

## **Cystit hos kvinnor äldre än 16 år**

### **Vårdsnivå och remiss**

#### **Primärvård**

Utredning och behandling av merparten patienter.

#### **Gynekolog/urolog**

Indikationer för remiss till gynekolog/urolog: Recidiverande urinvägsinfektion och misstanke på blåsstenar, uttalat framfall, miktionsrubbningar.

### **Diagnostik och utredning**

Vid typiska, nyttillkomna symtom (sveda, täta trängningar, frekventa miktionser) hos icke gravid kvinna krävs oftast ingen ytterligare diagnostik.

Använd ett standardiserat formulär för anamnes via telefon eller sköterskemottagning.

Se Formulär, Cystit för kvinnor över 16 år.

Provtagning via sköterska vid "förstagångs-cystit", vid recidiverande cystiter (minst 2 infektioner det senaste halvåret eller minst 3 det senaste året), när patienten inte blir bättre efter 3 dagar eller inte är helt bra efter 7 dagar. Då bör usticka och urinodling göras och klamydiatest och/eller gynekologisk undersökning övervägas.

Hos gravida ska urinodling alltid tas före och efter avslutad behandling. Se Faktadokument Urinvägsinfektion under graviditet, (Fakta Kvinnosjukdomar och förlossning).

Läkarbesök om feber  $>38^{\circ}$ , gynekologiska symtom, recidiverande cystiter eller graviditet (gravida sköts i första hand via MVC).

Vid recidiverande uvi hos äldre bör gynekologisk undersökning utföras, se Faktadokument Urinvägsinfektion hos äldre (Fakta Infektionssjukdomar). Behandling med lokalt östrogen kan minska symtom och infektionsfrekvens. Blåsstenar kan misstänkas vid upprepat fynd av stenbildande bakterier, t.ex. proteus vid odling.

Makroskopisk hematuri (Se Faktadokument Hematuri samt urinblåse- och urinvägscancer (Fakta Urinvägssjukdomar)) kräver särskilt övervägande.

## Prevention

Risken för recidiverande cystiter ökar hos yngre kvinnor vid användning av P-skum eller kondom med spermiedödande medel. Vanliga orsaker hos äldre är östrogenbrist (kan både ge mer symtom och tätare infektioner), framfall och blåsstenar. Blåsstenar kan misstänkas vid upprepat fynd av proteus vid odling.

Se Vårdrelaterade urinvägsinfektioner, Säker vård - alla gånger under relaterat.

## Behandling

Akut cystit är i de allra flesta fall ofarligt och behandling med antibiotika syftar i första hand till att förkorta tiden med symtom. Utan behandling blir cirka 30 % av patienterna symtomfria efter en vecka och med behandling cirka 85 %. Risken för febril UVI är liten vid obehandlad okomplicerad akut cystit hos kvinnor.

Förekomsten av symtom samt patientens gradering av besvären avgör om antibiotikabehandling ska initieras eller inte.

- Lindriga besvär: Rekommendera symtomlindrande behandling med smärtstillande receptfria läkemedel, ökat vätskeintag och exspektans.
- Måttliga besvär och minst två nytillkomna symtom: Rekommendera symtomlindrande behandling med smärtstillande receptfria läkemedel, ökat vätskeintag, exspektans och antibiotikarecept i reserv.
- Svåra besvär och minst två nytillkomna symtom: Som ovan samt rekommendera behandling med antibiotika.

Pivmecillinam och nitrofurantoin är likvärdiga förstahandspreparat. Trimetoprim bör på grund av ökad resistens hos *E. coli* (cirka 15 %) bara användas om pivmecillinam eller nitrofurantoin är olämpliga.

För att undvika resistensutveckling mot viktiga antibiotika som cefalosporiner och kinoloner rekommenderas dessa inte som förstahandsval. Fluorokinoloner bör även undvikas vid cystit p.g.a. mycket långsam nedbrytning i miljön.

## Dosering

- Pivmecillinam 200 mg 1 x 3 i 5 dagar alternativt 2 x 2 i 3 dagar
- Nitrofurantoin 50 mg 1 x 3 i 5 dagar
- Trimetoprim 160 mg 1 x 2 i 3 dagar (andrahandsval)
- Cefadroxil 500 mg 1 x 2 alternativt 1 g 1 x 1 i 5 dagar (andrahandsval)

## Behandlingstid

Pivmecillinam och nitrofurantoin normalt fem dygn. Pivmecillinam i tre dygn kan rekommenderas för kvinnor <50 år med sporadisk cystit, medan äldre kvinnor bör behandlas i fem till sju dygn. Trimetoprim och fluorokinoloner ger terapeutiska urinkoncentrationer i två till tre dygn efter avslutad behandling, vilket innebär att en tredygnskur motsvarar minst fem dygns behandling i urinblåsan.

Vid odlingsverifierade täta recidiverande cystiter (definieras som minst två antibiotikabehandlade episoder av akut cystit under det senaste halvåret eller

minst tre under det senaste året) kan patienten erbjudas tidigt påbörjad egenbehandling med antibiotika eller reinfektionsprofylax.

### **Profylax**

Vid täta recidiv kan antibiotika ges antingen vid samlag (nitrofurantoin 50 mg eller trimetoprim 100 mg som engångsdos) eller till natten i 6 månader med samma medel och doser (inte trimetoprim vid graviditetsönskan).

Lokalt östrogen kan provas som profylax till postmenopausala kvinnor.

Profylax med tranbärsjuice, probiotika och metenaminhippurat har svag vetenskaplig evidens men kan provas i det enskilda fallet i 6 månader.

Efter avslutad profylax bör effekten utvärderas.

### **Uppföljning**

Normalt krävs ingen uppföljning efter cystit. Asymtomatisk bakteriuri ska inte antibiotikabehandlas utom under graviditet.

### **Kvalitetsindikatorer**

- Andel kinoloner respektive cefalosporiner. Målvärde < 5 %.
- Andelen av enskilda urinvägsantibiotika. Målvärde: pivmecillinam & nitrofurantoin 40 % vardera, trimetoprim 20 %.
- Andel med 5 dagars behandlingstid med nitrofurantoin eller pivmecillinam och 3 dagars behandlingstid med trimetoprim. Målvärde > 80 %.

### **Patientinformation**

Se Urinvägsinfektion hos kvinnor, 1177 under relaterat.