

# Nya riktlinjer för urinvägsinfektion hos kvinnor



**MALIN ANDRÉ**, med dr, allmänläkare, Centrum för klinisk forskning och Britsarvets VC, Falun malin.andre@ltdalarna.se

**SIGVARD MÖLSTAD**, professor, allmänläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

I november 2006 anordnade Läkemedelsverket tillsammans med Strama ett expertmöte om nedre urinvägsinfektioner (akut cystit, blåskatarr) hos kvinnor [1]. Syftet med denna artikel är att sammanfatta riktlinjerna och ge förslag på hur man ska ta hand om icke gravida kvinnor med normala urinvägar och misstänkt urinvägsinfektion.

Urinvägsinfektion hos kvinnor är vanligt men ofarligt. Tio procent av alla svenska kvinnor över 18 år får varje år antibiotikabehandling för minst en akut cystit. Infektionen är vanligast hos yngre kvinnor och kvinnor över 50–60 år. Graden av självläkning är betydande, och 30 procent av de kvinnor som får akut cystit blir symtomfria utan behandling inom en vecka. Det finns inga hållpunkter för att recidiverande cystiter eller asymtomatisk bakteriuri skulle leda till njursjukdom eller förhöjt blodtryck. Risken att en akut cystit utvecklas till en pyelonefrit är mycket liten. Detta innebär att behandling med antibiotika i första hand har syftet att förkorta tiden med symtom.

## Diagnosen kan ställas enbart på symtomen

När en kvinna kontaktar sjukvården med misstanke om akut cystit är sannolikheten 50 procent att hon har det. Typiska symtom är nytillkomna besvär med sveda, trängningar och täta vattenkastningar. Om flera av dessa typiska symtom finns, ökar sannolikheten för att kvinnan har akut cystit till över 90 procent. Om det samtidigt saknas genitalesymtom, flanksmärta och feber behövs inte någon urinundersökning. Diagnosen kan då ställas enbart på symtomen, så kallad empirisk diagnos. Tabell I visar ett förslag till checklista för handläggning i primärvården.

Vid en akut pyelit har kvinnan feber och flanksmärta, symtom som måste negeras för att diagnosen akut cystit ska kunna sättas. Vid misstanke om en akut pyelit ska urinodling alltid göras.

Om genitalesymtom (flytning, irritation) finns, så minskar sannolikheten för att symtomen orsakas av en cystit avsevärt. Men många kvinnor med sexuellt överförd infektion (STI) har inga eller föga uttalade symtom. Förekomsten av STI tycks inte vara större bland kvinnor med cystitsymtom. Recidiverande cystit och STI har däremot en gemensam riskfaktor – sexuell aktivitet. Det innebär att man bör fråga kvinnan om genitalesymtom, byte av sexualpartner och möjligheten av sexuell smitta, vilket bör föranleda provtagning för STI.

Hos äldre kvinnor är det inte ovanligt att atrofiska slemhinnor ger besvär som liknar en cystit. När sjukvården kontaktas har emellertid besvären ofta funnits i varierande grad under en längre period, och det krävs en gynekologisk undersökning för att kunna ställa diagnos. Lokalt applicerat östrogen kan lindra besvären.

Urinundersökning med kemiska snabbtest (nitrit- och leukocyttesterastest) behöver sällan göras vid misstanke om akut cystit, enligt de nya riktlinjerna. Däremot krävs urinodling för att få information om resistensmönster när det finns en för-

## FAKTA 1.

### Urinodling rekommenderas vid

- Behandlingssvikt (oförändrade symtom trots behandling 3–5 dygn)
- Recidiv inom 1–2 månader
- Cystit i nära anslutning till sjukhusvistelse
- Cystit i nära anslutning till utlandsvistelse
- Misstanke om pyelonefrit
- Graviditet

höjd risk för resistent bakterier (se Fakta 1). Det innebär också att dipslide-odling på vårdcentral har begränsat värde, eftersom den inte ger upplysning om resistensfaktorer.

