

4. ΠΡΑΣΙΝΑ ΟΥΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ε. Κουλουρίδης, Ι. Κωστήμα, Χ. Μανάτου, Δ. Χουλιάρα, Ι. Κουλουρίδης, Κ. Γεωργαλίδης, Α. Πασχάλη, Α. Κροκιά, Ζ. Νικολαΐδου, Χ. Γουδέλη.

Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Κέρκυρας.

Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 64 ετών η οποία ευρίσκεται σε κλασική αιμοκάθαρση με διτανθρακικά στην Μονάδα μας από 20/5/2005. Η πρωτοπαθής νόσος είναι διαβητική νεφροπάθεια. Από το ιστορικό της αναφέρεται Σακχαρώδης Διαβήτης σε ηλικία 43 ετών ο οποίος από ηλικίας 49 ετών ρυθμίζεται με ινσουλίνη. Η έναρξη της νεφρικής νόσου χρονολογείται από το 2003 με νεφρωσικού τύπου λευκωματουρία, βιοψία νεφρού (28/8/03) έδειξε την παρουσία διαβητικής νεφροπάθειας με συνοδές αλλοιώσεις αγγειοπάθειας διαβητικού και υπερτασικού τύπου. Η βασική νόσος εξελίχθηκε ταχύτατα σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας συνεπεία μαζικής λευκωματουρίας (>11 gr/24hrs), αρρύθμιστης πίεσης, αρρύθμιστου σακχάρου και παχυσαρκίας. Μετά την ένταξη σε αιμοκάθαρση παρουσίασε χαμηλή αρτηριακή πίεση πιθανώς συνεπεία νευροπάθειας του ΑΝΣ και σε συνδυασμό με την παρουσία διαβητικής μακροαγγειοπάθειας παρουσίασε συχνά προβλήματα θρόμβωσης αγγειακών προσπελάσεων (μόσχευμα αριστερού βραχίονα, μόνιμος σφαγιτιδικός καθετήρας δεξιά, μόσχευμα δεξιού μηρού). Τον Ιούλιο του 2006 παρουσίασε άτονο έλκος του αριστερού άκρου ποδός που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά στην αρχή και στην συνέχεια με ενδοαρτηριακή αγγειοπλαστική. Τον Μάρτιο του 2009 παρουσίασε γάγγραινα του αριστερού άκρου ποδός και οδηγήθηκε, τελικά, σε ακρωτηριασμό του αριστερού κάτω άκρου κάτωθεν του γόνατος τον Μάρτιο του 2009 (7/4/09). Τον Μάιο του 2009 θρομβώθηκε το μόσχευμα του δεξιού μηρού, τοποθετήθηκε μηριαίος καθετήρας δεξιά και στην συνέχεια μήρο-μηριαίο μόσχευμα αριστερά σε νοσοκομείο της Αθήνας. Μετεγχειρητικά παρουσίασε θρομβοφλεβίτιδα του δεξιού κάτω άκρου, εισήχθη στο Νοσοκομείο, αφαιρέθηκε ο μηριαίος καθετήρας και χρησιμοποιήθηκε το μόσχευμα του αριστερού μηρού. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε συχνά επεισόδια μικροβιαμίας κυρίως με *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus spp* και *Klebsiella pneumonia* τα οποία αντιμετωπίστηκαν με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή και τελικώς εξήλθε του Νοσοκομείου σε καλή κατάσταση. Το Σεπτέμβριο του 2009 παρουσίασε δυσουρικά ενοχλήματα, η επισκόπηση των ούρων αποκάλυψε την παρουσία «πράσινων» ούρων, η γενική ούρων έδειξε: pH=6,5, χροιά= πράσινη, αιμοσφαιρίνη= 1+, λεύκωμα= 2++, πυοσφαίρια= 0-2 κ.ο.π., ερυθρά= 0-2 κ.ο.π., καλλιέργεια ούρων= μικτό καλλιέργημα με επικρατούσα *Pseudomonas aeruginosa* > 105 cfu/ml. Κατόπιν αυτού χορηγήθηκε amikacin (Briklin) 500mg IM μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης, χωρίς αποτέλεσμα για αυτό την 16/9/09 αποφασίστηκε εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley και επιχειρήθηκε συνδυασμένη συστηματική αγωγή και τοπική έγχυση αντιβιοτικού στην ουροδόχο κύστη ως εξής: 1. Μεροπενέμη (Meropenem) 1gr x2 IV, και 2. Serum NS 0,9 % 250 ml +1 gr amikacin για τοπική, καθημερινή, έγχυση στην ουροδόχο κύστη διάρκειας 30 λεπτών. Μία εβδομάδα μετά η ασθενής παρέμεινε χωρίς ενοχλήματα και τα ούρα καθάρισαν, συνεχίστηκε η διενέργεια δύο ακόμα τοπικών εγχύσεων στην κύστη κατά τις ημέρες αιμοκάθαρσης και στην συνέχεια διακόπηκε η θεραπεία. Η ασθενής παρέμεινε ελεύθερη συμπτωμάτων μέχρι την 18/11/09 οπότε παρουσίασε εκ νέου δυσουρία και «πράσινα» ούρα. Άρχισε η χορήγηση Κεφεπίμης (Maxipime) 1gr x2 IM βάσει του προηγούμενου αντιβιογράμματος. Μετά μία εβδομάδα δεν υπήρξε καμία ανταπόκριση στην συστηματική χορήγηση αντιβίωσης γι' αυτό την 25/11/09 τοποθετήθηκε καθετήρας Foley και διενεργήθηκε ανιούσα κυστεογραφία η οποία έδειξε την παρουσία μικρής ουροδόχου κύστης και κυστεο-ουρητηρική παλινδρόμηση 3ου βαθμού άμφω. Κατόπιν αυτού άρχισε η ενδοκυστική έγχυση amikacin, όπως προηγουμένως, εν αναμονή της νέας καλλιέργειας ούρων η οποία, μετά 3-ήμερο, έδειξε την παρουσία πολυανθεκτικού στελέχους *Klebsiella pneumonia* και *Enterococcus faecalis*. Διακόπηκε η

