

AİLE HEKİMLİĞİNDE DİZÜRIYE YAKLAŞIM



Doç. Dr. Füsun Yarış
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

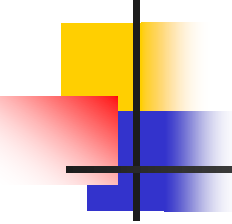


Dizüri en sık hangi grupta görülür?

- A) Adölesanlar
- B) Cinsel aktif kadınlar
- C) Kız çocuklar
- D) Erkek çocuklar

- 
-
- Dizüri kadınlarda en sık işe gitmeme nedenlerinden biridir.

A) Doğru B) Yanlış



Dizüri tanım:

- İdrar yaparken ağrı, yanma ve rahatsızlık hissidir.
- Çoğunlukla idrar yolu enfeksiyonu ile eşit tutulsa da birçok potansiyel nedeni olan bir semptomdur.



Nedenler:

- En sık: Mesane veya üretranın inflamasyon ve enfeksiyonu,
- Diğer sık görülen nedenler: Erkeklerde üretranın mekanik irritasyonu ve prostatit, kadınlarda üretrotrigonit ve vajinit.
- Genitoüriner yol malformasyonları,
- Neoplazmlar,
- Nörojenik durumlar,
- Travma,
- Hormonal durumlar,
- Psikojenik durumlar.



Dizüri sıklığı:

- Aile hekimi ziyaretlerinin % 5- 15'inde neden dizüri.
- Aile hekimi ziyaretlerinde saptanan en sık 20 hastalıktan biri İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE).
- İYE'nun en sık rastlanan semptomu.
- Bir aile hekimi haftada en az üç tane dizürili hasta görmekte.



Dizüri sıklığı:

- En sıklıkla cinsel aktif (25-54yaş) kadınlarda ve huzurevi veya bakım evinde kalan yaşlılarda görülür.
- Nedene yönelik incelemeler dört hasta grubunda farklı değerlendirilmeli:
Bebek ve çocuklar, yetişkin kadınlar, yetişkin erkekler ve yaşlılar.



Dizüri sıklığı:

- Kadınlarda en sık işe gitmeme ve yolculuk planlarını iptal etme nedenlerinden.



Çocukta:

- Bebek ve çocuklarda dizüri daha az,
- Daha çok kötü kokulu idrar, ateş, sık idrara çıkma görülmekte.



Çocukta:

- İnfantil dönemde İYE'nun ilk bulgusu ateş ve sepsis belirtileri olabilir. Bu olgularda idrar kültürü yapılmalı.
- Bir yaşın altındaki çocuklarda gelişen İYE konjenital anomali düşündürmeli.
- Tedavi başarısız, enfeksiyon tekrarlıyor ise sevk edilmeli.



Yaşa Göre

- Erişkin kadınlarda erkeklerden 10 kat fazla.
- Beş kadından biri yaşamında bir kez sistit olur. Cinsel aktif kadınlarda İYE prevalansı % 30- 40.
- Genç erkeklerde nadir.
- Erkeklerde yaşla artar. 70 yaş üstü erkeklerin yarısından fazlasında dizüri görülür.
- Yaşlı erkek ve kadınlarda görülme sıklığı aynı.



Cinsiyete göre

- Genel bir söylemle; dizürili kadında daha yüksek olasılıkla sistit tanısı varken, dizürili erkekte üretrit veya prostatit olasılığı daha yüksek.
- İnfantil dönemde erkeklerin % 1-2'sinde, kızların % 5'inde İYE görülmekte.



Mevsimsel yaygınlık:

- Çocuklarda kışın daha sık. Kız çocuklarında mevsimsel fark erkekler kadar belirgin değil.
- Adölesan kızlarda en yüksek insidans Mart ve Eylül'de.
- Düşük ısı, yüksek nem İYE'u artırır.
- Havuz sistiti de yazın sık.
- Her yaş grubu ve cinsiyette üriner sistem taşları Temmuz'dan Eylül'e kadar pik yapar, dizürinin nedeni taş ise bu mevsimde daha sık görülmekte.

