

ASEMPTOMATİK BAKTERİÜRİSİ OLAN NORMAL VE TOKSİKOZLU GEBELERDE ANTİBİYOTİK TEDAVİSİNİN YERİ

Lemi İBRAHİMOĞLU¹, Tülay TURFANDA², Abdullah TURFANDA¹,
Cemil AKGÜL¹, Murat YAYLA¹

ÖZET

100 normal gebe kadın ile 55 toksikozlu gebe kadında bakteriüri sıklığını araştırmak amacıyla idrar kültürü ve tahlilleri yapılmıştır. Gebelikte asemptomatik bakteriüri oranı % 11, toksikozlu gebelerde ise bu oran % 40 bulunmuştur. Toksikozlu olup da ölü doğum yapanlarda bu oran % 68 olarak saptanmıştır. Bakteriüriye en sık olarak *E.coli*'nin neden olduğu tespit edilmiştir. Bakteriürinin gebelikte belirti vermese bile tedavi edilmesi gerektiğine ve böylece ölü doğum ihtimalinin azaltılabileceğine dikkat çekilmiştir.

SUMMARY

The place of antibiotherapy in normal and toxemic pregnant with asymptomatic bacteriuria.

The prevalence of bacteriuria in pregnancy was investigated with complete urine analysis and urinary cultures in 55 pregnant women with pre-eclamptic toxemia and 100 women with normal pregnancy. The incidence of asymptomatic bacteriuria in normal pregnancy was found to be 11 % but 40 % in the toxemia group. The rate of significant bacteriuria in pre-eclamptic toxemia group with stillbirths reached to the rate of 68 %. *E.coli* was established to be the most common pathogenic agent in asymptomatic bacteriuria. Attention was drawn to the fact that bacteriuria in pregnancy, although it may be asymptomatic, has to be treated so that its related complications including stillbirths may be decreased.

1- İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul.

2- İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul.

GİRİŞ

Asemptomatik bakteriüri herhangi bir klinik belirti vermeksizin idrarda mililitrede 100,000'in üzerinde mikroorganizma görülmesi durumudur. Üriner sistem infeksiyonları çeşitli predispozan faktörler zemininde oluşur. Genelde kadınların bu tür bir infeksiyona anatomik olarak erkeklerden daha fazla maruz kaldıkları bir gerçektir. Seksüel olarak aktif olmayan kız çocuklarında infeksiyon oranı % 5 iken, seksüel aktif kadınlarda bu oran yaşamın her yılı için % 1 oranında artış göstermektedir. İdrar retansiyonuna bağlı mesanenin distansiyonu, cinsel ilişki, üriner sistem taşları, diabetes mellitus, hipokalemi, pelvis içi kanserlerden ötürü oluşan obstrüktif üropatiler ve gebelik en önemli predispozan faktörlerdir.

Gebelikte üriner sistem infeksiyonu insidensinin anlamlı bir artış gösterdiği bilinmektedir. Glomerüler filtrasyon hızındaki artışa tubuler reabsorbsiyon mekanizmasının ayak uyduramaması sonucunda kan şekeri normal olan gebelerde dahi glikozüri meydana gelmektedir. Büyüyünce uterusun üreterler üzerine yaptığı kompresyon bir diğer dikkat çekici faktördür. Üreterler, pelvis renalis ve kalislerde progesteron etkisi ile meydana gelen tonogen dilatasyon ve peristaltizm azalması sonucu oluşan üreteral reflü ile üriner sistem içinde ortalama 200 ml kadar idrar retansiyonu meydana gelir. Gebelikte bu fizyolojik değişimler üriner sistem infeksiyonları için hazırlayıcı faktörlerdir.

Ancak kadın organizmasında üriner sistem infeksiyonlarına karşı bazı koruyucu mekanizmalar vardır. Bunlar (a) Sistemik immunglobulinler, (b) Fagositik mekanizma ve (c) Son zamanlarda üzerinde önemle durulan üriner sistemde üretilen sekretuar immunglobulinlerdir. Örneğin endoserviks ve endometriumda menses döneminde üretilen CVA (servikovaginal antikor) vaginal vestibulumda bakteri kolonizasyonunu engelleyen koruyucu bir faktördür.

