

NHIỄM NẤM CANDIDA ĐƯỜNG NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN TIỂU ĐƯỜNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Urinary candidiasis in a diabetes mellitus patient: case report

Vũ Văn Ty*, Bùi Phương Anh**, Trà Anh Duy*, Đặng Đình Hoan**

SUMMARY

Background and purpose: To evaluate the diagnosis and treatment Candiduria in diabetes mellitus patient.

Case report: A Candiduria in a diabetes mellitus patient was diagnosed with 2D, color USG, MSCT & urin exams..Result was confirmed by surgery and anatomopathology. The treatment was carried out in 7-2011 at Binh Dan hospital.

Result: 2 rounds of Fluconazole was indicated, clinical and para-clinical symptoms have been improved, but fungal cells still existing in urine.

Conclusion: Fungal infection of the urinary tract is a uncommon disease often occurs in patients with immuno-deficiency, our case from diabetes mellitus.. Treatment should be considered to use system and local antifungal drugs.

Keywords: fungal infection, Candiduria, diabetes mellitus type 2, antifungal drug.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm nấm đường tiết niệu là bệnh lý ít gặp. Cũng như những cơ quan khác, nhiễm nấm đường tiết niệu thường xuất hiện trên những BN có yếu tố nguy cơ cao. Trong trường hợp này, chúng tôi báo cáo một trường hợp nhiễm nấm Candida niệu trên BN đái tháo đường.

II. CA LÂM SÀNG

BN Lê Thị Phương D. sinh: 1969, nữ, vào viện tháng 7/2011, số nhập viện: 211/13611. Lí do nhập viện: tiểu máu. Bệnh sử: BN tiểu máu đại thể toàn dòng 1 tuần, sốt cao liên tục, kèm tiểu gắt buốt và đau tức hông lưng (P) nhiều, đến khám và nhập Bệnh viện Bình Dân. Tiền căn: đái tháo đường type 2 đã 5 năm, điều trị tại Bệnh viện Quảng Nam không liên tục. Viêm phổi do nấm cách ngày nhập viện khoảng 1 năm, đã

điều trị tại Bệnh viện Quảng Nam. Mổ lấy sỏi thận (T) tại Bệnh viện Quảng Nam năm 2009. Thăm khám: BN tỉnh, tiếp xúc tốt. Tổng trạng trung bình, da niêm mạc hồng. Sốt # 39-40°C. Đau tức hông (P) nhiều. Bụng mềm. Gan lách không sờ chạm. Chạm thận hai bên (-). Rung thận hai bên (-). Xét nghiệm: Công thức máu: WBC: 9,46K/uL, N:60,2%, L: 29,1%.RBC: 4,87/m/ uL, Hb: 13g/dl, Hct: 40,2%, PLT: 289K/uL. Creatinin 61 umol/L. Đông máu toàn bộ: Ts: 3 phút.TQ: 12,6/12,9 giây.TCK: 26,3/32 giây.Fibrinogen: 4,63g/l.Nhóm máu: O +. Đường huyết không ổn định. 6 -14,7 mmol/L. HbA1c: 10,4%. Tổng phân tích nước tiểu: GLU (++), LEU (+++), BLD (+++).

Thuốc dùng hàng ngày: Diamicon MR 30mg 1 viên (uống). Glucophage 850mg 1 viên x 2 lần (uống). X quang phổi thẳng: bình thường. Siêu âm Doppler hệ niệu: Thận (P) ứ nước độ II, có khối phản âm kém, không đồng nhất trong xoang thận (P) và niệu quản (P) kèm nhiều nốt phản âm dày dạng đóng vôi rải rác bên trong. Không thấy phổ tín hiệu Doppler trong khối tổn thương này.

