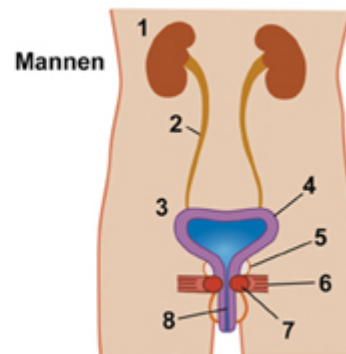
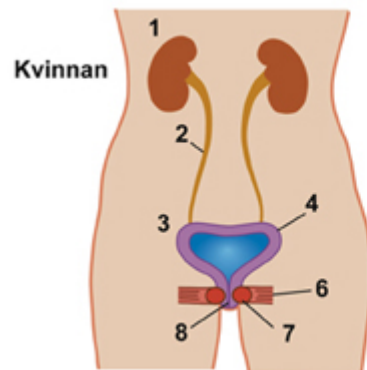


BEHANDLING AV URINVÄGSINFEKTIONER HOS VUXNA



Hygienveckan april 2010

Astrid Danielsson Öl/bitr.smittskyddsläk

Behöver vi alltid behandla med antibiotika?

NEJ!

ABU, **A**symtomatisk **B**akteri**U**ri (förekomst av samma bakterie i två upprepade urinprov utan att patienten har symtom) skall **EJ** behandlas förutom hos gravida och inför urologiska ingrepp.



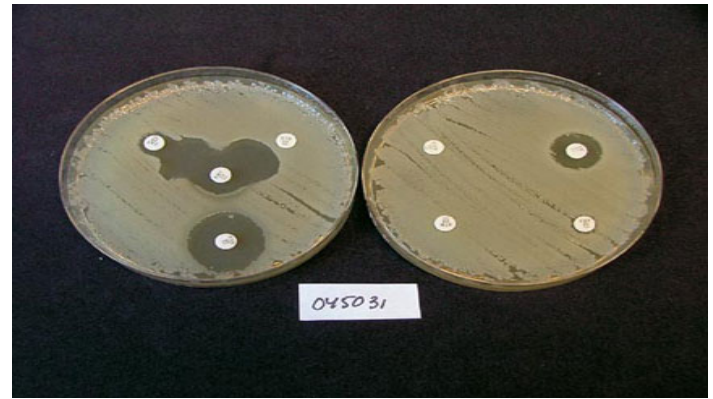
- ABU hos äldre är mycket vanligt. Förekommer hos 25-50 procent av äldre kvinnor i särskilda boenden.
- Patienter med KAD har efter ca 10 dygn alltid ABU.
- Starkt illaluktande urin eller pyuri är ingen indikation för antibiotikabehandling.
- Ta inte urinsticka om inte patienten har några symtom från urinvägarna.

DIAGNOSTIK:

KLINIK:

Urinodling bör tas:

- Recidiverande, komplicerad eller vårdrelaterad UVI
- Febril UVI/akut pyelonefrit
- UVI hos män
- UVI hos gravida kvinnor
- Terapisvikt vid behandling av UVI
- **Blododling** tas vid febril UVI och sjukhusvård.



Akut cystit hos kvinnor:

Symtom: Miktionsveda, urinträngningar, ökad miktionsfrekvens.

30% blir besvärsfria utan behandling inom en vecka. Behandling förkortar tiden med symtom. Nedre uvi övergår sällan till övre uvi.

Diagnostik:

Urinodling rek endast vid recidiverande, komplicerad eller vårdrelaterad infektion



Förstahandsval:

Nitrofurantoin (Furadantin) 50mgx3 5dygn

Pivmecillinam (Selexid) 200mgx3 5dygn

Andrahandsval:

Trimetoprim

160mgx2 3dygn

300mgx1 3dygn

ANVÄND INTE KINOLONER

Uppföljning: Urinodligskontroll behövs ej om patienten blir besvärsfri.

Recidiverande cystit hos kvinnor:

Definition: minst 2 antibiotikabehandlade cystiter det senaste halvåret eller minst 3 det senaste året.

Diagnostik:

- Testremsa för nitrit-leukocyter
- Urinodling

Behandling:

- Preparatval och behandlingstid som vid sporadisk cystit.
- Undvik samma antibiotika som föregående-risk resistens.

