UVI/ABU äldreboende fallbeskrivning

2014-04-23, reviderad 2018-06-18, uppdaterad 2021-02-11 och 2023-03-10

Agda 85 år bor på ett äldreboende. Sista veckan har Agda blivit förvirrad, urinen luktar illa, urinstickan är ful och urinodlingen visar signifikant växt av *Escherichia coli*. Agda har inte feber, heller inte KAD. Vad man vet har Agda inte några vattenkastningsbesvär. Sjuksköterskan ringer från äldreboendet och undrar om Agda fått en urinvägsinfektion (UVI).

Frågor

1. Betyder den positiva urinodlingen att Agda har en UVI?
2. Hur vanligt är det att patienter på äldreboenden har asymtomatisk bakteriuri (ABU) respektive positiva urinstickor?
3. Ska ABU behandlas med antibiotika?
4. Har Agda en symtomgivande UVI? Behöver vi veta något mer?
5. Vad är vanligaste orsaken till att man misstänker att patienter på äldreboenden har UVI?
6. Vilka symtom kan tala för akut cystit?
7. Är det möjligt att identifiera eventuella symtom från urinvägarna hos dementa patienter?
8. Vilken nytta har man av att använda urinstickor på äldreboenden?
9. Vilka symtom inger misstanke om kateterassocierad UVI?
10. Hur tar man urinprov från kateterbärare?
11. Bör man använda lokala östrogenpreparat, metenaminhippurat (Hiprex®) eller tranbärsjuice vid recidiverande cystit?

Ett år senare – Agda får feber

Agda har temp 38,5° sedan två dagar tillbaka. Hon har fortsatt inte någon urinvägskateter. Agda har inte några symtom från luftvägarna, inga sår och heller inte några uppenbara symtom från urinvägarna eller buken. Urinodlingen visar signifikant växt av *Escherichia coli*.

Fråga

12. Har Agda fått en febril UVI?

1. **Betyder den positiva urinodlingen att Agda har en UVI?**
   En positiv urinodling visar bara att patienten har bakterier i urinen, det betyder inte att patienten behöver ha en UVI. Hos en äldre människa innebär en positiv urinodling oftast att patienten har en asymtomatisk bakteriuri (ABU). Den diagnostiska osäkerheten leder till många antibiotikabehandlingar av tveksamt värde.

2. **Hur vanligt är det att patienter på äldreboenden har ABU respektive positiva urinstickor?**
   På äldreboenden har 25–50% av kvinnor och 15–40% av män ABU. I studier på äldreboenden i Västra Götaland, där alla patienter oavsett symtom provtagits, har hälften haft en positiv urinsticka för nitrit och/eller vita och en tredjedel en positiv urinodling.

3. **Ska ABU behandlas med antibiotika?**
   ABU ska inte behandlas med antibiotika annat än vid graviditet samt inför vissa urogenitala ingrepp. Om ABU behandlas med antibiotika ersätts ibland de lågvirulenta ”snälla” bakterierna vid ABU av mer virulenta bakterier efter avslutad behandling. Detta ökar risken för symtomgivande UVI i efterförloppet.

4. **Har Agda en symtomgivande UVI? Behöver vi veta något mer?**
   Ospecifika symtom som inte härrör från urinvägarna såsom trötthet, oro, förvirring/oklarhet, agitation/ilska, falltendens, aptitlöshet eller en beskrivning av att på annat sätt inte vara sig lik är oftast **inte** orsakade av en urinvägsinfektion (även om urinodlingen är positiv). Det är viktigt att i första hand leta efter andra orsaker till dessa symtom. Ospecifika symtom kan exempelvis vara orsakade av för höga läkemedelsdoser, läkemedelsinteraktioner, alltför många läkemedel, ny personal på avdelningen, haft besök i går, en ”dålig dag”, dehydrering, obstipation eller andra sjukdomar. 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.

   Starkt illaluktande urin är ingen indikation för antibiotikabehandling.

5. **Vad är vanligaste orsaken till att man misstänker att patienter på äldreboenden har UVI?**
   Saknas nytillkomna eller förvärrade urinvägssymtom är det osannolikt att ospecifika besvär skulle vara orsakade av akut cystit. Trots detta är ospecifika symtom den vanligaste orsaken till att man misstänker att patienter på äldreboenden har UVI.

6. **Vilka symtom kan tala för akut cystit?**
   Nytillkomna urinvägssymtom som väcker misstanke om akut cystit bör behandlas med antibiotika, oavsett om patienten samtidigt har ospecifika symtom eller inte. Akut cystit handläggs på samma sätt som hos yngre personer (se fallbeskrivning UVI kvinna respektive man). Förutsatt att patienten inte har uttalad demens bör man kunna ta reda på om patienten har symtom från urinvägarna eller inte. Saknas nytillkomna eller förvärrade urinvägssymtom är det osannolikt att ospecifika besvär skulle vara orsakade av akut cystit.

   Kroniska besvär från urinvägarna orsakas inte av bakterier i urinen. Andra differential-

diagnoser bör då övervägas som sköra slemhinnor på grund av östrogenbrist, prostataförstoring, tumör i urinvägarna, urinvägskonkrement, prolaps, överaktiv blåsa etc. En plötslig försämring av kroniska urinvägsbesvär kan däremot vara ett uttryck för en UVI.

