Esettanulmányok 13
Húgyúti infekció

Esetismertetés

Kórtörténet:

- 51 éves, tolószékes férfi beteg jelentkezik rendelésünkön, vizeletében észlelt eltérések miatt. Vizeletét 2 napja zavarosnak, büdösnek érzi. 2 héttel ezelőtt is hasonló panaszai jelentkeztek, akkor 2x1 tabl. Augmentin terápiában részesült ügyeleti ellátás keretében. Panaszai az antibiotikum szedését követően megszűntek, majd most újra megjelentek.
- Kissé gyengébbnek érzi magát. Egyéb panaszt nem említ.
- Fejfájás, szédülés, mellkasi panasz, hasi panasz nincs. Széklete rendben, véresnek vagy feketének nem látta. Hányinger, hányás nem volt. Láztalan. Étvágya jó, súlyát tartja.

Anamnézisében:

- 1975-ben tonsillectomia.
- 2007-ben motorbaleset következtében Th. V. darabos törése, j.o. VII-VIII. bordatörés, valamint j.o. hemato- és pneumothorax. Sérülések miatt OITI-ben Th.III-VII fixatio, ventrális spondylodesis, csigolyatest protézis beültetést végeztek. Balesete óta önkatéterezésre szorul.
- Gyóygyszerérzékenység: Paracetamol.
- Jelenleg szedett gyógyszerei: Baclofen 50 mg-25 mg-25 mg, Ditropan 3x1
- Dohányzást, alkoholfogyasztást negál. Napi 2 kávét fogyaszt.

Státusz:

- Jó általános állapotú,kerekesszékkel közlekedő beteg.
- A bőr, valamint a nyálkahártyák közepesen vérteltek, cianózis nem látható. Nyirokcsomó megnagyobbodás nem észlelhető. Nyelve kp. nedves .
- Tüdők felett puhasejtes alaplégzés hallható. Tompulat nem kopogtatható, a rekeszek 2 harántujjal kitérnek. Légzési frekvencia: 15/perc. Oxigén szaturáció: 99%.
- Tiszta, ritmusos szívhangok.
- Has a mellkas szintjében, puha, betapintható. Renyhe bélhangok. Máj, lép nem tapintható.
- Mellbimbó vonalától lefelé érzéskiesés. Végtagok alakilag épek, paraplégia.
- A beteg éber, orientált.

Mi a legvalószínűbb diagnózis?

- Pyelonephritis
- Acut cystitis
- Húgyhólyagkövesség
- Hólyagrák

Mi a legvalószínűbb diagnózis?

- Pyelonephritis
- Acut cystitis
- Húgyhólyagkövesség
- Hólyagrák

- A beteg lázról, hidegrázásról nem nem számolt be, így a pyelonephritis fennállása nem valószínű.
- Hólyagrák, hólyagkövesség esetén gyakori tünet a haematuria, ez a betegünk esetében nem jelentkezett. Utóbbi 2 betegség esetén bűzös, zavaros vizelet nem jellemző, míg jelen esetben ezek jelen voltak betegünknél.
- Betegünk diagnózisát megnehezíti az a tény, hogy mellbimbó vonalától lefelé érzéskiesése van, így sem gyakori vizelési ingerről, sem csípős vizeletről, sem deréktáji fájdalomról nem tud beszámolni.

Az alábbiak közül melyik nem tartozik a leggakoribb kórokozók közé húgyúti fertőzésnél?

- E. coli
- Enterococcusok
- Staphylococcusok
- Streptococcus agalactiae
- Klebsiella pneumoniae
- Proteus mirabilis

Az alábbiak közül melyik nem tartozik a leggyakoribb kórokozók közé húgyúti fertőzésnél?

- E. coli
- Enterococcusok
- Staphylococcusok
- <u>Streptococcus agalactiae</u>
- Klebsiella pneumoniae
- Proteus mirabilis

- A felsorolt kórokozók mind a leggyakoribb kiváltó baktériumok közé tartoznak, azonban Streptococcus fertőzés viszonylag ritka húgyúti fertőzés esetén.

