

UVI kvinna fallbeskrivning

2016-04-13, reviderad senast 2026-06-10

Sara 43 år ringer till vårdcentralen eftersom hon haft sveda vid vattenkastning, täta urinträngningar och kissat oftare än vanligt de senaste två dagarna. Sara berättar att hon haft blåskatarr för ett par år sedan. Är för övrigt frisk och medicinfri. Ingen känd läkemedelsöverkänslighet. Hon är inte gravid och har inte något synligt blod i urinen. Hon har inte rest utanför Europa under de senaste 3 månaderna. Hur ska vi handlägga detta?

Frågor

1. Vilka är de vanligaste symtomen vid akut cystit?
2. Behöver vi veta något mer? Vilka differentialdiagnoser bör man överväga?
3. När ska man behandla med antibiotika?
4. Val av antibiotikasort?
5. Vilka UVI patienter kan handläggas via telefonrådgivning med checklista?
6. När bör man ta en urinodling?
7. Vilka bakterier brukar orsaka urinvägsinfektion?
8. Vad gör man vid terapivikt?
9. Behöver man ta en uppföljande urinodling efter en akut cystit?
10. När ska asymtomatisk bakteriuri (ABU) behandlas?
11. Vad är recidiverande cystit och hur handläggs det hos kvinnor?
12. Vilka bakterier kan vara stenbildande (ureas-positiva bakterier)? När behövs utredning i dessa fall?
13. Hur handläggs akut cystit hos gravida kvinnor?

1. Vilka är de vanligaste symtomen vid akut cystit?

Nyttillkommen sveda vid vattenkastning, täta urinträngningar och frekventa miktationer.

2. Behöver vi veta något mer? Vilka differentialdiagnoser bör man överväga?

- Allmäntillstånd? Feber eller symtom/status från njurarna? Temperatur >38,0 °C eller flanksmärta/flankömhet/stötömhet över njurloger kan tyda på akut pyelonefrit.
- Har patienten genitala symtom? Samtidig förekomst av flytning eller klåda i underlivet minskar sannolikheten för bakteriell cystit. Föreligger tecken på vulvo-vaginit? Vid misstanke om sexuell smitta tas prov för sexuellt överförbara infektioner. Tänk på att uretrit kan vara orsakat av exempelvis klamydia, gonokocker, herpes simplex och trichomonas.
- Överväg icke-infektiösa orsaker som atrofiska slemhinnor i postmenopausal ålder (urogenitalt östrogenbristsyndrom) eller överdriven underlivshygien.

Sara hade inte någon feber eller flanksmärta. Hon hade inte några genitala symtom eller egen misstanke om STD.

3. När ska man behandla med antibiotika?

Akut cystit hos friska kvinnor kan vara besvärande men är ofarligt. Infektionen läker spontant inom en vecka hos cirka 30 % av patienterna. Risken för febril UVI är mycket liten vid obehandlad okomplicerad akut cystit hos kvinnor (0,5–2,6 %). Sammantaget gör detta att vi behandlar med antibiotika för att förkorta tiden med symtom, inte för att infektionen i sig är farlig. Därför är det viktigt att gradera hur mycket symtom patienten har. Hur ofta mikterar patienten? Grad av miktionsveda? Svider det hela tiden eller bara mot slutet av miktionen? Hur ofta får patienten urinträngningar? Hur besvärande upplever patienten symtomen?

Vid **lindriga besvär** rekommenderas symtomlindrande behandling (paracetamol), råd om ökat vätskeintag och exspektans.

Vid **måttliga besvär** rekommenderas symtomlindrande behandling, ökat vätskeintag samt antibiotikarecept i reserv förutsatt att patienten har minst två av de tre klassiska symtomen (sveda vid miktation, täta trängningar och frekventa miktationer). Förkorta gärna giltighetstiden på receptet.

Vid **svåra besvär** (och minst två av de klassiska symtomen) påbörjas antibiotikabehandling direkt.

Kom ihåg att det är kvinnans subjektiva upplevelse av besvären som avgör om besvären är lindriga, måttliga eller uttalade. Många söker med lindriga eller måttliga besvär därför att de är oroliga och tror att det är farligt att avstå antibiotika. Här är det viktigt med bra information till patienten.

4. Val av antibiotikasort?

Förstahandsval: nitrofurantoin 50 mg × 3 i 5 dygn eller pivmecillinam 200 mg × 3 i 5 dygn.

Andrahandsval: trimetoprim (först efter odlingssvar/resistensbestämning) 160 mg x 2 i 3 dygn.

Använd inte kinoloner vid behandling av akut cystit!

