

Antibiotika vid urinvägsinfektion



Läkemedels- kommitténs terapirekommendation

för Region Värmland

Fastställt: 6 februari 2020
Gäller: t.o.m. 6 februari 2022

Dokumenttyp Terapirekommendation	Ansvarig verksamhet Läkemedelskommittén	Version 2	Antal sidor 11
Dokumentägare Anna Skogstam Bitr. smittskyddsläkare	Fastställare Madelene Johanson T f ordförande läkemedelskommittén	Giltig fr.o.m. 2020-02-06	Giltig t.o.m. 2022-02-06

Antibiotikaval vid urinvägsinfektion

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1. UVI hos kvinnor	3
1.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU)	3
1.2. Akut cystit	3
1.2.1. Antibiotikaval vid akut cystit	3
1.3. Febril UVI	4
1.3.1. Antibiotikaval vid febril UVI	4
1.4. Uppföljning efter akut cystit och febril UVI	4
1.5. Recidiverande cystit	4
1.5.1. Utredning och handläggning vid recidiverande cystit	4
1.5.2. Antibiotikaproylax	5
2. UVI hos gravida	5
6.2.1 Screening	5
2.1. Akut cystit och ABU	5
2.1.1. ABU	5
2.1.2. Akut cystit	6
2.1.3. Antibiotikaval vid akut cystit och ABU	6
2.1.4. Antibiotikaval vid febril UVI	6
2.1.6. Antibiotikaproylax till gravida kvinnor	6
2.1.7. Antibiotikaval för proylax	6
3. UVI hos män	7
3.1. Asymtomatisk bakteriuri	7
3.2. Akut cystit	7
3.2.1. Antibiotikaval	7
3.3. Febril UVI	7
3.3.1. Antibiotikaval	7
3.4. Uppföljning efter UVI (akut cystit och febril UVI)	8
3.5. Recidiverande UVI – behandling, utredning och proylax	8
3.5.1. Antibiotikaproylax vid recidiverande UVI	8
4. UVI hos barn	8
4.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU)	8

4.2. UVI hos barn < 2 år	8
4.3. Antibiotikaval vid akut cystit hos barn > 2 år	9
4.4. Antibiotikaval vid febril UVI hos barn > 2 år	9
4.5. Utredning.....	9
5. UVI hos äldre	9
5.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU) och UVI hos äldre	9
5.2. Diagnostik och behandling	10
5.3 Antibiotikaval.....	10
6. Kateterassocierad UVI	10
6.1. Provtagning för urinodling.....	11
6.2. Behandling	11
6.3. Antibiotikaval innan svar på urinodling – febril UVI	11
6.4. Utredning och profylax.....	11
6.5. Förebyggande åtgärder	11

1. UVI hos kvinnor

Nedanstående rekommendationer gäller för UVI hos icke-gravida kvinnor. För rekommendationer gällande gravida kvinnor, se "UVI hos gravida kvinnor".

1.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

Definieras som signifikant växt ($\geq 10^8$ CFU/l) av samma bakterieart i två olika urinprov med några dagars intervall i frånvaro av symtom. Ska inte behandlas med antibiotika hos icke-gravida kvinnor.

1.2. Akut cystit

Ofarligt tillstånd – risken för febril UVI är mycket liten vid obehandlad akut cystit. Låker spontant hos 30 % inom en vecka. Behandling med antibiotika förkortar enbart tiden med symtom.

Klinisk diagnos. Odling behöver inte tas i okomplicerade fall. Odling tas vid graviditet, recidiv, terapivikt eller vid misstänkt resistensproblematik (t.ex. efter sjukhusvård eller utlandsresa). Differentialdiagnoser är sexuellt överförbara infektioner (klamydia, mycoplasma, gonorré och herpes) och icke-infektiösa tillstånd som atrofiska slemhinnor hos kvinnor i postmenopausal ålder.

