

Kortare behandlingstider för febril UVI

Maria Remén, infektionsläkare, stramaordförande
Infektions- och lungkliniken
Region Sörmland

Frågor ställs via sms, scanna kod:



Redovisning av eventuella jäv

- Har inga jävsförhållanden att deklarera



Global AMR Symbol by David Ljungberg



Urinvägsinfektioner hos vuxna

Vårdprogram UVI, rev 2026



REGION
SÖRMLAND



1. Febril UVI - Empirisk per oral behandling

Samma behandlingstid oavsett kön

Empiriskt förstahandsalternativ	Dosering	Behandlings-tid
Ciprofloxacin*	500 mg x 2	7 dygn**
Alternativ behandling, i första hand efter resistensbesked		
Trimetoprim-sulfametoxazol	160/800 mg x 2	7 dygn**
Ceftibuten (vid resistens eller intolerans mot förstahands- alternativet, licensläkemedel 2026)	400 mg x 1*** Om preparatet ges empiriskt kan man överväga 400 mg x 2 första 1–3 dyggen	10 dygn

*Kan kompletteras med en i.v. singeldos av Ertapenem 1 g vid misstanke om ESBL-producerande bakterier (B III).

**För män med febril UVI och immunsuppression eller samtidig misstänkt akut bakteriell prostatit med prostatasmärta rekommenderas 10–14 dygns behandling

***Vid behandling med känslig, ESBL-bildande stam, rekommenderas dosen 400 mg x 2



Efter odlingssvar, behandling febril UVI

Förstahandsalternativ	Dosering		Total behandlingstid	
Ciprofloxacin	500 mg x 2	A I	7 dygn*	A I
Trimetoprim- sulfametoxazol**	160/800 mg x 2	A I (A II)	7 dygn*	B II (B III)
Andrahandsalternativ				
Ceftibuten (vid resistens eller intolerans mot förstahands- alternativen, för närvarande licenspreparat)	400 mg x 1*** Om preparatet ges empiriskt kan man överväga 400 mg x 2 första 1- 3 dyggen	A I (B III)	10 dygn*	A I (B III)
Tredjehandsalternativ				
Cefixim	400 mg x 1		10 dygn*	

GRADE för män inom parentes

* För män med febril UVI och immunsuppression eller samtidig misstänkt akut bakteriell prostatit med prostatasmärta rekommenderas 10-14 dygns behandling

** Föredras om möjligt framför ciprofloxacin p.g.a. mindre påverkan på mikrobiotan

***Vid behandling med känslig, ESBL-bildande stam, rekommenderas dosen 400 mg x 2



Ceftibuten

- Säkerställ tillgänglighet till Ceftibuten inom slutenvården.
- Utfärda kliniklicens och ha preparat hemma på hyllan.
Att skriva enskild licens till patient tar för lång tid.
- Det går inte att skriva regionlicens för Ceftibuten, då ett annat pocefalosporin finns tillgängligt inom förmånen.
- Skicka hela kuren med patienten hem vid utskrivning.





Uppföljning febril UVI

- Vid okomplicerat förlopp ingen kontrollodling. Personcentrerad uppföljning, dvs ibland är uppföljning inte nödvändig.
- Om febril UVI orsakas av ureas-producerande bakterie (Proteus m fl) rekommenderas kontrollodling efter 2 v.
- Vid upprepad växt av ureasproducerande bakterier efter behandling bör utredning övervägas (radiologi och utretrocystoskopi) Konkrement?





2. Cystit hos kvinnor - Empirisk behandling

Förstahandsalternativ	Dosering	Behandlingstid		
Nitrofurantoin*	50 mg x 3	A I	5 dygn	A I
Pivmecillinam	200 mg x 3**	A I	5 dygn**	A III
Pivmecillinam	400 mg x 2**	A I	3 dygn**	A I
Andrahandsalternativ				
Cefadroxil	500 mg x 2	A I	5 dygn	A III
Trimetoprim	160 mg x 2	A I	3 dygn	A II
Tredjehandsalternativ (endast vid bekräftad infektion med E. coli)				
Fosfomycin (licenspreparat)	3 g	A I	engångsdos	A I

* Ej vid eGFR <40 ml/min

**Vid ESBL-bildande bakterier känsliga för pivmecillinam ges pivmecillinam 400 mg x 3 i 7 dygn



3. Cystit hos män - Empirisk behandling

Förstahandsalternativ	Dosering	Behandlingstid		
Nitrofurantoin*	50 mg x 3	B II	7 dygn	B II
Pivmecillinam	200–400 mg x 3 **	B II	7 dygn	B II
Andrahandsalternativ				
Trimetoprim	160 mg x 2	B II	7 dygn	B II
Cefadroxil	500 mg x 2	B II	7 dygn	B II

* Ej vid eGFR <40 ml/min

** Rekommenderad dos pivmecillinam 400 mg x 3 vid ESBL-bildande bakterier och vid redividivcystit(29). Risken för biverkan anses vara låg.



