

Zaznělo na 20. kongrese Medicíny pro praxi

V Olomouci 21.–22. dubna 2022

20. kongres
Medicíny
pro praxi21.–22. 4. 2022
OLOMOUC

Urovaginální infekce

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Na 20. kongrese Medicíny pro praxi konaném v Olomouci 21.–22. dubna 2022 zazněla přednáška MUDr. Jiřího Emmera věnovaná kazuistikám týkajícím se urovaginálních infekcí. Pan doktor Emmer ve své přednášce sdělil diferenciálně diagnostické poznatky týkající se infekcí močových a pohlavních cest, podělil se o zkušenosti ze své online poradny zabývající se touto problematikou a rovněž představil některé novinky z odborných doporučených postupů pro léčbu urovaginálních infekcí.

Akutní cystitida vs. vaginální infekce – jak je od sebe odlišit

Typickými příznaky probíhající akutní cystitidy jsou **řezání při močení** (strangurie), nucení na močení (urgence) a časté močení (polakisurie). Rozvoj akutní cystitidy je mnohdy spojen s pohlavním stykem v předchorobí. Abychom však odlišili, zda se u dané pacientky jedná o akutní cystitidu, či zda jde spíše o infekci vaginální, musíme s pacientkou charakter jejich obtíží detailně probrat. Zatímco urgenci a polakisurii nacházíme u obou jmenovaných onemocnění (u kolpidů povětšinou v poněkud mírnějším stupni), strangurii, jakožto ostré, nepříjemně vnímané bolestivé řezání, nacházíme jen u akutní cystitidy, a nikoliv u vaginální infekce. Skutečnou strangurii pak musíme odlišit od nepříjemných pocitů v oblasti močové trubice, které pacientky popisují spíše jako svědění a pálení (tedy nikoliv řezání), a které se vyskytují u infekcí vaginálních. Při současné přítomnosti těchto svědivých a pálivých pocitů spolu s urgencí a polakisurií pak hovoříme o tzv. **uretrálním syndromu** doprovázejícím vaginální infekce.

Úkolem zkušeného klinika je správně kladenými otázkami odlišit uretrální syndrom od pravé strangurie, a tedy odlišit příznaky

CYSTITIS	KOLPITIS
řezání	–
urgence polakisurie vazba na sex	
ostrá palpační bolest	trvalejší tupá bolest v podbřišku

vaginální infekce od projevů akutní cystitidy. Dalším rozlišovacím znakem těchto dvou nozologických jednotek je pak odlišný charakter bolesti – zatímco akutní cystitida se vyznačuje bolestí spíše ve vazbě na palpaci v oblasti podbřišku, a takto vyvolaná bolest je ostrého, řezavého charakteru, u vaginální infekce nacházíme bolest trvalou, přítomnou často i v noci, charakteru tupého či pouze tlakového. V naší diferenciálně diagnostické rozvaze pak samozřejmě využíváme i výsledky laboratorních vyšetření, typicky přítomnost nebo nepřítomnost leukocyturie, bakteriurie a erytrocyturie v močovém sedimentu.

Etiologie a léčba akutní cystitidy

Etiologickým agens až 90 % komunitních uroinfekcí je *Escherichia coli*. I z tohoto důvodu některá současná odborná doporučení v případě komunitních uroinfekcí již

ani nenabádají ke kultivačnímu vyšetřování moči. Kultivace moči nás při nesprávně provedeném odběru a kontaminaci vzorku dokonce může svést na scestí a její výsledek může být zavádějící.

MUDr. Emmer ve své přednášce zmínil, že nejnovější odborná doporučení týkající se léčby močových infekcí zaznamenala jakousi „malou revoluci“. S ohledem na to, že řada uroinfekcí je tzv. self-limiting, dovolují nově i odborná doporučení zkusit na dobu 48 hodin, namísto konvenční léčby akutní cystitidy pomocí chemoterapeutik a antibiotik, i alternativní léčbu pomocí **D-manózy** či **fytofarmak** v kombinaci s **NSA**. Doporučené postupy řady zemí nejen Evropské unie se pak shodují na tom, že pokud se v terapii akutní uroinfekce rozhodneme využít konvenční režim, jednoznačně bychom měli v empirické antibiotické léčbě preferovat tzv. „močová“ antibiotika a chemoterapeutika, která mají z pohledu bakteriální mikroflóry minimum nežádoucích účinků mimo močovou soustavu. Těmito třemi základními farmaky jsou **nitrofurantoin**, **sulfamethoxazol-trimethoprim** a **fosfomycin**, v některých guidelineech i pivmecillinam.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz
Interní oddělení Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Med. praxi. 2022;19(3):220–223
Článek přijat redakcí: 24. 5. 2022