Enligt de nya riktlinjerna räcker det i normalfallet med anamnes för diagnos vid sporadisk cystit. Det betyder att ett besök på vårdinrättningen inte alltid är nödvändigt för diagnos. Men lika viktigt som att ta en noggrann anamnes för att ställa rätt diagnos, är det att förhöra sig om kvinnans egna funderingar och att ge adekvat information. Första gången en kvinna har en akut cystit bör hon därför alltid erbjudas besök på mottagningen för att klarlägga vilka föreställningar hon har, för information om sjukdomen och förväntat förlopp med behandling samt för att informera om sambandet mellan urinvägsinfektion och sexuell aktivitet och risken för recidiv.

En tiondel av kvinnorna får recidiverande cystiter, dvs minst två infektioner på ett halvår eller minst tre infektioner på ett år. Vid recidiv rekommenderas att en odling tas och att anamnesen inriktas på riskfaktorer och bedömning av om det finns behov av vidare utredning. Det finns inte skäl till någon rutinmässig utredning av urinvägarna med ultraljud/urografi eller cystoskopi. Undersökningarna visar sällan kliniskt relevanta fynd, förutom då man får upprepade odlingsfynd av stenbildande bakterier (*Proteus* spp, *Morganella morganii*, *Corynebacterium urealyticum*). Gynekologisk undersökning bör övervägas vid recidiverande urinvägsinfektion hos äldre kvinnor, liksom urodynamisk utredning vid misstanke om blåsdysfunktion.

Vid täta recidiv rekommenderas egenbehandling (nitrofurantoin eller trimetoprim) vid symtom, alternativt som engångsdos till natten eller i samband med samlag. Egenbehandling av symtom kräver både att patienten är utredd genom för-

## SAMMANFATTAT

**Inga urinprov är nödvändiga** vid typiska symtom.  
**30 procent blir** symtomfria utan behandling inom en vecka.  
**3–5 dagars** behandling är tillräckligt.  
**Nitrofurantoin** och pivmecillinam är förstahandsmedel.  
**Vid täta recidiv** rekommenderas egenbehandling.

**Asymtomatisk** bakteriuri är vanligt hos äldre och ska inte behandlas.  
**Trötthet och förvirring** hos patienter i äldrevården är inte symtom på akut cystit utan kräver att man gör en helhetsbedömning av patienten.  
**Metenaminhippurat** rekommenderas inte för profylax.

## »På särskilda boenden föranleds cirka 60 procent av alla antibiotikaordinationer av en misstänkt urinvägsinfektion.

djupad anamnes, att urinodlingar (och ofta även en gynekologisk undersökning) görs för att man ska kunna utesluta stenbildande bakterier, och att patienten har god kunskap om sin sjukdom och dess behandling. Dessutom krävs det att läkaren följer upp hur behandlingen fungerar och är beredd att avbryta den om det är osäkert om patienten kan tolka sina symtom och genomföra planerad behandling på rekommenderat sätt.

Resistensen mot trimetoprim har ökat, varför det nu endast finns två förstahandsalternativ för behandling, mecillinam och nitrofurantoin (Tabell II). Trimetoprim kan övervägas vid intolerans mot dessa medel eller efter resistensbestämning. Kinoloner har ingen plats i behandlingen av sporadisk eller recidiverande cystit. Cefalosporiner kan övervägas till gravida kvinnor, men bör annars liksom kinolonerna reserveras för allvarligare infektioner. Kortare behandlingstider torde minska risken för resistensutveckling. En kvinna med cystit/cystiter behöver inte något kontrollbesök, men hon ska informeras om att hon bör söka igen om besvären är oförändrade trots 3–5 dygns behandling.

