT in de meta-analyse van Albert (2004) naar antibiotische profylaxe bij

niet-zwangere vrouwen was 1,85 (RR= 0,15; 95% BI van 0,08 tot 0,28; Albert, 2004) en in de meta-analyse van Muller (2016) naar profylaxe met nitrofurantoïne bij patiënten van alle leeftijden was de NNT bij ouderen vier. Profylaxe met nitrofurantoïne was even effectief als cotrimoxazol en ciprofloxacin (Albert, 2004). Verschillende doseringsschema's (eenmaal daags 50, 75 of 100 mg of tweemaal daags 50 mg) van profylaxe met nitrofurantoïne toonden in de meta-analyses van Muller (2016) geen verschil in effectiviteit. Bijwerkingen als misselijkheid, overgeven, jeuk en hoofdpijn komen regelmatig voor (Muller, 2016). Daarnaast werd in het verleden gewaarschuwd voor het risico op interstitiële pneumonie bij gebruik van nitrofurantoïne bij ouderen. Hoewel in een grote retrospectieve studie van Santos (2016) bij ouderen geen toegenomen risico is gevonden op longschade bij kortdurend gebruik, was er bij langdurig gebruik wel een significant verhoogd risico ten opzichte van kortdurend gebruik (RR=1,53; 95% BI van 0,4 tot 2,24).

Er is geen duidelijkheid over de effecten op langere termijn en de optimale behandelduur, wel is bekend dat na het staken van antibioticumprofylaxe vaak een terugval optreedt.

Antibioticumprofylaxe kan een snelle ontwikkeling van resistentie veroorzaken onder uropathogene bacteriën. In een studie van Beerepoot (2012) bij postmenopauzale vrouwen gaf eenmaal daags 480 mg cotrimoxazol binnen enkele maanden een bijna 90% resistentie van *E. coli* gekweekt uit feces en urine. Daarnaast werd er een forse toename gezien van de resistentie tegen andere antibiotica (amoxicilline, amoxicilline/clavulaanzuur, ciprofloxacin). Het tegelijkertijd optreden van resistenties tegen meerder antibiotica na blootstelling aan één van deze antibiotica heeft te maken met de koppeling van resistentie genen die samen voorkomen op het DNA van de plasmide (Hall, 2004). Ook van ciprofloxacin is bekend dat er snel resistentie kan optreden en kan bij langdurig gebruik aanleiding geven tot *Clostridium difficile* infecties. Tegen nitrofurantoïne treedt minder vaak resistentie op en er is geen kruisresistentie met andere groepen antibiotica.

De snelle resistentievorming bij onderhoudsbehandelingen met antibiotica maakt dat het verstandig lijkt om terughoudend te zijn met het voorschrijven daarvan. Schrijf alleen profylactische antibiotica voor bij meerdere recidieven (3-6) per jaar en indien er sprake is van urineweg-gerelateerde klachten en een hoge ziektelast. Aangezien de kans op bijwerkingen toeneemt met de duur van de profylaxe (Muller, 2016) is het wenselijk om reeds bij de start een stopdatum vast te leggen en de patient te vervolgen op bijwerkingen. De maximale behandelduur met nitrofurantoïne is 6 tot 12 maanden (NHG Standaard Urineweginfecties, 2013). Voor de overige antibiotica is de behandelduur maximaal een half jaar. Dit verschil is gekozen op basis van de snelheid waarmee resistentie ontstaat voor de verschillende middelen.

Drie studies uit de 80-tiger en 90-tiger jaren meldden dat er onder antibiotische profylaxe frequent klinische verschijnselen waren die konden wijzen op een recidiverende urineweginfectie, terwijl er geen sprake was van bacteriurie (Albert, 2004). Hoewel er geen sprake kon zijn van een urineweginfectie ervaarde een subgroep van patiënten wel lokale klachten. Wanneer deze klachten foutief geïnterpreteerd worden als veroorzaakt door een

recidiverende urineweginfectie leidt dit tot overdiagnostiek. Zodoende dient opnieuw urine gekweekt te worden om te beoordelen of er ook microbiologische aanwijzingen zijn voor een recidief wanneer er onder antibioticumprofylaxe opnieuw klachten ontstaan die wijzen op een urineweginfectie. Is dat laatste het geval dan wordt de profylaxe gestaakt.