Diagnosen sannolik vid minst två (2) av följande symtom i frånvaro av vaginala symtom, feber och flanksmärta:

- Sveda vid miktion
- Täta trängningar
- Frekventa miktioner.

Vid lindriga besvär rekommenderas symtomlindrande behandling, råd om ökat vätskeintag och exspektans.

1.2.1. Antibiotikaval vid akut cystit

Använd INTE ciprofloxacin på grund av risk för resistensutveckling.

I första hand (växelbruk rekommenderas)

Pivmecillinam	400 mg x 2 i 3 dygn
	200 mg x 3 i 5 dygn*

**behandlingstid 5 dygn (dosering 200 mg x 3) kan behövas för postmenopausala kvinnor*

ELLER

- Nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dygn.

Kan ges även till äldre vid korttidsbehandling. Saknar effekt vid GFR <40ml/min.

I andra hand

Cefadroxil 500 mg x 2 eller 1g x 1 i 5 dygn

ELLER

Trimetoprim 160 mg x 2 i 3 dygn

Observera att resistens mot trimetoprim är vanlig (upp till 20 %). Bör ej användas vid empirisk behandling annat än i undantagsfall.

1.3. Febril UVI

Ska alltid antibiotikabehandlas. Miktionsbesvär saknas hos upp till en tredjedel av patienterna med febril UVI. Kan ofta behandlas i öppenvård. Vid allmänpåverkad patient med febril UVI ska intravenös behandling inledas på sjukhus. Se behandlingsriktlinje [Urinvägsinfektioner/Pyelonefrit, febril övre UVI](#) respektive [Slutenvård/Urinvägsinfektioner/Urosepsis – septisk chock](#)

Ta alltid urinodling innan antibiotikabehandling påbörjas. Blododling (vid handläggning på sjukhus). Ta CRP och krea. Beakta eventuellt bärarskap av antibiotikaresistenta bakterier (framför allt ESBL). Kontakta vid behov infektionsbakjour. Eventuellt justering av antibiotika efter resistensbesked.

1.3.1. Antibiotikaval vid febril UVI

I första hand

Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 7 dygn

I andra hand

Ceftibuten 400 mg x 2 i 10 dygn (licenspreparat)

ELLER

Trimetoprim–sulfametoxazol 160/800 mg x 2 i 10 dygn.

Resistens mot trimetoprim-sulfa är relativt vanlig. Används endast efter odlings svar med resistensbestämning. Vid nedsatt njurfunktion anpassas dosen enligt FASS.

1.4. Uppföljning efter akut cystit och febril UVI

Klinisk uppföljning. Om förloppet är komplikationsfritt behövs ingen ytterligare utredning. Kontrollurinodling 1–2 veckor efter avslutad behandling vid växt av stenbildande bakterier (t.ex. *Proteus* spp).

Radiologisk utredning (DT-urinvägar och ev. cystoskopi) rekommenderas vid upprepade fynd av stenbildande bakterie (t.ex. *Proteus* spp) i urinodling eller vid recidiverande febril UVI. Kontakta urolog för diskussion och val av lämpliga utredningsalternativ.

1.5. Recidiverande cystit

≥ 2 UVI senaste 6 månaderna eller ≥ 3 UVI senaste 12 månaderna.

Recidiverande cystit orsakas av samma bakterier som vid sporadisk akut cystit. Behandlas enligt rekommendationerna för akut cystit. Förlängd behandlingstid ger inte bättre resultat. Växelbruk av antibiotika rekommenderas.

1.5.1. Utredning och handläggning vid recidiverande cystit

Ta urinodling innan antibiotikabehandling.
Överväg STI-provtagning.

Kvinnor med recidiverande UVI har vanligen normala urinvägar. Utredning med DT-urinvägar, ultraljud eller cystoskopi är inte nödvändigt i de flesta fall.

