

ודט

מושגי היסוד, אבחנה וטיפול

ד"ר מיכאל לאוניד פנימית ב

שיבא

# שכיחות

"מכה נשית" – יותר ממחצית מנשים יפתחו ציסטיטיס במהלך חייהן.

11% מכל נשים בכל שנה נתונה יפתחו דלקת בדרכי השתן. אצל רובן הזיהום יחזור.

**רבע עד חצי** מנשים שלקו בדלקת בדרכי השתן יפתחו זיהום נוסף במשך שנה.

3-5% ילקו בהישנות של התופעה (דלקת חוזרת מוגדרת כהישנות הדקלת כשבועיים לאחר סיום הטיפול האנטיביוטי)

# גורמי סיכון

- אצל נשים בגילאי פוריות – קיום יחסי מין .
- התאפקות וחוסר שתיה .
- סיכון לפתח דלקת 48 שעות לאחר קיום יחסים גבוה פי 60 מאשר סיכון ללא קיום יחסים.
- שימוש בדיאפרגמה או קוטלי זרע מעלה את הסיכון פי 2.
- אצל נשים בגיל המעבר ומבוגרות יותר – בעיות  
אנטומיות ומחסור באסטרוגנים: יש להפנותן לבדיקה  
גינקולוגית (במיוחד במקרים של דלקות חוזרות)
- סכרת – סיכון ל-UTI עולה פי שניים .
- תכונות של החיידק: פימפריה FimH

# סימפטומים

- Lower UTI : תכיפות דחיפות , צריבה במתן השתן , שתן דמי
- Upper UTI : חום גבוה , כאבי מותן , בחילות והקאות
- Complicated UTI : כל בעיה אנטומית או תיפקודית של דרכי השתן
- חלוקה ל upper ו-lower לא תמיד מדויקת .

# אבחנה

- סטיק כנגד אורינליזיס ותרבית.
- סטיק : לויקוציט אסתראז יחד עם /או ניטריטים חיוביים – מעלה סבירות לדלקת בדרכי השתן ב-25% ,שליליים- מוריד ב-25% .
- בנוכחות סימפטומים אופייניים לדלקת בדרכי השתן התחתונות סבירות טרום בדיקה ( pre-test probability ) היא 90% .
- במקרים אלה בדיקת סטיק חיובית מספיקה לאבחנה .
- במקרים החשודים לדלקת בדרכי השתן העליונות או במקרים אחרים (complicated , דלקות חוזרות , כשל טיפולי) יש צורך בתרבית.
- אך לא לשכוח בדיקת שתן לכללית כדי לאבחן תהליך דלקתי .

# בקטריולוגיה

- E.coli(85%),Enterococcus,Proteus, Klebsiella,Staph saprophyticus- זיהומים הנרכשים בקהילה
- Pseudomonas,Acitenobacter,Serratia- זיהומים שנרכו בבית חולים
- חשוב לדעת שהכנסת קטטר שתן גורם לבקטריאוריה ב- 20% .
- לאחר חודש כל קטטר מתכסה בביופילם של החיידקים (כמו לדוגמא Providencia stuarti).
- לכן מומלץ להחליף קטטר פולי רגיל מדי 3 שבועות .

# אבחנה בקטריוLOGית

- $10^5$  CFU/ml – הסף הסטנדרטי הקובע אבחנה בקטריוLOGית של UTI ב- "clean-catch urine".
- כשסימנים אופייניים ל-UTI - ניתן להוריד את הסף עד ל-  $10^2$  CFU/ml.
- $10^2$  CFU/ml - תקף לגבי דגימה מהקטטר.
- בדגימה סופרפובית – כל מספר מעיד על זיהום.
- צמיחה של מספר משמעותי של המושבות בשתי דגימות שתן עוקבות אצל חולה אי תסמיני עם תוצאות תקינות של בדיקת שתן לכללית ה מגדירות בקטראיוריה אי תסמינית.

# אבחנה מבדלת

- דלקת בפות : הפרשה נרתיקית, היעדר דחיפות ותכיפות במתן השתן, ממצאים בבדיקה גינקולוגית.
- דלקת בצוואר רחם- הפרשה נרתיקית, דימום, כאבים בקיום יחסי מין
- PID -היעדר דחיפות תכיפות או צריבה במתן השתן, כאב עמום במישוש הבטן, הפרשה מצוואר הרחם, רגישות בהנעת צוואר הרחם.

# טיפול ב- lower UTI

- **קלאסי** : 3 ימים של Resprim-forte פעמיים ביום (TMP/SMX160/800); **בעיות** –אי סבילות, אלרגיות, G6PD, ועמידות – עד 30% מהזנים בארץ.
- **מציאותי** : 3 ימים של פלואורוכינולונים, כמו ציפרו 250 מ"ג פעמיים ביום ל-3 ימים; **בעיות** – עמידות (עד 20% מהזנים).
- **עוד אופציות** : פוספומיצין טרומתמין (Monurol) 3 גרם חד פעמי; **בעיות** - לא משפיע על Staph saprophyticus, לא נוח לנטילה, פחות יעיל מאנטיביוטיקות אחרות.
- טיפול במקרודנטין 3 פעמים ביום למשך 3 ימים.
- **שיפור צפוי: במשך 72 שעות מתחילת הטיפול. דיסוריה מוקלת על ידי פנזופירידין (סדוראל): 100 מ"ג 3 פעמים ביום.**
- **להסביר למטופלות שסדוראל אינו מרפא אלא רק מקל!!**

# Lower UTI

## יוצאים מן הכלל

- טיפול ל-7 ימים ניתן
  1. נשים בהריון
  2. סכרתיות
  3. נשים מעל גיל 65
  4. תסמינים שנמשכים מעל שבוע
  5. UTI חוזר
  6. גברים (תרבית שתן חובה!)

# Upper UTI

## טיפול

- תרבית שתן חובה!
- תרבית דם אצל חולים מאושפזים ( בקטרמיה ב15-20 אחוז מהמקרים).
- טיפול יכלול הידרציה , מתן אנטיביוטיקה : דור 3 של צפלוספורינים , פלואורוקינולונים , משלב של אמפי וגרהמיצין (לאנטרוקוק) או אמינוגליקוזיד בלבד
- משך הטיפול הוא 10-14 יום .
- מקרים קלים ניתנים לטיפול במסגרת הקהילה – קינולונים .

# מניעה

- התוויות- 2 דלקות או יותר במשך 6 חודשים , או 3 דלקות במשך שנה .
- אופציה חצי שנתית : טבליה אחת מהקבוצות המתאימות ביום . יעילות : 95 %
- אופצית מנע לאחר קיום יחסים - טבליה אחת מהקבוצות המתאימות לאחר קיום יחסים .
- יש אופציה של טיפול עצמי.