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfélix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD001209.

Beerepoot MA, ter Riet G, Nys S, van der Wal WM, de Borgie CA, de Reijke TM, Prins JM, Koeijers J, Verbon A, Stobberingh E, Geerlings SE. Lactobacilli vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized, double-blind, noninferiority trial in postmenopausal women. *Arch Intern Med*. 2012 May 14;172(9):704-712.

Caljouw MA, van den Hout WB, Putter H, Achterberg WP, Cools HJ, Gussekloo J. Effectiveness of cranberry capsules to prevent urinary tract infections in vulnerable older persons: a double-blind randomized placebo-controlled trial in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):103-110.

Ewies AA, Alfhaily F. Topical vaginal estrogen therapy in managing postmenopausal urinary symptoms: a reality or a gimmick? *Climacteric*. 2010;13(5):405-418.

Hall BG. Predicting the evolution of antibiotic resistance genes. *Nat Rev Microbiol*. 2004;2(5):430-435.

Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD0013

Juthani-Mehta M, Van Ness PH, Bianco L, Rink A, Rubeck S, Ginter S, Argraves S, Charpentier P, Acampora D, Trentalange M, Quagliarello V, Peduzzi P. Effect of Cranberry Capsules on Bacteriuria Plus Pyuria Among Older Women in Nursing Homes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;316(18):1879-1887.

Juthani-Mehta M., Perley L., Chen S., Dziura J., Gupta K. Feasibility of cranberry capsule administration and clean-catch urine collection in long-term care residents. *J Am Geriatric Soc.* 2010 58:10 (2028-2030).

McMurdo ME, Bissett LY, Price RJ, Phillips G, Crombie IK. Does ingestion of cranberry juice reduce symptomatic urinary tract infections in older people in hospital? A double-blind, placebo-controlled trial. *Age Ageing.* 2005;34(3):256-261.

Muller AE, Verhaegh EM, Harbarth S, Mouton JW, Huttner A. Nitrofurantoin's efficacy and safety as prophylaxis for urinary tract infections: a systematic review of the literature and meta-analysis of controlled trials. *CMI.* 2016;23(6):355-362.

Pabich WL, Fihn SD, Stamm WE, Scholes D, Boyko EJ, Gupta K. Prevalence and determinants of vaginal flora alterations in postmenopausal women. *J Infect Dis.* 2003;188(7):1054-1058.

Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD005131.

Raz R, Colodner R, Rohana Y, Battino S, Rottensterich E, Wasser I, Stamm W. Effectiveness of estriol-containing vaginal pessaries and nitrofurantoin macrocrystal therapy in the prevention of recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Clin Infect Dis.* 2003;36(11):1362-1368.

Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med.* 1993;329(11):753-6.

Rodríguez-Pérez C, Quirantes-Piné R, Uberos J, Jiménez-Sánchez C, Peña A, Segura-Carretero A. Antibacterial activity of isolated phenolic compounds from cranberry (*Vaccinium macrocarpon*) against *Escherichia coli*. *Food Funct.* 2016;7:1564-1573.

Santos JM, Batech M, Pelter MA, Deamer RL. Evaluation of the Risk of Nitrofurantoin Lung Injury and Its Efficacy in Diminished Kidney Function in Older Adults in a Large Integrated Healthcare System: A Matched Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Apr;64(4):798-805.

Takahashi S, Hamasuna R, Yasuda M, Arakawa S, Tanaka K, Ishikawa K, Kiyota H, Hayami H,

Yamamoto S, Kubo T, Matsumoto T. A randomized clinical trial to evaluate the preventive effect of cranberry juice (UR65) for patients with recurrent urinary tract infection. *J Infect Chemother.* 2013;19:112-117.

Organisatie van zorg rondom diagnose, behandeling en preventie van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen

Uitgangsvraag + aanbevelingen

Aanbevelingen

Draag zorg voor duidelijke, schriftelijk vastgelegde werkafspraken tussen arts en verpleegkundigen/ verzorgenden inzake observatie, anamnese en diagnostiek bij verdenking op een urineweginfectie. Bijzondere aandacht is hierbij geboden voor de veranderde plaats van urineonderzoek d.m.v. de urinestick.