Vid misstanke om blåsdysfunktion eller sten inkl. upprepade fynd av stenbildande bakterier, t.ex. *Proteus* spp bör utredning göras (urodynamisk utredning och DT-urinvägar).

Hos postmenopausala kvinnor: residualurinmätning och gynekologisk undersökning för att utesluta predisponerande åkommor, t.ex. prolaps eller atrofiska slemhinnor (östrogenbrist).

Kontakta urolog och vid behov gynekolog för diskussion avseende lämpliga utredningsalternativ

1.5.2. Antibiotikaprofylax

Vid frekventa och täta recidiv kan antibiotikaprofylax övervägas, men endast om alla andra alternativ har utvärderats, t.ex. lokal östrogenbehandling vid atrofiska slemhinnor, postkoital blåstömning eller byte av preventivmetod (eliminering av spermiedödande medel).

Olika principer för antibiotikaprofylax kan provas efter individuell bedömning, se nedan.

Behandling med tranbärsjuice, probiotika eller metenaminhippurat har svag vetenskaplig evidens men kan provas i det enskilda fallet i sex (6) månader.

Antibiotikaprofylax – alternativ:

Profylax ges i 3–6 månader. Efter avslutad profylax ska effekten utvärderas oavsett profylaxalternativ.

1. Tidig självbehandling

Förse patienten med recept på pivmecillinam eller nitrofurantoin.
Samma dosering som vid akuta episoder av akut cystit.

2. Postkoital (i anslutning till samlag)

- Nitrofurantoin* 50 mg som engångsdos.

ELLER

- Trimetoprim 100 mg som engångsdos.

3. Kontinuerlig (3–6 månader)

- Nitrofurantoin* 50 mg x1 till natten

ELLER

- Trimetoprim 100 mg x1 till natten

**Nitrofurantoin saknar effekt vid GFR <40 ml/min. Försiktighet vid långtidsprofylax till äldre på grund av ökad risk för lungbiverkningar hos denna patientgrupp.*

2. UVI hos gravida

Betalaktamantibiotika (penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer) har en förändrad farmakokinetik under graviditet med bl.a. ökad distributionsvolym och snabbare elimination via njurarna, vilket leder till lägre serumkoncentrationer. Vid behandling av framför allt allvarliga infektioner hos gravida kvinnor bör dosen av dessa antibiotika höjas och/eller dosintervallet reduceras.

Såväl asymtomatisk bakteriuri (ABU) som symtomgivande urinvägsinfektion ska behandlas under graviditet på grund av ökad risk för febril UVI och därmed graviditets- och förlossningskomplikationer.

Undantag är fynd av betahemolyserande streptokocker grupp B (GBS) som inte behöver behandlas om patienten är symtomfri. Antibiotikaprofylax intravenöst ska dock ges i samband med förlossningen. Vid fynd av GBS i urin hos gravid kvinna ska MVC meddelas för uppföljning på MVC och förlossningen enligt separat rutin för Kvinnosjukvården.

2.1. Akut cystit och ABU

2.1.1. ABU

Definieras som signifikant växt ($\geq 10^8$ CFU/l) av samma bakterieart i två olika urinprov med några dagars intervall i frånvaro av symtom. Screening för ABU hos gravida med riskfaktorer görs enligt lokal rutin för MVC**.

2.1.2. Akut cystit

Symtomen är desamma som vid UVI hos icke-gravida kvinnor.; sveda vid miktion, täta trängningar och frekventa miktioner. Den växande livmoderns påverkan på urinblåsan kan ibland ge ospecifika besvär som kan likna cystitbesvär. Vid negativ urinodling bör STI-provtagning övervägas.

2.1.3. Antibiotikaval vid akut cystit och ABU

Tag alltid urinodling innan start av antibiotikabehandling.