4. UVI orsakade av multiresistenta bakterier

- Cystit: nitrofurantion och pivmecillinam fungerar i del flesta fall.
- Utmaningar febril UVI:
 - Cefotaxim har ingen aktivitet
 - Ofta korsresistens med Ciprofloxacin, Piperacillin/tazobactam, aminoglykosider
- Diskutera med infektionskonsult:
 - Klinisk bedömning, underliggande sjukdomar, immunsuppression avgör val.
 - Imipenem/meropenem vid "vanlig" ESBL. Pip/tazo kan också fungera.
 - Nyare betalaktam+betalaktamashämmare vid ESBL-karba

Obs! Bra att titta på tidigare odlingsresultat





5. ABU – Asymtomatisk bakterieuri

Positiv urinodling i frånvaro av symtom från urinvägarna

- Mycket vanligt hos äldre:
Kvinnor: 25-50%
Män: 15-40%
- "Snällare" bakterier, skyddar mot allvarligare infektioner





Antibiotika vid ABU ökar risk för

- Symtomgivande UVI
- Resistenta bakterier
- Biverkningar





6. Kloka kliniska val inom området urinvägsinfektioner

- Urinstickor, begränsa användning. Endast på läkarordination?
- Urinodling: Återhållsamhet där resultatet har liten eller ingen påverkan på handläggningen
 - ex ABU
 - urinodling vid kronisk KAD, där KAD inte bytts innan odling
 - rutinmässig kontrollodling vid stenbildande bakterier vid cystit
- CT-undersökning: undvika tidig CT-undersökning utan tydlig indikation.



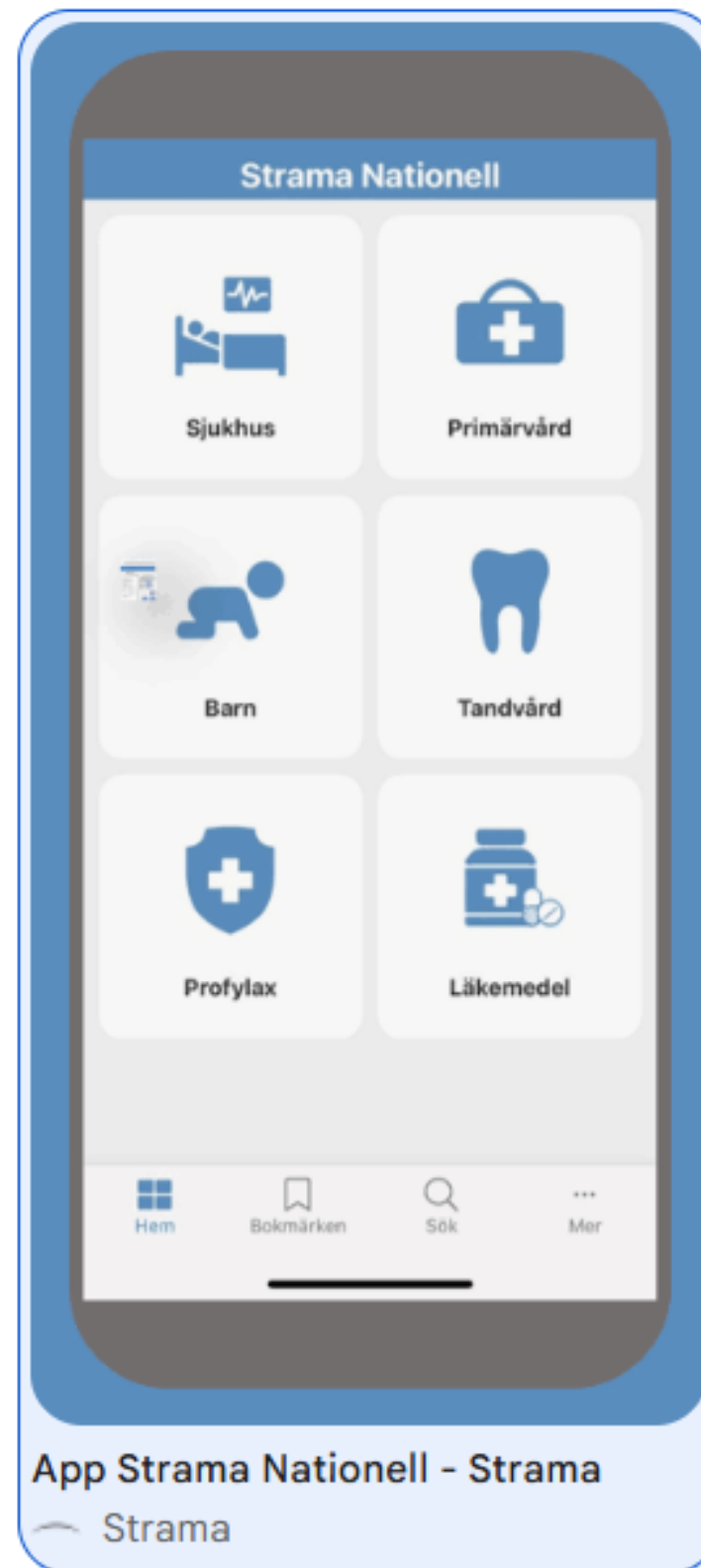


7. Metenamin Hiprex

- Ny evidens ger stöd att Hiprex är effektivare än placebo vid recidiverande UVI.
- Hiprex ett alternativ till antibiotikaproylax till kvinnor med recidiverande UVI.
- Få biverkningar
- Ingen risk för resistensutveckling