Draag zorg voor duidelijke communicatie met patiënten en hun naasten over beleid bij verdenking op een urineweginfectie (diagnostiek, plaats van antibiotica, plaats van afwachtend beleid).

Draag zorg voor heldere werkafspraken met het medisch microbiologisch laboratorium inzake de termijn en de wijze waarop kweekuitslagen gecommuniceerd worden.

Organiseer periodiek een overleg met arts-microbioloog en apotheker ter evaluatie van het antibiotica formularium

Kies, in de eerste lijn, voor de Verenso richtlijn bij patiënten met een hoog risico op asymptomatische bacteriurie en bij wie het klinisch beeld (mede) bepaald wordt door specifieke klachten en symptomen.

Draag zorg voor een samenhangend en multidisciplinair preventiebeleid en besteed daarin ook aandacht aan ontmoediging van niet bewezen effectieve interventies (vitamine C, cranberries).

Literatuurreview

Aanleiding

De herziene richtlijn wijkt sterk af van de voorgaande en behelst een ingrijpende verandering ten opzichte van de huidige praktijk. Vooral in het diagnostisch proces vergen de aanbevelingen in deze richtlijn een cultuuromslag: de rol van het aanvullend onderzoek (in het bijzonder de urinestick) dat tot op heden dominant was wordt ondergeschikt aan het klinisch oordeel. Met andere woorden: er komt veel meer nadruk te liggen op anamnese en lichamelijk onderzoek en op de klinische diagnose. Het implementeren van deze aanbevelingen vraagt om nieuwe werkafspraken en een andere taakverdeling tussen betrokken professionals (wie heeft in welke fase van het (diagnostische en behandel-)proces een rol?). Daarnaast is zorgvuldige voorlichting geboden aan patiënten en hun naasten. Tenslotte vraagt de herziene richtlijn afstemming met richtlijnen van andere beroepsgroepen.

Literatuurconclusies

Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek gedaan

Overwegingen

Veranderde plaats van urineonderzoek, belang van klinische benadering

In de huidige praktijk varen artsen voor een belangrijk deel op de informatie van de verzorging of mantelzorg en stellen zij veelvuldig een antibiotische behandeling voor een urineweginfectie in zonder de patient zelf te zien. Echter, gezien de beperkte waarde van diagnostische tests zoals urineonderzoek, is het voor een goede diagnosestelling noodzakelijk dat de arts vaker zelf een anamnese afneemt en waar nodig lichamelijk onderzoek uitvoert, danwel duidelijke instructies geeft aan verpleging en verzorging omtrent te observeren klachten en verschijnselen en de documentatie daarvan. In veel gevallen waarin nu nog antibiotica worden voorgeschreven adviseert de herziene richtlijn een afwachtend beleid, naast een gericht onderzoek naar andere verklarende oorzaken en het monitoren van de patient. Het telefonisch verstrekken van antibioticarecepten voor een urineweginfectie bij een patient zonder specifieke, urineweg-gerelateerde klachten komt niet overeen met de aanbevelingen in deze richtlijn en wordt dan ook ontraden.

In de huidige praktijk wordt door verpleegkundigen en/of verzorgenden vaak zelfstandig besloten tot urineonderzoek (middels een urinestick), niet zelden op basis van aspecifieke gedragsveranderingen en niet-urinegewegrelateerde klinische verschijnselen. Bij een afwijkende testuitslag van de urinestick wordt vervolgens contact gelegd met de arts of diens praktijkassistente met het verzoek antibiotica voor te schrijven. Aangezien de urinestick in de herziene richtlijn alleen nog een plaats heeft bij het uitsluiten van een urinegeweginfectie, zijn nieuwe en veel striktere werkafspraken nodig tussen arts en verpleging/verzorging over de inzet van urineonderzoek. De plaats van het urineonderzoek (d.m.v. een urinestick) binnen de herziene richtlijn kan kortweg gekenschetst worden als: nee, tenzij.