Dizürinin görüldüğü psikojenik durumlar:



- Somatizasyon bozukluğu, majör depresyon, stres bozuklukları, anksiyete, histeri, madde bağımlılığı, cinsel istismar maruziyeti.



Yaşam tarzı

- Neden cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ise korunmasız cinsel ilişki önemli bir faktör.
- Bir araştırma kadınlarda son haftadaki cinsel ilişki sayısı ile İYE olasılığının arttığını göstermekte. Spermisid ve vajinal diyafram kullanan kadınlarda risk 2- 3 kat.
- Az su içen kişilere dizürinin önlenmesi için günde iki litre su tüketimi önerilmeli.
- Uzun süreli idrar tutma alışkanlığı da dizüriye neden olabilir.



Yaşlılarda

- Yaşlılarda İYE fonksiyonel durumda azalmayla birlikte artmakta. Huzurevi yaşlılarında, özellikle kateter takılı olanlarda risk daha yüksek.
- İYE yaşlıda her zaman semptom vermeyebilir, huzurevinden sorumlu aile hekimi, ziyaretinde İYE açısından dikkatli olmalı.
- Yaşlılar, iştahsızlık, inkontinansın kötüleşmesi, kötü kokulu idrar açısından her zaman araştırılmalı.
- Yaşlılarda immün yanıtın azalmasına bağlı olarak ateş yüksekliği saptanmayabilir, ateşi yükselmeden de ciddi bir İYE geçirebilir.



Enfeksiyonlar:

- En sık neden. Oluşumuna göre komplike ve komplike olmayan, yerleşimine göre alt ve üst İYE olarak tanımlanabilir.
- Tuttuğu yere göre, sistit, prostatit, pyelonefrit, üretrit adını alır.
- Üriner sistemin yapısı koliform bakterilerle enfeksiyona hassas. Bakteriler üretral meatusa cinsel ilişki veya lokal yolla bulaşır.



Sistit:

- En sık karşılaşılan İYE mesane mukozasının enflamasyonu olan sistit. %60- 80 nedeni E. Coli.
- Genç, gebe olmayan, ürolojik bir sorunu olmayan kadınlarda 7 günden kısa süreli sistit komplike olmayan, diğerleri komplike sistit olarak tanımlanır.



Enfeksiyonlar:

- Topluma dayalı bir çalışmada idrar kültürlerinin üçte ikisinde etkenin E. Coli, % 15'inde Staf. Saphrophyticus, % 10'unda Proteus Mirabilis, % 5'inde Staf. Aureus, % 3'ünde Enterococcus Species, % 3'ünde Klebsiella olduğu saptanmış.
- Anatomik ve işlevsel anomalilerde daha farklı bakterilerle (Proteus, Klebsiella, Enterobakter gibi), reküren ve persistan enfeksiyonlar olur.
- Bu anomaliler mesane divertikülü, renal kistler, üretral darlıklar, benign prostat hiperplazisi ve nörojenik mesane olabilir.
- Bakteriler nadiren, hematogen yolla yayılarak pyelonefrite yol açabilir.



Enfeksiyonlar:

- Üretra enfeksiyonunda (akut üretral sendrom) etken çoğunlukla *Neisseria Gonorrhoeae* veya *Chlamidia Trachomatistir*. Diğer etkenler *Ureaplasma Urealyticum*, *Mycoplasma Genitalium*, *Trichomonas Vaginalis* ve *Herpes Simpleks*.
- Nadiren adenovirüs, herpes, kabakulak, *S. Haematobium*.



Hormonal durumlar:

- Hipoöstrojenizm, endometriozis alt üriner disfonksiyona neden olabilir. Atrofi, kuruluk ve vajinal epitel inflamasyonu dizüri, sık idrara çıkma ve tuvalete zor yetişme (urgency) semptomları yapar.



BPH

- 70 yaşın üzerindeki erkeklerin yarısından fazlasında Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) klinik semptomları ve % 90'ında mikroskopik belirtileri gözlenir.
- Yaşlı erkeklerde İYE, obstrüksiyona ve post-rezidüel volüm artışına bağlı olabilir. Enfeksiyon olmadan da alt üretral mukoza inflamasyonuna bağlı olarak gelişebilir.
- Dizüri gonokokal üretrit ya da sonda veya cerrahi işleme bağlı olabilir.