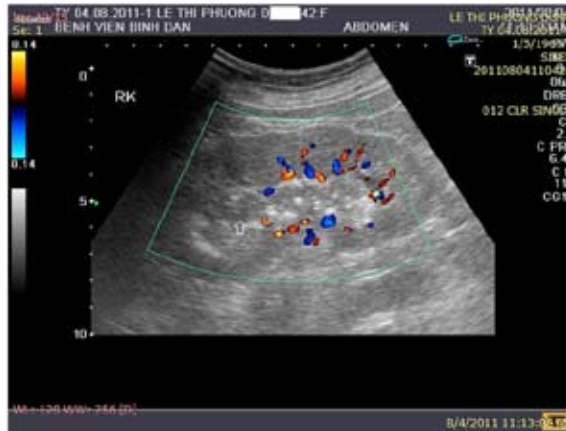
* Khoa Niệu A - Bệnh viện Bình Dân

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Bình Dân



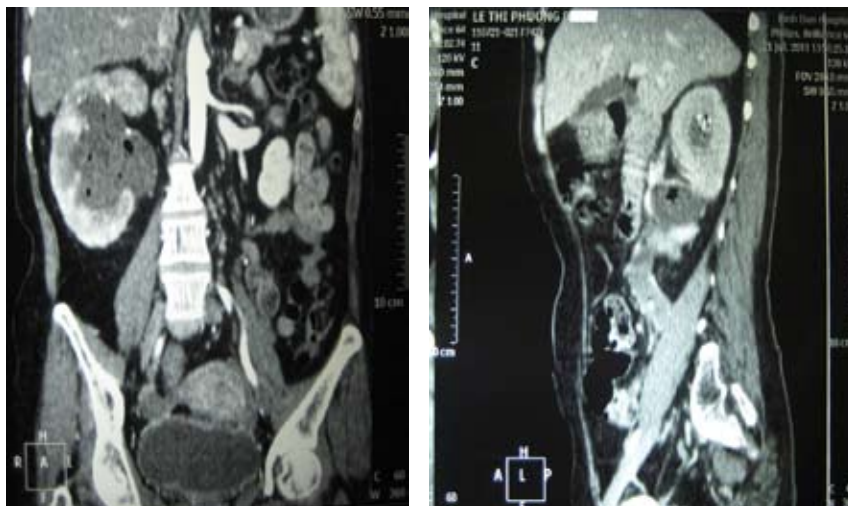
Siêu âm thận 2D dọc

ngang



Siêu âm màu

MSCT bụng chậu có cản quang: Thận (P) chậm phân tiết thuốc cản quang, có bóng hơi và sỏi nhỏ rải rác trong xoang thận, ứ nước độ II với niệu quản dẫn vừa đến đoạn ngang thân đốt sống L3-L4 thì không dẫn, có thành dày tạo chít hẹp phản quang hơi cao lẫn rải rác nốt đóng vôi, đậm độ không đồng nhất sau khi bơm thuốc. Đoạn này dày 18mm và sài 29mm, không sỏi niệu quản.



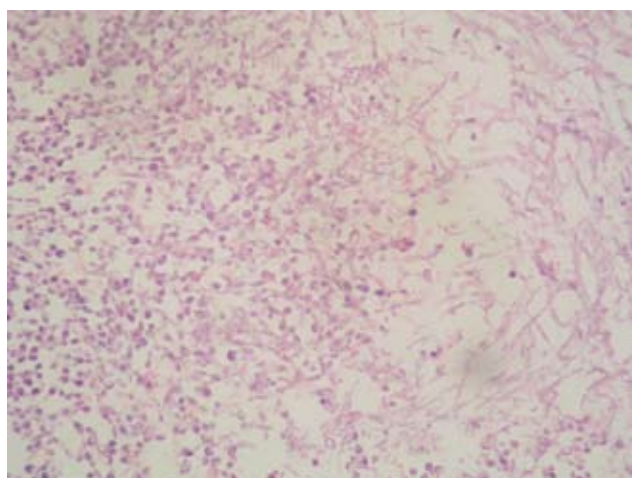
Chẩn đoán: viêm thận bể thận (P), chưa loại trừ bứơu niệu quản (P).