Bedacht moet worden, dat gedragsveranderingen bij mensen met dementie en – meer algemeen – aspecifieke klachten en symptomen bij kwetsbare ouderen, doorgaans niet veroorzaakt worden door een urinegeweginfectie. Steeds dient naar andere verklaringen gezocht te worden, zoals dehydratie, obstipatie, slaapstoornissen, etcetera. En als toch verdenking op een urinegeweginfectie blijft bestaan is het van belang om gericht na te gaan of er urinewegelateerde klachten zijn. Daarbij mag niet te snel worden aangenomen dat de patient 'het toch niet kan aangeven'. Een andere valkuil in de diagnostiek is het geriatrisch paradigma van de aspecifieke ziektepresentatie. Dit paradigma, hoe belangrijk ook, ontslaat artsen niet van de opdracht om naar specifieke, lokaliserende verschijnselen te zoeken – en die zijn er vrijwel altijd als er sprake is van een urinegeweginfectie. Beide aspecten: het onderzoek naar andere mogelijke verklaringen voor de klinische verschijnselen, alsmede het gericht observeren en navragen van lokaliserende klachten en symptomen, dienen onderdeel te zijn van de werkafspraken tussen arts en verpleging/verzorging.

Veranderde positie van de urinekweek

De urinekweek is niet de gouden standaard voor het stellen van de diagnose urinegeweginfectie. Integendeel. De plaats van de urinekweek is in de herziene richtlijn gedefinieerd als het stroomlijnen en evalueren van het empirisch antibioticumbeleid. De richtlijn beveelt wel aan om vaker te kweken dan in de huidige praktijk en onder de oude richtlijn gebruikelijk is. Meer klinische kweken maken ook mogelijk om in overleg met medisch microbioloog en apotheek tot een passend formularium te komen. Om tijdig de empirische keuze te kunnen bijstellen zijn werkafspraken nodig tussen het microbiologisch laboratorium en de behandelend arts. In de huidige praktijk is de uitslag van de kweek regelmatig te laat bij de behandelend arts bekend, of past de arts zijn behandelbeleid niet aan, terwijl de kweekbevindingen daar wel aanleiding toe geven. Deze beide (logistieke) problemen vragen om korte contactlijnen en effectieve communicatie tussen behandelend arts en microbioloog en vormen daarom een punt van aandacht bij de organisatie van goede zorg.

Plaatsbepaling van de richtlijn UWI ten opzichte van de NHG standaard.

De herziene Verenso richtlijn urinegeweginfecties richt zich op kwetsbare ouderen, ongeacht hun verblijfplaats. De richtlijn is weliswaar primair opgesteld voor specialisten ouderengeneeskunde, maar is vanwege de aldus omschreven populatie ook relevant voor andere medische beroepsgroepen, in het bijzonder voor huisartsen. Gelet op de demografische ontwikkelingen

en de recente transitie in de (organisatie en financiering van de) ouderenzorg, neemt het aantal kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk gestaag toe. Als de huisarts bij een oudere patient denkt aan een urineweginfectie heeft hij/zij nu de keuze tussen twee richtlijnen: de NHG-standaard en de Verenso richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'. Bij het maken van die keuze kunnen de volgende overwegingen behulpzaam zijn.

De mate waarin het klinisch beeld bepaald wordt door specifieke klachten en symptomen
De voorafkansen op asymptomatische bacteriurie

De Verenso richtlijn geeft meer houvast dan de NHG-standaard voor beleid bij specifieke klachten en symptomen. Daarnaast is er meer reden om aansluiting te zoeken bij de Verenso richtlijn naarmate er meer kans is op de aanwezigheid van asymptomatische bacteriurie.