Kanserler:

- Her iki cinste dizüri, renal taşlar veya mesane veya böbrek kanserine bağlı olabilir.
- Mesane kanserinde çoğunlukla ilk belirti pıhtılı ağrısız hematüridir.
- Yaşlı, sigara ve kimyasal madde mesleki faktörleri gibi risk faktörleri mevcut hastalarda Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanser türlerinden birisi olduğu için mesane kanseri olasılığı unutulmamalı.



Diğer etkenler:

- Malformasyon, inflamasyon, spondiloartropatiler (Behçet Hastalığı, Reiter's sendromu), otoimmün bozukluklar, travma, ilaç yan etkisi (tikarsilin, penisilin G, siklofosfamid), merkezi veya periferik nörolojik bozukluk, vajinal krem, sprey, sabun ve tuvalet kağıdına hassasiyet.
- Ata binme veya bisiklete binme gibi fizik aktiviteler minimal üretral akıntıyla birlikte dizüriye neden olabilir.
- Somatizasyon bozukluğu, kronik ağrı sendromları, majör depresyon, madde bağımlılığı.



Risk faktörleri

- Genetik: Konjenital anatomik veya fonksiyonel malformasyonlar
- Önceden geçirilmiş İYE yenisi için risk faktörü.
- Yaşam tarzı: Balayı sistiti yeni evli kadınlarda yoğun cinsel aktiviteye bağlı.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara bağlı dizüri korunmasız cinsel ilişki yaşayanlarda.
- Gebeliğin kendisi de bir risk faktörü.



Risk faktörleri:

- Psikososyal: Cinsel istismar,
- Kateter,
- Menopoz sonrası hipoöstrojenizm,
- Diyabetiklerde kandidiyazise bağlı vulvovajinit,
- Vajinal sprey, duş ve banyo gibi topikal hijyen ürünleri, spermisid, diyafram kullanımı,
- Molluskum contagiosum tedavisi için kantaridin kullanımı,
- Prostat büyümesi için bitkisel ilaç olarak kullanılan saw palmetto (dikenli palmiye çalısının meyve özü) kullanımı.
- Diyabetik erkeklerde gelişen İYE komplikedir.



İfade şekilleri:

- Sıkışma duygusuna karşın az miktarda idrar çıkışı
- Sık idrara çıkma
- Suprapubik ağrı, dolgunluk, erkeklerde rektumda dolgunluk, perianal ağrı
- Bulanık, kötü kokulu idrar
- İdrarda kanama
- Yaşlıda idrar tutamama, yatalak hastada bezde kötü kokulu idrar
- Kaşıntı (vajinitis)



Telefon tanısı:

- Yaşlı olmayan kadınlardaki dizüride tanı büyük olasılıkla basit sistit olacağı için, aile hekimlerinin telefon triyajıyla tanı koyabileceğine ve tedavi başlanabileceğine dair rehberler var.
- Hastanın anlama düzeyi ile ilişkili olarak, izlem telefon görüşmesiyle yakınmaların düzelip düzelmediğinin sorgulanması ile yapılabilir.



Öykü:

- Sıklığı, şiddeti, yeri.
- Erişkin kadınlarda eksternal dizüri (idrara inflame vajinal labiadan geçerken) oluyorsa vajinal enfeksiyon veya inflamasyon düşündürürken, internal dizüri (içeride hissedilen ağrı) bakteriyel sistit veya üretrit düşündürür.
- İdrar yapmanın başlangıcındaki ağrı genellikle üretral inflamasyona bağlı, idrar yaptıktan sonraki suprapubik ağrı daha çok mesane inflamasyon veya enfeksiyonu düşündürür.



Öykü:

- Daha uzun sürede ve kademeli gelişen tablo Chlamidia Trachomatis düşündürürken, daha ani ve hematüri ile birlikte görülen tablo İYE düşündürür.



