

HEMATURIJA – prikaz pacijenta

HAEMATURIA – case report

Mia Bajković¹, Hrvoje Vuković²

Sažetak

Hematurija je krv u mokraći, odnosno nalaz >3 eritrocita po vidnom polju prilikom pretrage sedimenta mokraće. Može biti mikroskopska ili makroskopska (vidljiva okom) i asimptomatska ili simptomatska, s ili bez drugih urinarnih smetnji. Svaku hematuriju, bila ona mikroskopska ili makroskopska treba dodatno dijagnostički obraditi. Jedan od najčešćih razloga hematurije su infekcije mokraćnog sustava koje se potvrde ili isključe mikroskopskim pregledom i kulturom urina. Ipak, do 50 % makroskopskih i 70 % mikroskopskih hematurija ostaje etiološki neriješeno. Da bi liječenje bio što uspješnije potrebno je pravodobno otkriti uzrok i ovisno o njemu i djelovati. U ovom radu je kroz prikaz slučaja opisano na koji način pristupiti pacijentu sa hematurijom i koji se dijagnostički postupci provode u otkrivanju njenog uzroka.

Ključne riječi: hematurija, dijagnoza, liječenje, obiteljska medicina

Summary

Hematuria is the presence of blood in the urine meaning > 3 erythrocytes per high power field of urine sediment microscopy. It may be microscopic or macroscopic, asymptomatic or symptomatic, with or without other urinary disorders. Hematuria,

microscopic or macroscopic must be investigated and etiologically resolved. However, up to 50% of macroscopic, and 70% of microscopic haematuria remain etiologically unsolved. Leading causes of hematuria are urinary tract infections, confirmed or excluded on the basis of microscopic findings. Therapy will be more effective if the cause is discovered in time and treated accordingly. In this paper a case of hematuria in family medicine is described.

Keywords: hematuria, diagnosis, therapy, family medicine

Uvod

Krv u mokraći ili hematurija jedan je od važnijih znakova bolesti mokraćnog sustava i jedan od češćih simptoma s kojima se susreće liječnik obiteljske medicine u svome radu. Prevalencija asimptomatski mikroskopskih hematurija u općoj populaciji varira od 0,2% i 21%¹. Makroskopska hematurija je jedan od znakova karcinoma mokraćnog sustava i javlja se u 80 % slučajeva čija je učestalost u porastu a prognoza loša². Zbog navedenog prisustvo krvi u mokraći je značajan simptom koji se ne smije zanemariti. Pravodobnom obradom hematurije i otkrivanjem uzroka hematurije može se pojedina bolest otkriti u začetku i tako poboljšati učinak izlječenja.

¹Mia Bajković, specijalizantica obiteljske medicine, Dom zdravlja Zadarske županije, e- mail: mibajkovic@gmail.com

²Hrvoje Vuković, specijalist obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija opće medicine, Zadar

