

Kandida Suşuna Bağlı İdrar Yolu Enfeksiyonu: İki Olgu Sunumu

Urinary Tract Infections Caused By Candida Strain: Two Case Reports

Mehmet Çelik*, Ali İrfan Baran, Mahmut Sünnetçioğlu, Ümit Yakan, M. Kasım Karahocagil

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

ÖZET

Üriner sistem enfeksiyonları, en sık karşılaşılan bakteriyel enfeksiyonlardan biridir.

Kadınlar erkeklerden daha sık üriner sistem enfeksiyonları geçirmektedir. Üriner sistem enfeksiyonlarında bakteriyel etkenler daha sık neden olmakla beraber, son yıllarda fungal etkenlerde artış görülmeye başlanmıştır. Son yıllarda artan fungal enfeksiyonlar ve giderek yaygınlaşan antifungal ajan kullanımı dirençli mantar suşlarının ortaya çıkmasına ve direnç oranlarının artmasına neden olmuştur.

Kandida suşuna bağlı iki üriner sistem enfeksiyonları olgusu, sıklığı gittikçe artan bu olgulara dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Fungal, üriner sistem enfeksiyonu, kandida

ABSTRACT

Urinary tract infections are one of the most common bacterial infections. In terms of gender, women spend more frequent urinary tract infections than men. Although bacterial pathogens in urinary tract infections are more common, fungal infections have begun to increase in recent years. In recent years, increasing fungal infections and increasingly widespread use of antifungal agents caused the emergence of resistant fungi strain and the increasing rate of resistance.

Two cases of urinary tract infections that connected to candida strains will be presented to draw attention to this phenomenon gradually increasing frequency.

Key Words: Fungal, urinary tract infection, candida

Giriş

Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE), günümüzde tüm yaş gruplarında gerek hastane ortamında, gerekse hastane dışında en sık karşılaşılan bakteriyel enfeksiyonlardır (1). Kadınların %10-35'i yaşamının belli bir döneminde ÜSE geçirmektedir (2). Erkekler ÜSE açısından kadınlardan daha şanslıdır. 1-50 yaş arası erkeklerde ÜSE görülme sıklığı %1'in altındadır. Yaş ilerledikçe prostat hipertrofisi ve prostat salgısının azalmasına paralel olarak bakteriüri prevalansı artar ve %4-10'a ulaşır (3). ÜSE genellikle bakteriler tarafından oluşturulmakla birlikte, enfeksiyonların %10'unda fungal etyoloji saptanmakta, bunlar arasında da kandida türleri ilk sırayı almaktadır (4). Yapılan çalışmalarda; çok küçük ya da çok ileri yaşlar, cinsiyet, diabetes mellitus (DM), üriner sistem defektleri, genitoüriner tüberküloz, malignite, kronik böbrek yetmezliği, yabancı cisim varlığı, hemodiyaliz,

cerrahi girişim ve böbrek transplantasyonu kandidüri için risk faktörleri olarak bildirilmektedir (5). Son yıllarda mantar hastalıklarının sıklığının giderek artması ve ampirik antifungal kullanımının yaygınlaşması, dirençli mantar suşlarının ortaya çıkmasına ve direnç oranlarının artmasına neden olmaktadır (6).

Son yıllarda sıklığı artan, servisimizde takip ettiğimiz, kandida suşuna bağlı gelişen iki ÜSE olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumları

Olgu 1: Elli beş yaşında erkek hasta, idrar yaparken yanma, zorlanma, bulantı-kusma, ateş şikayetleriyle acil servise başvurdu. Öz geçmişi; on beş yıldır DM tanısı olan olgu, 5 ay önce ÜSE nedeniyle kliniğimizde takip edilmişti. Tedavisiz izlem sonucu beyaz küre, tam idrar tetkikinde lökosit sayısı ve CRP düzeyi normal düzeye gelen olgumuz şifa ile taburcu edilmişti. Ayrıca olgumuz,

*Sorumlu Yazar: Araş. Gör. Dr. Mehmet ÇELİK, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, VAN