Diğer genitoüriner semptomlar:

- Sık idrara çıkma, çekinerek idrar yapma, idrarın çok yavaş çıkması veya tuvalete zor yetişme eşlik edebilir.
- Sık idrara çıkma, azalmış mesane kapasitesi veya ağrılı mesane distansiyonuna bağlı.
- Diğer nedenler BPH'ye sekonder akım artışı, üretral patoloji, merkezi veya periferik bozukluk.



Öykü:

- İdrar yaparken zorlanma ve yavaş yavaş idrar yapma en sık üretral obstrüksiyona bağlı, azalmış mesane kontraktilesine bağlı da olabilir.
- Tuvalete zor yetişme posterior üretral irritasyona, taş veya tümöre bağlı olabilir, sistitte de sık görülür.
- Üretral akıntı büyük oranda üretritte.



Öykü:

- Erkeklerde üretral akıntı ve dizüri cinsel yolla bulaşan hastalıkların en sık semptomları.
- Korunmasız cinsel ilişki sorgulanmalı.
- Dizüri cinsel yolla bulaşan hastalığın varlığı veya gelişmiş skarlara bağlı olabilir.
- Hastanın genel tıbbi durumu hakkında bilgi alınmalı. Diyabetiklerde kandidiyazise sekonder vulvovajinit gelişebilir.



Öykü:

- İlaç ve bitkisel preparatlar ve topikal hijyen ürünlerinin kullanılıp kullanılmadığı sorulmalı.
- Özellikle komplike İYE'da bulantı, kusma yakınması da olabilir.



Muayene:

- Hastanın genel durumu, vital bulguları kaydedilmeli.
- Genellikle İYE komplike değilse suprapubik duyarlılık dışında bulgu yok.
- Batın palpasyon ve perküsyonu üreter, böbrek ve mesane inflamasyonunu gösterir.
- Kostovertebral açı hassasiyeti pyelonefriti gösterir.
- Pelvik ve penil muayenede akıntı, travma, (herpes veya şankroid) enfeksiyonlar saptanabilir.



Muayene:

- Vajinal enfeksiyon düşünölen hastalarda pelvik muayene faydalı olmasına rağmen, internal dizüri ve idrara sık çıkma semptomları belirgin, vajinal akıntı ve irritasyon bulguları yoksa gereksiz olabilir.
- Erkeklerde dijital rektal muayene dikkatle yapılmalı, prostatit varsa muayene bakteriyemi ve sepsisi presipite edebilir. Büyümüş prostat BPH'ı gösterebilir.
- Ateşin 38 °C'in üzerinde olması, bulantı, kusma, kostovertebral açduyarlılığı, bel ağrısı üst İYE düşündürmeli.



Muayene:

- Pelvik inflamatuvar hastalığı şüphesi varsa pelvik muayene.
- Alt batin ağrısı, serviksin hareketle hassasiyeti, adneksiyel hassasiyet pelvik inflamatuvar hastalık tanısının klasik üçlüsü. Ancak, altın standart olarak laparoskopi ile kıyaslandığında klinik kesinlik ancak % 65.
- Bu kriterlere ek olarak ateş 38°C 'in üzerinde, sedimentasyon 15 mm/st 'in üzerinde ve adnekte şişlik varsa sensitivite % 98'e çıkar.



Tanı:

- Kadınlarda görülen basit komplikasyonsuz sistitte klasik dizüri, sık idrara çıkma, tuvalete zor yetişme üçlüsü varsa, öykü ve fizik muayene dışında hiçbir tanı testinin gerekli olmadığı, direkt ampirik antibiyotiklere başlanabileceği yönünde yeterince kanıt mevcuttur.



İdrar tetkiki:

- Dizürinin en sık görülen nedeni İYE olduğu için sıklıkla yararlı.
- Stikle idrar tahlili çoğunlukla kullanışlı.
- Lökosit esterez lökositler tarafından üretilir, lökosit varlığını, idrarda bakteri olduğunu gösterir. Bakteri sayısı 100 binin üzerinde ise %90- 95 sensitif, 100 binin altında ise % 70 sensitiftir.
- Ancak akut üretral sendrom da, üriner sistem enfeksiyonları da lökosit esterez pozitifliğine yol açabilir. Ayrıca sefaleksine ve tetrasikline gibi bir çok madde yanlış negatifliğe yol açabilir.