INZERCE

Když symptomy nemizí

Pokud empirická antibiotická terapie při léčbě akutní cystitidy nepomáhá, například i opakovaně selhává a pacientka se vrací a udává trvalé klinické obtíže, je vždy nutné vrátit se ve své klinické rozvaze na začátek a zvážit, zda obtíže pacientky ve skutečnosti nejsou, spíše než infekcí močových cest, infekcí cest pohlavních. V tomto případě je nutné znovu s pacientkou probrat charakter jejích obtíží, a pokud máme své pochybnosti o přítomnosti cystitidy, navíc podpořeny i opakovaně negativní kultivací moči, je na místě se zamyslet, zda nezměnit terapeutický přístup, a namísto léčby cystitidy se soustředit na léčbu vaginální infekce. V léčbě vaginální infekce indikujeme nejprve **univerzální hojivé borité vaginální čípky** k léčbě poševní dysmikrobie (např. Gynimun Rapid) a na tuto léčbu pak navážeme kúrou upravující složení poševní mikroflóry pomocí preparátů s **vaginálními laktobacily**, a to jak ve formě lokální (Gynimun Intim care), tak systémové (Gynimun Dual Protect).

Když se cystitida vrací

Za rekurentní uroinfekce označujeme takové, kdy žena prodělá dvě močové infekce za šest měsíců či tři za poslední rok. Etiologií těchto recidiv močových infekcí je ve více než třech čtvrtinách případů endogenní reinfekce bakteriemi spícími v bazálních vrstvách urotelu, k jejichž aktivaci dochází při přítomnosti stresového faktoru (jiné onemocnění, pohlavní styk apod.). S ohledem na tuto etiologii tedy v léčbě rekurentních močových infekcí využíváme **dlouhodobé profylaktické režimy**, které bezprostředně navazují na ukončení léčby akutní uroinfekce a podávají se po dobu šesti měsíců. Pro jejich dlouhodobost preferují doporučené postupy vždy nejprve „alternativní“ režimy a teprve jako krajní řešení chemoterapeutické režimy.

Nejlepších výsledků v léčbě rekurentní uroinfekty dosahuje dlouhodobé podávání dvou gramů **D-manózy**, které dokáže zamezit opakovaným infektům až u 85 % pacientek. Z konvenčních farmak pak má obdobný efekt jako D-manóza profylaktický režim **nitrofurantoinem**, který dosahuje úspěšnosti v 80 % případů, avšak oproti D-manóze je provázen nežádoucími, zejmé-

na zažívacími obtížemi, a je tedy významně hůře tolerován. D-manóza má navíc další výhodu, její použití nevede k rozvoji antibiotické rezistence. Dalšími profylaktickými režimy s úspěšností kolem 60 % jsou režimy využívající **bakteriální lyzáty** (účinnost 65 %) či **sulfamethoxazol-trimethoprim** podávaný v dávce 480 mg jednou denně (účinnost 59 % zejména díky možnosti vzniku rezistence k tomuto antibiotiku). Jako nevhodné režimy s minimální účinností se pak jeví léčebné režimy založené na brusinkách, které mají účinnost srovnatelnou s placebem či dokonce ještě nižší, a nelze je tedy k léčbě rekurentních uroinfekcí doporučit. Na našem trhu je dostupný kombinovaný preparát obsahující D-manózu a lyzáty uropatogenních *E. coli* – Blokuri URO+, který se doporučuje kombinovat současně s výše uvedenými vaginálními probiotiky ať už ve formě lokální či systémové. U postmenopauzálních žen je pak vhodné terapii D-manózou a probiotiky doplnit rovněž o **lokální aplikaci estrogenu** např. Ovestin krému.

Když se nám urologické a vaginální infekce prolínají

Poměrně častou klinickou situací je současný souběh akutní cystitidy a akutní vaginální infekce. Klinickému obrazu v takovém případě zcela dominují příznaky akutní cystitidy, přičemž příznaky vaginální infekce jsou maskované a k jejich demaskování dojde až po залечení uroinfekce, kdy i po úspěšné terapii močového infektu u pacientky přetrvává klinika uretrálního syndromu (pacientka typicky popisuje zmírnění původních obtíží, nicméně stěžuje si na trvalé pálení a tupou bolest v podbřišku). V tomto případě je nutné zbystřit, neupínat se pouze k myšlence nedostatečně sanované močové infekce, ale zahájit léčbu infekce vaginální.