Cep: 0 (544) 685 00 95, E-mail: dr.mcelik12@gmail.com

Geliş Tarihi: 18.08.2015, Kabul Tarihi: 25.02.2016

2.5 ay önce prostatektomi operasyonu geçirdiğini ifade etmektedir. Olgumuz idrar yaparken zorlanmaktaydı bu nedenle acil serviste glob vesikale nedeniyle idrar sondası takıldı. Olgunun sonda ile alınan idrarı kirli beyaz renkte ve pürülan vasıftaydı. Fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti (KVAH) pozitif. Bunun dışında fizik muayenesi doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC:10.000/mm³, CRP: 112mg/dl, tam idrar tetkikinde (TİT) silme lökosit mevcuttu. Abdomen ultrasonografi (USG)'sinde bilateral grade 3 hidroüreteronefroz, bilateral pelvikalisijel sistemde internal ekolar mevcuttu. Olgu enfeksiyon hastalıkları servisine pyelonefrit tanısıyla yatırıldı. İdrar kültürleri alındı ve hastaya seftriakson 2x1/gün tedavisi başlandı. İlk alınan idrar kültüründe üreme olmadı. Bir haftalık tedaviye rağmen şikayetleri devam eden olgunun tekrarlanan idrar kültüründe 100.000 Cfu/ml kandida üremesi oldu. Antifungal direnç testinde Amphotericin B duyarlı, flukonazol dirençli tesbit edildi. Bunun üzerine olguya Amphotericin B 1x75 mg dozunda başlandı. Ancak bu tedaviyi tolere edemeyen olguya 1x100 mg/gün dozunda Anidulafungin tedavisi başlandı. Hastanın klinik durumu, laboratuvar değerlerinden beyaz küre, CRP, tam idrar tetkikindeki lökosit sayısı anidulafungin tedavisinin 3.gününde düzelmeye başladı. Tedavisi 14 güne tamamlanan olgu şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2: Altmış dokuz yaşında bayan olgu, bir haftadan beridir idrar yaparken yanma, ateş şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde; dört ay önce ÜSE nedeniyle kliniğimize yatırılmıştı. Olgunun nefrolitiazisi mevcut olup, bilateral üreterlere double- j kateter takılıydı. Ayrıca 50 yıldır psöriazis nedeniyle takip edilmekte ve immünsüpresif ajan (adalimumab) kullanmaktaydı. Altı yıldan beri DM tanısı mevcuttu. Olgumuzun 4 ay önceki ilk yatışında yapılan idrar kültüründe kandida üremesi olmuş ve 14 günlük flukonazol tedavisi verilmişti. Olgunun kliniğinin düzelmesi üzerine şifa ile taburcu edilmişti. Olgumuza iki ay önce dış merkezde nefrolitiazise yönelik ESWL yöntemiyle tedavi uygulanmış ve üreterlerde daha önce takılmış olan double-j kataterleri çıkarılmıştı. Olgu tekrarlayan ÜSE tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisimizde yatırıldı. Fizik muayenesi doğal olan olgunun laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 10.600/mm³, CRP: 22mg/dl, TİT: 540 lökosit/HPF, lökosit esteraz 3+ idi. İdrar mikroskopisinde mantar rapor edilmeyen olgunun idrar kültüründe üreme olmadı. Çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sistit, sağ üreteropelvik bileşkede 14x9

mm boyutlu kalkül, sağ üreter dilate, solda grade 2 hidroüreteronefroz olarak rapor edildi. Olguya önce seftriakson kilosuna göre ayarlanarak 3x1gr/gün dozunda başlandı. Ancak 3 günlük tedavisine rağmen klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olmaması üzerine önceki hastane yatışları dikkate alınarak, ertapenem 1x1 gr dozunda tedavi başlandı. Altı günlük ertapenem tedavisine rağmen hastanın tam idrar tetkikinde lökosit sayısında ve kliniğinde düzelme olmaması üzerine daha önceki idrar kültürlerinde üreme görülmediği için antibiyotik tedavisi stoplanıp, seri idrar kültürleri alınmaya başlandı. Bir hafta sonraki 3. idrar kültüründe 100.000 Cfu/ml kandida üremesi olan olguya direnç testleri sonuçları beklenirken ampirik flukonazol tedavisi 2x100 mg dozunda başlandı. Klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme görülen olgunun idrar kültür antibiyogramında flukonazol direnci tespit edildi. Fakat olgu flukonazol tedavisinden fayda gördüğü için tedavisi değiştirilmedi. 14 günlük tedavi sonrası genel durumu düzelen olgu şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Kandida türlerinin oluşturduğu üriner sistem enfeksiyonları en sık görülen hastane enfeksiyonlarından. Hastalardaki diabetes mellitus, üriner sistem defektleri, kronik böbrek yetmezliği, nötropeni, immunsüpresif tedavi, antimikrobiyal ajan kullanımı bu enfeksiyonların görülme oranını arttırmaktadır (5). ÜSE şikayetleri ile başvuran özellikle yaşlı popülasyonda altta yatan risk faktörlerinin belirlenmesi tanı ve tedaviye katkı sağlayacak, ihmal edilmemesi gereken bir klinik yaklaşım olarak görünmektedir. Nitekim sunulan ilk olgumuzda DM, BPH ve buna yönelik cerrahi bir girişim hikayesi mevcut iken, ikinci olgumuzda immunsüpresif ajan kullanımı, diyabetes mellitus, nefrolitiazis ve buna yönelik double-j kateter kullanımı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve antibiyotik kullanım öyküsü gibi risk faktörleri mevcuttu.