De prevalentie van asymptomatische bacteriurie (ASB) neemt toe met de leeftijd. Onder zelfstandig wonende tachtigjarige ouderen bedraagt deze reeds 20% (Nicolle, 2016), verder oplopend bij toenemende kwetsbaarheid. Denk daarbij aan: verminderde mobiliteit en ADL-beperkingen, structurele afwijkingen aan de urinewegen, lage oestrogenenstatus, diabetes mellitus (diabetische neuropathie), recidiverende urineweginfecties en prostaatafwijkingen. Alle factoren die de kans op een blaasresidu verhogen zijn ook risicofactoren op ASB. (Nicolle, 2016) Een hoge prevalentie van ASB is een belangrijke valkuil voor de diagnostiek en het beleid bij een verdenking op urineweginfectie. De Verenso richtlijn biedt hier meer houvast dan de NHG-standaard, in het bijzonder op het punt van de plaatsbepaling van diagnostisch urineonderzoek (urinstick en urinekweek). Samenvattend: naarmate de patient ouder en kwetsbaarder is, naarmate er meer kans is op blaasresidu, en naarmate het aandeel van specifieke klachten in het klinisch beeld toeneemt, is de Verenso richtlijn passender dan de NHG-standaard.

Preventie

Bij preventie moet onderscheid worden gemaakt tussen preventie van urineweginfecties en preventie van niet-passend antibioticagebruik. Preventie van niet-passend antibioticagebruik is vooral afhankelijk van betere (klinische) diagnostiek en het volgen van een afwachtend beleid bij ontbreken van urineweggerelateerde klachten, conform hetgeen de richtlijn hierover voorschrijft. Op het punt van de (secundaire) preventie van urineweginfecties moet de focus vooral liggen op de algemene maatregelen, zoals aanbevolen in het betreffende hoofdstuk van deze richtlijn. Daarnaast is specifiek aandacht geboden voor de implementatie van veel aangeprezen (en voorgeschreven) preventieve middelen waarvoor evidence ontbreekt, zoals (langdurig gebruik van) cranberries en vitamine C. Het verdient aanbeveling beide onderwerpen (bevordering van algemene preventiemaatregelen en ontmoedigen van niet-effectieve interventies) in één zorg- en informatieprotocol op te nemen.

Verantwoording + referenties

Verantwoording

De richtlijn is modulair opgebouwd. Dit betekent dat in de toekomst herzieningen per module kunnen plaatsvinden.

Nu zijn echter de verantwoording, referenties en bijlagen voor elke module gelijk en daarom verwijzen wij naar '[Verantwoording en methode](#)'.

Referenties

Nicolle LE. The paradigm shift to non-treatment of asymptomatic bacteriuria. Pathogens 2016; 5 (2): 38.

Verantwoording en methode

Verantwoording en methode

Verantwoording

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 12-10-2018

Laatst geautoriseerd : 12-10-2018

Uiterlijk in 2023 bepaalt de werkgroep richtlijnontwikkeling van Verenso of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe kerngroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

Verenso is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Initiatief en autorisatie

Initiatief: Verenso

Geautoriseerd door:

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Algemene gegevens

De ontwikkeling van de richtlijn Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen werd ondersteund vanuit het bureau van Verenso. Het project is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Juridische aspecten

De juridische betekenis van richtlijnen ligt in het verlenen van kwalitatief verantwoorde zorg. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde aanbevelingen. Een zorgverlener dient aan deze standaard te voldoen om verantwoorde zorg te verlenen. De aanbevelingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een 'gemiddelde patiënt' en daardoor kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Soms is afwijken van de richtlijn zelfs noodzakelijk als de situatie van de patiënt dat vereist. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden beargumenteerd en te worden gedocumenteerd.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

De richtlijn biedt houvast voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen met (een verdenking op) een urineweginfectie, zoals specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, klinisch geriaters, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast biedt deze richtlijn informatie voor (naasten van) patiënten en voor beleidsmedewerkers in de gezondheidszorg.

Inbreng patiëntenperspectief

Vertegenwoordigers van patiëntenvereniging Alzheimer Nederland, ouderenbond KBO-PCOB en Bekkenbodem4All en Patiëntenfederatie Nederland namen deel aan de klankbordgroep. Tevens wordt in samenwerking met deze vertegenwoordigers op de richtlijn gebaseerde patiënteninformatie ontwikkeld.

