

“DIŞ KAYNAKLI ÜRETRİT” OLGULARIMIZ

OUR CASES WITH URETHRITIS OF “EXTERNAL ORIGIN”

İNÇİ, O., EROL, H., GÖZEN, S., ALAGÖL, B., HÜSEYİN, İ., ERESELLİ, H., UZUN, H.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

SUMMARY

ÖZET

Edirne, sınır kapısı olması nedeniyle girişlerde ilk durağı oluşturmakta ve belki de yurt genelinde olan dış kaynaklı veneriyen enfeksiyon etkilenmelerinin erken ortaya çıktığı bir bölgedir. Son yıllarda polikliniğimize başvuran “üretal akıntılı” olguları sayısındaki dikkat çekici artış dolayısıyla, 1982-92 yılları arasındaki üretrit tanılı 120 olgumuz, hastalığın öyküsü, etken ajan, uygulanan tedavi ve elde edilen sonuçlar açısından değerlendirildi. Çalışma sonucu, 1991 yılından başlayarak üretrit olgularının sayısında 20 kata yaklaşan bir artış saptandı. Bu olguların %79.2 'sinde bildirilen “evlilik dışı cinsel ilişki” öyküsünde partnerin genellikle “dış kaynaklı” olduğu saptandı.

Mikrobiyolojik incelemede, patojen üretilmeyen olgular %24 oranında artış gösterirken, *Neisseria gonorrhoeae*'li olgularımızda geçmişe oranla azalma gözlemlendi. Tedavide bu olgularda çok basamaklı bir antibiyoterapi uygulanmıştı ve ilaç seçimi açısından birinci seçenek olarak %33.6 oranıyla kinolon türevi; ikincide ise %27.5 oranıyla tetrasiklin türevi ilaçlar ön plandaydı. Tedavi sonuçları açısından, olguların %67.5 'unun ilk basamakta, %22.5 'unun da ikinci basamakta sağlığını bulduğunu ve %10 olguda ise daha uzun bir tedaviye gereksinim olduğunu gördük.

Sonuç olarak, “dış kaynaklı üretrit” diye de adlandırılacak ciddi bir tablonun varlığına dikkat çekmek istiyoruz. Ayrıca tedavide kültür ve antibiyogram sonucu alınmaya kadar uygulanacak antibiyotik seçimindeki tercih, sağlığının süresini ve maliyetini ciddi olarak etkilemektedir.

Edirne, being a border gate, is the first station during entrances and the place where the venereal infections of external origin, which may be throughout the country, occur most prominently and early. Because of the marked increase in the number of cases with “urethral discharge” during recent years, 120 cases between 1988-1992 are evaluated in respects of the story of the disease, causal agent, applied therapy and the results. We found out that in 79.2% of the cases with the story of sexual intercourse out of the marriage, the partner was of external origin. Compared to the previous years, despite the 24% increment in cases without any microbiologically established agent, *Neisseria gonorrhoeae* cases were diminished in the number.

Therapeutically, a multistep antibiotherapy was applied. Kinolons were the first choice in 33.6% of cases and second alternative was tetracyclines in 27.5 % of cases.

As therapeutic results, 67.5% of cases had recovered at the first step and 22.5% at the second step. Only 10% had necessitated a longer management.

So; we want to attract attention to a serious clinical picture which can also be named “urethritis of external origin”. In addition, the choice of antibiotic, which is to apply until the microbiological results are in hand, influence the time and cost of therapy significantly.

GİRİŞ

Üretrit, üretra mukozasının lokal inflamasyonu olarak tanımlanır. Sebep olan etkenler ara-

sında, N.Gonorrhoea son pikini 1975 yılında yapmış ve yerini, başta C.Trachomatis olmak üzere üreaplasma, Stafilokok, Gardnerella gibi nonspesifik ajanlara bırakmıştır (4,6). Bu ajanların laboratuvar koşullarında kanıtı da oldukça güç olduğundan güvenilirliği azdır.

Gonokoksik ve nongonokoksik üretrit tabloları arasında klinikte belirgin fark görülmemekle beraber tedavi edici yaklaşımdaki ayrılık önem göstermektedir (3,6). Yanlış veya eksik tedavi sonucu hastalık kronikleşmekte ve hastaya getirdiği maddi yükün yanısıra psikolojik yan etkilere de sebep olmaktadır. Dolayısıyla, tedaviyi planlamanın önemi giderek artmaktadır.