İdrar tetkiki:

- Nitrit varlığı bakteriüri ve olası İYE'nu gösterir,
- Nitritin bulunmaması nitrat redükte etmeyen bir bakteri olan ve özellikle adölesanlarda *Staphylococcus saprophyticus* olmadığını göstermez.
- Nitrit ve lökosit esterazın negatif olması İYE'nu ekarte ettirir, ancak akut üretral sendromu ekarte ettirmez.
- Gros veya mikroskopik hematüri akut üretral sendromda sık görülmez, ancak *S saprophyticus*'ün neden olduğu İYE'da sık.
- Altın standart temiz ve orta akım idrarının mikroskopik incelemesi.



İdrar tetkiki:

- Pyüri: Santrifüj edilmiş idrarda 40X büyütmede her alanda 10'dan fazla lökosit bulunması. Bazı kaynaklarda 5'den fazla veya 3- 5 arası lökosit de pyüri olarak kabul edilir.
- Kesme noktasını 8 lökosit olarak aldığımızda, İYE tanısı için sensitivitesi % 91, spesifitesi % 50'dir.
- Pyüri, İYE dışında akut üretral sendromda da pozitif olabilir.



İdrar tetkiki:

- Alt İYE'lerin % 50'sinde, üst İYE'lerin % 90-95'inde 100 bin/ml'den fazla bakteri mevcuttur. Tek bir bakterinin saptanmasının İYE tanısı için sensitivite ve spesifitesi % 90'ın üzerinde.
- Akut üretral sendromda lökosit daha düşük olmakla birlikte, mikroskopide herhangi bir miktarda lökosit ve bakteri olabilir.
- C. Trachomatis ve diğer enfeksiyonlarda da lökositüri var.
- Steril piyüri, prostatit, nefrolitiazis, ürolojik neoplazmlar, fungal veya mikobakteriyel enfeksiyonlarda olabilir.



Piyüri-Nitrit-Karar

- Pozitif-Pozitif-Hasta tedavi edilir.
- Pozitif-Negatif-Jinekolojik enfeksiyon olasılığı: Jinekolojik muayene yapılmalı. Nitrit (-) bakteriler (örn. Stafilokoklar) etken olabilir.
- Negatif-Pozitif-Nadir. Tarihi geçmiş/yanlış kullanılmış stik, kontaminasyon olabilir.
- Negatif-Negatif-İYE yok.



Hematüri

- Hematüri, orta akım temiz idrar santrifüj edildiğinde her alanda 3- 5 eritrosit görülmesi.



Ayırıcı tanı:

- Kadınlarda vajinit, üretrit, pelvik inflamatuvar hastalık, dış gebelik.
- Erkeklerde prostatit ve epididimit.



Lab

- Sağlıklı ve 48 saat içinde kontrole geleceğinden emin olunan, non-reküren sistiti olan hastalarda idrar kültürü veya başka bir laboratuvar tetkikine gerek yok.



Lab

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç bırakıldığında, etken büyük olasılıkla üropatojenik koliform enfeksiyon. Dizüri eksternal tanımlanıyor, üretral veya vajinal neden saptanmışsa kültür gereksiz.
- Bazı yazarlar 10^3 Coloni Forming Units (CFU)/mL'yi (koloni oluşturan birimler) enfeksiyon tanısı için yeterli kabul ederken, bazıları da dizüri mevcudiyetinde 10^2 ' yi tanı için yeterli kabul etmekte.



Görüntülemeye sevk

- Tekrarlayan İYE'de taş düşünülürse,
- Tanı şüpheli, hastalık çok ağır seyrediyor, immün yetersizlik varsa, antibiyotiklere yanıt alınamıyor, komplikasyon şüphesi varsa görüntüleme ve diğer incelemeler yapılmalı.



İdrar kültürü ne zaman?

- Komplike olmamış bile olsa pyelonefriti olanlarda idrar kültürü önerilmekte.
- Adölesanlarda ilaç verilmiş, ancak beklenen etki sağlanamamışsa idrar kültürü önerilir, çünkü adölesanlarda *Staphylococcus saprophyticusa* bağlı İYE insidansı normal popülasyondan daha yüksek.