Prikaz slučaja

Pacijentica, stara 65 godina, kućanica javlja se u ambulantu zbog problema s mokrenjem. Naime, jutros dok je mokrila primijetila je mokraću drugačije boje, "kao da je voda ispranog mesa". Ništa je ne boli, nema dizurične smetnje niti povišenu temperaturu. Prije nekih mjesec dana je primijetila sličnu boju mokraće ali tome nije pridavala veću važnost. Sada dolazi jer je zabrinuta. Gospođa živi sa suprugom i dvoje djece u obiteljskoj kući s okućnicom u Zadru. Suprug je također umirovljenik a djeca pohađaju fakultet. Završila je pedagošku akademiju ali nikad nije radila u svojoj struci već kao trgovac u dućanu. Od 1998. liječi se zbog povišenog tlaka i pije amlodipin i ramipril/hidroklortiazid. U dva navrata imala upalu mokraćnog mjehura koja bi prošla na antibiotsku terapiju. Često je zna "stisnuti" u leđima te tada popije ibuprofen tabletu. Ne posjećuje često ambulantu osim što telefonski naručuje kroničnu terapiju. Otac i majka su joj dugo poživjeli, nisu bolovali od težih bolesti i umrli su u 90-tim godinama života. Sestra boluje od Parkinsonove bolesti. Ne puši, alkohol uzima prigodno. Alergiju na lijekove negira. Svakodnevno je dosta fizički aktivna jer puno vremena provodi u vrtlarskim poslovima. Inače se osjeća dobro, ne navodi nikakve druge smetnje, nije primijetila gubitak na težini. Srednje je osteomuskularne građe, TV 168 cm, TT 66 kg, ITM 23,4 kg/m². Kardipulmonalno kompenzirana. Njezin arterijski tlak je bio 140/75 mm Hg. Abdomen je bio mekan, bezbolan na palpaciju i pritisak, bez organomegalije, čujne peristaltike. Lumbalna sukusija je bila obostrano negativna. Ekstremiteti su bili simetrični, bez edema s čujnim perifernim arterijskim pulzacijama. Pacijenticu sam uputila u laboratorij zbog kompletne analize urina i analize krvi.

Savjetovala sam joj da pije dosta tekućine i da dođe sutradan na kontrolu kako bi pogledali nalaz urina i vidjeli je li se što promijenilo u njenom zdravstvenom stanju. Na kontrolnom pregledu pacijentica je i dalje bez bolova, mokraća je

tamnije boje i mutna. Za razliku od jučerašnjeg dana počela je češće mokriti. Laboratorijski nalazi su sljedeći: SE 36, KKS i DKS uredni, GUK 5,9, kreatinin 78, Kolesterol 8,0, Tg 1,36, transaminaze unutar referentnih vrijednosti; urin: alb. trag., boja žut, E +++ (2964/μl), L 73, leukocitna esteraza ++, nešto bakterija. Kako su bili prisutni znakovi upale u terapiju samu uvela kroz sedam dana cefuroksim u dozi 2x500 mg. Savjetovala sam pacijentici da pije dosta tekućine uz redovito pražnjenje mjehura. Izdajem uputnicu za kontrolni nalaz urina i urinokulturu. Na kontrolnom pregledu pacijentica se osjeća bolje, nema više dizurične smetnje niti promjenu boje mokraće. U kontrolnim nalazima urina nalazi se trag krvi, u sedimentu 10- 15 E te 1-2 L sa nešto sluzi. Nalaz urinokulture učinjen 7 dana nakon uzete terapije je bio sterilan. Zbog recidivirajuće hematurije pacijenticu odlučujem uputiti na daljnju dijagnostičku obradu te joj objašnjavam razloge upućivanja. Izdajem uputnicu za citološku analizu urina tri dana za redom, napominjući da treba dati drugi jutarnji urin. Ispisujem uputnicu i za UZ urotakta, kako bi se isključilo postojanje kamenaca. Objašnjavam pacijentici da će je ovisno o nalazu radiološke pretrage i citološke analize, ako se za to ukaže potreba, uputiti na konzultaciju. Citološki su nađeni glatki E bez prisutnih dismorfičnih oblika, po koji neutrofilni granulocit s nešto bakterija. UZ pretragom utvrđeni su kamenci u donjem dijelu desnog uretera. Pacijentici sam objasnila uzrok krvi u mokraći, preporučila hidraciju a u slučaju bolova da se javi u ambulantu. Dogovorile smo redovitije laboratorijske kontrole mokraće.