I första hand

- Pivmecillinam 200 mg x 3 i 5 dygn
- ELLER
- Nitrofurantoin* 50 mg x 3 i 5 dygn

I andra hand

- Cefadroxil 1 g x 2 i 5 dygn

Vid fynd av betahemolytiska streptokocker grupp B (GBS)

- Fenoximetylpenicillin (PcV) 1–2 g x 3 i 5 dygn

Behandla GBS enbart vid symtomgivande UVI, ej vid ABU!

2.1.4. Antibiotikaval vid febril UVI

Vid febril UVI hos gravida rekommenderas sjukhusvård för inledande intravenös behandling. Patienten bör vårdas på kvinnokliniken, p g a risk för prematur födsel och andra förlossningskomplikationer. Ta alltid blod- och urinodling innan insättande av antibiotika. För antibiotikaval och handläggning, se [Slutenvård/Urinvägsinfektioner/Urosepsis – septisk chock](#)

2.1.5. Uppföljning

Kontrollurinodling tas 1–2 veckor efter avslutad behandling.
Gäller såväl ABU, akut cystit som febril UVI.

*För fortsatta kontrollodlingar under återstoden av graviditeten, v g se lokal rutin för MVC **.*

2.1.6. Antibiotikaproylax till gravida kvinnor

Ges alltid efter febril UVI.
Rekommenderas vid recidiverande cystit.
Vid recidiverande ABU, se lokal rutin för MVC **

Profylax ges under återstoden av graviditeten.

2.1.7. Antibiotikaval för profylax

- Nitrofurantoin* 50 mg x 1 till natten.
- ELLER
- Cefadroxil 500 mg x 1 till natten

**Nitrofurantoin saknar effekt vid GFR <40ml/min.*

- Ska inte ges i tredje trimestern till kvinnor med känd brist på enzymet G-6-PD (glukos-6-fosfatdehydrogenas) på grund av risk för neonatal hemolytisk anemi. Förekommer framför allt hos individer från Afrika och Medelhavsområdet.

**** Se "Screening för asymtomatisk bakteriuri (ABU) hos gravida" i Vida**

3. UVI hos män

Symtomgivande UVI hos män ska behandlas.

Ta alltid urinodling innan antibiotikabehandling påbörjas. Ta blododling vid handläggning av febril patient på sjukhus.

Kontrollera om residualurin föreligger. Palpera prostata.

Under pågående UVI kan PSA bli falskt förhöjt och ska inte tas.

Vid negativ urinodling – överväg STI (klamydia, gonorré, mycoplasma genitalium).

3.1. Asymtomatisk bakteriuri

Definieras hos män som signifikant växt ($\geq 10^8$ CFU/l) i en urinodling av en bakterieart i mittstråleprov i avsaknad av symtom. Behandling enbart inför vissa urologiska ingrepp.

3.2. Akut cystit

Ta alltid urinodling innan antibiotikabehandling påbörjas. Hög antibakteriell effekt i urinen eftersträvas. Använd INTE ciprofloxacin på grund av risk för resistensutveckling. Växelbruk rekommenderas.

3.2.1. Antibiotikaval

I första hand:

- Pivmecillinam 200 mg x 3 i 7 dygn

ELLER

- Nitrofurantoin 50 mg x 3 i 7 dygn

Kan ges även till äldre vid korttidsbehandling. Saknar effekt vid GFR <40 ml/min.

I andra hand:

- Trimetoprim 160 mg x 2 i 7 dygn

Observera att resistens mot trimetoprim är vanlig (upp till 20 %). Bör ej användas vid empirisk behandling annat än i undantagsfall.

3.3. Febril UVI

Miktionsbesvär saknas hos upp till en tredjedel av patienter med febril UVI. Kan ofta behandlas i öppenvård. Vid allmänpåverkad patient med febril UVI, vid akut bakteriell prostatit eller vid febril UVI efter prostatabiopsi ska intravenös behandling inledas på sjukhus.