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn, de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen en de factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

Aanvullend op de richtlijn worden/zijn producten ontwikkeld om implementatie te bevorderen zoals een klinische les en patiëntinformatie. Voor een succesvolle implementatie van de richtlijn is tevens een proefimplementatie uitgevoerd waarin de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk is onderzocht evenals de bevorderende en belemmerende factoren die hieraan bijdragen. Op basis van de bevindingen is de richtlijn waar nodig aangepast. Tevens is een overzicht toegevoegd van de bevorderende en belemmerende implementatiefactoren met daarbij passende implementatiestrategieën (zie [aanverwante producten](#)).

Ten slotte zijn er gelijktijdig met het ontwikkelen van de richtlijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken (zie [aanverwante producten](#)).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan het beantwoorden van de

uitgangsvragen. Om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk heeft de kerngroep bij elke uitgangsvraag aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is en heeft zij de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd. Een overzicht van aanbevelingen voor onderzoek staan weergegeven in het stuk kennislacunes bij de [aanverwante producten](#).

Behandelalgoritme

Het Behandelalgoritme 'Urineweginfectie bij kwetsbare ouderen' is het resultaat van een Delphi-studie (Van Buul et al, 2018). Het algoritme is naar het Nederlands vertaald door dr. L.W. van Buul en drs. J.J.S. Rutten met hulp van een vertaalbureau. Hierbij is de 'forward-backward'-methode toegepast. Ten behoeve van de lay-out zijn minimale veranderingen aangebracht, zonder afbreuk te doen aan de inhoud. Er is gekozen voor termen die aansluiten bij de Nederlandse klinische praktijk. De definitie van koorts in de Delphi-studie is gebaseerd op High et al (2008): (1) A single oral temperature >100°F(>37.8°C); or (2) repeated oral temperatures >99°F (>37.2°C) or rectal temperatures >99.5°F (>37.5°C); or (3) an increase in temperature of >2°F (>1.1°C) over the baseline temperature. Hieruit is het derde deel niet overgenomen, omdat een uitgangswaarde als hier bedoeld in de praktijk vrijwel nooit bekend is. Tevens is ervoor gekozen om niet een orale, maar een tympane waarde op te nemen, omdat orale temperatuurmetingen in Nederland weinig worden toegepast. De omzetting van een orale temperatuur naar een tympane temperatuur is gedaan zoals beschreven in Norman (2000). Toevoeging in het Nederlandse algoritme hierbij is dat er bij twijfel altijd rectaal gemeten wordt, gezien de beperkte betrouwbaarheid van een tympane meting.

Lay-out:

Nederlands algoritme	Delphi algoritme
Heeft patiënt koorts, delier of koude rillingen	Systemische verschijnselen*
<i>Zo kan de arts in één oogopslag zien wat er bedoeld wordt met systemische verschijnselen</i>	
Verwijzing naar DSM-V	DSM-V is uitgeschreven
<i>Minder tekst in algoritme.</i>	

Termen aansluitend bij klinische praktijk:

Nederlands algoritme	Delphi algoritme
Pijn in de <i>nierloge (flankpijn)</i>	Pijn in de nierloges
Mictiedrang	Urgency
(zichtbare) <i>urethrale</i> pusafscheiding	(zichtbare) pus in de urine

Recent	nieuw
Urineweggerelateerde klacht	Specifieke klacht

Overig:

Nederlands algoritme	Delphi algoritme
Urine-incontinentie	Incontinentie
<i>In het Delphi algoritme wordt gesproken van 'incontinence' i.p.v. 'urinary incontinence'. In de vragenlijsten van de Delphi studie wordt echter gesproken van 'urinary incontinence'.</i>	

Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2016 een multidisciplinaire projectgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen met (een verdenking op) een urineweginfectie en vertegenwoordigers van de relevante patiëntenorganisaties. De projectgroep is opgedeeld in een werkgroep en een klankbordgroep.

