

Patientfall recidiverande UVI

Gunilla, 58 år, kommer till närakuten. Sedan i förrgår känner hon sig kissnödig "hela tiden" och det svider förskräckligt när hon kastar vatten. Det är nu tredje gången på ett år som hon får dessa besvär. Hon har ingen feber eller flanksmärta och känner sig inte sjuk. Gunilla medicinerar för högt blodtryck och tar metformin för diabetes. Vid senaste diabeteskontrollen för några månader sedan var sockerläget gott liksom njurfunktionen och blodtrycket.

Frågor

1. Hur definieras recidiverande cystit?
2. Vad finns det för riskfaktorer för recidiverande cystit?
3. Hur utreds recidiverande cystit?
4. Hur behandlar du Gunilla?
5. Vad kan du erbjuda för att förebygga framtida cystiter?
6. Vid vilka urinvägsinfektioner bör man ta en urinodling?
7. När bör man misstänka att en urinvägsinfektion kan vara orsakad av en ESBL-bildande bakterie?
8. Vad ger du patienten för behandling om du på goda grunder misstänker en cystit orsakad av en ESBL-bildande bakterie?

Handledarmanual – patientfall recidiverande UVI

1. Hur definieras recidiverande cystit?

Två eller fler cystiter under sex månader eller tre eller fler cystiter under ett år. Recidiverande cystiter är mycket vanligt även hos i övrigt helt friska kvinnor. Återkommande infektion med samma bakterie är vanligt och E. coli är den vanligaste patogenen.

Typiska symtom för cystit är nyttillkommen sveda vid miktion, täta urinträngningar och frekventa miktationer. Vid recidiverande besvär med täta urinträngningar utan sveda vid miktion bör man vara observant på differentialdiagnoser såsom ovarialtumör.

2. Vad finns det för riskfaktorer för recidiverande cystit?

Tidigare cystit utgör en stark riskfaktor i alla åldrar. Låg ålder vid första UVI, förekomst av UVI hos kvinnlig släkting, diabetes, obesitas, ny sexualpartner, frekventa samlag och användande av spermicida medel är också riskfaktorer. Hos postmenopausala kvinnor får man också beakta blåsprolaps, residualurin, inkontinens och låga östrogennivåer som leder till atrofiska slemhinnor.

3. Hur utreds recidiverande cystit?

Utredningen av recidiverande cystit skiljer sig mellan pre- och postmenopausala kvinnor.

Postmenopausala kvinnor:

Efterfråga miktionsvanor och inkontinens.

Finns tidigare stensjukdom eller något som tyder på nuvarande sådan?

Är cystiterna relaterade till samlag?

Ny sexualpartner eller annat som kan tyda på STI?

Tar patienten någon antiöstrogenbehandling?

Urinodling ska genomföras, överväg även provtagning för STI.

Patienten bör genomgå gynundersökning för bedömning av slemhinnor, eventuell prolaps etc.

Mät residualurin.

Vid misstanke om blåsdysfunktion görs urodynamisk utredning.

Vid misstanke om sten görs DT-urografi (obs i så fall att Gunilla äter metformin).

Premenopausala kvinnor:

Efterfråga miktionsvanor och inkontinens.

Finns tidigare stensjukdom eller något som tyder på nuvarande sådan?

Är cystiterna relaterade till samlag?

Ny sexualpartner eller annat som kan tyda på STI?

Tar patienten någon antiöstrogenbehandling?

Urinodling ska genomföras, överväg även provtagning för STI.

Överväg undersökning av yttre genitalia om misstanke om herpesinfektion finns.

Vid misstanke om blåsdysfunktion görs urodynamisk utredning.

Vid misstanke om sten görs DT-urografi.

Eftersom Gunilla har diabetes är det också lämpligt att kontrollera sockerläget. Glukosuri kan öka risken för urinvägsinfektion.

Urinvägssten är ingen vanlig orsak till recidiverande cystit men bör ändå uteslutas när misstanke om sten uppkommer. Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, stafylokocker och Ureaplasma urealyticum är bakterier som kan bilda stenar.

4. Hur behandlar du Gunilla?

Om Gunilla står ut med sina symtom tills urinodlingssvar kommit är det förstås en fördel även om det inte är nödvändigt om hon är mycket besvärad av sin cystit. Föreligger ännu inget odlingssvar behandlas Gunilla med antingen nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dagar eller pivmecillinam 200 mg x 3 i 5 dagar.

E. coli är den dominerande patogenen vid recidiverande UVI. Endast några få procent av E. coli i urinodlingar från öppenvård är resistent mot nitrofurantoin och/eller pivmecillinam.

5. Vad kan husläkaren erbjuda för att förebygga framtida cystiter?

Lokal östrogenbehandling till postmenopausala kvinnor kan förebygga recidiv. Däremot saknas evidens för metenaminhippurat (Hiprex) och tranbärsjuice även om enskilda individer möjligen kan ha glädje av något av detta.

Postcoital blåstömning rekommenderas. Vid samlagsrelaterade cystiter kan också postcoital antibiotika övervägas. Använder patienten spermicider bör man diskutera byte av preventivmetod (förmodligen inte aktuellt hos just Gunilla).

En möjlighet är också självinitierad behandling, recept i reserv, hos kvinnor som känner igen sina symtom väl.

Profylaktisk behandling med antibiotika har effekt men också nackdelar i form av biverkningar och risk för resistensutveckling. I de fall där daglig antibiotikaproylax blir aktuellt rekommenderas nitrofurantoin 50–100 mg till natten, eller ibland trimetoprim vid odlingsverifierad känslig stam. Behandlingen bör fortgå i sex månader.

6. Vid vilka urinvägsinfektioner bör man ta en urinodling?

Odling rekommenderas vid terapivikt och recidiv, nylig vistelse på sjukhus eller annan vårdinrättning, nylig utlandsvistelse, känt bärarskap av ESBL, vid all UVI hos män, barn och gravida och alltid vid febril UVI. Vid sporadisk cystit hos vuxna icke-gravida kvinnor tillför odling som regel inget och rekommenderas därför inte som rutin.

7. När bör man misstänka att en urinvägsinfektion kan vara orsakad av en ESBL-bildande bakterie?

Risken för att en urinvägsinfektion ska vara orsakad av en ESBL-bildande bakterie är ökad om ESBL tidigare har påvisats hos patienten, om patienten nyligen varit utomlands eller nyligen vårdats på sjukhus eller annan vårdinrättning. Odlå i dessa fall även om det är en sporadisk cystit.

8. Vad ger du patienten för behandling om du på goda grunder misstänker en cystit orsakad av en ESBL-bildande bakterie?

Om det går att vänta tills odlings svar med resistensbestämning anlånt är det förstås en fördel men om patienten har kraftiga symtom vill man kanske inleda behandling direkt. Nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dagar eller pivmecillinam i en hög dos om 400 mg x 3 i 5 dagar fungerar för det mesta bra mot ESBL-cystit hos kvinnor, hos män ges samma behandling men i 7 dagar. Om odlings svaret visar en bakterie med resistens mot flertalet preparat, rådgör med infektionskonsult.

Referens

Låkemedsbehandling av urinvågsinfektioner i öppenvård - behandlingsrekommendation: Information från Låkemedsverket 2017;(28): s5:21–36

<https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-lakemedel-urinvagsinfektioner.pdf>

Smittskydd Stockholms information om ESBL: [ESBL-bildande Enterobacteriaceae \(Extended... | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

Reviderad 2023-04-01