Phẫu thuật: gây tê tủy sống. Soi bàng quang thấy nhiều mô hoại tử trôi nổi trong bàng quang. Súc rửa bàng quang ra nhiều mô như trên. Niệu quản (P) dẫn, soi lên niệu quản (P) thấy còn mô hoại tử trôi nổi và nước tiểu đục. Đặt thông JJ niệu quản (P), đặt thông niệu đạo.

Kết quả giải phẫu bệnh: đại thể có nhiều mẫu mô nát màu trắng đục.

Vi thể: nhiều tế bào viêm các loại, xác bạch cầu, hồng cầu và chất vô định hình.

Kết luận: mô viêm hoại tử và các sợi nấm.



Soi nước tiểu: sợi tơ nấm giả, tế bào hạt men (++++).

Cấy định danh: Candida non - albicans.

Chẩn đoán xác định: nhiễm Candida niệu / Đái tháo đường type 2. Điều trị: Fluconazole 100mg 1 viên x 2 lần, uống / ngày trong 14 ngày. Siêu âm bụng sau khi điều trị đợt 1 Fluconazole.



Sau điều trị 2 đợt, kết quả cấy vẫn còn tế bào nấm Candida non- albicans. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giảm rõ rệt.

III. BÀN LUẬN

Viêm thận bể thận sinh hơi là một biến chứng hiếm gặp của bệnh tiểu đường. Trường hợp báo cáo lần đầu tiên năm 1898 bởi Kelly & Mac Callum. Bệnh học của tình trạng này chưa được biết rõ, có 02 giả thuyết được đưa ra:

Ở BN mắc bệnh tiểu đường có nồng độ glucose cao trong các mô, đó là chất nền cho các vi khuẩn có khả năng sinh hơi bằng cách sử dụng đường. Do sự đáp ứng không đầy đủ của cơ thể BN với các yếu tố nguyên nhân tại chỗ ví dụ như tình trạng tắc nghẽn (do sỏi hoặc ung thư) hoặc yếu tố nguyên nhân toàn thân như tiểu đường cho phép các vi khuẩn có khả năng sản xuất Carbon dioxide và hydrogen có thể sử dụng các mô hoại tử như chất nền cho việc sản

xuất khí. Viêm thận bể thận sinh hơi thường gặp ở người lớn, đái tháo đường ở người trẻ thường không phải là yếu tố nguy cơ. Tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn nam. Nguyên nhân thường gặp nhất là E. Coli, các tác nhân khác có thể là Klebsiella, proteus và Candida, trong đó Candida là nguyên nhân hiếm gặp gây viêm thận bể thận sinh hơi.

Trên hình ảnh X quang, hình ảnh viêm thận bể thận sinh hơi chính là hình ảnh hơi rải rác trong chủ mô thận, đôi khi có thể thấy hình ảnh hơi trong mô cạnh thận và khoang sau phúc mạc. Siêu âm có thể ghi nhận được các bóng hơi nhỏ trong nhu mô thận. CT Scan giúp đánh giá xác định vị trí của hơi và mức độ lan rộng của tình trạng nhiễm trùng. Huang JJ và Tseng CC⁽⁴⁾ từ năm 1987-1999 đã phân độ viêm thận bể thận sinh hơi trên hình ảnh CT scan ở các BN dựa vào các đặc điểm cơ bản sau: Độ I: hơi ở trong hệ thống góp. Độ II: hơi trong chủ mô thận. Độ IIIa. Hơi trong chủ mô thận, có lan ra ngoài khoang ngoài thận. IIIb. Hơi ở ngoài khoang cạnh thận. Độ IV: Hơi ở hai bên hoặc toàn bộ thận. Dựa trên phân độ trên các tác giả đánh giá tỷ lệ tử vong của BN lần lượt như sau: Độ I: 0 %; độ II: 10%; độ IIIa: 29%, độ IIIb: 19% và độ IV # 50%.