Sürekli hastanelere başvuran ve yatırılarak takip edilen hastalarda dirençli kandidal enfeksiyonlara yakalanma oranı ciddi şekilde artmaktadır. Her ne kadar toplum kökenli ÜSE'lerde nozokomiyal ÜSE'ler kadar sık görülme de, DM, KBY, immunsüpresif ajan kullanımı gibi risk faktörlerinin varlığında kandida kökenli üriner sistem enfeksiyonlarının görülme sıklığında artış görülmektedir. Fungal ÜSE'lerin sıklığının artması, ampirik antifungal kullanımının yaygınlaşmasına,

dirençli mantar suşlarının ortaya çıkmasına ve direnç oranlarının artmasına neden olmaktadır (2). Ancak laboratuvar verileri bazen yanıltıcı olabilir. Bu yüzden laboratuvar verileri hasta takibinde kullanılırken, verilerin hastanın klinik belirti ve bulguları ile birlikte değerlendirilmesi ve gerektiği takdirde laboratuvar tetkiklerinin tekrarlanması gerektiği unutulmamalıdır. Nitekim ikinci olgumuzda idrar kültüründe üreyen kandida suşunun antifungal direnç paterni flukonazol dirençli gelmesine rağmen, ampirik başlanan flukonazol tedavisine klinik ve laboratuvar yanıt alınması nedeniyle devam edilmiş ve sonuç alınmıştır.

ÜSE'lerde idrar kültürlerinde bazen ilk dönemlerde üreme olmayabilir. Böyle durumlarda hastanın klinik durumu stabil ise tedavisi bir süre geciktirilebilir. Eğer hastaya antibiyoterapi başlanmış ve fayda sağlanamamış ise antibiyoterapiye ara verilip, seri idrar kültürlerinin alınması daha faydalı olacaktır. İkinci olguda önce seftriakson tedavisi başlanmış, daha sonra ertapenem tedavisi ile devam edilmişti. Fakat klinik ve laboratuvar yanıt alınamamıştı. Antibiyoterapi stoplanarak, seri idrar kültürleri almaya başlanılan olguda üçüncü idrar kültüründe kandida üremesi oldu ve tedavi buna göre şekillendirilerek sonuç alındı.

Sonuç olarak, fungal etkenlere bağlı idrar yolu enfeksiyonlarının sıklığının artması ve bu etkenlerde antifungal ajanlara direncin artması,

toplum kökenli olduğu düşünülen enfeksiyonlar da bile giderek önem arz eden bir sorun olmaya başladığı görülmektedir. Bu yüzden bütün hastalarda alta yatan risk faktörlerini göz önünde bulundurmak, antibiyotik tedavilerini kültür sonuçlarına, klinik ve laboratuvar yanıtına göre yürütmek en doğru yaklaşım olarak görülmektedir.

Kaynaklar

1. Gülcan A, Aslantürk A, Gülcan E. İdrar kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar ve in vitro antibiyotik duyarlılık durumları. *Abant Medical Journal* 2012; 1(3): 129-135.
2. Gönen İ, Akçam FZ, Yaylı G. Kadınlarda sık görülen üriner enfeksiyonlara yaklaşım. *STED* 2004; 13(4): 128-130.
3. Halil Ö. Akılcı antibiyotik kullanım ve erişkinde toplumdan edinilmiş enfeksiyonlar sempozyum dizisi 2002; 31: 225-232.
4. Atalay MA, Koç AN, Sav H, Demir G. İdrar kültürlerinden izole edilen candida türleri ve antifungal duyarlılıkları. *Ankem Derg* 2012; 26.
5. Alpat SN, Özgüneş İ, Ertem OT, Erben N, Kartal ED, Tozun M ve ark. Kandidürisi olan hastalarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bul* 2011; 45(2): 318-324.
6. Bayram Y, Gültepe B, Özlük S, Güdücüoğlu H. Çeşitli klinik örneklerden izole edilen candida örneklerinin identifikasyonu ve antifungal duyarlılıklarının araştırılması. *Van Tıp Dergisi* 2012; 19(4): 177-181.