Diğer incelemeler için sevk:

- Vajinal, üretral akıntısı var ve cinsel açıdan aktifse, vajinit düşünülüyorsa vajenden sürüntüyle ıslak vajinal preparat hazırlanıp, gram boyama ile mikroskopik inceleme yapılabilir. Vajinal veya üretral kültür alınabilir.
- Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR): Özellikle trikomonas vajinitinde, hematüri ile seyreden ve antibiyotiklere yanıt vermeyen durumlarda.
- *C. Trachomatis* ve *N. Gonorrhoeae* için kültür altın standart.
- Tecavüz ve çocuk istismarı kurbanları için kültür mutlak.
- Kronik reküren veya nedeni bulunamayan dizüride vajinal pH ölçümü, potasyum hidroksit mikroskopisi.



Diğer incelemeler:

- Tanısal girişim/cerrahi: Pelvik inflamatuvar hastalıkta altın standart laparoskopi.
- Sistoskopi.



Özetle sevk gerektiren noktalar:

- Tedavi edilemeyen pelvik inflamatuvar hastalık.
- İYE tanısı şüpheli, hastalık çok ağır seyrediyor, immün yetersizlik varsa, antibiyotiklere yanıt alınamıyor ve komplikasyon şüphesi varsa.



Korunma

- Günde 2- 2,5 litre su içilmesi. Üriner taşların önlenmesi.
- Temiz koşullar, cinsel istismarın önlenmesi.
- Neden cinsel yolla bulaşan hastalık ise partner/partnerlerin belirlenmesi, tedavileri.
- Diyabetiklerin her izlemde İYE açısından değerlendirilmesi.
- Hasta eğitimi: Kadınlarda genital gölge hijyeninin önden arkaya yapılması, antiseptik solüsyonlar kullanılmaması, pamuklu iç çamaşırı kullanımı ve sık değiştirilmesi



Öneriler:

- İdrarın tutulmaması.
- Zemin hazırlayıcı faktörlerin düzeltilmesi (konjenital darlıklar, diyabet)
- Gebelerde tekrarlayan bakteriüri saptandığında semptomsuz bile olsa tedavi edilmeli.
- Tekrarlayan enfeksiyonu olan erişkinlerde (yılda üç ataktan fazla) günde bir tablet trimetoprim sülfometoksazol ile antimikrobiyal profilaksi.
- Vezikoüreteral reflüsü olan çocuklara 2 mg/kg trimetoprim-sülfometoksazol profilaksisi 6 ay.

İkincil Korunma (Semptomatik Tedavi)

- Tedavinin gidişı ve prognoz: Neden basit komplikasyonsuz sistit ise 3- 7 günde düzelir.



Reenfeksiyon:

- Sistit tedavisinden en az 2 hafta sonra farklı bir bakteri suşu ile gelişen enfeksiyon.
- Tekrarlayan sistitlerin %20'si reenfeksiyon. Cinsel ilişki, diyabet, diyafram kullanımı, menopoz sonrası dönemde işeme sonrası artık idrar kalması gibi durumlara bağlı.



Relaps:

- Sistit tedavisinden sonra iki hafta içinde aynı bakteri kökeni ile gelişen enfeksiyon.
- Tekrarlayan sistitlerin % 10'u.
- Hastanın tedaviye uymaması, yetersiz antibiyotik, etkenin dirençli oluşu, böbrek taşı, daha seyrek olarak anatomik bozukluklar nedeniyle gelişir.



Tekrarlayan enfeksiyon:

- Kadınlarda son 6- 12 ayda, erkeklerde son üç yılda en az üç İYE varlığı.



Komplike İYE:

- Tekrarlayan veya tedavisi güç İYE'ye eğilimli duruma getiren anatomik, fonksiyonel, farmakolojik faktörler varlığında gelişen enfeksiyon.
- Diyabetik erkeklerdeki İYE komplike kabul edilebilir.



Asemptomatik bakteriüri:

- Huzurevindeki yaşlıların % 40'ında var, yaşlılarda tedavi gerektirmez.
- Gebelerdeki asemptomatik bakteriüri tedavi gerektirir.