MATERYAL VE METOD

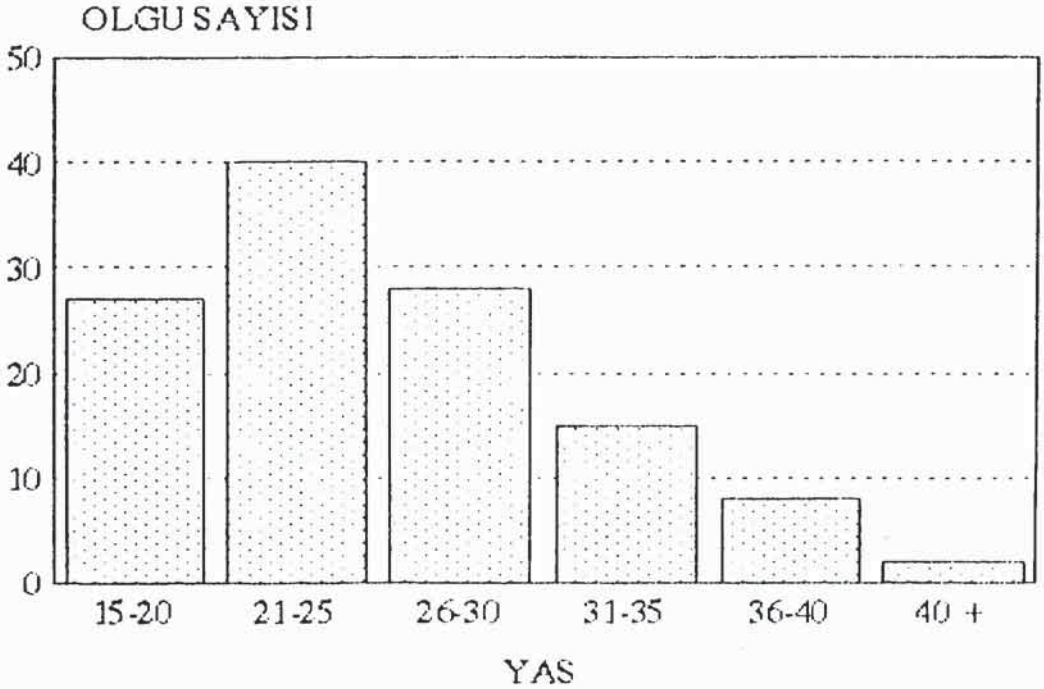
1988-1992 (ilk 5 ay) yıllarında "üretal akıntı" yakınması ile polikliniğimize başvuran

120 erkek hasta taranarak, akıntının niteliği, diğer klinik yakınmalar, harici ilişki öyküsünün varlığı, yapılan laboratuvar çalışmalarının sonuçları ve uygulanan tedaviler gibi veriler değerlendirildi.

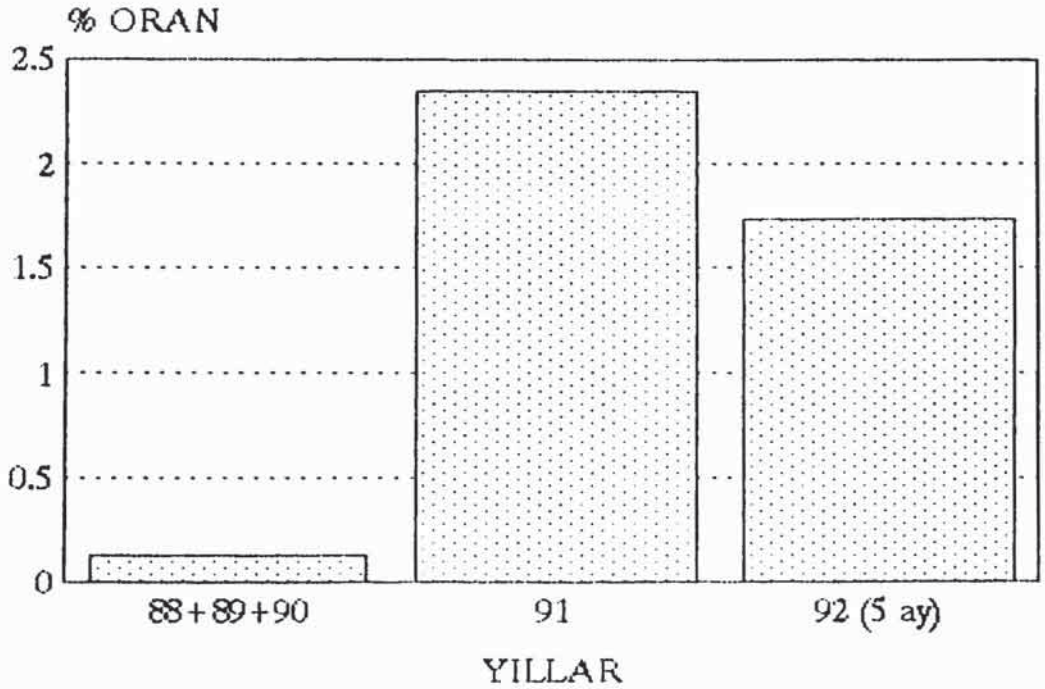
Üretrit olgularının sayısında, yıllara göre diğer olgulara oranla artış olup olmadığı; üretrit etkenleri olarak gonokoksik/nongonokoksik oranı; ve kemoterapide en sık kullanılan antibiyotikler ve bunların tedavideki başarı oranları araştırıldı.