έγχυση amikacin και αντικαταστάθηκε με colistin λόγω ευαισθησίας της Klebsiella pneumonia, βάσει αντιβιογράμματος, συγχρόνως χορηγήθηκε Λεβοφλοξασίνη (Tavanic) 500 mg x1 pos για κάλυψη από τον εντερόκοκκο. Μετά από οκτώ τοπικές εγχύσεις colistin στην ουροδόχο κύστη η θεραπεία διακόπηκε και η ασθενής παραμένει σε καλή κατάσταση μέχρι σήμερα χωρίς ενοχλήματα και χωρίς αποβολή «πράσινων» ούρων, παρουσιάζει, όμως, μετρίου βαθμού βαρηκοΐα η οποία προφανώς οφείλεται σε ωτοτοξικότητα της amikacin η οποία απορροφήθηκε από τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης.

Συμπερασματικά η εμπειρία του ανωτέρω περιστατικού δείχνει ότι οι ουρολοιμώξεις από Pseudomonas aeruginosa και Klebsiella pneumonia είναι δυνατόν να προκαλούν την εμφάνιση πράσινων ούρων. Η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση φαίνεται ότι είναι ανενεργής λόγω της ελάχιστης ή/και καθόλου αποβολής ούρων. Η τοπική έγχυση αντιβιοτικών αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της λοίμωξης. Προσοχή στην τοξικότητα των αντιβιοτικών τα οποία φαίνεται ότι απορροφώνται ευχερώς από το μεταβατικό επιθήλιο της κύστης.

5

5. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ KOCURIA VARIANS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)

Μακρίδης Δ, Σπυρόπουλος Π, Ξανθοπούλου Κ, Παπαδόπουλος Ρ, Κελεσιδής Απ, Κοτζαδάμης Ν.

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή. Ο Gram θετικός κόκκος Kocuria Varians ανήκει στην οικογένεια των Micrococcae και αποτελεί συστατικό της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος. Οι λοιμώξεις από αυτόν είναι σπάνιες και έχουν αναφερθεί σε βαριά ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Περιγράφουμε σπάνια περίπτωση υποτροπιάζουσας περιτονίτιδας από Kocuria Varians σε ασθενή υπό ΣΦΠΚ.

Περιγραφή περιστατικού. Ασθενής 68 ετών με ΧΝΝΤΣ λόγω νεφροσκληρωσίας υπό ΣΦΠΚ εδώ και 3 χρόνια, προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους και θολερότητας του υπερδιηθήματος. Ελήφθησαν καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού, έξω στομίου περιτοναϊκού καθετήρα και ρινικού βλεννογόνου. Η καλλιέργεια του περιτοναϊκού υγρού ανέδειξε αποικία ενός Gram θετικού κόκκου, ο οποίος ταυτοποιήθηκε ως Kocuria varians. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με βανκομυκίνη βάσει αντιβιογράμματος. Οι άλλες καλλιέργειες ήταν αρνητικές.

Ο ασθενής έλαβε συνολικά 15 μέρες θεραπείας με βανκομυκίνη. Την πρώτη όμως εβδομάδα από το πέρας της θεραπείας επανήλθε με περιτονίτιδα. Η καλλιέργεια ανέδειξε και πάλι Kocuria varians. Ακολούθησε νέος κύκλος θεραπείας με 21ήμερο σχήμα βανκομυκίνης, ο οποίος αποδείχτηκε ανεπιτυχής, υποτροπιάζοντας μάλιστα 2 ακόμη φορές. Αποφασίστηκε αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα και ταυτόχρονη επανατοποθέτησή του σε άλλη θέση. Από το άκρο του καθετήρα απομονώθηκε Kocuria varians. Ο ασθενής συνέχισε τη θεραπεία με βανκομυκίνη για 21 μέρες και είναι ασυμπτωματικός τους τελευταίους 3 μήνες.

Συμπεράσματα

Η Kocuria varians ανήκει στη φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος, δεν είναι όμως τόσο «αθώα». Στον ασθενή που περιγράψαμε προκάλεσε σημαντική νοσηρότητα με υποτροπιάζουσες περιτονίτιδες.

Ο ασθενής μας, εκτός από τη νεφρική ανεπάρκεια, δεν είχε άλλη αιτία ανοσοκαταστολής.

Οι μικρόκοκκοι μπορούν να σχηματίσουν βιομεμβράνη σε καθετήρες.

Η αφαίρεση και επανατοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα σε άλλη θέση είναι αποδεκτή και προτεινόμενη πρακτική.