Az alábbiak közül melyik nem számít komplikált húgyúti fertőzésnek?

- férfi nem
- női nem
- életkor <18 vagy >80
- Terhesség
- diabetes mellitus
- vese vagy húgyúti alapbetegség
- 2 héten belül történt urológiai beavatkozás vagy idegen test jelenléte

Az alábbiak közül melyik nem számít komplikált húgyúti fertőzésnek?

- férfi nem
- <u>női nem</u>
- életkor <18 vagy >80
- Terhesség
- diabetes mellitus
- vese vagy húgyúti alapbetegség
- 2 héten belül történt urológiai beavatkozás vagy idegen test jelenléte

- Húgyúti fertőzés esetén fontos tisztában lennünk bizonyos fogalmakkal, mert ezek nagyban meghatározzák a szükséges teendőinket.
- **szimptómás húgyúti fertőzésről** beszélünk, ha kórokozó jelenléte kimutatható a húgyutakban, valamint a betegnek tünetei is vannak. Ezen belül megkülönböztetünk *nem komplikált* és *komplikált húgyúti fertőzést*.
  - *nem komplikált:* nincs funkcionális vagy anatómiai eltérés a húgyutakban, nincs vesefunkciós zavar vagy egyéb kísérő betegség
  - *komplikált:* a kockázati tényezők súlyos kórlefolyást vagy szövődményt váltanak ki. Ilyen tényezők: férfi nem, életkor <18 vagy >80, terhesség, diabetes mellitus, vese vagy húgyúti alapbetegség, immundeficiencia, nosocomiális fertőzés, >7 napja tartó panaszok, 2 héten belül történt urológiai beavatkozás vagy idegen test jelenléte, rezisztens kórokozó lehetősége

- ***További fontos fogalmak:***
- **cystitis:** akut gyulladás, mely az alsó vizelettraktust érinti
- **pyelonephritis:** szimptómás húgyúti fertőzés által kiváltott tubulointerstitialis nephritis
- **aszimptómás bacteriuria:** baktériumok megtelepedése a húgyutakban, tünetek jelenléte nélkül

A beteg panaszait és kórtörténetét figyelembe véve mit tenne a beteggel?

- Újabb adag Augmentint írnék fel neki
- Empirikus terápia során más antibiotikumot választanék, mint az előző kezelés során választottak
- Vizelettenyésztésre küldeném a betegek, majd empirikus terápia során más antibiotikumot választanék mint az előző kezelés során választottak
- Vizelettenyésztésre küldeném a betegek, majd ennek eredménye alapján újabb antibiotikumot írnék fel

A beteg panaszait és kórtörténetét figyelembe véve mit tenne a beteggel?

- Újabb adag Augmentint írnék fel neki
- Empirikus terápia során más antibiotikumot választanék, mint az előző kezelés során választottak
- Vizelettenyésztésre küldeném a betegek, majd empirikus terápia során más antibiotikumot választanék mint az előző kezelés során választottak
- Vizelettenyésztésre küldeném a betegek, majd ennek eredménye alapján újabb antibiotikumot írnék fel

- Húgyúti infekció kezelése során az esetek nagy részében empirikus kezelést alkalmazunk, melynek elkezdése előtt vizeletminta levételére van szükség. A később elkészülő vizelettenyésztés eredménye alapján lehetőségünk van a jelen lévő kórokozóra hatásos antibiotikum felírására.
  A vizeletminta levételénél figyelmeztessük betegünket a megfelelő technikára! Reggeli első, középsugaras vizelet, mely alapos mosakodás után kerüljön levételre. Figyelni kell, hogy a levett minta ne kontaminálódjon!
- Nem tanácsos az antibiotikum kezelés elkezdésével a tenyésztés eredményére várnunk, hiszen abban a 4-5 napban terápia nélkül a betegünk akár a sepsis állapotába is kerülhet.
  Mivel jelen esetben a betegünk Augmentin szedése után is panaszos maradt, nem valószínű, hogy az adott kórokozó érzékeny lenne amoxicillin/clavulánsavra, így más antibiotikumot célszerű választanunk.
- Tekintettel betegünk vizeletének zavarosságára, valamint az állandó katéterezéssel járó magas infekciós rizikóra, azonnali empirikus antibiotikum terápiát indítottunk: 2x500 mg ciprofloxacin került felírásra. Az első adag antibiotikum bevétele előtt vizelettenyésztés céljából vizeletmintát kértünk betegünktől, melynek eredménye a minta leadását követő 4. napon érkezett meg, Proteus mirabilis tenyészett ki. A baktérium az általunk adott antibiotikumra érzékenynek bizonyult, így a terápián nem változtattunk.

