

## Patientfall UVI man

Sam 63 år kommer till närakuten, en torsdag eftermiddag, på grund av att det sedan några dagar svider när han kissar. Igår ökade svedan och det är riktigt besvärligt när han går på toaletten. Han har också behövt gå upp varannan timme under natten och har kissat minst lika ofta under gårdagen. Sam önskar hjälp på direkten och känner att han inte klarar av en sådan här natt till. Han är annars frisk och använder inga läkemedel.

1. Vilka är de typiska symtomen på en akut cystit?
2. Vad behöver du mer veta om Sams anamnes?
3. Vilka undersökningar behöver du göra?
4. Behöver några prover tas? Vilka i så fall?

Sam har inte haft urinvägsinfektion tidigare. Han har ingen partner och har heller inte haft någon sexuell relation sedan skilsmässan för tre år sedan. Innan dess hade han bara samlag med sin partner och har ingen misstanke om otrohet från partners sida.

Urinmängderna är som de brukar.

Han har inga stora problem med miktionen i vanliga fall, men strålen är något svagare än när han var ung och ibland går han på toaletten på natten.

Vid undersökning är allmäntillståndet opåverkat. Temp 37,3°. Buken palperas mjuk och oöm, ingen dunkömhet över njurlogerna. Prostatan palperas lätt förstorad men oöm och utan hårda partier. Bladderscan visar ingen residualurin i blåsan. Urinstickan visar negativ nitrit, leukocyter 3+, i övrigt blank. Urinodlingen kan skickas på fredag morgon och svar väntas komma först efter helgen.

5. Ger du honom någon behandling nu och i så fall vilken?
6. Behöver han följas upp?
7. Hur hade det påverkat handläggningen och behandlingen om Sam hade haft feber?
8. Vad gäller vid asymtomatisk bakteriuri (ABU) hos män?

## Handledarmanual – patientfall UVI man

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

Minst två av symtomen sveda vid miktion, täta urinträngningar och frekventa miktationer. Symtomen ska vara nytillkomna. Suprapubisk smärta kan också förekomma.

Urinvägsinfektion är ovanlig hos män under 60 års ålder men förekommer naturligtvis.

Nedre urinvägssymtom kan ha andra orsaker än infektion vilket är särskilt viktigt att tänka på hos äldre män, där både prostataförstoring och prostatacancer är relativt vanliga.

### 2. Vad behöver du veta mer om Sams anamnes?

Kommer det normala mängder urin eller bara några droppar varje gång? Sexuella kontakter? Hur har miktionen fungerat innan de aktuella symtomen började? Tidigare UVI? Feber i samband med de nytillkomna besvären? Flytningar? Andra symtom? Har han varit utomlands senaste halvåret?

### 3. Vilka undersökningar behöver du göra?

Man behöver göra en bedömning av allmäntillståndet och ta tempen, bukstatus och känna på prostatan.

Om patienten anger minskade urinmängder är det bra att kontrollera förekomst av eventuell residualurin med en bladderscan. Om det inte finns någon sådan misstanke behöver man inte göra en sådan undersökning.

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

Urinsticka ska alltid tas på män med symtom på UVI och även urinodling då det finns en ökad förekomst av antibiotikaresistens och andra bakteriearter än E.coli. Finns minsta misstanke eller tveksamhet kring STI tar man prover för det. Låt inte åldern vara missledande i dessa fall. Människor är sexuellt aktiva i högre åldrar än vad många ibland tror.

Om det finns minsta misstanke om febril UVI/pyelonefrit/prostatit är CRP lämpligt. CRP-stegring ses inte vid en okomplicerad akut cystit.

## 5. Ger du honom någon behandling nu och i så fall vilken?

Då Sam har besvärliga symtom kan man sätta in antibiotikabehandling innan man får odlingssvaret.