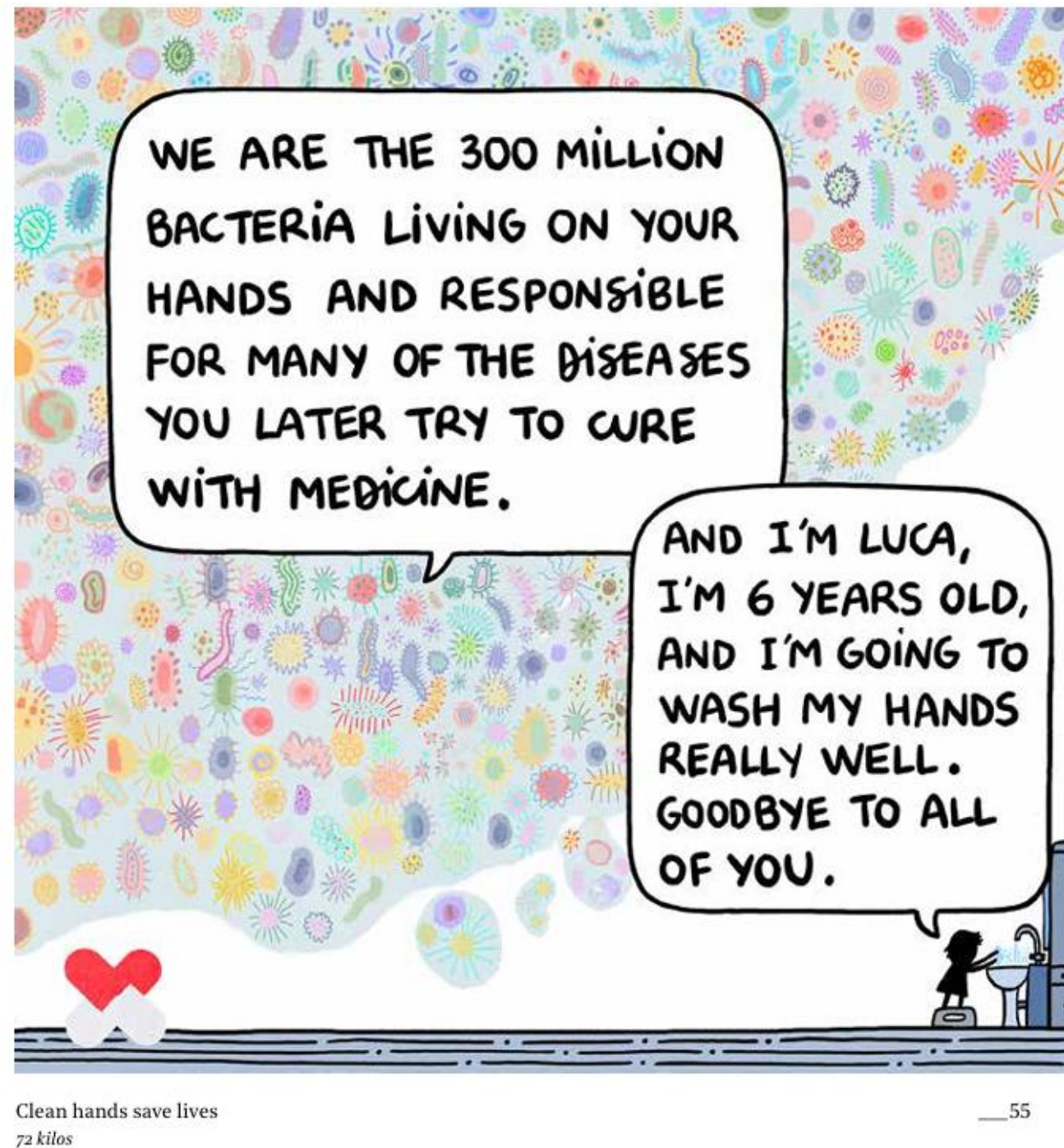
- Obs! Ökad recidivrisk med fler infektioner vid utstättning.
- Dos Hiprex 1 g x 2, bör inte användas vid GFR < 60.





**Rekommendation finns också på:
www.strama.se**

Tack!



Artwork by 72 kilos, part of the campaign *Sketching Antimicrobial Resistance* led by EU-JAMRAI 2.
Learn more at <https://eu-jamrai.eu/raise-awareness/campaigns/sketching-antimicrobial-resistance/>