Az antibiotikum szedés befejezését követő 3. napon betegünk újra jelentkezett a korábbiakhoz hasonló panaszokkal, ekkor már hidegrázásra is panaszkodott.

Mit tenne Ön ebben a helyzetben?

- Újabb antibiotikumot írnék fel, a már meglévő vizelettenyésztés alapján
- Újabb vizelettenyésztést vetetnék le, empirikus kezelést kezdenék, majd az eredménytől függően változtatnék a terápián
- Állandó katétert helyeznék fel, hogy a gyakori katéterezből származó infekcióforrás lehetőségét elkerülje a beteg, empirikus antibiotikum kezelést kezdenék
- Tekintettel a beteg gyakori katéterezésére, panaszaira, a korábbi terápia sikertelenségére, kórházi beutalást tartanék szükségesnek

Mit tenne Ön ebben a helyzetben?

- Újabb antibiotikumot írnék fel, a már meglévő vizelettenyésztés alapján
- Újabb vizelettenyésztést vetetnék le, empirikus kezelést kezdenék, majd az eredménytől függően változtatnék a terápián
- Állandó katétert helyeznék fel, hogy a gyakori katéterezből származó infekcióforrás lehetőségét elkerülje a beteg, empirikus antibiotikum kezelést kezdenék
- Tekintettel a beteg gyakori katéterezésére, panaszaira, a korábbi terápia sikertelenségére, kórházi beutalást tartanék szükségesnek

- Mivel a beteg több szempontból is hajlamos szövődményes húgyúti infekció kialakulására, valamint 2 antibiotikumos terápia után sem sikerült megszüntetni a húgyúti fertőzést, szükség van urológus kolléga segítségére, a további komplikációk elkerülése érdekében, ill. a már meglévők felderítése miatt.
- A szükséges UH, vizelettenyésztés, vérvétel kórházi körülmények között gyorsan elkészülhet, így a beteg szempontjából ez a legjobb megoldás.
- A nagy reinfekciós rizikó miatt célszerű lenne állandó katétert felhelyezni, elkerülve az állandó önkatéterezés miatti rizikót, ám erre háziorvosi kompetenciában nincs lehetőségünk.

- Betegünket sürgősséggel a BIK Kórház Urológiai osztályára irányítottuk további kivizsgálás céljából.
  Az itt készült UH-on pyelonephritisre utaló eltérés nem került leírásra.
  A vizsgálat során állandó katéter került felhelyezésre, az önkatéterezés miatti infekcióforrás csökkentése céljából. A katéter felhelyezésekor vizeletminta levételére is sor került.
  Bő folyadékbevitelt, valamint 2x2 tabl. Sumetrolim szedését írták elő, betegünket 6 nap múlva kontrollvizsgálatra rendelték vissza.
  Kontrollvizsgálaton az állandó katéter eltávolításra került. A beteg vizelete ekkor még mindig zavaros, kellemetlen szagú volt. A vizelettenyésztés eredményét figyelembe véve a terápiát napi 3x1 Nitrofurantoin kezelésre módosították. A kezelés hatására betegünk panaszai megszűntek.

Készítette: Dr. Kádár Emese

Források:

- Belgyógyászat (Gerd Gerold és Munkatársai, Medicina Könyvkiadó, 2015.)
- A családorvostan elmélete és gyakorlata (Semmelweis Egyetem 2012.)