BULGULAR

Toplam 120 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgularımızın yaşları 18 ile 53 arasındaydı ve yaş ortalaması 26.59 'du. Yaş dağılımı grafik 1 'de gösterilmiştir.



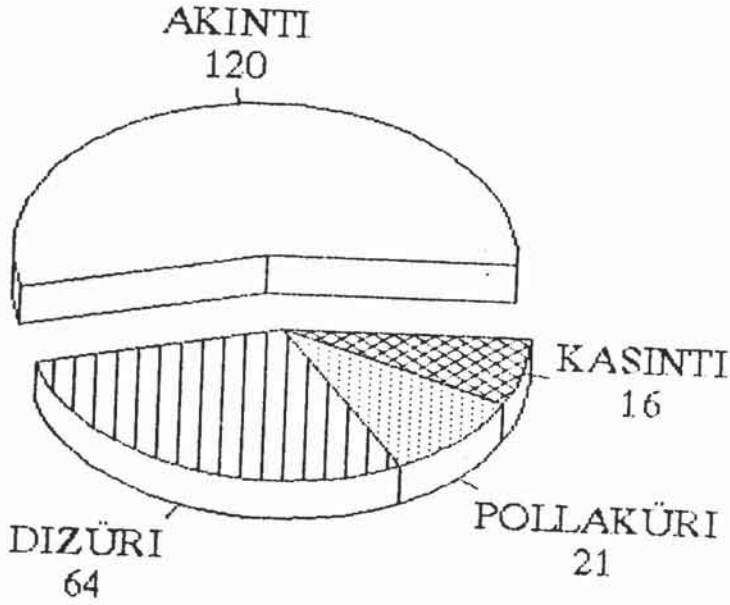
Grafik 1: Olgularımızın yaş dağılımı



Grafik 2: Üretrit olgularımızın, yıllara göre tüm olgularımıza oranı

Tablo 1: Yıllık üretrit olgularının toplam hastaya oranları

Yıl	Hasta toplamı	Üretrit	Oran %
88-89-90	11301	14	0.13
1991	3100	73	2.35
1992 (Say)	1903	33	1.73



Grafik 3: Başvuru semptomları

Üretrit olgu sayımız son yıllarda belirgin bir artış göstermiştir. Olguların yıllara göre oranı grafik 2 'de sunulmuştur.

Polikliniğimize üretrit nedeniyle başvuran hastaların sayısının o yıl içinde başvuran toplam hasta sayısına oranları da tablo 1 'de özetlenmiştir.

Olgularımızın başvuru semptomları grafik 3 'te verilmiştir.

Harici ilişki araştırıldığında, 95 olguda (%79.2) 2 gün ile 1 yıl arasında değişen süreler öncesinde : üşşeli bir cinsel ilişki hikayesi olduğu; ayrıca, 3 hastanın (%2.5) eşlerinde vaginal akıntı olduğu görüldü. Yapılmış olan toplam 109 mikrobiyolojik incelemenin sonuçları tablo 2 'de özetlenmiştir.

Tablo 2

Üremeyen patojen ajan	Olgu sayısı	Oran
Üreme olmayan	51	% 36.26
Staf. Epidermidis	38	% 43.95
N. Gonorrhoeae	10	% 7.69
Staf. Aureus	6	% 3.29
Difteroid Basiller	2	% 1.09
Proteus	1	% 0.91
UReaplasma	1	% 0.91

Olgularımızda ilk basamak antibiyotik tedavisi olarak kullanılan droglar ve kullanım sıklıkları ve başarı oranları tablo 3 'te verilmiştir.

