



Karolinska  
Institutet

# SILFs uppdaterade vårdprogram för UVI

Anders Ternhag

# Nyheter

- Pågående diskussion om okomplicerad/komplicerad UVI
- Kortare behandlingstider vid febril UVI – även för män
- Nytt förstahandsmedel vid febril UVI
- Nya skrivningar om profylax
- Candidaorsakad UVI och behandling med SGLT2-hämmare



# Programgrupp

- Anders Ternhag, Stockholm
- Erik Skog, Uppsala
- Erik Sörstedt, Göteborg (sammankallande)
- Gabriel Heyman, Västerås
- Malin Vading, Stockholm
- Maria Furberg, Umeå
- Oskar Ljungqvist, Helsingborg
- Thomas Tängdén, Uppsala



# Begreppsförvirring

## Traditionellt

- Akut cystit – Febril UVI
  - Kategoriseras efter lokal
- Okomplicerad – Komplicerad UVI
  - Okomplicerad enbart icke-gravida kv med normala urinvägar, dvs;
  - En febril UVI hos kv kan vara okomplicerad
  - En cystit hos en man är komplicerad
  - Vill fånga riskfaktorer för behandlingssvikt

## IDSA/EAU

- Lokal infektion (cystit) – Systemisk infektion
  - Samma definition för kv och män
  - Riskfaktorer förekommer i båda kategorierna

# Riskfaktorer

- Spädbarn
- Sköra äldre
- Anatomiska eller funktionella avvikelser i urinvägarna
- Urinkatetrar
- Stenar
- Residualurin
- Neurologisk påverkan på blåsan
- Föregående antibiotikaanvändning
- Resistent bakterier
- Avflödes hinder
- Prostataengagemang
- Graviditet
- Nylig instrumentering i urinvägarna

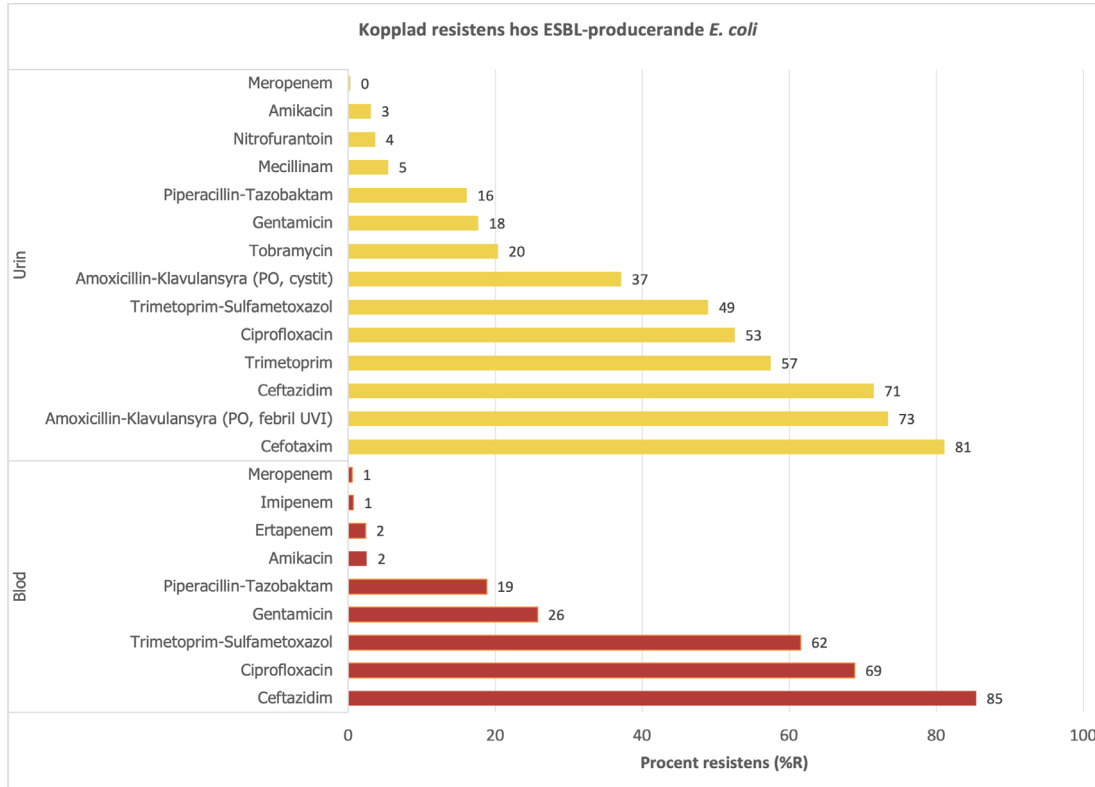
# Behandlingstid vid febril UVI

- Total tid 7 d för både män och kv och oavsett om växt i blododl eller inte
- Starkast stöd för detta gäller kinoloner och intravenös betalaktam
- Det man i första hand riskerar med en kortare tid är sämre mikrobiologisk eradikering och risk för relaps

# Nytt förstahands antibiotika vid febril UVI

- Temocillin är en nygammal smalspektum betalaktam för gramnegativa infektioner
- Effekt på ESBL och AmpC
- Kommer finnas marknadsfört i Sv från sommaren
- Temocillin med på den rekommenderade ”pricklistan” till mikrobiologiska lab vid febril UVI
- Internationellt en ”karbapenemsparare”

# ESBL och kopplad resistens



- Omvänt är det så att *E. coli* som är cipro-R ofta också är ESBL  
→ Ca 40% av *E. coli* cipro-R är också ceftriaxon-R

# Enterokocker

- Mindre vanlig patogen varför sällan förekommande i kliniska UVI-studier
- Naturligt R mot cefalosporiner och trim/sulfa
- För okomplicerad UVI finns BP för *E. faecalis* och amoxicillin, i andra situationer BP i parantes dvs kombinationsbeh rekommenderas
- Farmakokinetiska studier säger att amoxicillin ger höga u-konc vid 750 mg1x3
- Vid monoterapi uppföljning av pat att beh fungerar

# Profylax som inte är antibiotika

- Lokalt östrogen
- Dagligt vätskeintag på  $\geq 1,5$  l
- Metenamin
  - Omvandlas till formaldehyd vid pH <6 i urin och är bakteriostatiskt mot *E. coli*, enterokocker, stafylokocker
  - Minskad absolut risk för UVI ca 16% jfr placebo
  - Re-bound när preparatet sätt ut
- Vaccin
  - I Sv Uromune och Uro-Vaxom på licens
  - Minskad absolut risk för UVI med ca 15% jfr placebo, men små heterogena studier och kort uppföljning

Heltveit-Olsen et al. CMI 2025; Aziminia et al. BJUI International 2018

# Candida-UVI

- Om patogen så ofta en nosokomial infektion
- Fluconazol ger hög konc i urin, däremot inte andra azoler eller echinocandiner
- Men i jämförande studie av fluconazol vs echinocandin vid Candida-BSI utgången från urinvägarna var de likvärdiga
- SGLT2-hämmare ökar utsöndring av glukos i urin vilket ger risk för infektioner
  - Utsättning om Candida-UVI



**Karolinska  
Institutet**