Se [Urinvägsinfektioner/Pyelonefrit, febril övre UVI](#) och [Slutenvård/Urinvägsinfektioner/Urosepsis – septisk chock](#)

Ta alltid urinodling innan antibiotikabehandling påbörjas. Blododling (vid handläggning på sjukhus). Ta CRP och krea. Beakta eventuellt bärarskap av antibiotikaresistenta bakterier (framför allt ESBL). Kontakta vid behov infektionsbakjour. Eventuellt justering av antibiotika efter resistensbesked.

3.3.1. Antibiotikaval

I första hand

- Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 14 dygn.

I andra hand

- Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg x 2 i 14 dygn.

Enbart efter odlings svar med resistensbestämning. Vid nedsatt njurfunktion anpassas dosen enligt FASS.

I tredje hand

- Ceftibuten 400 mg x 2 i 14 dygn (licenspreparat)

Vid resistens eller allergi mot ciprofloxacin eller trimetoprim-sulfa.

3.4. Uppföljning efter UVI (akut cystit och febril UVI)

Klinisk uppföljning. Om förloppet är komplikationsfritt behövs ingen ytterligare utredning. Kontrollurinodling 1–2 veckor efter avslutad behandling vid växt av stenbildande bakterier (t.ex. *Proteus* spp).

Radiologisk utredning (DT-urinvägar) rekommenderas vid upprepade fynd av av stenbildande bakterie (t.ex. *Proteus* spp) i urinodling.

Vid anamnes på försämrat urinavflöde görs utredning med IPSS (International Prostate Symptom Score), miktionslista, urinflödesmätning, residualurinbestämning med ultraljud och DT-urinvägar.

Kontakta urolog för val av utredningsalternativ.

3.5. Recidiverande UVI – behandling, utredning och profylax

Behandlas enligt samma behandlingsprinciper som vid enstaka episoder utifrån nivåbestämning. Radiologisk utredning rekommenderas vid recidiv (med eller utan feber) eller vid upprepade fynd av av stenbildande bakterie (t.ex. *Proteus*) i urinodling. Kontakta urolog för val av utredningsalternativ.

Vid täta recidiv och invändningsfri urinvägsutredning kan långtidsprofylax övervägas (upp till sex (6) månader) med antibiotikum utifrån resistensbestämning.

Det saknas dokumentation för om antibiotika som ger goda koncentrationer i prostata är effektivare än andra antibiotika och vilken dos som är optimal vid långtidsprofylax.

3.5.1. Antibiotikaprofylax vid recidiverande UVI

- Nitrofurantoin* 50 mg x 1 i 3–6 månader.

ELLER

- Trimetoprim 100 mg x 1 i 3–6 månader.

**Nitrofurantoin saknar effekt vid GFR <40 ml/min. Försiktighet vid långtidsprofylax till äldre på grund av ökad risk för lungbiverkningar hos denna patientgrupp.*

4. UVI hos barn

Se även lokala rutiner i Vida för Barn- och ungdomsmedicin "VÅR-13448 UVI - omhändertagande av barn" och "VÅR-07156 Urinvägsinfektion".

För att ställa diagnosen UVI hos barn krävs en positiv urinodling ($\geq 10^3$ CFU/ml) tagen med en tillförlitlig metod. Suprapubisk blåspunktion är den mest tillförlitliga metoden. Mittstråleprov är också tillförlitligt. Det kan tas även på blöjbarn, men kräver ibland visst tålamod. Påsprov rekommenderas inte på grund av hög risk för kontamination.

4.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

Behandling enbart inför vissa urologiska ingrepp. ABU hos spädbarn ska bedömas av barnläkare.

4.2. UVI hos barn < 2 år

Barn med misstänkt UVI under 2 års ålder ska handläggas av barnläkare.

4.3. Antibiotikaval vid akut cystit hos barn \geq 2 år

I första hand

- Nitrofurantoin 1,5 mg/kg x 2 i 5 dygn
(tabletter kan krossas och blandas i vatten eller mat)
Saknar effekt vid GFR <40ml/min.

