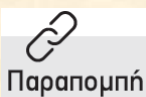


Λοιμώξεις Ουροποιητικού: ο ρόλος του Κλινικού

Θεόδωρος Α. Πέππας

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά



Θ. Πέππας. Λοιμώξεις Ουροποιητικού: ο ρόλος του Κλινικού. *Επιστημονικά Χρονικά* 2017;22(S1): 36-43

Στις λοιμώξεις του ουροποιητικού ο κλινικός έχει να επιλέξει ανάμεσα σε δύο κύριες οδούς. Στην επιλογή του να δώσει εμπειρικά αγωγή, με βάση τα συμπτώματα και στην επιλογή του να δώσει - και του να μην δώσει - ενώπιον μιάς ήδη υπάρχουσας καλλιέργειας ούρων. Και στις λοιμώξεις αυτές, όπως ασφαλώς και σε κάθε ιατρικό πρόβλημα, το θεμελιωδέστερο σημείο για την ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση, είναι το ιστορικό και η αντικειμενική εξέταση του ασθενούς.

Η απλή εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών δεν είναι πανάκεια ακόμα και εάν η διάγνωση είναι τεκμηριωμένη, βάσει ιστορικού, αντικειμενικής εξέτασης και του κατά περίπτωση μικροβιολογικού και απεικονιστικού ελέγχου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες (ΚΟ), και όχι μόνο των λοιμώξεων φυσικά, είναι ένα χρήσιμο επιστημονικό εργαλείο που μπορεί να υποβοηθήσει τον κλινικό ιατρό αλλά όχι να υποκαταστήσει την σκέψη και την απόφασή του. Συχνά αναγράφεται, άλλωστε, στην εισαγωγή των ΚΟ, ότι πρέπει να προσαρμόζονται στα τοπικά δεδομένα και η τελική επιλογή να εξατομικεύεται κατά την κρίση του ιατρού. Η λέξη «εξατομίκευση» είναι το κλειδί, καθώς

πολλοί παράγοντες υπεισέρχονται στην τελική επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής, όπως αποδοχή, συμμόρφωση, η ύπαρξη σωστής σχέσης ιατρού-ασθενούς ή η έλλειψή της, ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός στο να εξηγήσει τις οδηγίες, οι ατομικές ιδιαιτερότητες, ακόμα και οι κοινωνικές και οικονομικές, κάθε ασθενούς και πολλά άλλα.

Περιπτώσεις που ο κλινικός καλείται να αποφασίσει, εμπειρικά, να δώσει αγωγή λόγω των συμπτωμάτων, είναι η συμπτωματολογία συμβατή με διάγνωση κυστίτιδας ή συμβατή με πιθανή πυελονεφρίτιδα.

Ο κλινικός καλείται να αποφασίσει, αλλά τα προσπατούμενα και οι δυσκολίες είναι η αβεβαιότητα της διάγνωσης, η γνώση των αντιμικροβιακών ως προς την δράση τους και το ορθό δοσολογικό σχήμα, η απόφαση του εάν θα σταλεί καλλιέργεια ούρων ή όχι, η γνώση της τρέχουσας αντοχής των συνηθέστερων παθογόνων στην κοινότητα (ή στο νοσοκομείο) όπου ασκεί, και η ανωτέρω αναφερθείσα εξατομίκευση της επιλογής.

Παίρνοντας το σενάριο μιάς γυναίκας με συμπτώματα κυστίτιδας, που αποτελεί ένα επείγον πρόβλημα, όχι λόγω της

σοβαρότητας της κλινικής οντότητας, αλλά επειδή τα συμπτώματα είναι εξαιρετικά ενοχλητικά και βασανιστικά για την ίδια. Έχει σημασία ή ταχεία εκτίμηση και η άμεση έναρξη, φυσικά εμπειρικής, της αγωγής.