Asemptomatik bakteriürinin önemi, klinik belirti vermemesi nedeni ile erken dönemde teşhis edilerek tedavi edilememesi ve nihayetinde geç dönemlerde ciddi anne ve fetus problemleri ile karşılaşabilmemizdir. Asemptomatik bakteriürisi olan kadınların % 22-30'unda görülebilen akut pyelonefrit buna çarpıcı bir örnek oluşturmaktadır. Asemptomatik bakteriüri kadınlarda prematüre doğum insidensinin arttığına bildirilmesine karşın (2, 4, 5, 8), bazı araştırmacılar aksi görüş bildirmektedirler (9). Ölü doğum ve yenidoğan ölümlerinin ise 37/1000 oranında olduğu bildirilmektedir (5). Çocuk morbiditesi ve konjenital anomali oranlarının da asemptomatik bakteriüri nedeni ile artabileceği bildirilmektedir (5). Bugün *E.coli*'nin semptomlu veya semptomsuz en

önemli üriner sistem infeksiyonu etkeni olduğu birçok araştırmacı tarafından da kabul edilen bir gerçektir.

Biz ciddi sorunlar yaratabilen asemptomatik bakteriüri olayının insidensi ve morbiditeye etkisini kendi olgularımızda araştırarak, sonuçları literatürdeki örneklerle kıyaslamaya çalıştık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız için gerekli materyalleri İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 100 normal gebe, 55 preeklampsi ve eklampsi olgusu ve son olarak doğurganlık çağında olan ancak gebe olmayan 100 hasta oluşturmuştur. Toplam 255 olguda idrar kültürü ve antibiyogram yapılmıştır. Fakültemiz Mikrobiyoloji Anabilim Dalınca gerçekleştirilen kültür ve antibiyogram sonuçlarına göre gebeler sınıflandırılarak incelenmiştir.

BULGULAR

Normal gebelerde asemptomatik bakteriüri görülme oranı % 11, toksikozlu gebelerde ise % 40 olarak saptanmıştır. Toksikozlu olup da ölü doğum yapan vakalarda bu oran % 68 olarak saptanmıştır. Normal gebelere göre toksikozlu ve toksikozlu olup da ölü doğum yapan gebelerde bakteriüri insidansındaki artış ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Olgular paritelerine göre incelendiğinde, multiparlarda nulliparlara göre 2 kat fazla asemptomatik bakteriüriye rastlanmıştır. Asemptomatik bakteriüri vakalarının % 69.6'sı multiparlarda, % 30.3'ü ise nulliparlarda görülmüştür. En fazla rastlanan etken (27 olguda, % 81.8) *E.coli* olmuştur. İkinci sıklıkla *Klebsiella* izole edilmiştir.

Olguların hepsinde ikinci trimester sonu veya üçüncü trimesterde idrar kültürü alındığından bakteriürisi pozitif olan hiçbir olguda pyelonefrit saptanmamıştır.

Tablo 1. Gebelerin parite ve kültürlerine göre dağılımı.

Grup	Nullipar		Multipar		Toplam
	Kültür(+)	Kültür(-)	Kültür(+)	Kültür(-)	
Normal gebeler	3	38	8	51	100
Toksikozlu gebeler	7	13	15	20	55
Toplam	10	51	23	71	155

Gebelik toksikozu olan 55 olgunun 22'sinde idrar kültürü pozitif olup, bakteriürisi olan bu olguların 15'inde ölü doğum, 7'sinde ise canlı doğum olmuştur.

Asemptomatik bakteriürisi olan bütün olgulara klinik belirti vermemesine rağmen antibiyotik tedavisi uygulanmış ve tedaviye kültür negatif oluncaya kadar devam edilmiştir. İdrar kültürü ise gebelik sonlanıncaya kadar her ay tekrarlanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı normal ve toksik gebelerde asemptomatik bakteriüri sıklığını araştırmaktır. Klinik bulgulara sahip olmasa bile bu gebelerin tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Literatürde % 2-12 arasında değişen asemptomatik bakteriüri oranı bizde normal gebelerde % 11, toksikozlu gebelerde ise % 10 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bakteriüri kateterizasyon ile değil, orta idrardan sadece bir kez olacak şekilde kültür örneği alınarak araştırılmıştır. Finnerty ve ark. (1) bir kez yapılan kültür ile, bakteriüri görülme sıklığının hakiki orandan iki kat fazla bulunacağını belirtmişlerdir. Nitekim Kaitz ve Hodder (3) orta idrarda pozitif kültür veren vakaların % 50'sinin daha sonra yapılacak kültürlerde negatif sonuç vereceğini saptamışlardır. Kass (5), Henderson ve ark. (2) gibi araştırmacılar da aynı görüşe katılmışlardır.