Ett stort problem är bristen på lämpliga förpackningsstorlekar. Strama har kontaktat aktuella företag, och vi förväntar oss att de anpassar sina förpackningar till gällande rekommendationer. Det skulle vara anmärkningsvärt om följsamheten gentemot aktuella rekommendationer kunde hindras av läkemedelsindustrin, speciellt då de önskade förpackningarna tillhandahålls i andra länder.

Många av de råd som ges i sjukvården saknar vetenskaplig grund. Kända riskfaktorer för akut cystit är sexuell aktivitet, användning av pessar med spermiedödande medel och att patientens moder haft upprepade urinvägsinfektioner. Däremot tycks det inte spela någon roll om kvinnan badar i badkar, kissar efter samlag, dricker litet eller mycket eller åt vilket håll hon torkar sig vid toalettbesök.

### God hygien viktigt för att förebygga infektion

Det finns vetenskapligt stöd för uppfattningen att lokalt östrogen kan ha en gynnsam effekt vid recidiverande urinvägsinfektioner hos äldre kvinnor. Däremot finns det inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera användning av metenaminhippurat (Hiprex) som profylax till patienter med återkommande urinvägsinfektioner. Inte heller tranbärsjuicer, som har blivit populära som profylax mot urinvägsinfektioner, kan rekommenderas. Juicen har en teoretisk effekt, men effekten av de beredningar som finns är inte utvärderad och kan inte bedömas. Man bör vara medveten om att interaktion med warfarin förekommer. I speciella miljöer, som särskilda boenden i kommunen, är goda basala hygienrutiner av stor vikt för att förebygga urinvägsinfektioner. Aktuella erfarenheter talar för

**TABELL I.** Förslag till checklista att användas i telefonrådgivning till kvinnor med misstänkt cystit/nedre urinvägsinfektion.

Kvinna $\geq 15$ år, ej gravid?
Nyttillkomna besvär (<1 vecka)?
<b>Ja på båda dessa frågor krävs för att fortsätta i checklistan.</b>
Sveda vid vattenkastning?
Trängningar/kissnödig hela tiden?
Kissar ofta?
<b>Minst 2 av dessa 3 symtom krävs för att fortsätta i checklistan.</b>
Haft cystit tidigare?
<b>Om nej <math>\rightarrow</math> mottagningsbesök.</b>
Flanksmärta?
Feber (>38)?
Misstanke om sexuell smitta?
Genitala symtom (t ex flytning)?
<b>Om ja på någon av dessa frågor <math>\rightarrow</math> läkarbesök.</b>
Cystit senaste månaden?
Utomlands eller på sjukhus senaste månaden?
<b>Om ja på någon av frågorna ovan tas urinodling.</b>
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion senaste halvåret?
<b>Då behandlad med .....</b>
Allergi i samband med antibiotika?
<b>Om ja, vilket antibiotikum? .....</b>
Makroskopisk hematuri?
<b>Om ja – informera om att synligt blod ska försvinna samtidigt med symtomen.</b>
Uppmanat till ny kontakt om ej bättre efter 3–5 dagar.

att goda rutiner minskar risken för att personal sprider infektioner från patient till patient.

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) definieras som förekomsten av samma sorts bakterier i två upprepade urinprov, utan att patienten har några symtom, men i klinisk vardag använder man begreppet utan att man tagit kontrollprov. Prevalensen av ABU ökar med stigande ålder, och 25–50 procent av alla äldre i särskilt boende har bakteriuri, vilket innebär en risk för överbehandling med antibiotika. Patienter med kvarkateter (KAD) har i princip alltid ABU. Inga patienter med ABU, inte heller diabetiker, ska behandlas, eftersom behandling ökar risken för rekolonisering av mer virulenta bakterier och ökad risk för symptomgivande infektion.

### ■ FAKTA 2. Mål och mått för uppföljning enligt SFAM.Q.

#### Kriterier

Vad är viktigt för god kvalitet?

1. Rätt behandling.
2. Variation av förskrivna antibiotika.
3. Optimal behandlingstid.

#### Indikatorer

Hur mäts kvalitet?