Πρέπει να σταλεί Καλλιέργεια ούρων σε κυστίτιδα;

Δεν μπορεί να απαντηθεί μονολεκτικά, καθώς υπάρχουν υπέρ και κατά

- **ΝΑΙ**, διότι μπορεί να γίνει: Τεκμηρίωση της βακτηριουρίας και ταυτοποίηση του παθογόνου και της ευαισθησίας του, διάκριση υποτροπής-επαναμόλυνσης και κυρίως για την Επιδημιολογική γνώση αντοχής
- **ΙΣΩΣ ΟΧΙ**, εάν: Χώρος, χρόνος, κόστος; Τα υπέρ και τα κατά πρέπει να σταθμίζονται εξατομικευμένα.

Είναι προφανές ότι η διάγνωση λοίμωξης ουροποιητικού (UTI) προϋποθέτει εξέταση ούρων, τόσο γενική, όσο και ποσοτικής καλλιέργειας. Είναι γεγονός ότι η πραγματοποίησή τους δεν είναι πάντα εφικτή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) για πολλούς λόγους όπως χώρος, προσβασιμότητα σε εργαστήριο, χρόνος πχ νύχτα ή αργία, κόστος και το γεγονός ότι ακόμα και σε μία κυστίτιδα (ίσως, ιδίως στην κυστίτιδα που έχει εξαιρετικά πιεστική συμπτωματολογία!) είναι επιτακτική η ανάγκη άμεσης έναρξης αγωγής. Σε βοήθεια του γιατρού προσφέρονται, κατ'εξοχήν στον χώρο αυτό, οι ταινίες εμβάπτισης (dipsticks) Τα dipsticks αποτελούν αξιόπιστη εναλλακτική λύση στην γενική ούρων καθώς ανίχνευση είτε νιτρωδών είτε εστεράσης των λευκοκυττάρων θεωρείται διαγνωστική με ευαισθησία 75% και ειδικότητα 82% επί πλέον

των πληροφοριών για προυρία και αιματουρία. Είναι ευχερέστατο να χρησιμοποιηθούν είτε σε ιατρείο είτε σε κατ'οίκον επίσκεψη και δεν επιτρέπεται να μην αξιοποιείται η βοήθειά τους. Υπενθυμίζεται ότι η καλλιέργεια ούρων μπορεί να συλλεγεί πρό της ενάρξεως αγωγής, να φυλαχθεί σε ψυγείο (συντήρηση) εάν νύχτα ή αργία και να αποσταλεί στο εργαστήριο την επομένη.

ΑΥΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

Για πολλές ασθενείς η πρόσβαση στην υγεία είναι δύσκολη. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι γυναίκες που αυτοδιαγνώσκουν λοίμωξη του ουροποιητικού μπορούν να λάβουν ασφαλή θεραπεία μέσω τηλεφώνου. Σε μια μελέτη από 172 γυναίκες με ιστορικό συχνών ουρολοιμώξεων οι 88 από αυτές αυτοδιαγνωσθηκαν και αυτοθεραπευθηκαν με αντιβιοτικά. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η διαχείριση μη επιπλεγμένων κυστίτιδων από το τηλέφωνο με αυτών από το ιατρείο είναι συγκρίσιμες ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας [1]

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Όλες οι μελέτες, και ως εκ τούτου οι κατευθυντήριες οδηγίες (ΚΟ) αφορούν σε γυναίκες. Τα θεραπευτικά σχήματα είναι βραχείας διάρκειας και η κύρια προσπάθεια των πλέον πρόσφατων, Ευρωπαϊκών και Αμερικανικών ΚΟ [2,3] είναι να διαφυλαχθούν οι κινολόνες, παρά το εύχρηστο και αποτελεσματικό της επιλογής τους, για οικολογικούς λόγους και να χρησιμοποιούνται μόνο εναλλακτικά εάν λόγοι αλλεργίας πχ, διαθεσιμότητας, ή υψηλής τοπικής αντοχής δεν επιτρέπουν την επιλογή

ενός εκ των τεσσάρων σχημάτων του Πίνακα 1, και φυσικά να μην λησμονούμε ότι

Σχημα = και δόση + διάρκεια, ήτοι πιβμεκιλλινάμης, νιτροφουραντοΐνης, φωσφομυκίνης ή κοτριμοξαζόλης. Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία αντοχής εν Ελλάδα, καθώς το ποσοστό αντοχής στην κοτριμοξαζόλη υπερβαίνει το 25% αυτή δεν αποτελεί ικανοποιητική πρώτη επιλογή. Βασικό κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου αντιμικροβιακού εκτός της