7. **Är det möjligt att identifiera eventuella symtom från urinvägarna hos dementa patienter?**
   Vid uttalad demenssjukdom är det svårt att avgöra om patienten har nytillkomna urinvägssymtom. Då är det viktigt att försöka driva diagnostiken så långt som möjligt. Går patienten på toaletten oftare än vanligt? Om patienten själv kan lämna ett urinprov kan patienten förmodligen också berätta om vattenkastningen var smärtsam eller obehaglig. Personal som assisterar vid urinprovstagning kan vara observant på patientens kroppsspråk vid vattenkastningen och därmed få en uppfattning om den verkar vara smärtsam. På så sätt är det möjligt att komma längre i den diagnostiska processen med ett påtagligt förbättrat beslutsunderlag som följd. Om det inte finns akuta symtom från urinvägarna bör man i första hand leta efter andra orsaker till patientens ospecifika besvär. Först om man inte kan hitta någon annan förklaring till besvären kan man undantagsvis prova ett urinvägsantibiotikum.

8. **Vilken nytta har man av att använda urinstickor på äldreboenden?**
   Ordination av urinstickor och urinodlingar bör endast ske efter konsultation med ansvarig läkare. Det är inte ovanligt att äldre kan ha en negativ urinodling (blandflora) trots att urinstickan är positiv för nitrit och/eller leukocytesteras. Vid negativ reaktion för nitrit och leukocytesteras är det osannolikt att bakterier finns i urinen. Vid välgrundad misstanke om febril UVI bör urinprovet skickas för odling även om urinstickan är negativ.

9. **Vilka symtom inger misstanke om kateterassocierad UVI?**
   Det är vanligt med överdiagnostik av symtomgivande UVI hos kateterbärare. Mekanisk påverkan av katetern kan ge UVI-liknande symtom som sveda, trängningar och urinläckage. Vid symtom enbart från nedre urinvägarna och utan feber kan antibiotika ofta undvaras. Kateterbyte är ofta tillräcklig åtgärd. Urinstickor har inget diagnostiskt värde eftersom bakteriuri och leukocyturi alltid föreligger.

   Vid feber och nytillkomna symtom från urinvägarna, alternativt vid feber och akut stopp för urinavflödet, är UVI sannolik. I dessa fall bör alltid urinodling tas innan behandling sätts in. I första hand, innan odlingsresultat föreligger, väljs ciprofloxacin för peroral terapi i sju dagar. Kateterbyte rekommenderas för att förhindra recidiv.

   För att förebygga UVI är det viktigt att eftersträva kateterfri vård. Ompröva indikationen och överväg ren intermittent kateterisering (RIK) av urinblåsan eller suprapubiskt blåsdränage när långvarigt behov av dränage föreligger. Patienter som drabbats av febril UVI i samband med byte av KAD bör erbjudas antibiotikaprofylax vid kommande kateterbyten.

10. **Hur tar man urinprov från kateterbärare?**
    Vid kort kateterduration kan prov tas genom punktion av kateterslangen (endast silikon- och latexkatetrar) nedanför förgreningsstället efter att slangen varit avstängd i 30 minuter.

    Vid långtidskatetrisering rekommenderas i stället att katetern avlägsnas och ersätts med en ny kateter ur vilken blåsurin tillvaratas för odling. På detta sätt får man ett mer representativt odlingsresultat jämfört med tappning av urin ur den gamla katetern. Den gamla biofilmbeklädda katetern bör oavsett avlägsnas för att förhindra recidiv. Antibiotika-

behandling påbörjas så snart katetern är bytt och urinprovet tillvaratagits.

11. **Bör man använda lokala östrogenpreparat, metenaminhippurat (Hiprex®) eller tranbärsjuice vid recidiverande cystit?**
    Vid recidiverande cystit bör kvinnor efter menopaus erbjudas behandling med lokala östrogenpreparat. Det finns inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera metenaminhippurat (Hiprex®) som profylax mot UVI. Om preparatet ändå prövas ska effekten utvärderas efter 4–6 månader. Att rekommendera tranbärsjuice är inte evidensbaserat.

12. **Har Agda fått en febril UVI?**
    När en patient utan KAD på ett äldreboende får feber, utan samtidiga fokalsymtom, är det naturligt att man i första hand misstänker en febril UVI om urinodlingen är positiv. Det kan vara en febril UVI men det är betydligt vanligare att febern orsakas av annan infektion som pneumoni eller viros. Den höga ABU-förekomsten gör att urinodlingar blir ospecifika. Det innebär en patientsäkerhetsrisk att inte överväga andra infektioner som kanske hade behövt en annan behandling. Vid dessa svåra differentialdiagnostiska överväganden mellan potentiellt allvarliga tillstånd är det viktigt att noggrant undersöka patienten.

    Flanksmärta eller feber ≥ 38°C kan tyda på akut pyelonefrit, liksom frossa, illamående och kräkningar. Atypisk sjukdomsbild utan flanksmärta och njurömhet och lägre feber är vanligt hos äldre patienter med akut pyelonefrit.

Referenser

- Läkemedel vid urinvägsinfektioner (UVI) – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket, tryckt version: 2017:(28)5.

- Råd till äldre och anhöriga vid bakterier i urinen, Folkhälsomyndigheten 2014.