

UVI man fallbeskrivning

2018-03-14, uppdaterat 2021-01-27 och 2023-03-10

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. Behöver du ta upp en mer detaljerad anamnes?
2. Behöver du undersöka patienten?
3. Laboratorieundersökningar?
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 stötömhets över njurloger och du hittar inget i övrigt anmärkningsvärt i status. Temp 37,5°. Urin-nitrit positiv. Urin-leukocytsteras 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. Uppföljning/utredning av patienten?

Om Jonas i stället hade haft feber?

Jonas har haft feber över 38° sedan tre dagar tillbaka. Distala symtom och resultat urinsticka desamma. At opåverkat. Temp 38,7°. Ingen stötömhets över njurloger.

Frågor

8. Ytterligare utredning/laboratorieprover än fråga 1–3 innan start av antibiotikabehandling?
9. Om du startar empirisk peroral antibiotikabehandling – vilket preparat, dosering och tid?
10. Uppföljning/utredning av patienten?

Handledarmanual – UVI man

1. Anamnesuppgifter: 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 antibiotika? Utlandsresor sista tiden (risk för mer resistent bakterier/STI)? Värk mage/rygg/scrotum?
2. Status: Allmänpåverkan, Temperatur, Buk, Prostata, Stötömhet njurloger.
3. Laboratorieundersökningar: Urinsticka för nitrit och leukocyteteras. **Urinodling** skall alltid tas vid misstanke om UVI hos män. STI-prover om anamnes eller status indicerar detta. Bladder scan? – ev om lättillgänglig på mottagningen.
4. 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 resistent bakterier hos män med UVI anses odling **alltid** vara indicerat i samband med en behandlingsstart.

5. 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. 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 (ej evidensbaserat). Behandlingstidens längd är otillräckligt studerad, därav den något längre behandlingen jämfört med kvinnor. Andrahandsval – v g se [REKlistan](#).
7. 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*). Om infektionen orsakas av ureas-positiva bakterier (exempelvis *Proteus*, *Morganella*) rekommenderas även urinodling. Vid makroskopisk hematuri ska SVF-remiss skickas för patienter över 50 år.

Febril UVI

8. Viktigaste frågeställningen är patientens allmäntillstånd, det vill säga om du tror att patienten kan behandlas polikliniskt. Andningsfrekvens, blodtryck, puls samt om patienten kräcks 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. En ökande resistensproblematik medför att febril UVI hos män nu blir alltmer svårbehandlad. Förstahandsval vid peroral behandling av samhällsförvärd febril UVI är T. Ciprofloxacin 500 mg, 1x2 i 10–14 dagar. **OBS!** Kinolon-resistensen för E coli i urinodlingar ligger nu på ca 10% i Sverige och för äldre män ännu högre, allt från 10 till 20 % beroende på åldersgrupp (ref 1). 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. Trimetoprim/Sulfa, där E. coli-resistensen är ca 20 %, bör inte användas empiriskt utan endast efter en resistensbestämning som påvisar en känslig stam.

10. V g se fråga 7 - **samt**
vid terapivikt 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 tidigt symtomgivande recidiv efter behandling eller vid upprepade infektioner med ureas-positiva bakterier (t.ex. *Proteus*, *Morganella*) bör radiologisk utredning och uretrocystoskopi initieras.

Referenser – förutom [REKlistan](#)

1. [Läkemedel vid urinvägsinfektioner \(UVI\) – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2017: \(28\)5.](#)
2. [Swedres-svarm 2021](#)
3. [Urinvägsinfektioner hos män. Folkhälsomyndigheten. 2014](#)
4. [Infektionsläkarföreningens Vårdprogram UVI. 2020](#)
5. Lipsky BA. Urinary tract infections in men. Epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. Ann Intern Med. 1989; 15; 110:138-50.
6. Ulleryd P, Zackrisson B, Aus G, Bergdahl S, Hugosson J, Sandberg T. **Prostatic involvement in men with febrile urinary tract infection as measured by serum prostate-specific antigen and transrectal ultrasonography.** BJU Int 1999;84:470-4.
7. Ulleryd P, Sandberg T. **Ciprofloxacin for 2 or 4 weeks in the treatment of febrile urinary tract infection in men: a randomized trial with a 1 year followup.** Scand J Infect Dis 2003;35:34-9.
8. Ulleryd P, Zackrisson B, Aus G, Bergdahl S, Hugosson J, Sandberg T. **Selective urological evaluation in men with febrile urinary tract infection.** BJU Int 2001;88:15-20.
9. Lipsky BA. **Prostatitis and Urinary Tract Infection in Men: What's New; What's True?** Am J Med 1999;106:327-34.
10. Koeijers JJ, Verbon A, Kessels AGH, Bartelds A, Donkers G, Nys S, Stobberingh EE. **Urinary tract infection in male general practice patients: uropathogens and antibiotic susceptibility.** Urology. 2010; 76(2):336-40.
11. Drekonja DM, Rector TS, Cutting A, Johnson JR. **Urinary tract infection in male veterans: treatment patterns and outcomes.** JAMA Intern Med. 2013; 173(1):62-8.