αποτελεσματικότητας είναι η επίδραση στις φυσιολογικές χλωρίδες. Προτιμώνται αυτά που δεν προάγουν την επιλογή ανθεκτικών στελεχών. Είναι σημαντικό να επαναλάβουμε ότι το επιλεγόμενο, τελικά, αντιμικροβιακό πρέπει να δοθεί στην σωστή δόση και στην σωστή διάρκεια, διότι η υπέρβαση οιασδήποτε παραμέτρου μόνο σε ανάπτυξη αντοχής και πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθυμητών ενεργειών συντελεί.

| | Οδός | Δοση | Διάρκεια |
|---------------------------|------------|------------------|-----------------------------|
| Φωσφομυκίνη | Po(sachet) | 3,5g x 1 (SD) | 1 ημέρα (μιά και μόνη δόση) |
| Πιβμεκιλλινάμη | Po | 400 mg x 2 | 3 ημέρες |
| Πιβμεκιλλινάμη | Po | 200 mg x 2 | 7 ημέρες |
| Νιτροφουραντοΐνη | Po | 100mg x 2 | 5-7 ημέρες |
| Νιτροφουραντοΐνη | Po | 50mg x 4 | 7 ημέρες |
| Εναλλακτικά | | | |
| Συπροφλοξασίνη | Po | 250 mg x 2 | 3 ημέρες |
| Λεβοφλοξασίνη | Po | 250 mg x 1 | 3 ημέρες |
| Νορφλοξασίνη | Po | 400 mg x 2 | 3 ημέρες |
| Οφλοξασίνη | Po | 200 mg x 2 | 3 ημέρες |
| Αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό | Po | 625 mg x 3 | 5 ημέρες |
| Κεφποντοξίμη προξετίλη | Po | 100 mg x 2 | 3 ημέρες |

Πίνακας 1. Αντιμικροβιακά σχήματα για κυστίτιδα

ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ

Δεν θα πρέπει να παραγνωρισθεί το θέμα της διαθεσιμότητας στα φαρμακεία της αγωγής που θα επιλεγεί από τον ιατρό, καθώς η ασθενής λόγω ενοχλημάτων δεν θα εκτιμήσει την φράση «θα το παραγγείλω κι ελάτε αύριο να το πάρετε» εάν το συνταγογραφηθέν φάρμακο δεν υπάρχει στο ράφι του φαρμακείου. Είναι εξ ίσου

αντιληπτό ότι φάρμακα που δεν συνταγογραφούνται συχνά, δεν παραγγέλλονται και συχνά από τους φαρμακοποιούς. Στην δε σημερινή εποχή που το κόστος, ακόμα και το φαινομενικά ασήμαντο, αρχίζει να γίνεται δυσβάσταχτο σε ακόμα περισσότερα άτομα, καλό είναι ο γιατρός να γνωρίζει και αυτήν την παράμετρο και να την συζητά διακριτικά

στην επιλογή του-και όχι μόνο επί κυστίτιδας φυσικά.

ΕΠΙ ΠΙΘΑΝΗΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΟΣ

Σε ενδεχομένη πυελονεφρίτιδα τα βασικά σημεία των νέων ΚΟ της Αμερικανικής Εταιρείας Λοιμώξεων (IDSA Guidelines, 2011) τόσο για κυστίτιδες όσο και για τις πυελονεφρίτιδες αφορούν στις ανεπιπλεκτες λοιμώξεις των νεαρών γυναικών, που είναι και τα συνηθέστερα σενάρια που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στην ΠΦΥ.