Tablo 3: Birinci basamakta uygulanan antibiyotiklerin kullanım sıklığı ve başarı oranları

	kullanım sıklığı	başarı oranı
Kinolonlar	% 33.6	% 80.9
Sefalosporin (3.)	% 15.2	% 52.6
Doksisisiklin	% 10.4	% 84.6
TMP + SMZ	% 10.4	% 92.3
Sefalosporin (2.)	% 8.8	% 45.4

(TMP + SMZ = Trimetoprim + Sulfametaksazol)

Tablo 4: İkinci basamak antibiyotiklerin kullanım sıklığı ve başarı oranları

	kullanım sıklığı	başarı oranı
Doksisiklin	% 27.5	% 81.8
kinolonlar	% 25.0	% 70.0
Sefalosporin (3.)	% 20.0	% 62.5
Sefalosporin (2.)	% 7.5	% 33.3

Olguların %67.5 'i ilk basamakta tedavi edilebilirken yetersiz kalınan olgularda antibiyotik değiştirildi. İkinci basamakta kullanılan antibiyotiklerin sıklıkları ve başarı oranları tablo 4 'te gösterilmiştir.

%10 olguda ise ikinci basamak antibiyotikler de yeterli olmamıştır. 3 olguda ise tedavi halen sürmektedir (%2.5).

TARTIŞMA

Son birkaç yıl içerisinde polikliniğimize başvuran hastalar arasında üretrit olgularının artışı ve bunların çoğunda (%79) yabancı bir partner ile harici ilişki hikayesinin olmasıyla; bir sınır kapısı olan ilimizde artan Doğu Avrupa kaynaklı turist sayısının bir koşutluk olabileceği görüşünden yola çıkarak son 5 yılın üretrit olgularını yeniden gözden geçirdik.

Üretritler temelde nongonokoksik ve gonokoksik olarak iki grup halinde incelenmektedir. Nongonokoksik üretrit, Gonokoksik üretritle karşılaştırıldığında klinik olarak daha genç bir populasyon sınırı gösternesi, daha uzun bir inkübasyon süresine sahip olması, daha az miktarda ve daha çok seröz akıntı ile beraber, disüriden çok kaşıntı yakınmasına sebep olması gibi fazla net olmayan farklılıklar gösterir (3,6). Bazen N.Gonorrhoea ile birlikte bazende gonokoksik üretrit sonrası gelişebilir (4). Bu yüzden klinik olarak ayırıcı tanı güçtür. Genellikle erkeklerin hastalığı olan üretrit özellikle nongonokoksik üretrit, son yıllarda bir artış göstermektedir (4,7). Bu durumun polikliniğimizde de gözlenilmesi üzerine bu olgularımızı, retrospektif olarak etken ajan, uygulanan tedavi ve sonuçları açısından

değerlendirmek istedik. Yıllara göre dağılım ele alındığında son iki yıl içerisinde daha önceki üç yıla oranla anlamlı bir artış olması (18 katı) ve olguların çoğunda harici ilişki varlığı (%79), genellikle cinsel yoldan bulaşan bu hastalığın yeniden ciddi bir boyut kazandığı şeklinde yorumlanabilir. Etken ajan açısından önceki yıllara oranla nongonokoksik üretrite, gonokoksik üretritten daha sık rastlanılmaktadır (4,6,7). Ancak birçok nongonokoksik üretrit olgusunda klasik kültürlerde üreme gösterilemez. Bu gibi durumlarda Mikroplazma, Chylamidia gibi etkenler üzerinde durulmalıdır (4,7). Çünkü bu iki ajan nongonokoksik üretrit etkenlerinin (%45-100 'ünü oluşturmaktadır (4,5,6). Dolayısıyla Neisseria Gonorrhoea üretilemeyen olguların, klinik tablo destekliyorsa nongonokoksik üretrit olarak kabul edilmesi önerilmektedir (7). Bizim bulgularımızda %7.69 'unda N.Gonorrhoea üretilebilmiş, %36.26 vakada ise üreme olmamıştır.

Ülkemizde aşırı antibiyotik tüketimi ve konunun aktüalitesine rağmen hastaların halen uzmanı olmayan kişilerde tedavi aramaları, partnerlerin tedavi edilmemesi, rezistan suşların ve rekürren Nongonokoksik üretrit olgularının artmasına neden olmaktadır (6,7). Bunun sonucu olarak da tedavi kür sayısı ve dolayısıyla ederi önemli ölçüde artmaktadır. Oysaki gerek gonokoksik gerekse nongonokoksik üretritte uygun antibiyotik kullanıldığında tedavinin başarıları %90 'ın üzerindedir.