Bitkiler

- Dizüri yakınması olan hastaların bir kısmı cranberry (amerikan üzümü), gilaburu, lipeka (yaban mersini) suyu içmekte ve fayda gördüklerini ifade etmektedir, bunlar faydalı olabilir, ancak bu bitkilerle ilgili kanıt oluşturacak sistematik araştırma yok.



Eski ilaçlar:

- Hastaların bir kısmı önceki dizürde reçete edilen ve üç gün kullandıkları için bitmemiş ilaçlarını yeni bir tablo ortaya çıktığında kullanır.
- Bu durum yeni bir tedavi olarak sorunu çözebilir, ancak kutuda kalan ilaçların sayısının tedaviyi tamamlamaya yetmemesi veya ilacın son kullanma tarihinin geçmiş olması direnç oluşumuna neden olabilir.



Hastalığım ilerler mi?

- Basit komplikasyonsuz sistit hastalarının çok büyük bir kısmı tedavi edilmese de kendiliğinden düzelmekte.
- Hastaların en büyük kaygıları, tedavi olmazlarsa pyelonefrit gelişmesi olasılığıdır.
- Persistan ve reküren sistitin pyelonefrite dönüşmesi olası, ancak tedavi edilmeyen basit sistit olgularının ne kadarında pyelonefrit geliştiği ile ilgili sistematik bir araştırma yok.



Çoğunluğu semptomları başladıktan hemen sonra hekime başvurur.

- Dizüri uzun süre beklenebilecek bir durum değil.
- Dizüriye ek olarak ateş, üşüme titreme, bulantı ve kusma da varsa çok daha kısa süre içinde başvurmakta. Bu nedenle çoğu 24- 48 saatte tedavi alır.



Diğer

- Fizik aktivite: Bisiklete veya ata binmeye bağlı dizüri dışında ilgisi yok.
- Beslenme: Dizüriye neden olacak bir ilaç alıyorsa bırakılması.
- Hasta eğitimi: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonda ilaç tedavisi başladıktan sonra, iki hafta cinsel ilişkiden kaçınması önerilebilir.
- Psikososyal destek: Cinsel istismarda.



İlaç tedavisi:

- Özel durumlar dışında ampirik antibiyotik tedavisi uygundur. Yaşlı hastalarda tedavi süresi 7- 14 gün, çocuklarda 10 gün.
- Rehberlerde, yaşlı olmayan erişkinlerde genel olarak basit sistitin üç günlük tedavisinin yedi günlük tedavi kadar etkili olduğu yer almakta.



İlaç tedavisi:

- İlk tercih: Erişkinlerde ve iki aydan büyük çocuklarda Trimetoprim-sülfametoksazol.
- Erişkinde Trimetoprim-sülfametoksazol (160+80 mg) 2 eşit dozda ağızdan üç gün. Gerekirse 7 güne uzatılır.
- Fosfomisin 3 gr/gün, tek doz.



İlaç tedavisi:

- Gebelerde: Amoksisilin 3X 500 mg, sefalekssin 3X500 mg, nitrofurantoin 4X 50 mg 7 gün süreyle güvenle kullanılabilir.
- Alternatifler: Kinolonların üç gün kullanımı yeterli olabilir.
- Siprofloksasin 500- 1000 mg/gün iki eşit dozda,
- Ofloksasin 200- 400 mg/gün sabahları tek doz, norfloksasin 800 mg/gün, iki eşit dozda.



İlaç etkileşimleri

- Trimetoprim- sülfametoksazolün etkileşebileceği ilaçlar:
Antiaritmikler, dapson, sülfonilüreler, fenitoin, kumarin, antimalaryel ilaçlar, antiviraller, diüretikler, kalp glikozidleri, östrojenler, siklosporin, sitotoksik ilaçlar (azatioprin, 6-merkaptopürin, metotreksat).