Ας δούμε το εξής κλινικό σενάριο και τα ερωτήματα που παρουσιάζονται στον γιατρό της ΠΦΥ: Γυναίκα 42 ετών περίπου 70 Kg προσέρχεται στο ιδιωτικό σας ιατρείο αιτιώμενη υψηλό πυρετό από διημέρου έως 40 και άλγος δεξιάς νεφρικής χώρας. Δεν αναφέρει εμέτους και έχει ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Από την κλινική εξέταση η ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερή, έχει θερμοκρασία 37,6 καλώς ανεκτή έχει θετικό σημείο Giordano δεξιά και δεν παρουσιάζει σημεία αφυδάτωσης ή σήψης.

Θα παραπέμψετε την ασθενή σε Νοσοκομείο;

Η συγκεκριμένη ασθενής περιγράφεται με πολύ καλή κλινική εικόνα χωρίς εμέτους και χωρίς σημεία αφυδάτωσης ή σημεία σήψης. Είναι το πρώτο επεισόδιο πυελονεφρίτιδας και δεν χρειάζεται παραπομπή σε νοσοκομείο, οπότε μπορεί να φύγει με την οδηγία από του στόματος αγωγή και λήψη υγρών. Σε περίπτωση που ασθενής παρουσίαζε εμέτους και άλλα σημεία αφυδάτωσης θα χρειαζόταν παραπομπή σε νοσοκομείο καθώς στο ιδιωτικό ιατρείο μάλλον δεν υπάρχει η δυνατότητα για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Εάν επρόκειτο

για αγροτικό ιατρείο ή για ΤΕΠ Κέντρου Υγείας όπου υπάρχει η δυνατότητα για βραχεία νοσηλεία θα μπορούσατε να έχετε άμεση έναρξη ενδοφλέβιας ή ενδομυϊκής αντιμικροβιακής αγωγής και να κρατήσετε την ασθενή για ενυδάτωση για 12 με 24 ώρες. Εάν μέσα σε αυτό το χρονικό όριο δεν παρουσίαζε βελτίωση τότε θα έπρεπε να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση. Σε κάθε περίπτωση που η ασθενής θα παρουσίαζε σημεία σήψης θα χρειαζόταν παραπομπή σε νοσοκομείο.

Ενδειξη για παραπομπή σε νοσοκομείο ασθενούς με οξεία πυελονεφρίτιδα αποτελούν τα κάτωθι : Συννοσηρότητα (π.χ, νεφρική δυσλειτουργία, ουρολογικές ανωμαλίες, σακχαρώδης διαβήτης, προκεχωρημένη καρδιακή ή ηπατική νόσος), αιμοδυναμική αστάθεια , οι άνδρες, μεταβολική αστάθεια (νεφρική δυσλειτουργία, μεταβολική οξέωση, κήση, έντονο νεφρικό ή κοιλιακό άλγος, τοξική εικόνα, αδυναμία πρόσληψης υγρών και Θερμοκρασία >39,4 [4].

Θα ζητήσετε καλλιέργεια ούρων;

Ζητάμε πάντοτε καλλιέργεια ούρων σε πυελονεφρίτιδα πριν την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, αμέσως μετά ξεκινάμε εμπειρική αγωγή την οποία μπορούμε να τροποποιήσουμε βάση των ευαισθησιών όταν βγει το αντιβιογράμμα. Σε περίπτωση που υπάρχει πρόβλημα στην άμεση διενέργεια καλλιέργειας ούρων λόγω χρόνου ή τόπου μπορούν τα ούρα να κρατηθούν στο ψυγείο και να σταλούν την επόμενη ημέρα σε κάποιο μικροβιολογικό εργαστήριο. Εάν πάλι δεν υπάρχει καθόλου δυνατότητα είναι κεφαλαιώδες να ξεκινήσει αμέσως, εμπειρικά, αγωγή και να της τονίσετε ότι πρέπει να προμηθευτεί το και να ξεκινήσει το φάρμακο

που της γράψατε αμέσως και όχι, αν είναι βράδυ για παράδειγμα, να περιμένει το επόμενο πρωινό.