Rasprava

Hematurija se definira kao prisutnost tri ili više crvenih krvnih stanica po polju u dva od tri ispravno prikupljena uzorka urina^{2,3}. Može biti mikroskopska ili makroskopska (vidljiva okom) i asimptomatska ili simptomatska, s ili bez drugih urinarnih smetnji. Izolirana hematurija je nalaz eritrocita u mokraći bez

drugih patoloških nalaza u mokraći (proteinurije, cilindara). Jedan od najčešćih razloga hematurije su infekcije mokraćnog sustava koje se potvrde ili isključe mikroskopskim pregledom urina i kulturom urina. Drugi najčešći uzrok su bubrežni kamenci koji se obično javljaju s boli i uz mikroskopsku hematuriju. Ostali mogući uzroci su trauma zdjelice i bubrega, IgA nefropatija, membranski glomerulonefritis, jatrogeni uzroci, benigni angiomiolipomi, strikture i benigna hiperplazija prostate te maligna bolest⁴. U slučajevima kad je prisutna makroskopska hematurija uz faktore rizika potrebna su daljnja ispitivanja kako bi se isključio malignitet. Istraživanja su pokazala da se u do 50% makroskopskih hematurija i 70 % mikroskopskih ne nađe određeni uzrok⁴. To se može pripisati prolaznim benignim fiziološkim uvjetima, uključujući snažne fizičke vježbe, seksualni odnos ili menstrualnu kontaminaciju⁴. Svaku hematuriju, bila ona mikroskopska ili makroskopska treba dodatno dijagnostički obraditi.

Dijagnoza hematurije s kliničkim simptomima temelji se na anamnezi, obiteljskoj anamnezi, kliničkom pregledu i laboratorijskim nalazima. Anamneza obuhvaća podatke o trajanju i ranijem pojavljivanju hematurije. Treba pitati za simptome opstrukcije mokraćnog sustava (npr. nepotpuno pražnjenje mokraćne, nikturiju, tegobe prilikom početka i završetka mokrenja) i simptome nadražaja (npr. pečenje, čestu potrebu za mokrenjem, disuriju). Bolesnike upitati o postojanju boli, njezinoj lokalizaciji i jačini. Anamneza treba sadržavati pitanja o svim nedavnim infekcijama (postinfekcijski glomerulonefritis), bolovima u zglobovima (reumatske bolesti) i prisutnosti edema ili povećanju tjelesne težine (glomerulonefritis). Saznati postojanje eventualnih čimbenika rizika za razvoj raka mokraćnog sustava, uključujući pušenje, lijekove (npr. ciklofosamid, fenacetin, uzimanje antikoagulansa) i izlaganje industrijskim kemikalijama (npr. nitratima, nitritima, trikloretilenu). Anamneza mora biti upotpunjena detaljnom obiteljskom anamnezom (policistična

bolest bubrega, bolesti glomerula ili neoplazme mokraćnog mjehura). Klinički pregled bolesnika zahtijeva pregled abdomena pri kojem se inspekcijom i palpacijom može otkriti palpabilna masa koja odgovara novotvorini bubrega, policističnom bubregu ili hidronefrozi, a pozitivna lumbalna sukusija može odgovarati upali bubrega ili pak bubrežnoj koliki. Na licu i ekstremitetima treba tražiti edeme (ukazuju na bolest glomerula) a na koži osipe (ukazuju na vaskulitis, SLE). Posebnu pozornost treba posvetiti inspekciji spolovila u muškaraca te genitalija u žena, čije promjene mogu biti uzrokom mikrohematurije. U muškaraca važnu ulogu u kliničkom pregledu ima digitorektalni pregled prostate. Anamneza i klinički pregled bolesnika se upotpunjuju laboratorijskim nalazima krvi i urina te nalazom urinokulture. U krvi određujemo hemogram, vrijednosti kreatinina, elektrolitski status te vrijednosti koagulograma, a kod muškaraca i PSA. Sedimentom urina dokazujemo prisutnost eritrocita i njihovu morfologiju, a urinokulturom postojanje infekcije, koja može biti uzrok mikrohematurije^{5,6}.

