

Urinvägsinfektioner

Urinvägspatogena bakterier och deras antibiotikaresistens (%) i Sverige.

	E coli	Staphylococcus saprophyticus	Klebsiella pneumoniae	Proteus mirabilis	Enterococcus faecalis	Pseudomonas aeruginosa
Ampicillin Imacillin	25	<1	-	5	0	-
Cefadroxil Cefamox	2	<1	3	2	-	-
Ceftibuten Cedax	<1	-	<1	<1	-	-
Kinoloner Ciproxin	5-10	<1	5-10	5-10	-	5-15
Nitrofurantoin Furadantin	1	<1	-	-	<1	-
Pivmecillinam Selexid	3	-	5	3-5	-	-
Trimetoprim	15	<1	10-15	10-15	25	-
TrimSulfa Bactrim	15	<1	10-15	10-15	-	-

Differentialdiagnoser

- Salpingit
- STD; Chlamydia, Herpes, Gonococcer
- Distala uretärstenar
- Urinblåsetumör, ca in situ
- Uretrastriktur

Okomplicerad nedre UVI hos kvinnor

(Dvs: ej gravid, frisk, ej recidiverande, ej feber, ej allmänpåverkan, CRP <30 mg/l)

- Mycket vanligt
- Asymptomatisk bakteriuri, dvs ex positiv nitrit på u-sticka behandlas ej!
- Diagnos kan ställas på anamnesen!
- Pivmecillinam eller Nitrofurantoin i 3-5 dagar
- Uppföljning?

Recidiverande UVI hos kvinnor

- Urinodling
- Överväg STD
- Rtg av övre urinvägarna; sten, avflödeshinder
- Gynkonsult
- Urologkonsult, cystoskopi, urodynamik

Recidiverande UVI hos kvinnor

- Pat styrd korttidsbehandling med a.b
- Långtidsbehandling med tex. Trim-sulfa eller Pivmecillinam 1 tabl/dagl i 3-6 mån
- Lokal östrogenbeh postmenopausalt

Inget vetenskapligt stöd för:

- Metenaminhippurat, (Hiprex[®])
- Naturpreparat som tex. tranbärsjuice
- Probiotika, tex. laktobaciller

Okomplicerad nedre UVI hos män

(Dvs: i.ö. frisk, ej recidiverande, ej feber, ej allmänpåverkan, inga inf parametrar, ej KAD)

- Ovanligt
- Även asymptomatisk infektion behandlas
- Diagnos bör stödjas av odling och lab
- Överväg STD

UVI hos män oftast komplicerad

Dvs:

- Feber med förhöjda infparametrar
- Prostata vanligen involverad
- Avflödeshinder vanligt, överväg KAD vid sjukhusvård
- ciprofloxacin o trimetoprim ger MIC i prostata (men inte Nitrofurantoin)
- Uppföljning rekommenderas

UVI hos äldre

Symtom som trötthet, förvirring, oro och nedsatt aptit tyder inte på nedre UVI och bör därför inte föranleda provtagning med testremsa, odling eller antibiotika-behandling. I stället bör man undersöka andra möjliga orsaker till symtomen.

UVI hos äldre med KAD

- Behandla bara vid allmänsymptom!
- Vanligt att bakterier följer med KAD-bärarskapet och koloniserar patienten. Man skall dock inte behandla asymptomatisk bakteriuri hos dessa pga risk att man selekterar fram a.b-resistent flora!!
- Överväg urinodling hos riskfall för riktad terapi vid behov.
- Feberepisod ofta pga. avflödeshinder
- KAD-byte i samband med antibiotika-terapi
- RIK (Ren Intermittent kateterisering) eller blöjor bättre ur infektionssynpunkt!

Övre urinvägsinfektion, akut pyelonefrit

- Feber, frossa, flanksmärta och palpationsömhet över en eller bägge njurlogerna.
- Överväg avflödeshinder, dvs avstängd pyelit!
Rtg eller ultraljud, urodynamik.
- Urinodling och lab
- Lättare fall behandlas med ciprofloxacin eller trim-sulfa
- Uppföljning

Övre urinvägsinfektion, urosepsis

- Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) ungefär: feber med påverkan av allmäntillstånd och labprover
- Svår sepsis: hypotoni, hypoperfusion och/eller någon sviktande organfunktion.
- Septisk chock: hypotension trots adekvat vätsketillförsel

Urosepsis

- Avflödeshinder är vanligt och måste uteslutas i svåra fall
- CT helst med kontrast
- Ultraljud, obs att hydronefros inte alltid utvecklas vid hypotoni
- Konstaterat avflödeshinder avlastas

Urinvägsinfektion med avflödeshinder

- Konstaterat avflödeshinder bör som sagt avlastas, överväg därför KAD till män med nedre uvi.
- Vid avflödeshinder i övre urinvägarna används J-stent (uretärstent) eller nefrostomi (nefropyelostomi), bägge metoderna har sina för och nackdelar, lokal tradition ofta avgörande.