

Krystyna Fonferek-Szuca

Oddział Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego w Pile

Dializacyjne zapalenie otrzewnej wywołane przez dwoinkę rzeżączki

STRESZCZENIE

Dializa otrzewnowa jest jedną z metod leczenia nerko-zastępczego, obok hemodializy i przeszczepienia nerki. Wybór terapii powinien być podyktowany brakiem przeciwwskazań do jej rozpoczęcia, a także preferencjami pacjenta z uwzględnieniem stylu życia, obowiązków, którymi jest obciążony, ewentualną pracą zawodową. Przeciwwskazania do leczenia nerkozastępczego metodą dializy otrzewnowej można podzielić na bezwzględne i względne. Do tych pierwszych należy

niezdolność chorego, czy osoby opiekującej się, do prowadzenia terapii, zwłóknienie otrzewnej uniemożliwiające przepływ płynu dializacyjnego, zrosty otrzewnowe, przeciek płynu przez przeponę, przepuklina brzuszna bez możliwości jej korekty chirurgicznej. Żadna z metod nie jest wolna od powikłań, które niejednokrotnie warunkują dalsze losy pacjentów.

Forum Nefrologiczne 2009, tom 2, nr 3, 181–183

Słowa kluczowe: dializa otrzewnowa, dializacyjne zapalenie otrzewnej, dwoinka rzeżączki

Pacjentka (28 lat) dializowana metodą ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej (CADO) od 20 stycznia 2009 roku została przyjęta na oddział nefrologii 4 kwietnia 2009 roku w stanie średnim z powodu występujących od godzin nocnych bólów brzucha, nudności, wymiotów, biegunki, znacznego zmniejszenia ilości oddawanego moczu oraz złego samopoczucia od dnia poprzedniego. Podała wystąpienie mętnego dializatu z wymiany nocnej poprzedzającej hospitalizację. Dwa dni wcześniej hospitalizowana na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Powiatowego, gdzie z powodu cytologii III B miała pobierane wycinki z tarczy szyjki macicy oraz materiał z kanału i jamy macicy.

Przy przyjęciu chora w średnim stanie ogólnym, w badaniu fizykalnym nad polami płuc szmer pęcherzykowy, czynność serca miarowa, przyśpieszona około 90/min, RR 120/70 mm Hg, dodatni objaw Blumberga, anuria. Cytoza dializatu 17 800 kom./ μ l.

W wywiadzie w 1995 roku hospitalizowana na Oddziale Dziecięcym Instytutu Pediatrii w Poznaniu, gdzie rozpoznano zespół Schonleina-Henlocha i na podstawie biopsji (brak wyniku) kłębuszkowe zapalenie nerek. W 2006 roku ciąża zakończona niepowodzeniem w 32. tygodniu. W listopadzie 2008 roku hospitalizowana na Oddziale Neurologii z powodu przemijającego niedowładu połowicznego lewostronnego. Od kilku miesięcy kolejne ambulatoryjne wizyty u ginekologa z powodu upławów, rozpoznawano *colpitis*; 02.04.2009 roku wspomniana wcześniej hospitalizacja z powodu cytologii III B.

Pobrano dializat na cytozę oraz posiew, wykonano u chorej trzy szybkie wymiany dializatu, podano leki przeciwbólowe, cefalosporynę I i III generacji dootrzewnowo do jednej wymiany na 5 godzin, 1500 jednostek heparyny do każdej wymiany.

W pierwszych dobach pobytu szpitalnego stosowano typowe, empiryczne leczenie jw.

Adres do korespondencji:
lek. Krystyna Fonferek-Szuca
Oddział Nefrologii
Szpitala Specjalistycznego w Pile
ul. Rydygiera 1, 64–920 Pila
tel.: (067) 210 64 34
faks: (067) 212 40 85
e-mail: szucak@wp.pl

►► Dializacyjne zapalenie otrzewnej należące do infekcyjnych powikłań dializy otrzewnowej jest najczęstszym powikłaniem tej metody leczenia nerkozastępczego ◀◀

oraz leczenie objawowe z powodu anurii i znacznych dolegliwości bólowych zgłaszanych przez chorą. Przeprowadzono typową diagnostykę (USG jamy brzusznej, USG tunelu Tenckhoffa, RTG przeglądowe jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, posiew moczu, wymaz z okolicy ujścia zewn. tunelu Tenckhoffa, konsultację ginekologiczną).

Z płynu dializacyjnego oraz okolicy ujścia cewnika wyhodowano *Neisseria gonorrhoeae*. Pracowni bakteriologicznej nie udało się wykonać bakteriogramu. Antybiotykoterapię kontynuowano zgodnie z przesłankami empirycznymi cefalosporyną III generacji. Diagnostykę uzupełniono o wymaz z kanału i tarczy szyjki macicy oraz odpowiednie badania u partnera kobiety. Wyhodowano odpowiednio: *Corynebacterium sp.*; preparat bezpośredni — ziarniniaki Gram-dodatnie; u mężczyzny bez patologii. Stosowaną farmakoterapią uzyskano szybką poprawę stanu ogólnego chorej, ustępowanie dolegliwości oraz zmniejszanie, a następnie normalizację cytozy. Wystąpiło natomiast narastanie przewodnienia (masa ciała wyższa od tej przy przyjęciu o 7 kg), pojawiły się obrzęki obejmujące przede wszystkim podudzia, ale również uda i okolicę kości krzyżowej. Notowano zwyżki wartości ciśnienia tętniczego do 180/100 mm Hg. Nie było ultrafiltracji. Zmodyfikowano przepis dializy, włączając na jedną wymianę płyn dializacyjny o stężeniu glukozy 2,27%, włączono przejściowo leki moczopędne *i.v.* Uzyskano ustąpienie obrzęków, ultrafiltrację z doby na poziomie 1500 ml, powrót do wyjściowej masy ciała. Pacjentka została wypisana do domu w stanie dobrym z zaleceniem kontroli w stacji dializ po miesiącu.