Ukoliko nema znakova infekcije mokraćnog sustava sljedeći korak je citološka analiza urina i razlikovanje glomerularne i neglomerularne hematurije. Citološki nalaz urina također nam otkriva prisutnost displastičnog epitela ili metaplastičnih stanica. Ukoliko je prisutna proteinurija i dismorfni eritrociti i povišen kreatinin to nas upućuje na glomerularne uzroke hematurije i to zahtijeva daljnje nefrološko praćenje. Ako je isključen glomerularni uzrok potrebna je urološka obrada^{2,3}. Nakon citološke obrade urina slijedi radiološka obrada gornjih dijelova mokraćnog sustava (UZ bubrega, CT bubrega, intravenska urografija) te cistoskopija za promjene donjih dijelova. Ako su one nedostatne, potrebna je biopsija bubrega. Cistoskopija se provodi u svih bolesnika koji su stariji od 40 godina s asimptomatskom mikrohematurijom i pozitivnim citološkim nalazom urina te u bolesnika mlađih od 40 godina koji imaju čimbenike rizika. Periodično

praćenje bolesnika s negativnom inicijalnom evaluacijom asimptomatske mikrohematurije u ambulanti obiteljskog liječnika sastoji se od analize sedimenta urina, citološke analize urina te mjerenja arterijskog tlaka nakon 6, 12, 24 i 36 mjeseci. Ako su nalazi negativni i nakon 3 godine, nije potrebno daljnje urološko praćenje^{5,7}. Liječenje hematurije ovisi o etiologiji bolesti.

Zaključak

Hematurija je znak ili simptom, slučajan nalaz ili početak teške bolesti bubrega i mokraćnog sustava. Mikroskopska hematurija može biti povremena čak i u pacijenata u kojih se naknadno otkrije maligna bolest urotakta⁸. Makroskopska hematurija nosi veći rizik za malignost jer su maligne bolesti mokraćnog sustava četiri puta češće u bolesnika s tom vrstom hematurije u odnosu na mikroskopsku hematuriju^{2,9}. Hematurija može imati značajan utjecaj na kvalitetu života i svakodnevno funkcioniranje. U obradi treba izbjegavati nepotrebne dijagnostičke ili terapijske postupke, razviti kvalitetan odnos liječnik – pacijent pa će se tako postići pravodobno izlječenje ako to priroda same bolesti nalaže. Stoga, još jednom naglašavam, svaka hematurija zahtijeva detaljnu obradu, ciljanu terapiju i pravilno praćenje u svrhu izlječenja ili poboljšanja kvalitete života.

Literatura

1. Grossfeld GD, Wolf JS Jr, Litwan MS, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, i sur. Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. *Am Fam Physician*. 2001;63:1145–54.
2. Moloney F, Murphy KP, Twomey M, O'Connor OJ, Maher MM. Haematuria: an imaging guide. *Adv Urol*. 2014; doi: 10.1155/2014/414125. Dostupno na: www.hindawi.com/journals/au/2014/414125
3. European Association of Urology Guidelines. Proceedings of the 25th EAU Annual Congress. Barcelona: European Association of Urology Guidelines; 2010.
4. Yeoh M, Lai NK, Anderson D, Appadurai V. Macroscopic haematuria – an urological approach. *Aust Fam Physician*. 2013;42:123-6.
5. Ivančević Ž, i sur, urednici. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 2. hrv. izd. Split: Placebo; 2010.
6. Sotošek S. Mikrohematurija. *Medicus*. 2015;24:67-74. Dostupno na: <http://www.plivamed.net/medicus/clanak/11143/>
7. Wollin T, Laroche B, Psooy K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Can Urol Assoc J*. 2009;3:77–80.
8. Mazhari R, Kimmel PL. Hematuria: an algorithmic approach to finding the cause. *Cleve Clin J Med*. 2002;69:870–6.
9. Yun EJ, Meng MV, Carroll PR. Evaluation of the patient with hematuria. *Med Clin North Am*. 2004;88:329–43.