De leden van de werkgroep zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname en werkten gedurende twee jaar aan de totstandkoming van de richtlijn. De kerngroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn en bestaat uit:

- prof. dr. C.M.P.M. Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde & ethiek van de zorg en specialist ouderengeneeskunde, VU medisch centrum te Amsterdam, namens Verenso (voorzitter);
- drs. J. Haaijman, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Zorgcentra Rivierenland te Tiel, namens Verenso;
- prof. dr. S.E. Geerlings, hoogleraar inwendige geneeskunde en internist-infectioloog, Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam, namens de Nederlandse Internisten Vereniging;
- drs. W. Rozemeijer, arts-microbioloog, Noordwest Ziekenhuisgroep te Alkmaar, namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie;
- drs. H.S. Visser-Posthumus, huisarts bij Huisartsenpraktijk Onderwater te Zevenhuizen, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De leden van de klankbordgroep zijn gemandateerd voor deelname door de betreffende vereniging of organisatie:

- dr. E.P. van Haarst, uroloog bij OLVG-West te Amsterdam, namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

dr. P. Steures, gynaecoloog bij Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

dr. E.J.M. van Melick, klinisch geriater bij Reinier de Graaf te Delft, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

dhr. P. van de Poel, Deskundige Infectiepreventie bij Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen en HIP Hygiëneadvies & Infectiepreventie, namens de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)

dhr. H.J. (Henk-Jan) Mulder, Verpleegkundig specialist Urologie in Martini Ziekenhuis te Groningen, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling Urologie Verpleegkundigen

dr. R. Lammers, Beleidsadviseur, Patiëntenfederatie Nederland te Utrecht

mw. A. Willemse-van der Ploeg, lid algemeen bestuur, KBO-PCOB te Utrecht

drs. J. Meerveld en drs. A. Bruijs, belangenbehartiging, Alzheimer Nederland te Amersfoort

dhr. A. Malmberg, Stichting Bekkenbodempatiënten te Tiel

Met ondersteuning van:

dr. M. Dolders, beleidsmedewerker Verenso te Utrecht (projectleider)

H.L. Vreeken, MSc en epidemioloog, beleidsmedewerker Verenso te Utrecht (methodologische expertise en projectbegeleiding)

Belangenverklaringen

De projectgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (financieel ondersteunde) betrekking onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Tevens is navraag gedaan naar persoonlijke financiële belangen, belangen door persoonlijke relaties, belangen door middel van reputatiemanagement, belangen vanwege extern gefinancierd onderzoek, en belangen door kennisvalorisatie. Een overzicht vindt u hieronder, de volledige belangenverklaringen zijn op te vragen bij Verenso.

[Vergroot tabel](#)

Werkgroep	Cees Hertogh	Suzanne Geerlings	Wouter Rozemeijer	Ilona Visser	Jobje Haaijman
Functie	Hoogleraar ouderengeneeskunde	Opleider interne geneeskunde en internist-infectioloog AMC	Arts-microbioloog Noordwest Ziekenhuisgroep	Huisarts te Zevenhuizen	Kaderarts geriatrische revalidatie
Nevenfuncties	RIVM, Taskforce, AMR	x	x	Erkend Kwaliteits Consulent	Voorzitter adviescommissie van de SNIV

				(EKC), organisator en voorzitter van het plaatselijke FTO met directe collega's en apotheker (onbetaald)	(onbetaald); Lid expertgroep voor verpleeghuize n WIP (onbetaald)
Persoonlijke financiële belangen	x	Nordic Pharma consultant over fosfomycine IV	x	x	x
Persoonlijke relaties	x	x	x	x	x
Reputatiema nagement	x	Boegbeeld op het gebied uri neweginfectie s (kliniek, research en richtlijnen)	x	x	x
Extern gefinancierd onderzoek	x	x	x	x	x
Kennisvalori satie	x	x	x	x	x
Overige belangen	x	x	x	x	x

Methode richtlijnontwikkeling

Deze richtlijn is opgesteld volgens de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling¹ en ontwikkeld conform de eisen volgens de Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland² en het internationaal breed geaccepteerde AGREE II instrument ([Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II](#)). Daarnaast werd tijdens de ontwikkeling van de richtlijn een Delphi-studie uitgevoerd³.

Delphi-studie

Het doel van de Delphi studie is op basis van de huidige evidence klinische consensus criteria te definiëren op grond waarvan besloten kan worden tot een afwachtend beleid, dan wel tot het (empirisch) voorschrijven van antibiotica. Het Delphi-onderzoek is door een team van (inter)nationale onderzoekers in opdracht van Verenso uitgevoerd door het Vumc³.