Θα ζητήσετε υπερηχογράφημα νεφρών;

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, τόσο τις Αμερικανικές του 2011, όσο και τις Ευρωπαϊκές του 2013, αλλά και τις Ελληνικές (2,3,5) θα πρέπει σε κάθε πυελονεφρίτιδα να ζητείται υπερηχογράφημα νεφρών. Το υπερηχογράφημα ζητείται για την αναζήτηση πιθανών επιπλοκών ή προδιαθεσικών παραγόντων και όχι για τη διάγνωση της πάθησης. Μπορεί να αναδείξει διόγκωση νεφρού λόγω οιδήματος και/ή διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος λόγω πιθανής απόφραξης. Επίσης μπορεί να αναδείξει την παρουσία αποστήματος. Επομένως σε έναν ασθενή που κρίνετε πως δε χρειάζεται παραπομπή σε νοσοκομείο μπορείτε να ζητήσετε να κάνει ένα υπερηχογράφημα, την ίδια ή την επόμενη ημέρα σε ένα εξωτερικό διαγνωστικό εργαστήριο και να σας τον προσκομίσει στη συνέχεια. Φυσικά δεν αναμένετε να προσκομίσει το υπερηχογράφημα για να ξεκινήσετε αγωγή, καθώς η άμεση έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής είναι το πιο σημαντικό σε κάθε περίπτωση. Στην περίπτωση παραπομπής σε νοσοκομείο το πρόβλημα λύνεται πιο εύκολα καθώς τα νοσοκομεία διαθέτουν συνήθως υπερηχογράφημα. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην περίπτωση που βρίσκεστε σε κάποιο αγροτικό ιατρείο απομακρυσμένης περιοχής και ιδίως νησιού όπου δεν υπάρχει καμία πιθανότητα για υπερηχογράφημα. Σε αυτή λοιπόν την περίπτωση εξαστομικεύετε και αποφασίζετε ποιος ασθενής με βάση την κλινική του εικόνα και κατάσταση χρήζει άμεσης

μεταφοράς για υπερηχογράφημα και το πιθανότερο είναι πως αυτό το άτομο θα είναι αυτό που θα αποφασίσετε ότι χρήζει και διακομιδής σε νοσοκομείο.

Ποια αγωγή επιλέγετε σε πυελονεφρίτιδα;

Το βασικό ζητούμενο στο αντιμικροβιακό είναι να αποτελεί ασφαλή, εμπειρικά, επιλογή και να έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι δραστικό στο παθογόνο μικρόβιο, συνηθέστερα E.coli. Οι πρόσφατες Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές ΚΟ προκρίνουν την χρήση κινολόνης, συγκεκριμένα σιπρο- ή λεβοφλοξασίνης εφόσον το ποσοστό αντοχής της E.coli στην κοινότητα δεν υπερβαίνει το 10%. Στην περίπτωση αυτή, που προσομοιάζει στα τρέχοντα ελληνικά δεδομένα, προτείνεται ενδομυϊκή χορήγηση αμινογλυκοσίδης, με άμεση διενέργεια της πρώτης δόσης και συνέχιση κάθε 24 ώρες μέχρι έλευσης των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας ούρων οπότε η αγωγή μπορεί να αποκλιμακωθεί σε από του στόματος. Στο συγκεκριμένο σενάριο με βάρος της ασθενούς 70 κιλά, υπολογίζοντας αμικασίνη 15 mg/KgBΣ έχουμε 1000 mg x 1 im.

Η δοσολογία και η διάρκεια της αγωγής παρατίθενται στον Πίνακα 2

Στα παιδιά η έμφαση της επιλογής σχήματος τίθεται με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα αντοχής, σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας. Η καλή βιοδιαθεσιμότητα πολλών αντιμικροβιακών προκρίνει την από του στόματος χορήγηση, με εξαίρεση, βεβαιότατα, την κλινική αντένδειξη (σηπτικό παιδί, έμετοι κτ) Καταβάλλονται προσπάθειες ελάττωσης της διάρκειας αγωγής, καθώς πολλές μελέτες δεν

| Αντιβιοτικά | Ημερήσια δόση | Διάρκεια θεραπείας |
|--------------------------|----------------|--------------------|
| Συπροφλοξασίνη | 500-750 mg x 2 | 7 ημέρες |
| Λεβοφλοξασίνη | 500 mg x 2 | 7 ημέρες |
| Λεβοφλοξασίνη | 750 mg x 1 | 5 ημέρες |
| Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό | 625 mg x 3 | 14 ημέρες |
| Κοτριμοξαζόλη | 960 mg x 2 | 14 ημέρες |