I första hand ges nitrofurantoin 50 mg x 3 i 7 dygn eller pivmecillinam 200 mg x 3 i 7 dygn. Båda preparaten ger hög antibiotikakonzentration i urinen vilket är det som krävs för att patienten ska bli symtomfri. Det saknas jämförande, randomiserade studier avseende optimalt antibiotikaval och behandlingstid vid akut cystit hos män men resistensen mot nitrofurantoin och pivmecillinam är låg hos de vanligaste urinvägspatogenerna och behandlingen brukar fungera i flertalet fall. När odlingssvaret kommer kan behandlingen behöva justeras efter svaret. Observera att nitrofurantoin saknar effekt vid GFR <40 ml/minut.

I syfte att vara återhållsam med användningen av ciprofloxacin ändrades rekommendationerna för afebril UVI hos män för några år sedan till samma preparat som gäller för kvinnor, men med längre behandlingstid. Vi ska alltså undvika kinoloner, till exempel ciprofloxacin, vid okomplicerad akut cystit hos män. Kinolonerna behöver sparas till patienter med febril UVI och resistensutvecklingen mot dessa preparat är oroväckande. De har dessutom allvarliga biverkningar och hög risk för miljöpåverkan.

## 6. Behöver han följas upp?

Patienten ska följas upp två veckor efter avslutad behandling för att höra efter att han har blivit symtomfri. Ingen kontrollodling behövs om han har blivit symtomfri. Kontrollodling görs endast om den primära odlingen visat växt av stenbildande bakterier, till exempel *Proteus mirabilis*.

Om patienten är helt symtomfri efter avslutad behandling vid en enstaka UVI behöver man heller inte göra någon annan utredning. Vid recidiverande urinvägsinfektioner rekommenderas däremot utredning av eventuellt avflödeshinder med IPSS, tidsmiktionslista, urinflödesmätning och residualurinbestämning med ultraljud. Vid behov av utredning eller uppföljning som inte kan göras på närakuten skickas remiss.

## 7. Hur hade det påverkat handläggningen och behandlingen om Sam hade haft feber?

Vid febril UVI bör man kontrollera CRP. Det är extra viktigt att man har koll på allmäntillståndet samt palperar prostatan och kontrollerar eventuell dunkömhet över njurlogerna. Vid illamående, kräkningar, allmänpåverkan eller tecken på sepsis ska patienten remitteras till akutmottagning. Se gärna sidorna 4-13 i [Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård 2022 \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/Behandlingsrekommendationer-f%C3%B6r-vanliga-infektioner-i-oppenv%C3%A5rd-2022) om tecken på allvarlig infektion.

Vid febril UVI finns belägg för att prostatavävnaden också är involverad och man behöver då ge antibiotika som ger terapeutiska koncentrationer i blod, njurar och prostata. Förstahandsmedel vid behandling i öppenvård är ciprofloxacin 500 mg x 2 i 14 dagar. Som andrahandsalternativ kan man, efter odlingssvar, använda sig av trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg x 2 i 14 dagar. Resistensen mot trimetoprim/sulfametoxazol är tyvärr alltför hög för att medlet ska kunna rekommenderas som förstahandsmedel innan odlingssvar finns. Vid resistens mot båda dessa antibiotika bör infektionskonsult kontaktas.

Vid ömmande prostata, miktionsbesvär och lokala smärtor i lilla bäckenet finns risk för akut bakteriell prostatit. Vid misstanke om detta ska patienten remitteras till sjukhusets akutmottagning då detta tillstånd är ovanligt och kräver intravenös antibiotikabehandling. Intravenös behandling gäller även för patienter med febril UVI efter prostatabiopsi.

## 8. Vad gäller vid asymtomatisk bakteriuri (ABU) hos män?

Asymtomatisk bakteriuri ska endast behandlas hos gravida kvinnor och inför vissa urologiska ingrepp.

Bakterier som odlas fram vid ABU är lågvirulenta och skyddar mot intrång av mer virulenta bakterier. Om man ger antibiotika mot ABU ökar risken för symtomgivande UVI och tillväxt av resistent bakterier.

## Referenser

Läkemedelsbehandling av urinvägsinfektioner i öppenvård - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2017;(28)5: s21-36.

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

Uppdaterad mars 2023