

Store ressurser brukes til utredning og behandling av urinveisinfeksjoner hos kvinner

Folkesykdom uten retningslinjer

Anna-Karina Brandal beretter i dette nummer av Tidsskriftet om sin sykdom og sine møter med helsevesenet (1). Hun har hatt residiverende urinveisinfeksjoner siden hun var liten. Som voksen har hun syndromet smertefull blære, som nesten gjør henne yrkesufør og ødelegger samlivet med mannen. Fortvilelsen er forståelig. Kritikken er berettiget, og lett å forklare. Diagnosen urinveisinfeksjon stilles ut fra kliniske, biokjemiske og mikrobiologiske kriterier. Kritisk grense for antall leukocytter og bakteriekolonier i urin er basert på konvensjoner. Antall bakterier varierer med pasientens alder og hvordan prøven er tatt (2). Utredning av pasienter med urinveisinfeksjon har til hensikt å avklare om infeksjonen er komplisert eller ukomplisert (3). Ved komplisert infeksjon foreligger det disponerende tilstander, som avløpshinder, blæresteiner eller nedsatt immunforsvar. De aller fleste urinveisinfeksjoner forårsakes av pasientens egne tarmbakterier, og det er neppe slik at personer med infeksjoner utsettes for mer patogene mikrober enn andre. Bakterier som forårsaker urinveisinfeksjon, har virulensfaktorer som gjør at de kan overvinne infeksjonsmotstanden i urethra. Spesielt viktig er evnen til å feste seg til urotelets overflate ved hjelp av adhesiner. Gener for virulensfaktorene kan overføres mellom bakterier i samme klon (4). Patogener som vokser i biofilm, er beskyttet mot antibiotika. Biofilm har stor betydning ved kateterassosierte infeksjoner og muligens også ved residiverende ukompliserte cystitter. Urinveisinfeksjon forekommer oftere hos seksuelt aktive kvinner og er mer vanlig omkring menopause og hos kvinner med inkontinens. Det kan forklares med at den lokale beskyttelse mot infeksjoner i og rundt urethra er svekket. Bestemte blodgruppeantigener og overflateresptorer på urotelet gir økt risiko. Noen pasienter med residiverende infeksjoner har en defekt i genet som koder for interleukin 8, et cytokin som er viktig for bekjempelse av bakterier i urotelet.

Begrenset kunnskap om årsaksfaktorene ved urinveisinfeksjon gjør at utredning for å finne kompliserende forhold, kan virke tilfeldig. Anbefalt utredning bygger på klinisk erfaring og gjeldende oppfatning blant spesialister (3). Gutter bør utredes med ultrasonografi og miksjonscystourethragrafi etter første episode, og undersøkelsene har til hensikt å påvise refluks og avløpshinder. Positive funn har imidlertid usikker klinisk betydning, fordi det er uklart om kirurgisk korreksjon av refluks er bedre enn antibiotikabehandling alene.

Hos jenter anbefales utredning etter to infeksjoner. Scintigrafisk undersøkelse for å påvise arrdanning i nyrene benyttes i stor utstrekning i USA, men metoden brukes lite i Norge. Det er usikkert hva som egentlig påvises, og det finnes ingen studier som viser at funn av arr resulterer i tiltak som reduserer faren for nyresvikt i voksen alder (4). Hos voksne kvinner er det enda mer usikkert om bildediagnostisk utredning har noen hensikt. Utredning anbefales først hvis pasienten har mer enn tre urinveisinfeksjoner i løpet av ett år. Medfødte anomalier i urinveiene, cyster og forkalkninger finnes ofte uten at det har sammenheng med infeksjonene. Slike funn kan lett avstedkomme kostbare spesialundersøkelser som skaper unødig angst hos pasienten. Berettigelsen av funksjonsundersøkelser av nedre urinveier og cystoskopi er heller ikke avklart.

Ukomplisert cystitt kan behandles med antibiotika uten bakteriologisk prøve. Ved residiv må behandlingen justeres etter dyrkingsresultat. Kvinner som ofte får infeksjon etter samleie, kan gis post-

koital profylakse. Langtidsprofylakse med antibiotika tre dager i uken, ev. én gang daglig, har dokumentert effekt. I likhet med Brandal har mange kvinner fått råd om vannlating, væskeinntak og personlig hygiene for å unngå cystitt. Disse forhold har dessverre ingen betydning for om man får infeksjon eller ikke (5).

Symptomer på cystitt kan forekomme uten at det påvises patogener i urinen. Dersom grundig sykehistorie, klinisk undersøkelse og urinprøve ikke gir mistanke om organisk sykdom, kan pasienten forsøksvis behandles med tolterodin for såkalt overaktiv blære. Hvis pasienten også har smerter fra blæreregionen, foreligger det et syndrom som kalles smertefull blære. Dette er en samlebetegnelse for tilstandene interstitiell cystitt, kronisk bekkenmerte og urethrasyndrom hos kvinner. Sykdommene kan være invalidiserende. De diagnostiske kriteriene er vage og årsakene ukjente (6).

Både infeksjose og nevrobiologiske impulser kan utløse symptomene via en felles inflammatorisk respons på cytotkinnivå. Interstitiell cystitt kan være av klassisk type og fremby Hunners sår i urinblæren. Pasientene kan bli symptomfrie når såret resekeres og sårbumen koaguleres. Ved de øvrige tilstander finnes ingen organiske forandringer. Kirurgiske behandlingsoalternativer er blæredilatasjon, urethrablokkering og supratrigonal ev. total cystektomi. Cystektomi for smertefull blære forutsetter grundig urologisk og psykosomatisk utredning.

Brandals artikkel er viktig og betimelig. Urinveisinfeksjon er en av de vanligste sykdommer i befolkningen, og betydelige helseressurser anvendes til utredning og behandling uten at det foreligger kunnskapsbaserte anbefalinger. Hva bør kvinner som henne gjøre? Unngå bruk av sæddrepende kremer. Ta med morgenurinprøve og miksjonsliste ført gjennom to døgn og oppsøk primærlegen. Hvis det konstateres residiverende bakteriell infeksjon, bør hun ta antibiotika profylaktisk. Hvis det er smertefull blære, bør hun cystoskoperes på nytt, ev. bør man forsøke blæredilatasjon.

Hva kan helsevesenet gjøre? Allmennleger, pediatere og urologer bør i samarbeid utarbeide norske retningslinjer for utredning og behandling av urinveisinfeksjoner. Myndighetene må støtte tverrfaglig forskning som søker å avklare årsaksforhold og optimal utredning av pasienter med urinveisinfeksjon.

Truls E. Bjerkland Johansen
tebj@sthf.no

Truls E. Bjerkland Johansen (f. 1951) er seksjonsleder ved urologisk seksjon, Sykehuset Telemark, og professor ved Universitetet i Tromsø. Han er co-chairman i European Society of Infections in Urology.

Litteratur

1. Brandal A-K. Inkompetanse og inkontinens. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2465.
2. Garner JC, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Contr 1988; 16: 128-40.
3. Bishop M, Johansen TEB, Butto H, Lobel B, Naber K, Redorta JP. Guidelines on urinary tract infections. Arnheim: European Association of Urology, 2002.
4. Johansen TEB. Diagnosis and imaging in urinary tract infections. Curr Opin Urol 2002; 12: 39-43.
5. Krieger J. Urinary tract infections: what's new? J Urol 2002; 168: 2351-8.
6. Johansen TEB, Weidner W. Understanding chronic pelvic pain syndrome. Curr Opin Urol 2002; 12: 63-7.