UVI man fallbeskrivning

2018-03-14, uppdaterad 2026-09-17

Jonas - 55 årig frisk man bor tillsammans med hustru sedan 30 år. Söker på jourmottagningen efter att i tre dagar fått gå på toaletten och kasta vatten oftare än vanligt. Sista dygnet var till varannan timma, även nattetid. Det svider också rejält under hela vattenkastningen. Han är trött då han inte kunnat sova ordentligt på två nätter.

Frågor

1. Är det anamnestiska uppgifter som saknas?
2. Vilka statusfynd är du särskilt intresserad av i din bedömning?
3. Vilka laboratorieundersökningar önskar du?
4. Kan du starta antibiotikabehandling direkt?

Han har tidigare aldrig haft någon urinvägsinfektion (UVI) eller sexuellt överförbar infektion (STI). Inte heller märkt att han har svårt att tömma blåsan, även om strålen inte är som i tonåren och det händer att han behöver gå upp en gång på natten om han druckit mycket på kvällen. Han har inte haft någon feberkänsla sista dagarna.
At och Buk u a. Prostata palp u.a. Ingen stötömhet över njurloger och du hittar inget i övrigt anmärkningsvärt i status (hjärta, lungor, blodtryck). Temp 37,5°. Urin-nitrit positiv. Urin-leukocytesteras 2+. Urinodlingen skickas i väg till laboratoriet nu på förmiddagen.

Frågor

5. Vill du starta antibiotikabehandling nu?
6. I så fall, vilket eller vilka antibiotika, dosering och tid är förstahandsval?
7. Vilken uppföljning/utredning av patienten planerar du?

Om Jonas i stället hade haft feber?

Jonas har haft feber över 38° sedan tre dagar tillbaka. Distala symtom och resultat urinsticka desamma. Allmäntillstånd opåverkat. Temp 38,7°. Ingen stötömhet över njurloger. Status i övrigt med samma fynd som i första fallet.

Frågor

8. Behövs ytterligare utredning/lab-prover än fråga 1–3 innan start av antibiotikabehandling?
9. Om du startar empirisk peroral antibiotikabehandling – vilket preparat, dosering och tid?
10. Vilken uppföljning/utredning av patienten planerar du?

1. Är det anamnestiska uppgifter som saknas?
   Andra symtom från urinvägar/buk? Flytningar? Feber/feberkänsla/frossa? Tidigare urinvägsinfektioner - vilken typ/ev behandling? Sjukdom/operationer i urinvägar? Symtom på avflödeshinder? Tidigare STI? Nya sexkontakter? När senast ätit antibiotika? Allergi mot antibiotika? Utlandsresor sista tiden (risk för mer resistenta bakterier/STI)? Värk mage/rygg/scrotum?

2. Vilka statusfynd är du särskilt intresserad av i din bedömning?
   Allmänpåverkan? Temperatur? Hjärtfrekvens? Andningsfrekvens? Ev saturation. Blodtryck? Buk? Stötömhet njurloger? Prostata?

3. Vilka laboratorieundersökningar önskar du?
   Urinsticka för nitrit och leukocytesteras. **Urinodling** skall **alltid** tas vid misstanke om UVI hos män. STI-prover om anamnes eller status indicerar detta. Gärna även bladder scan.

4. Kan du starta antibiotikabehandling direkt?
   Du bör gå igenom anamnes, status och ta en urinsticka samt skicka urinodling för art- och resistensbestämning innan antibiotika sätts in.

Bakteriell urinvägsinfektion är ovanligare hos män än kvinnor, förutom under det första levnadsåret. Det saknas större epidemiologiska studier avseende incidens. UVI drabbar dock även yngre och medelålders män och förekomsten ökar med stigande ålder för att bland de allra äldsta närma sig incidensen hos kvinnor.

Det är framför allt *Escherichia coli* som orsakar UVI hos män, precis som hos kvinnor. Jämfört med kvinnor förekommer en ökad andel av andra typer av gramnegativa tarmbakterier och enterokocker hos män. Med tanke på detta och på den relativt sett högre frekvensen av resistenta bakterier hos män med UVI anses odling **alltid** vara indicerat både vid afebril och febril infektion. Dessutom är urinvägssymtom av icke-infektiöst ursprung en vanlig differentialdiagnos, framför allt hos äldre män.

5. Vill du starta antibiotikabehandling nu?
   Patienten har så pass uttalade symtom att det är rimligt att starta antibiotikabehandling empiriskt. Vill patienten avvakta och du kan förvänta dig ett snabbt svar med resistensbestämning från det mikrobiologiska laboratoriet så är det en möjlighet.

6. I så fall, vilket eller vilka antibiotika, dosering och tid är förstahandsval?
   Förstahandsval för att behandla afebril symtomgivande UVI hos en man är preparatmässigt desamma som för kvinnor. T. Furadantin 50 mg 1x3 i 7 dagar eller T. pivmecillinam 200 mg 1x3 i 7 dagar. Behandlingstiden hos män är otillräckligt studerad, därav den något längre behandlingstiden jämfört med kvinnor. Empiriskt räcker 7 dagar vid akut cystit hos män. Andrahandsval – v g se REKlistan.