Utredning:

- Recidiv med stenbildande bakterier (t.ex proteus, morganelle morgani, pseudomonas sp)-urografi undersökning för att utesluta konkrement i njurar och/eller njurbäcken och cystoskopi för att utesluta blåssten.
- Gynekologisk undersökning för att utesluta predisponerande orsaker t.ex slemhinneatrofi eller prolaps

Profylax:

- Information. Regelbunden och fullständig blåstömning.
- Äldre kvinnor lågdos östrogen?
- Antibiotika. Trimetoprim 100mgt.n. eller Furadantin 50mx1. 3-6 mån
- Metenhippurat (Hiprex) saknar dokumentation
- Tranbärsjuice-måttlig effekt. Fler studier behövs.
- Tidig självbehandling?



Distal UVI hos män:

Ciprofloxacin 500mgx2 14 dagar

Trimetoprim 160mgx2 14 dagar

Kontrollodling 2-4v efter avslutad
behandling.



Febril UVI/akut pyelonefrit hos kvinnor:

Klinik: Feber, frossa, flanksmärta, palpations ömhet över njurloger. Allmän sjukdomskänsla.

1/3 av patienterna har inga symtom från nedre urinvägar.

Många kan behandlas polikliniskt men vid allmänpåverkan, kräkningar, graviditet initialt parenteral antibiotikabehandling.

Per oral behandling.

Ciprofloxacin 500mgx2 7-10dyg

Trimetoprim/sulfametoxazol (Bactrim forte)

160/800mgx2 10-14 dygn

I andra hand:

Ceftibuten (Cedax) 400mgx1

Kan ges vid allergi, graviditet eller resistens

Uppföljning/utredning:

Kontroll med urinodling 2-4 v efter avslutad behandling.

Akut radiologisk utredning vid misstanke stenproblematik och vid terapivikt trots adekvat antibiotikabehandling

Vid enstaka episod av akut pyelonefrit med okomplicerat förlopp behöver utredning ej göras.

UVI hos gravida:

ABU 1-2%, 20-40% med ABU löper risk att drabbas av akut pyelonefrit. Kontroll urinodling ca v16. ABU skall antibiotikabehandlas.

Vid febril uvi rek initial parenteral behandling.

Reinfektionsprofylax: Efter kur fortsatt med nitrofurantoin 50mg eller cefadroxil 250-500mg t.n. under återstoden av graviditeten.

Pyelonefrit hos män, per oral behandling:

Ciprofloxacin 500mgx2 14 dygn

Bactrim forte 1x2 14 dygn

Utredning: Vid komplikationsfritt förlopp av febril UVI hos män är utredning med urografi och uretrocystoskopi inte nödvändig.

FEBRILUVI, intravenös behandling hos kvinnor och män:

Cefotaxim (Claforan) 1gx3 + ev Gensumycin 4,5-5mg/kgx1

Ciprofloxacin 400mgx2 iv

Svår sepsis/nosokomial infektion:

Tazobactam (Tazocin) 4gx3 + Gensumycinx1

Alt Meronem 0,5-1gx3 + Gensumycinx1



Kateterassocierad UVI

- Distal UVI
- Febril UVI



Provtagning: Alltid urinodling vid febril UVI. Punktion av kateterslangen enligt anvisning.

Blododling vid febril UVI

Behandlingstid:

Distal UVI 7 dagar

Febril UVI 10-14 dagar

Vid infektion med ureas-positiva bakterier bör katetern alltid bytas under pågående antibiotikabehandling. Bakterierna finns kvar i biofilmen, orsakar utfällning av kristaller, stenbildning. Sekundära komplikationer i form av grumlig urin, obstruktion för urinflödet och upprepade symtomgivande UVI.

Profylax:

- Avlägsna om möjligt KAD
- Överväg RIK/suprapubisk kateter
- Basala hygienrutiner
- Antibiotikaprofylax rek ej generellt. Vid upprepade UVI vid kateterbyte ev engångsdos antibiotika före byte.
- Metenaminhippurat(Hiprex) rek inte. Bristfällig dokumentation.