Dializacyjne zapalenie otrzewnej (DZO) należące — obok zapalenia ujścia zewnętrznego i tunelu cewnika (ESI [*exit side infection*], TI [*tunnel infection*]), jatrogennego zapalenia otrzewnej oraz „katastrofy brzusznej” — do infekcyjnych powikłań dializy otrzewnowej jest najczęstszym powikłaniem tej metody leczenia nerkozastępczego. Wywołują je następujące patogeny [1, 2]:

- Gram-dodatnie stanowiące 55–80% (w tym *Staphylococcus aureus* 10–25%),
- Gram-ujemne stanowiące 17–30%,
- gruźlicze występujące w 1–2% przypadków,
- grzybicze odpowiedzialne za 2,7–15% przypadków.

Dializacyjne zapalenie otrzewnej z ujemnym wynikiem posiewu dializatu stanowi 5–20% przypadków, z częstością tym większą,

im mniej dokładna jest technika badania mikrobiologicznego [1].

Ponad 90% DZO powodują zakażenia bakteryjne. Rozwój infekcji może się odbywać następującymi drogami [1–3]:

- zakażenie wewnątrz cewnika otrzewnowego, które wynika z nieprawidłowej techniki łączenia systemu. Są to zakażenia najczęściej spowodowane bakteriami Gram-dodatnimi. W przypadku kolonizacji skóry wokół ujścia zewnętrznego cewnika otrzewnowego przez *Staphylococcus aureus* istnieje możliwość wytworzenia biofilmu bakteryjnego wewnątrz cewnika usposabiającego do nawrotów dializacyjnego zapalenia otrzewnej;
- droga okołocewninkowa (częsta w przypadku ESI);
- migracje bakterii Gram-ujemnych lub ich endotoksyn przez ścianę przewodu pokarmowego (w przypadku zapalenia narządów jamy brzusznej i/lub narządów miednicy mniejszej); DZO jest w tym przypadku wtórne do procesu chorobowego toczącego się w jamie brzusznej. Zagroza zwłaszcza pacjentom z patologiami w obrębie jej narządów, na przykład uchyłkowatością jelita grubego, zwyrodnieniem wielotorbielowatym;
- droga krwiopochodna;
- u nosicieli gronkowca złocistego w górnych drogach oddechowych w okresie przeddializacyjnym istnieje większa skłonność do DZO w trakcie trwania programu leczenia dializą otrzewnową i do nawrotów schorzenia.

Dwoinka rzeżączki to Gram-ujemna nieaktywna metabolicznie bakteria wrażliwa na większość antybiotyków, temperaturę powietrza powyżej 60°C, światło i wysychanie. Może wywoływać zakażenia innych układów (poza narządami płciowymi) szczególnie u pacjentów z obniżoną odpornością. Wymienia się ją po *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* jako jedną z przyczyn infekcyjnego zapalenia stawów [4]. Noworodki mogą ulec zakażeniu od chorych matek podczas porodu, czego objawem bywało najczęściej zapalenie spojówek — nieleczone może doprowadzić nawet do ślepoty. W leczeniu, a raczej zapobieganiu, wykorzystuje się wrażliwość drobnoustrojów na związki srebra, stosując u dzieci zabieg Credego.

Bakterie te wykazują wrażliwość wobec [5, 6]:

- penicyliny z inhibitorem,

- cefalosporyny (oprócz I generacji),
- monobaktamy i karbapenemy.

Wobec penicylin, makrolidów, fluorochinolonów i tetracyklin może występować oporność. Ciprofloksacynę czy ofloksacynę często poleca się jako lek drugiego rzutu. Azytromycyna nie jest rekomendowana do leczenia zakażeń dwoinką rzeżączki.

PODSUMOWANIE

Zapalenie otrzewnej u chorych leczonych nerkozastępczo metodą dializ otrzewnowych jest powikłaniem niejednokrotnie stresującym „lekarzy dyżurnych”. Narzuca konieczność ponownej edukacji chorych, dyscyplinuje do większej o nich troskliwości. Mam nadzieję, że uczy też troski o własne bezpieczeństwo chorych.

1. Wańkowicz Z. Powikłania infekcyjne dializy otrzewnowej. W: Rutkowski B. (red.). Leczenie nerkozastępcze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 249–263.
2. Wańkowicz Z. Powikłania dializy otrzewnowej. W: Rutkowski B. (red.). Dializoterapia w praktyce lekarskiej. MAKmed, Gdańsk 2004: 283–304.
3. Książek A. Dializa otrzewnowa. W: Książek A., Rutkowski B. (red.). Nefrologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004: 763–785.
4. Pruszevicz M. Infekcyjne zapalenia stawów. W: Szczekliak A. (red.). Choroby wewnętrzne. Kraków 2006: 1731–1734.
5. Chodera A. Farmakologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993: 592.
6. Dzierżanowska D. Antybiotykoterapia praktyczna. Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2008: 298–299.

Piśmiennictwo