Kinolon ilaç etkileşimleri:

- NSAİ'lar, antasitler (emilimi azaltır).
- Moksifloksasin antihistaminiklerle, antiaritmiklerle, eritrosinle, trisiklik anti depresanlarla etkileşerek aritmi riskini artırır.
- Siprofloksasin ve norfloksasin glibenklamid etkisini artırabilir, fenitoinin plazma konsantrasyonunu değiştirebilir.
- Antikoagülan, antimalaryal, antipsikotikler, beta blokerler, çinko, demir, östrojenler, probenesid, siklosporin, sitotoksikler, teofilin kinolonlarla etkileşebilir.
- Ülser ilaçları, süt ürünleri kinolon emilimini azaltır.

İlaç kontrendikasyonları:

- Kinolonlar 18 yaş altında kullanılmamalı.
- Porfiria ve G6 Fosfat dehidrogenaz eksikliği mevcut ise Trimetoprim- sülfametoksazol kontrendike.
- Yan etkileri: Trimetoprim- sülfametoksazolün özellikle yaşlılarda nadir görülen, ancak ciddi (Stevens-Johnson Sendromu, kan diskrazileri, agranülositoz) yan etkileri.
- Bulantı ve ishale neden olabilir. İYE'nun kendisi de bulantıya neden olabileceğinden ilaca bağlı bulantı olup olmadığı iyi değerlendirilmeli.



İzlem

- Neden basit, komplikasyonsuz sistit ise, 48- 72 saat içinde yakınmaları düzelmezse kontrole gelmesi istenir.
- Ateş varsa, antibiyotik sonrasında 48- 72 saat içinde düşmezse kontrole gelmesi istenir.
- İzlemden 3 gün içinde ateş düşmemişse ikinci seçenek antibiyotiğe geçilir. Komplike ise sevk.



Yatalak hastalar

- Özellikle evde bakılan yatalak hastalarda idrar kateterlerinin değiştirilip değiştirilmediğinden, yeterli hidrasyon sağlandığından emin olunmalı.



Sevk

- 48- 72 saat içinde semptomlar düzelmüyor, ateş düşmemişse trimetoprim sulfometoksazol alıyorsa, kinolona geçilmeli. Kinolonla da başarısızlık söz konusu ise sevk edilmeli.
- Komplike ve üst İYE ise parenteral antibiyotik tedavisi ve kültür gerekebileceği için sevk.
- Sevk mümkün değilse florokinolonlar, geniş spektrumlu sefalosporinler, aminoklikozidler parenteral/ oral iki hafta süreyle tedavi edilmeli.
- Gebelerde tedavi başarısızlığı ve/veya komplike durumlarda sevk.



Kaynaklar

- Carter C, Stallworth J, Holleman R. Urinary Tract Disorders. Textbook of Family Practice, 7th ed. Rakel RE (ed). Philadelphia: Saunders, 2007; 1217- 1252.
- Saultz JW. Dysuria. Textbook of Family Medicine. Saultz JW (ed). New York: Mc Graw Hill, 2000; 411- 419.
- Bremnor JD, Sadovsky R. Evaluation of dysuria in adults. Am Fam Physician. 2002 Apr 15;65(8): 1589-96.
- Claudius I. Dysuria in Adolescents. West J of Medicine. 2000; 172: 201- 205.



Kaynaklar

- Devillé WL, Yzermans JC, van Duijn NP, Bezemer PD, van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. BMC Urol. 2004 Jun 2;4:4.
- Chen YK, Lin HC, Chen CS, Yeh SD. Seasonal variations in urinary calculi attacks and their association with climate: a population based study. J Urol. 2008 Feb;179(2): 564- 569. Epub 2007 Dec 21.
- Gönen İ, Akçam FZ, Yaylı G, Kadınlarda Sık Görülen Üriner Enfeksiyonlara Yaklaşım. STED; 2004; 13 (4), 128- 130.
- Charles J, Miller G, Anthea Ng. Management of renal problems in Australian general practice. Australian Family Physician. 2005; 34 (11): 904- 905.
- Dikici MF, Yarış F, Yarış E. "Akut Komplikasyonsuz İdrar Yolu Enfeksiyonunun Birinci Basamaktaki Ampirik Tedavisinde Trimetoprim-Sulfometoksazolün Siprofloksasinle Karşılaştırılması", Kocatepe Tıp Dergisi; 2006.