Gonokoksik üretrit tedavisinde Penisilin ve Sefalosporin gibi hücre duvarına etkili bakterisid antibiyotiklerin kullanımı esastır. Buna karşın nongonokoksik üretrit olgularında etkenlerin büyük çoğunluğunda hücre duvarı elemanları bulunmadığından, tetrasiklin, eritromisin veya sulfonamid gibi hücre protein sentezi üzerinden etkili antibiyotiklerin kullanılması gerekecektir (1,2,8,9).

Bizim çalışma grubumuzda da, infeksiyöz hastalıklarda en güvenilir silah olarak görülen 3. kuşak sefalosporinlerin 2. sıklıkta kullanılmalarına rağmen başarı oranlarının %52.6 ile ancak 4. sırada yer alması bu gerçeği doğrular niteliktedir. Kaynaklarda, Chylamidia için tetrasiklin

grubu, üreaplasma için ise eritromisin grubu antibiyotikler önerilmektedir (3,8).

En yüzgüldürücü sonuçlar doksisisiklin ya da TMP + SMZ ile alınmıştır (7). Oysa retrospektif olarak baktığımızda bizim olgularımızda bu antibiyotiklere 3. ve 4. sıklıkta başvurulduğu, daha farklı bir ifade ile olguların tedavisinde 1/5 'lik bir yer almaları dikkat çekicidir. Bunun yanında 1. sıklıkla kullanılan kinolon grubu antibiyotikler ile de %81 gibi başarılı sonuçlar alınmıştır.

Bizim çalışmamızda %76.5 olgu ilk basamakta tedavi edilmiş diğer olgularda 2, 3 ve 4. basamak tedaviler gerekmiştir.

İnfeksiyon hastalıklarının en emin tedavisi yapılan kültür antibiyogram sonucu seçilecek uygun antibiyotik kullanımınıdır. Ancak nongonokoksik uretrit etkenlerinin üretilmesindeki güçlük gözönüne alındığında, en azından kültür-antibiyogram sonucu çıkıncaya kadar doksisisiklin veya doksisisiklin + (TMP + SMZ) tedavisinin uygulanması gerektiği; bu tedavinin, diğer tedavilere göre daha ekonomik olduğu, ayrıca nüks ve komplikasyonları da azaltacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Wyrick, P.B., Gutman, L.T., Hodinka, R.L.: Chlamydiae. In: Zinsser Microbiology. Edited by W.K.Joklik, H.P.Willett, D.B.Amos and C.M.Wilfert Connecticut, Appleton and Lange, Ch. 52, pp: 609-616, 1988.
- 2- Osterhout, S.: Mycoplasma. In Zinsser Microbiology. Edited by W.K.Joklik, H.P.Willett, D.B.Amos and C.M.Wilfert. Connecticut, Appleton and Lange, Ch. 53, pp: 617-623, 1988.
- 3- Rein, M.F.: Urethritis. In: Principles and Practice of Infectious Diseases. Edited by G.M.Mandell, R.G.Douglas and J.E.Benett. New York, Churchill Livingstone, Ch. 94, pp: 942-952, 1990.
- 4- Mayer, B.M., Berger, R.E.: Sexually Transmitted Disease in males. In: Smith's General Urology, Edited by Tanagho, E.A. and McAninch, J.W., Connecticut, Appleton and Lange, Ch. 15, pp: 257-270, 1992.
- 5- Nagel, R., Leistenschneider, W.: Unspezifische Entzündungen der Harnröhre und männliche Adnexe. In: Urologie in Klinik und Praxis. Edited by Hohenfellner, R. and Zingg, E.J., Stuttgart, Georg Thieme Verlag, Vol: 1, pp: 387-399, 1982.
- 6- Anafarta, K., Şafak, M., Bedük, Y., Arıkan, N.: Seksüel iliki ile geçen hastalıklar. In: Üroloji, Edited by Yaman, L.S., Göğüş, O., Muftuoğlu, Y.Z., Küpeli, S., Anafarta, K., Şafak, S.M., Bedük, Y., Arıkan, N., Ankara, Güneş, Kitabevi, Ch: 11, pp: 243-254, 1989.
- 7- Bozkırlı, İ.: Ürogenital sistemin nonspesifik enfeksiyonları. In: Yeni üroloji, Edited by Bozkırlı, İ. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ch: 7, pp: 229-284, 1987.
- 8- Unat, E.K.: Klamidiler. In: Tıp Bakteriolojisi ve virolojisi. Edited by Unat, E.K. İstanbul, Dergah Tıp Yayınları, pp: 826-852, 1982.
- 9- Unat, E.K.: Mollicutes sınıfı. In: Tıp Bakteriolojisi ve virolojisi. Edited by Unat, E.K. İstanbul, Dergah Tıp Yayınları, pp: 853-870, 1982.