Πίνακας 2. Από του στόματος θεραπεία σε ήπια ή μετρίου βαθμού πυελονεφρίτιδα

καταδεικνύουν υπεροχή βραχύτερων έναντι πλέον μακρών σχημάτων. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, όμως, η αντιμετώπιση παιδιού με λοίμωξη ουροποιητικού, καθώς η διάκριση κυστίτιδας από πυελονεφρίτιδα, ή η πιθανότητα ύπαρξης κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης είναι δυσχέρειες ανυπέρβλητες για ιατρούς ενηλίκων, αποτελεί έργο ειδικού, ει δυνατόν δε και εξειδικευμένου, παιδίατρου.

Η θετική καλλιέργεια και «τι να πάρω, γιατρέ;»

Η ασυμπτωματική βακτηριουρία, καθώς εξ ορισμού έχει μια θετική καλλιέργεια ούρων που κάποιος προσκομίζει στον ιατρό και επειδή δεν χρειάζεται, στις περισσότερες περιπτώσεις να χορηγηθεί αντιμικροβιακό, είναι μια κατάσταση που δοκιμάζει στο έπακρο την σχέση ιατρού – ασθενούς (ή των συγγενών του, με πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα καλλιέργεια ληφθείσα από άτομο που φέρει μόνιμο ουροκαθετήρα).

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ

Πόσο συχνή είναι;

- γενικός πληθυσμός 3.5 %
- νεογνά 2 %
- αγόρια σχολικής ηλικίας 0.04 %
- κορίτσια σχολικής ηλικίας 5 %
- μη έγκυες νέες γυναίκες 4-7 %
- άνδρες < 65 0.1 %
- έγκυες γυναίκες 4-10 %
- ηλικιωμένες γυναίκες 16-18 %
- ηλικιωμένοι άνδρες 6 %
- ηλικιωμένοι σε γηροκομεία 17-55 %

Η **θεραπεία** της ασυμπτωματικής μικρο-βιουρίας με αντιμικροβιακά φάρμακα δεν φαίνεται να μειώνει την επίπτωση συμπτωματικών ουρολοιμώξεων, ούτε να προλαμβάνει τις υποτροπές βακτηριουρίας, με εξαίρεση τα παιδιά, τις εγκύους, τους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού ή σοβαρή ανοσοκαταστολή (π.χ. ουδετεροπενία), καθώς και τους ασθενείς με βακτηριουρία που πρόκειται να υποβληθούν σε επεμβατική ουρολογική πράξη π.χ. κυστεοσκόπηση. Έτσι, όλες οι ΚΟ ομόφωνα τονίζουν ότι η ασυμπτωματική βακτηριουρία δεν πρέπει ούτε να αναζητείται ούτε να θεραπεύεται. Εξαίρεση αποτελούν τα παιδιά, οι έγκυοι και άτομα που πρόκειται να υποβληθούν σε

προγραμματισμένη ουρολογική επέμβαση [6-8].

Διαβητικοί ασθενείς

Παρόλο που οι διαβητικοί παρουσιάζουν συχνότερα σοβαρές ουρολοιμώξεις από ό,τι ο γενικός πληθυσμός και παρότι έχουν υψηλότερη επίπτωση σοβαρών επιπλοκών όπως η εμφυσηματική πυελονεφρίτιδα και το περινεφρικό απόστημα, δεν τεκμηριώνεται κλινικό όφελος από τη θεραπεία της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας. Επομένως δεν συστήνεται ούτε η διενέργεια περιοδικών ουροκαλλιεργειών, ούτε η θεραπεία βακτηριουρίας που ανευρίσκεται τυχαία σε ασυμπτωματικό διαβητικό ασθενή. [9]