7. Vilken uppföljning/utredning av patienten planerar du?
   Trots god klinisk effekt är det vanligt med kvarstående mikrobiologisk växt även efter behandling. Därför krävs i normalfallet ingen uppföljning utan patienten får höra av sig vid kvarstående besvär från urinvägarna. Vid okomplicerat förlopp med symtomfrihet är

radiologisk utredning och uretrocystoskopi inte nödvändig. Vid förstagångsinfektion och anamnes på försämrat urinavflöde rekommenderas IPSS (*International Prostatic Symptom Score*), miktionslista, mätning av urinflöde och residualurinbestämning med ultraljud (*bladder scan*). Vid makroskopisk hematuri rekommenderas malignitetsutredning enligt SVF med bl.a. uretrocystoskopi. Om infektionen orsakas av ureas-positiva bakterier och dessa vid upprepade tillfällen framodlas i urinen efter avslutad behandling bör såväl radiologisk utredning som uretrocystoskopi övervägas på misstanke om infektionskonkrement i urinvägarna.

Febril UVI

8. Behövs ytterligare utredning/lab-prover än fråga 1–3 innan start av antibiotikabehandling?
Viktigaste frågeställningen är patientens allmäntillstånd, det vill säga om du tror att patienten kan behandlas polikliniskt. Andningsfrekvens, blodtryck, puls samt om patienten kräkts eller varit illamående och inte kan ta tabletter. Vid tveksamma fall, diskutera med sjukhus. Laboratoriemässigt kan vid differentialdiagnostiskt oklara fall CRP vara av nytta.

9. Om du startar empirisk peroral antibiotikabehandling – vilket preparat, dosering och tid?
En ökande resistensproblematik medför att febril UVI hos män nu blir alltmer svårbehandlad. Förstahandsval vid peroral behandling av samhällsförvärvad febril UVI är T. Ciprofloxacin 500 mg 1x2. I uppdaterade riktlinjer (Vårdprogram UVI, Svenska Infektionsläkarföreningen, 2026) rekommenderas 7 dagars behandlingstid (för män med febril UVI och immunsuppression eller samtidig misstänkt akut bakteriell prostatit med prostatasmärta rekommenderas fortfarande i 10–14 dygns behandling). **OBS!** Kinolon-resistensen för E coli i urinodlingar ligger nu på 11,8 % (oberoende av kön) i Sverige och för äldre män ännu högre, allt från 10 till 20 % beroende på åldersgrupp. Detta stärker än mer betydelsen av att snabbt få ett urinodlingssvar med resistensbestämning och att patienten är införstådd med att söka igen om inte påtaglig förbättring inom 2–3 dygn eller försämring. Andrahandsval - se REKlistan.

Vid febril UVI kan man hos mer än 90 procent av patienterna se en övergående ökning av serum-PSA och svullnad av prostata mätt med transrektalt ultraljud vilket tyder på ett prostataengagemang av infektionen. Vid afebril symtomgivande UVI har man inte sett dessa förändringar. Att behandla bort eventuella bakterier som finns i biofilmen i prostata är inte möjligt – varken vid afebril symtomgivande UVI, febril UVI eller bakteriell prostatit.

Vid febril UVI är det ändamålsenligt att i första hand behandla infektionen med ett antibiotikum som förutom i serum och urin även ger goda koncentrationer i prostatas vävnad och utförsgångar. Syftet är att avdöda bakterier i urin och blod samt de som finns utanför biofilmer i prostata och som orsakar den akuta inflammationen. Kinoloner och trimetoprim är exempel på sådana antibiotika. Resistensen hos E. coli för trimetoprim respektive trimetoprim/sulfa är cirka 20% varför dessa preparat inte bör användas empiriskt utan endast efter en resistensbestämning som påvisar en känslig stam.

10. Vilken uppföljning/utredning av patienten planerar du?
Se även fråga 7. Efter avslutad behandling ska symtomen vara borta och patienten besvärsfri. Man kan med fördel instruera patienten att höra av sig vid utebliven förbättring, alternativt boka en avstämning cirka två veckor efter avslutad behandling för klinisk kontroll. Rutinmässig urinodling efter avslutad antibiotikabehandling rekommenderas inte.

Vid terapisvikt trots adekvat antibiotikabehandling rekommenderas akut utredning avseende abscess i njurar eller prostata eller avstängd pyelonefrit. Vid komplikationsfritt förlopp av febril UVI hos män är radiologisk utredning och uretrocystoskopi inte nödvändig.

Vid upprepade besvär och växt av ureasbildande bakterier bör såväl radiologisk utredning som uretrocystoskopi övervägas på misstanke om infektionskonkrement i urinvägarna. Förekomst av ureas-positiva bakterier kan vid behov efterfrågas i remissen till bakteriologen. Tidigt symtomgivande recidiv efter behandling utgör också indikation för utredning

Referenser – förutom REKlistan

1. Läkemedel vid urinvägsinfektioner (UVI) – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2017: (28)5.

2. Regnbågshäftet: Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama.

3. Vårdprogram UVI 2026 från Svenska Infektionsläkarföreningen

4. Swedres-Svarm 2025