ELLER

- Pivmecillinam 200 mg x 3 i 5 dygn (från 5 års ålder).

I andra hand

- Cefadroxil 12,5 mg/dos x 2 i 5 dygn.

ELLER

- Trimetoprim 3 mg/kg x 2 i 5 dygn.

4.4. Antibiotikaval vid febril UVI hos barn \geq 2 år

Vid febril UVI med allmänpåverkan inleds behandlingen med intravenöst antibiotikum. Efter feberfrihet byte till peroral behandling enligt nedan med sammanlagd behandlingstid 10 dagar.

I övriga fall (febril UVI utan allmänpåverkan) kan behandling ges peroralt i 10 dagar.

I första hand

- Ceftibuten 9 mg/kg x 1 i 10 dygn. Max 400 mg/dygn (licenspreparat)

I andra hand

- Trimetoprim/sulfametoxazol 3/15 mg/kg x 2 i 10 dygn
Resistens mot trimetoprim-sulfa är vanlig. Används endast efter odlingssvar med resistensbestämning.

ELLER

- Ciprofloxacin 10 mg/kg x 2 i 7 dygn.
Endast i undantagsfall. Ges enbart till barn \geq 2 år och alltid efter kontakt med barnläkare.

4.5. Utredning

Enstaka akut cystit kräver ingen utredning. Urinodling efter okomplicerad akut cystit behöver inte göras.

Vid ABU hos spädbarn, recidiverande akut cystit och febril UVI ska utredning göras enligt nationella riktlinjer: www.barnlakarforeningen.se. Kontakta barnläkare för råd.

5. UVI hos äldre

5.1. Asymtomatisk bakteriuri (ABU) och UVI hos äldre

- ABU hos äldre i särskilda boenden misstolkas ofta som akut cystit. Detta medför onödig antibiotikabehandling.
- Antibiotikabehandling av ABU förlänger inte överlevnaden, minskar inte graden av kroniska inkontinenssymtom och eliminerar inte heller benägenheten för ABU.
- Upprepade antibiotikakurer ökar risken för biverkningar och selektion av antibiotikaresistenta bakterier.
- Kroniska urinvägsbesvär hos äldre kvinnor kan orsakas av lokal östrogenbrist.

Ospecifika symtom som trötthet, oro och förvirring i frånvaro av akuta symtom från urinvägarna orsakas i regel **inte** av urinvägsinfektion. Att förskriva urinvägsantibiotika utan att först ha uteslutit andra, mer troliga orsaker till ospecifika besvär, kan utgöra en patientsäkerhetsrisk eftersom andra tillstånd då riskerar att förbli odiagnostiserade och obehandlade.

Även hos patienter med demenssjukdom är det viktigt och ofta möjligt att identifiera eventuella symtom från urinvägarna.

5.2. Diagnostik och behandling

- Testremsor för detektion av bakteriuri eller leukocyturi bör endast användas efter samråd med ansvarig läkare.
- Starkt luktande urin är ingen indikation för antibiotikabehandling.
- Indikation för antibiotikabehandling föreligger vid nytillkomna urinvägssymtom förenliga med akut cystit eller febril UVI.
- Äldre löper större risk att drabbas av biverkningar av läkemedel. Beakta njurfunktionen vid dosering och val av antibiotika.

5.3 Antibiotikaval

Se rekommendationer i avsnitt 1 om "UVI hos kvinnor" respektive avsnitt 3 om "UVI hos män"

Vid användning av KAD – se avsnitt 6 "Kateterassocierad UVI".

Vid misstänkt febril UVI – se behandlingsriktlinje [Urinvägsinfektioner/Pyelonefrit, febril övre UVI](#) respektive [Slutenvård/Urinvägsinfektioner/Urosepsis – septisk chock](#)

I undantagsfall kan behandling för febril UVI behöva ges till patient på särskilt boende på jourtid efter telefonkontakt med jourhavande läkare.

