Patientfall akut cystit närakut

Linnea, 25 år, söker på närakuten på grund av att det sedan några dagar svider när hon kissar. Hon har haft urinvägsinfektion en gång förut för några år sedan och misstänker att det är samma sak nu. Hon är annars frisk och använder inga läkemedel.

Frågor

1. Vilka är de typiska symtomen på en akut cystit?
2. Vad behöver du veta mer om Linnea?
3. Behövde Linnea komma till en mottagning eller räcker det med digitalt besök eller telefonkontakt?
4. Behöver några prover tas? Vilka i så fall?
5. Hur behandlas akut cystit hos vuxna kvinnor?
6. Varför behandlas akut cystit hos vuxna icke-gravida kvinnor?

Handledarmanual – patientfall akut cystit närakut

1. **Vilka är de typiska symtomen på en akut cystit?**

   Minst två av symtomen sveda vid miktion, täta urinträngningar och frekventa miktioner. Symtomen ska vara nytillkomna.

2. **Vad behöver du veta mer om Linnea?**

   Har Linnea några symtom utöver att det svider när hon kissar, t ex täta trängningar och frekventa miktioner? Upplever hon besvären som lindriga, måttliga eller svåra? Vad är anledningen till att hon tar kontakt – oro för att det ska hända något farligt om man inte behandlar en cystit eller är symtomen så kraftiga att hon vill ha behandling för att få lindring?

   Är Linnea gravid?

   Har hon feber eller flanksmärtor som tecken på pyelonefrit?

   Har hon nytillkomna/ökade flytningar eller klåda i underlivet? Detta minskar i så fall sannolikheten för cystit. Ny sexualpartner och/eller oskyddat sex? Överväg STI.

3. **Behövde Linnea komma till en mottagning eller räcker det med digitalt besök eller telefonkontakt?**

   Här beror svaret på vad vi fått fram när vi pratat med Linnea och vilka rutiner som finns på mottagningen hon söker till.

   Om Linnea har typiska och nytillkomna symtom på akut cystit (minst två av sveda vid miktion, täta urinträngningar och frekventa miktioner), saknar feber och flanksmärta, inte är gravid och anamnesen inte inger misstanke på STI eller vulvovaginit är det med all sannolikhet en akut cystit som Linnea lider av. Om besvären är lindriga räcker det med egenvårdsråd i form av ökat vätskeintag och smärtstillande läkemedel. Vid måttliga besvär kan man dessutom förskriva ett antibiotikarecept i reserv. Vid svåra besvär ges antibiotika. Det är patienten själv som värderar sina symtom och graderar dem som lindriga, måttliga eller svåra.

   Om man på en mottagning har utarbetat tydliga rutiner för handläggning av akut cystit hos vuxna icke-gravida kvinnor med typiska symtom kan dessa patienter ofta handläggas utan ett fysiskt möte.

   Om symtomen inte är helt typiska, patienten har feber eller flanksmärta, är gravid eller det finns misstanke om STI eller vulvovaginit är ett fysiskt besök nödvändigt för undersökning och provtagning.

4. **Behöver några prover tas? Vilka i så fall?**

   Hos icke-gravida kvinnor med typiska symtom på akut cystit tillför en urinsticka ingenting till cystitdiagnostiken och bör därför inte tas rutinmässigt. Typiska symtom på akut cystit har i sig högre specificitet och sensitivitet än vad en urinsticka kan bidra med.

Urinodling tillför mycket lite vid sporadisk cystit hos icke-gravida kvinnor och bör därför inte heller tas rutinmässigt. Urinodling är indicerat vid graviditet, terapisvikt och recidiv, nylig sjukhus- eller utlandsvistelse (ökad risk för resistenta bakterier), febril UVI, all UVI hos män och all UVI hos barn.

E.coli är den dominerande orsaken till UVI i alla åldersgrupper. Hos kvinnor utgörs ca 80% av nedre okomplicerad UVI av E.coli och ca 10 % av S. saprophyticus. Den senare förekommer framför allt under sensommar och tidig höst.

Vid misstanke om STI tas prov för detta.

Vid febril UVI kan även blodprover behöva tas, exempelvis CRP.

5. Hur behandlas akut cystit hos vuxna kvinnor?

Vid lindriga besvär ges egenvårdsråd i form av ökat vätskeintag och receptfria smärtstillande läkemedel. Vid måttliga besvär kan ett recept i reserv på antibiotika dessutom ges, avsett att hämtas ut om besvären förvärras eller blir långdragna.

Vid svåra besvär ges antibiotika. I första hand ges nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dygn, pivmecillinam 200 mg x 3 i 5 dygn (över 50 år och/eller recidiverande cystit) eller pivmecillinam 400 mg x 2 i 3 dygn (under 50 år och sporadisk cystit). Resistensen mot nitrofurantoin och pivmecillinam är låg hos de vanligaste urinvägspatogenerna och chansen att behandlingen ska fungera är därför stor. Nitrofurantoin saknar effekt vid GFR <40 ml/minut.

Undvik kinoloner, t ex ciprofloxacin, vid cystit. Kinolonerna behöver sparas till patienter med febril UVI och resistensutvecklingen mot dessa preparat är oroväckande. Risken för terapisvikt är betydligt högre än för nitrofurantoin och pivmecillinam.

Trimetoprim kan användas mot cystit om en odling tagits och den visat en känslig stam. Resistensen mot trimetoprim hos de vanligaste urinvägspatogenerna är hög varför preparatet fungerar dåligt som empirisk behandling.

6. Varför behandlas akut cystit hos vuxna icke-gravida kvinnor?

Akut cystit hos friska kvinnor är besvärande men ofarligt. Infektionen läker spontant inom en vecka hos cirka 30 % av patienterna. Behandlingen syftar till att minska symtomen och påskynda tillfrisknandet. Det är sällan en akut cystit ger upphov till en pyelonefrit, så det är inte farligt att avstå från antibiotika vid en akut cystit.

Hos gravida är risken för pyelonefrit större varför behandling ges frikostigare där. Gravida med bakterier i urinen behandlas även om de inte har symtom.

Referenser

Läkemedel vid urinvägsinfektioner (UVI) - behandlingsrekommendation | Läkemedelsverket

Februari 2026