- Andel kinoloner och cefalosporiner vid diagnosen cystit.  
Andel enskilt urinvägsantibiotikum.  
5 dagars behandling med nitrofurantoin och mecillinam, respektive 3 dagars behandling med trimetoprim.

#### Standard

Vilken nivå bör eftersträvas?

- <5 procent.  
Pivmecillinam 40 procent, nitrofurantoin 40 procent och trimetoprim 15–20 procent.  
100 procent.

**TABELL II. Rekommenderat läkemedelsval, dos och behandlingstid.**

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid, dygn
<i>Förstahandsalternativ</i>		
Pivmecillinam	400 mg × 2	3
	200 mg × 3	5
	200 mg × 2	7
Nitrofurantoin	50 mg × 3	5
<i>Övriga alternativ</i>		
Trimetoprim	160 mg × 2	3
	300 mg × 1	3
Cefadroxil	0,5 mg × 2	5
	eller 1 g × 1	
Cefalexin	0,5 mg × 2	

Ett viktigt undantag från denna regel är att gravida kvinnor med ABU ska antibiotikabehandlas på grund av en kraftigt förhöjd risk för att utveckla pyelonefrit senare under graviditeten.

### Mycket antibiotika på särskilda boenden

På särskilda boenden föranleds cirka 60 procent av alla antibiotikaordinationer av en misstänkt urinvägsinfektion. Det kan vara svårt att skilja mellan ABU och en symptomgivande nedre urinvägsinfektion hos äldre multisjuka personer. Om patienten har fått nya lokala symtom från urinvägarna (t ex sveda, smärta vid vattenkastning) ska det handläggas som en nedre urinvägsinfektion. Det är inte ett tillstånd som kräver omedelbar behandling, utan det kan nästan alltid handläggas av ordinarie läkare på dagtid. Det finns inga studier som stöder uppfattningen att en akut cystit skulle ge ospecifika symtom som trötthet, förvirring, oro eller nedsatt aptit. Speciellt när det gäller äldre personer med nedsatt kognitiv förmåga krävs det därför i stället en sammantagen bedömning av patientens hälsotillstånd, sjukdomsförlopp, medicinering och vårdssituation. Eftersom det är många faktorer som måste vägas samman, är det en fördel om bedömningen görs av den ordinarie läkaren som har god kännedom om patienten och tillgång till hans eller hennes journal.

Ospecifika allmänna symtom bör alltså inte föranleda rutinmässig provtagning med urintest eller urinodling utan föregående läkarbedömning, helst av boendets ordinarie läkare. Detta innebär en stor förändring av rutinerna på många äldreboenden, där det i dag ofta händer att urinprov tas av personalen innan sjuksköterskan kontaktar jourhavande allmänläkare. Risken är stor att den akuta kontakten från det särskilda boendet leder till en telefonordination av antibiotika, ofta på felaktiga grunder.

Nya riktlinjer måste följas upp, så att följsamheten gentemot dem kan bedömas och eventuella riktade insatser planeras. Kvalitetsrådet i allmänläkarnas specialistförening SFAM.Q har utformat mål och mått efter de aktuella riktlinjerna (Fakta 2) [2]. Val av läkemedel kan följas genom statistik från Apoteket AB eller uttag från vårdcentralens journalsystem, medan en bedömning av behandlingstidens längd ofta kräver manuell genomgång av ett antal journaler.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Båda författarna är aktiva i Strama.*

### REFERENSER

1. Nedre urinvägsinfektion (UVI) hos kvinnor. Information från Läkemedelsverket. 2007;18(2):8.
2. Mål och mått i allmänmedicin.

SFAMs kvalitetsindikatorer: Nedre urinvägsinfektion hos kvinnor >18 år.  
<http://www.sfam.se/SFAMQMOMUVI.doc>/ Senast uppdaterad 2007-05-16.