Nitrofurantoin resorberas fullständigt i tunntarmen och utsöndras inte i vaginalsekret. Därför är risken för negativa ekologiska effekter mycket liten. Primärpatogenerna (E. coli och Staphylococcus saprophyticus) har hög känslighet för nitrofurantoin liksom Enterococcus faecalis, men inte andra mer ovanliga enterokocker. Enterobacter, klebsiella och proteus är resistenta mot nitrofurantoin. Man kan förskriva nitrofurantoin till patienter i alla åldrar men preparatet är kontraindicerat vid sänkt njurfunktion. Grundregeln är att nitrofurantoin är kontraindicerat vid eGFR <45mL/min. En kort kur (≤7 dagar) kan dock användas till utvalda patienter med GFR 30-40 mL/min för behandling av nedre UVI. Vid GFR <30mL/min är utsöndringen i urin så låg att den antibakteriella effekten uteblir.

Vid korta behandlingstider behöver man inte oro sig för allvarliga biverkningar. Kronisk lungfibros sågs framför allt vid långa behandlingstider med hög dos på 1960- och 1970-talen. Däremot kan patienter, även om det är ovanligt, drabbas av den snabbt reversibla (när preparatet sätts ut) överkänslighetsreaktionen "akut furadantinlunga" med feber, dyspné, eosinofili och lunginfiltrat.

Pivmecillinam har god effekt på E. coli, klebsiella, och Proteus mirabilis. Även om resistensbestämning inte utförs eller att R anges för S. saprophyticus fungerar behandling erfarenhetsmässigt oftast bra på grund av de höga koncentrationer som uppnås i blåsurinen.

5. Vilka UVI-patienter kan handläggas via telefonrådgivning med checklista?

Patienter kan handläggas via telefonrådgivning/triagemottagning med hjälp av checklista där diagnos kan ställas utan att man behöver ta ett urinprov under följande förutsättningar:

- Kvinna ≥ 15 år, inte gravid
- Nyttillkomna besvär (<1 vecka)
- Minst två av de tre klassiska cystitsymtomen:
sveda vid vattenkastning, täta urinträngningar eller frekventa miktationer
- Har tidigare haft akut cystit men uppfyller inte kriterierna för recidiverande cystit
- Inte påverkat allmäntillstånd
- Inte flanksmärta
- Inte feber (<38°C)
- Inte makroskopisk hematuri
- Inte genitala symtom (t.ex. flytning)
- Inte misstanke om sexuell smitta
- Inte har en recidiverande cystit (minst 2 antibiotikabehandlade episoder av akut cystit det senaste halvåret eller minst 3 det senaste året). Se fråga 11.

Checklistan bör kompletteras med följande:

- Gradering av subjektiva besvär (se punkt 3 ovan) eftersom detta är avgörande för om antibiotikabehandling ska ges eller inte
- Fått antibiotika mot UVI senaste halvåret och i så fall vilket preparat?
- Överkänslighet mot antibiotika?

- Komplicerande faktorer:
 - Sjukdom som medför avflödes hinder i urinvägarna (inklusive stenar) eller sämre blåstömning
 - Senaste veckan vårdad med KAD/tappad i urinvägarna/urologiska ingrepp. RIK.
 - Varning för ESBL i journalen, rest utanför Europa de senaste 3 månaderna

[Checklista UVI Strama VG](#) är en checklista framtagen av Strama VG.

6. När bör man ta en urinodling?

Odling tas alltid vid UVI hos män och barn. Hos kvinnor tas urinodling vid graviditet, behandlingssvikt, vid känd eller misstänkt resistensproblematik samt vid recidiverande UVI, komplicerande faktorer (se ovan) eller vårdrelaterad UVI samt vid makroskopisk hematuri. Odling tas alltid vid febril UVI/akut pyelonefrit. Om det föreligger en varning för ESBL i journalen eller om patienten rest utanför Europa de senaste 3 månaderna, föreligger också indikation för urinodling.

7. Vilka bakterier brukar orsaka urinvägsinfektion?

Tarmfloran är reservoar för bakterier som orsakar UVI. E. coli är den dominerande orsaken till UVI hos både kvinnor och män i alla åldrar. Under sensommar och höst är S. saprophyticus den näst vanligaste orsaken till akut cystit hos kvinnor i fertil ålder. E. coli och S. saprophyticus kallas primärpatogener. Vid recidiverande, komplicerade eller vårdrelaterade urinvägsinfektioner ökar sannolikheten för sekundärpatogena arter som Pseudomonas aeruginosa och olika arter av enterobacter, klebsiella, proteus respektive enterokocker. Benämningen komplicerad UVI betyder att det finns strukturella och/eller funktionella avvikelser i urinvägarna som disponerar för bakteriuri.

8. Vad gör man vid terapivikt?

Det tar i genomsnitt 3 dygn att uppnå symtomfrihet.

Överväg följande om patienten inte blir symtomfri av antibiotikabehandling:

- Resistens mot givet antibiotikum? Urinodla!
- Uretrit?
- Vulvo-vaginit?
- Icke-infektiös orsak till symtomen?
- STI?

9. Behöver man ta en uppföljande urinodling efter en akut cystit?

Indikationer för urinodling efter avslutad behandling

- UVI hos gravida kvinnor
- Vid upprepade UVI orsakade av ureas-positiva bakterier (se fråga 12) är det viktigt att ta en ny urinodling vid nästkommande UVI. Informera patienten om detta och gör en anteckning i journalen.