Normal gebeliği olup da kültürü pozitif çıkan 11 gebeden üçü verilen tedaviyi çeşitli nedenlerle almamışlardır. Muhtelif zamanlarda tekrar başvuran bu gebelerin ikisinde kültür steril kalmıştır. Bunlar belki de Finnerty'nin (1) bahsettiği gibi ikinci kez yapılacak kültürde negatif sonuç çıkacak % 50'lik steril gebe grubuna girebilecek gebelerdi. Buna ek olarak Ofelia ve ark. (7) asemptomatik bakteriürisi olan gebelerden tedavi edilmeksizin izlenen grubun 1/3'ünde anlamlı bakteriürinin kaybolduğunu saptamışlardır.

Aslında biz asemptomatik bakteriürisi olan gebelerin, gebelik öncesinde bakteriürilerinin olup olmadığını da bilemiyoruz. Bu da değerlendirmede dikkat edilmesi gereken bir nokta idi. Kontrol grubunda bulduğumuz % 6'lık asemptomatik bakteriürinin oran olarak % 11'lere çıkması infeksiyon oluşmasına daha önce sözünü ettiğimiz predispozan faktörlerin gözardı edilemeyecek kadar etkili olduğunu düşündürmektedir.

Toksemi grubunda % 40 oranında bakteriüri görülmüştür. Gebelik toksikozunda genel mortalite % 30'lar civarında iken, bakteriürinin de tabloya eklenmesiyle çalışmamızda bu oran % 68'lere kadar yüksel-

miştir. Literatürde bakteriüri gebelerde toksikozun daha sık görüldüğünün belirtilmesi gibi, bu çalışmada da toksikozlu gebelerde bakteriüri oranı hayli yüksek bulunmuştur. Antibakteriyel tedavi ile infeksiyona bağlı toksikoz morbiditesinin düşürülebileceğini, ancak bunun toksikoz insidensini etkilemeyeceğini düşündük, çünkü bakteriüri burada kronik renal bir hastalığın manifestasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Olguların 27'sinde *E.coli*'nin en sık infeksiyon etkeni olması (%81.8) literatürdeki bilgilerle uyum içindedir.

Aseptomatik bakteriürinin tedavisi konusunda değişik konsepsiyonlar mevcuttur. Uzun süreli tedavinin toksisite riskine karşın, kısa süreli tedavinin infeksiyonun tekrarı gibi çok önemli bir risk taşıması burada bir tercih sorunu doğurmuştur. Priscilla ve Bullen (8) ve Kass (4,5) gibi araştırmacılar uzun süreli tedaviyi tercih ettiklerini bildiren yayınlar yapmışlardır.

Bu sonuçlara göre aseptomatik bakteriüri tanısı konulur konulmaz, semptomatik üriner sistem infeksiyonları ve buna bağlı komplikasyonları önlemek açısından, uzun ya da kısa süreli olsun kültür negatifleşinceye kadar kemoterapi uygulanması gerektiğini bir kez daha vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- Finnerty F A, Massare G D, Kakaviatos N, Chapkovich V: Incidence of unsuspected urinary tract infection in normal pregnant and toxemic patients, *N Engl J Med* 265: 534 (1961).
- 2- Henderson M, Tayback M, Entwisle G: Bacteriuria and pregnancy outcome: preliminary findings, *A J P H* 52: 1887 (1962).
- 3- Kaitz A L, Hodder E W: Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy, *N Engl J Med* 265: 567 (1961).
- 4- Kass E H: Hormones and host resistance to infection, *Bacteriol Rev* 24: 117 (1960).
- 5- Kass E H: Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy, *Arch Intern Med* 105: 194 (1960).
- 6- Leppert P, Tischer C C, Cheng S S, Harlan W R: Antecedent renal disease and the outcome of pregnancy, *Ann Intern Med* 90: 747 (1979).
- 7- Ofelia T M, Armstrong D, Pion R J, et all: Bacteriuria during pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* 85: 511 (1963).
- 8- Priscilla K S, Bullen M: Bacteriuria in pregnancy, *Lancet* 1: 395 (1965).
- 9- Turner G C: Bacteriuria in normal pregnancies, *Lancet* 2: 1062 (1961).