Knelpuntenanalyse

Voor de richtlijn is een raamwerk opgesteld met aandacht voor knelpunten. Dit raamwerk is uitgezet bij ActiZ, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en klankbordgroepen infectieziekten van Verenso. Het raamwerk werd ter accordering voorgelegd aan de commissie richtlijnontwikkeling van Verenso. De geïnventariseerde knelpunten uit het raamwerk zijn vervolgens besproken in de werkgroep.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Aan de hand van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep de definitieve uitgangsvragen vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als kritiek, belangrijk (maar niet kritiek) en onbelangrijk.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Aan de hand van uitgangsvragen werden wetenschappelijke vraagstellingen en bijhorende PICO's en in- en exclusiecriteria geformuleerd. Op basis hiervan werd een zoekstrategie geformuleerd. Er werd naar studies gezocht in de volgende databases: PubMed, Embase en de Cochrane Library.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van bestaande methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden weergegeven in evidence tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur. Bij voldoende overeenkomsten tussen de studies werden de gegevens samengenomen in een meta-analyse.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs is waar mogelijk bepaald volgens de GRADE-methode. Waar niet mogelijk werd een GRADE-like methode gebruikt.

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie⁴.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-(like)methodiek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en deze worden meegewogen. Voorbeelden hiervan zijn de klinische expertise van de werkgroepleden, specifiek Nederlandse omstandigheden, de waarden en voorkeuren van de patiënt, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, beschreven en gewogen onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en, waar van toepassing, een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Klankbordgroep

De conceptrichtlijn is beoordeeld door de klankbordgroep. Het commentaar is besproken in de werkgroep, zo nodig zijn aanpassingen gedaan.

Indicatorontwikkeling

Bij de richtlijn zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld.

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Deze kennislacunes zijn opgenomen in de aanverwante producten.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptringlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Proefimplementatie

Om implementatie van de richtlijn te bevorderen is een proefimplementatie uitgevoerd van de conceptringlijn. Het doel van de proefimplementatie was de conceptringlijn te toetsen op toepasbaarheid, bruikbaarheid en duidelijkheid en het inventariseren van belemmerende en bevorderende factoren ten behoeve van een implementatieplan. De proefimplementatie is uitgevoerd door vijf toetsgroepen die de methode van Onderlinge toetsing in 6 stappen hebben toegepast. Deze methode bestaat uit de volgende stappen: onderwerpkeuze, nulmeting, formuleren norm en verbeterdoel, verbeteren in de praktijk, toetsen. De zesde stap, het borgen, viel buiten de proefimplementatie. De proefimplementatie is geëvalueerd aan de hand van een nulmeting, logboek en evaluatievragenlijst. De resultaten van de proefimplementatie werden voornamelijk gebruikt voor het schrijven van het implementatieplan.

Ontwikkeling implementatieproducten

De richtlijn zal worden voorzien van een aantal implementatieproducten. Deze producten zijn ontwikkeld tijdens de commentaarfase in samenwerking met de werk- en klankbordgroepen. Het betreft een implementatieplan, patiënteninformatiemateriaal, klinische les voor verpleegkundigen/verzorgenden en interne kwaliteitsindicatoren.

Referenties

1. van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, van Barneveld TA, van der Weijden T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. 2e ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
2. Advies- en expertgroep (AQUA). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden.: Zorginstituut Nederland; 2014, addenda 1 maart 2017 en 1 november 2017.
3. Buul LW van, Vreeken, HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall P, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM. The development of a decision tool for the empiric treatment of suspected urinary tract infection in frail older adults: a Delphi consensus procedure. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Sep;19(9):757-764.
4. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A (Eds.). Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. 2013: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
5. High KP, Bradley SF, Gravenstein S, et al. Clinical practice Guideline for the Evaluation of Fever and Infection in Older Adult Residents of Long-Term Care Facilities: 2008. Update by the infectious diseases Society of America. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:375-94.
6. Norman DC. Fever in the Elderly. *Clin Infect Dis* 2000;31(1):148-51.