I övriga fall behöver man inte ta en uppföljande urinodling om patienten blivit symtomfri.

10. När ska asymtomatisk bakteriuri (ABU) behandlas?

ABU ska behandlas hos **gravida** för att minska risken för febril UVI. Fynd av streptokocker grupp B i urinen föranleder inte antibiotikabehandling men alltid antibiotikaprofylax under förlossningen.

ABU ska också behandlas med antibiotika **inför viss urogenital kirurgi**.

I övrigt ska ABU alltså INTE behandlas med antibiotika hos icke-gravida kvinnor eller hos män.

11. Vad är recidiverande cystit och hur handläggs det hos kvinnor?

Definition

- Minst 2 antibiotikabehandlade episoder av akut cystit det senaste halvåret eller
- Minst 3 det senaste året.

Risikfaktorer för recidiverande cystit

- Blåsdysfunktion
- Diabetes
- Övervikt
- Täta samlag och användning av spermiedödande medel
- Sjunkande östrogennivåer efter menopaus
- Antibiotikabehandling senaste tiden (både UVI-antibiotika och övriga antibiotika) eftersom antibiotikabehandlingar stör den periuretrala normalfloran som skyddar mot UVI

Åtgärder vid recidiverande cystit

- Uteslut STI som differentialdiagnos.
- Vid misstanke om blåsdysfunktion rekommenderas urodynamisk utredning.
- Vid misstanke om sten rekommenderas DT- urografi.
- Hos postmenopausala kvinnor bör gynekologisk undersökning och residualurinmätning genomföras.
 - Överväg lokal östrogenbehandling
- Vid samlagsrelaterade recidiv kan postcoital blåstömning rekommenderas. Eventuellt byte av preventivmetod.
- Vid frekventa recidiv
 - kan postcoital eller kontinuerlig antibiotikaprofylax övervägas under sex månader: nitrofurantoin 50 mg x 1 eller trimetoprim 100 mg x 1. Antingen tas en tablett efter samlag eller en tablett regelbundet till natten efter föregående blåstömning. Kontakt rekommenderas efter avslutad profylax för att utvärdera effekten.
 - De som inte önskar profylax kan förses med recept på pivmecillinam eller nitrofurantoin för självbehandling.
- Ge alltid råd om regelbunden och fullständig blåstömning.

12. Vilka bakterier kan vara stenbildande (ureas-positiva bakterier)? När behövs utredning i dessa fall?

Långvarigt bärarskap av bakterier som producerar ureas (alkaliserar urinen med kristallutfällning som följd) i urinvägarna kan orsaka konkrementbildning med risk för infektionsstenar och recidiverande UVI. Exempel på bakterier som kan vara ureasbildande: proteus, Morganella morganii, Corynebacterium urealyticum, providencia och vissa pseudomonas respektive klebsiella-arter. Vid en sporadisk infektion med ureas-bildande bakterier, där patienten blir besvärsfri på behandlingen, kräver ingen ytterligare åtgärd eller efterföljande kontrollodling enligt uppdaterade riktlinjer (Vårdprogram UVI, Svenska Infektionsläkarföreningen, 2026). Om patienten inte blir besvärsfri tas ny urinodling. Efterfråga om det finns ureas-bildande bakterier på remissen om dessa bakterier påvisats tidigare. Om samma bakteriestam påvisas i upprepade odlingar, bör utredning med cystoskopi (blåsstenar) och DT njurar (förkalkningar i njurparenkym och/eller njurbäcken) övervägas.

13. Hur handläggs akut cystit hos gravida kvinnor?

Gravida kvinnor får samma symtom vid akut cystit som icke gravida kvinnor. Däremot kan differentialdiagnostiken gentemot ospecifika besvär försvåras av den växande livmoderns påverkan på urinblåsan.

Till skillnad från hos icke gravida kvinnor ska gravida med akut cystit alltid urinodlas och antibiotikabehandlas direkt, även vid lindriga och måttliga besvär. ABU hos gravida ska behandlas med antibiotika för att minska risken för febril UVI (gäller inte fynd av streptokocker grupp B i urinen där det i stället är viktigt med antibiotikaproylax under förlossningen).

Vid graviditet behöver hänsyn tas till läkemedlets eventuella påverkan på fostret. Se tabell från Regnbågshäftet nedan:

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dygn)
Nitrofurantoin	50 mg x 3	5
Pivmecillinam	200 mg x 3	5
Cefadroxil (andrahandsval)	500 mg x 2 eller 1 g x 1	5
Trimetoprim (andrahandsval endast under 2:a och 3:e trimestern efter resistensbestämning)	160 mg x 2	3

Kontroll med urinodling rekommenderas alltid, d.v.s. 1–2 veckor efter avslutad behandling.

Referenser

[Läkemedel vid urinvägsinfektioner \(UVI\) – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2017.](#)

[Regnbågshäftet: Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama.](#)

[Vårdprogram UVI, rev 2026.pdf](#) från Svenska Infektionsläkarföreningen