Ασθενείς με μόνιμο ουροκαθετήρα

Μετά την 4η ημέρα από την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα στο 100% των ασθενών εγκαθίσταται μόνιμη ασυμπτωματική βακτηριουρία, αλλά μικροβιαμία συμβαίνει σε < 2% των ασθενών. Δεν συνιστάται θεραπεία της βακτηριουρίας όσο ο άρρωστος παραμένει ασυμπτωματικός, πρέπει όμως να τηρούνται τα μέτρα για την πρόληψη λοίμωξης από τον καθετήρα. Αλλαγή ουροκαθετήρα δεν πρέπει να γίνεται σε τακτική βάση, αλλά μόνο επί απόφραξης, χωρίς να γίνεται προηγουμένως προσπάθεια άρσης της απόφραξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Knottnerus BJ, Bindels PJ, Geerlings SE, et al Optimizing the diagnostic work-up of acute uncomplicated urinary tract infections. BMC Fam Pract. 2008 Dec 8;9:64.
2. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis. 2011;52(5):e103-e120.

Συχνό εύρημα στους ασθενείς με μόνιμο ουροκαθετήρα είναι η μυκητουρία, ιδίως από *Candida*, συνηθέστερα *C. albicans*, και λιγότερο συχνά *C. glabrata* ή *C. tropicalis*, ενώ στο 5% απομονώνονται περισσότερα από ένα είδος *Candida*. Συμπτωματική λοίμωξη σε ασθενείς με μυκητουρία συμβαίνει < 4%. Η μυκητουρία εξαλείφεται στο 30-40% των περιπτώσεων με την αφαίρεση του ουροκαθετήρα και στο 20% με την αλλαγή του. Η χορήγηση θεραπείας δεν φαίνεται να προσφέρει κλινικό όφελος και συστήνεται μόνο σε συμπτωματική ουρολοίμωξη, σημαντική ανοσοκαταστολή (π.χ. ουδετεροπενία, μεταμόσχευση νεφρού) ή προγραμματιζόμενο επεμβατικό ουρολογικό χειρισμό. Τότε χορηγείται φλουконаζόλη 200-400 mg × 1 για 7-14 ημέρες από το στόμα.

Κύρια Σημεία - Key Points

Όλες οι ΚΟ ομόφωνα τονίζουν ότι η ασυμπτωματική βακτηριουρία δεν πρέπει ούτε να αναζητείται ούτε να θεραπεύεται. Εξαιρεση αποτελούν τα παιδιά, οι έγκυοι και άτομα που πρόκειται αν υποβληθούν σε προγραμματισμένη ουρολογική επέμβαση. Η ασυμπτωματική βακτηριουρία σε διαβητικές γυναίκες δεν πρέπει να θεραπεύεται. Ομοίως και σε άτομα με μόνιμο ουροκαθετήρα.

3. M. Grabe, TE Bjerklund-Johansen, H. Botto, et al Guidelines on Urological Infections European Association of Urology (last update March 2013) http://www.uroweb.org/gls/pdf/18_Urological%20infections_LR.pdf πρόσβαση 1-12-2016
4. Hynes NA. Johns Hopkins Medical Center Abx Guide. Acute uncomplicated pyelonephritis. September 15, 2008. <http://www.hopkins-abxguide.org/diagnosis/genitourinary/pyelonephritis> (subscription required). πρόσβαση 1-12-2016
5. ΚΕΕΛΠΙΝΟ Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Διάγνωση και Θεραπεία των Λοιμώξεων Αθήνα, 2015, σελ 65-82
6. Hooton MT, Bradley SF, Cardenas DD et al Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America Clin Infect Dis. (2010) 50 (5): 625-63.
7. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005;40:643-54.
8. Gross PA, Patel B. Reducing Antibiotic Overuse: A Call for a National Performance Measure for Not Treating Asymptomatic Bacteriuria Clin Infect Dis. (2007) 45 (10): 1335-7
9. Harding GKM, Zhanel GG, Nicolle LE et al Antimicrobial Treatment in Diabetic Women with Asymptomatic Bacteriuria N Engl J Med 2002; 347:1576-83

Συγγραφέας επικοινωνίας

Θεόδωρος Πέππας, E-mail: th.peppas@gmail.com