Behandlingsalternativ i denna situation tills läkarundersökning kan ske:

- Pivmecillinam 400 mg x 3*

ELLER

- Ceftibuten 400 mg x 2 (licenspreparat)

Ta urinodling innan behandling!

****Obs!** Vetenskapligt stöd saknas för behandling med högdos pivmecillinam vid febril UVI. De resistensbesked avseende pivmecillinam som ges från svenska mikrobiologiska laboratorier gäller enbart behandling av akut cystit.*

6. Kateterassocierad UVI

- Alla KAD-bärare har bakterieväxt i urinblåsan inom ett par veckor.
- Överdiagnostik av kateterassocierad UVI är vanligt förekommande då feber i frånvaro av urinvägssymtom inte sällan har annat ursprung än urinvägarna.
- Mekanisk påverkan av katetern kan ge UVI-liknande symtom.
- UVI är sannolik vid feber och nytillkomna symtom från urinvägarna eller vid feber och akut stopp för urinavflödet.
- Vid misstanke om symtomgivande UVI ska urinodling tas. Urinstickor har inget diagnostiskt värde eftersom bakteriuri och leukocyturi alltid föreligger.
- Vid misstanke om febril UVI hos patient med KAD ska blododling tas innan antibiotikabehandling påbörjas.

6.1. Provtagning för urinodling

Tas vid misstanke om symtomgivande UVI. Kan tas på två olika sätt:

1. Katetern avlägsnas och ersätts med en ny ur vilken urinprov tas.
2. Punktion av kateterslangen (endast silikon- och latexkatetrar) nedanför förgreningsstället. Provtas efter det att slangen varit avstängd 30 minuter och flödet släppts på igen.

6.2. Behandling

- Symtom enbart från nedre urinvägarna: kateterbyte räcker ofta som enda åtgärd.
- Febril UVI: antibiotikabehandling. Urin- och blododla!

6.3. Antibiotikaval innan svar på urinodling – febril UVI

- Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 7 dagar.

ELLER

- Ceftibuten 400 mg x 2 i 10 dygn (licenspreparat)

Justera antibiotika efter resistensbesked.

Kateterbyte under pågående antibiotikabehandling rekommenderas.

Vid allmänpåverkad patient ska intravenös behandling initieras på sjukhus, se

[Urinvägsinfektioner/Pyelonefrit, febril övre UVI](#) respektive [Slutenvård/Urinvägsinfektioner/Urosepsis – septisk chock](#)

6.4. Utredning och profylax

- Patient som drabbats av febril UVI i samband med byte av KAD bör erbjudas antibiotikapfylax vid kommande kateterbyten.
- Överväg cystoskopi och radiologisk utredning vid upprepade infektioner med Proteus eller annan stenbildande bakterieart. Kontakta urolog för diskussion avseende val av lämpliga utredningsalternativ.

6.5. Förebyggande åtgärder

- Kateterfri vård ska eftersträvas.
- Överväg ren intermittent kateterisering (RIK) av urinblåsan, suprapubiskt blåsdränage eller uridom när långvarigt behov av dränage föreligger.
- Det finns inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera metenaminhippurat eller tranbär som profylax mot kateterorsakad UVI.
- Det saknas vetenskapligt stöd för att katetrar impregnerade med antibiotika eller ädelmetallföreningar minskar risken för symtomgivande UVI vid långtidsbruk.
- Det finns inte evidens för att regelbunden spolning av katetern, med eller utan antiseptika, kan förebygga kateterorsakad UVI.

Dokumentet är utarbetat av: Anna Skogstam

Läkemedelskommitténs terapirekommendationer

Postadress

Läkemedelskommittén
Regionens hus
651 82 Karlstad

Webbadress

www.regionvarmland.se/lakemedel

Telefon

054-61 40 22

E-post

www.lakemedelskommitten@regionvarmland.se