Obdobný klinický průběh můžeme nalézt i v situacích, kdy je rozvoj vaginální infekce trigován nevhodně zvolenou antibiotickou terapií uroinfektu. V praxi jde zejména o ty situace, kdy jsou k léčbě akutní cystitidy použita širokospektrální antibiotika významně zasahující do složení poševní mikroflóry, jako chinolony, tetracykliny, aminopeniciliny či cefalosporiny.

V řadě případů ale vaginální infekce předchází rozvoji močové infekce. Rozvoj akutní cystitidy je v takové situaci vyvolán ascendentním přestupem bakterií z pochvy. S takovým klinickým průběhem se často setkáváme u mladších, sexuálně aktivních žen a hovoříme o tzv. honeymoon cystitis, typicky jde totiž o období po změně sexuálního partnera či o jiné životní situace spojené s vyšší frekvencí pohlavního styku jako např. při snaze o početí.

Závěr

Infekce močových a pohlavních cest jsou častou a mnohdy vleklou a vyčerpávající problematikou u řady žen v našich ordinacích. Základem k úspěšnému zvládnutí těchto infekcí je dobře zvládnutá diferenciální diagnostika a odlišení jednotlivých typů infekcí či pomyšlení na možnost jejich klinického souběhu. Zatímco pro akutní cystitis jsou typické akutní řezavé bolestivé projevy při močení a bolestivost zejména při palpacii podbřišku, pro vaginální infekce nasvědčují spíše tlakové bolesti trvalého rázu a menší intenzity. Příznaky vaginální infekce, které mohou být pro řadu nezkušených kliniků matoucí a mohou být mylně interpretovány jako uroinfekt, jsou příznaky uretrálního syndromu – jde o přítomnost polakisurie spolu s pálivými a svědivými (nikoliv však řezavými!) pocity v močové trubici. K léčbě poševních infekcí užíváme nejprve lokálně působící borité vaginální čípky (např. Gynimun Rapid), které odstraní patologickou dysmikrobii, a na tuto kúru pak bezprostředně navážeme lokálními či systémovými preparáty obsahujícími vaginální laktobacily (Gynimun Intim care či Gynimun Dual Protect), s cílem znovunastolení rovnováhy v poševní mikroflóře. V léčbě akutní močové infekce dnes již některé doporučené postupy dovolují využití alternativních léčebných režimů zejména na bázi D-manózy a lyzáty v kombinaci s NSA jako první volbu. Z konvenční farmakoterapie akutních infekcí dolních močových cest jsou doporučovány nitrofurantoin, sulfamethoxazol-trimethoprim a fosfomycin. Zatímco terapie akutní uroinfekce je otázkou několika málo dnů, v případě rekurentních močových infekcí, tedy v případě výskytu alespoň dvou močových infekcí za

šest měsíců či tří za poslední rok, je indikována dlouhodobá, minimálně šestiměsíční profylaktická terapie. Jako nejúspěšnější profylaktický režim s úspěšností zamezení rekurence uroinfekce až v 85 % případů je léčebný režim založený na D-manóze. Dlouhodobé podávání D-manózy je dobře snášenou farmakoterapií, která nemá zásadní nežádoucí účinky a nevede k rozvoji

bakteriální rezistence. S výhodou je využití preparátů kombinujících D-manózu s lyzáty uropatogenních kmenů *E. coli*, které jsou rovněž jedním z možných profylaktických režimů. Takovýmto kombinovaným preparátem je Blokurima URO+, jehož použití při léčbě rekurujících močových infekcí je vhodné doplnit i o preparáty zajišťující normalizaci mikroflóry poševní – Gynimun

Intim care ve formě lokální či Gynimun Dual Protect ve formě systémové. Péče o poševní mikroflóru hraje v terapii uroinfektů velkou roli, neboť v klinické praxi se močové infekce s infekcemi vaginálními nezdá prolínají či na sebe vzájemně navazují, a jen komplexním pohledem na problematiku a komplexně vedenou terapií jsme schopni svým pacientkám dostatečně pomoci.