Đường tiết niệu sinh dục rất hiếm khi là nguồn nhiễm nấm chính, trừ khi là Candida. Tuy nhiên nhiễm Candida niệu cũng có thể là một phần từ nhiễm nấm hệ thống. Trong thập kỷ 1980 đến 1990, khoảng 350.000 BN nhiễm khuẩn đã được báo cáo của hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện Hoa Kỳ NNIS⁽²⁾: Nhiễm nấm chiếm 7,9%, trong đó Candida chiếm 6,2% tổng số các bệnh nhiễm khuẩn. Tài liệu của NNIS 1989-1999 cho thấy giảm đáng kể tỷ lệ mắc Candida albicans và tăng dần các loại Candida khác.

Trong báo cáo này, Candida albicans chiếm 59% trong nhiễm Candida máu, tiếp theo là C. glabrata(12%), C. parapsilosis(11%), C. tropicalis(10%) và C. krusei (1,2%). Yếu tố tiên lượng nhiễm Candida máu dựa vào các ổ nhiễm chính bao gồm ống thông nội mạch

(65%), dinh dưỡng đường tĩnh mạch (42%), đường tiết niệu (11%), đường tiêu hóa (8%) và đường hô hấp (7%)⁽¹⁰⁾. Như vậy, nhiễm Candida niệu trên BN này cũng có thể nói là nhiễm Candida hệ thống, vì có tiền căn viêm phổi do nấm trên BN bị đái tháo đường. Về điều trị toàn thân: Fluconazole được sử dụng bằng đường uống hoặc bằng đường tĩnh mạch đạt được nồng độ cao trong nước tiểu⁽¹⁾. Dùng theo đường uống Fluconazole (100mg hai lần mỗi ngày trong 10 ngày) loại trừ Candida niệu 19/20 BN và đạt được tỷ lệ tương đương như bơm Amphotericin B vào bàng quang^(3,8). Mức Creatinine trong huyết thanh cao liên quan với tỷ lệ giảm loại trừ nấm từ nước tiểu là do giảm lượng nước tiểu chứa Fluconazole⁽⁹⁾. Fluconazole kháng nấm hiệu quả hầu hết các loại Candida, ngoại trừ Candida krusei và Candida glabrata. Trên BN này chúng tôi áp dụng phác đồ Fluconazole 100mg 1 viên x 2 uống/ngày trong 14 ngày. Chúng tôi sử dụng 2 đợt, nhưng kết quả cấy vẫn còn tế bào nấm. Như vậy, có thể nhóm Candida non-albicans này có thể không nhạy với Fluconazole hoặc lượng Fluconazole trong nước tiểu vẫn chưa đủ để loại trừ nấm. Chúng tôi đang suy nghĩ đến giải pháp dùng phối hợp với thuốc kháng nấm khác như Ketoconazole hoặc phải chuyển phương pháp rửa trực tiếp bằng Amphotericin B. Về điều trị tại chỗ: hầu hết các nghiên cứu sử dụng một liều 50mg Amphotericin B/ 1000ml nước hoặc dextrose 5%/ nước bơm rửa khoảng 40ml/giờ (1lít/ngày)^(3,9,12). Chúng tôi đang xem xét đặt thông niệu quản để bơm rửa trực tiếp Amphotericin B vào bể thận.

IV. KẾT LUẬN

Nhiễm nấm đường tiết niệu là bệnh lý ít gặp. Bệnh xuất hiện ở những BN có yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch, trong trường hợp này là đái tháo đường. Chẩn đoán dựa trên kết quả soi và cấy định danh. Đánh giá tình trạng lan rộng của viêm nhiễm dựa trên hình ảnh CT scan. Việc điều trị cần xem xét giữa việc phối hợp dùng thuốc kháng nấm hệ thống và tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bartone FF, Hurwitz RS, Rojas EI, et al (1998). The role of percutaneous nephrostomy in the management of the obstructing candidiasis of the urinary tract in infants. *J Urol*, vol 140: 338-341.
2. Edwards JE (1991). Invasive *Candida* infections: Evolution of a fungal pathogen. *N Engl J Med*, vol 324:1060-1062.
3. Fan- Havard P, O'Donovan C, Smith SM, et al (1995). Oral fluconazole versus Amphotericin B bladder irrigation for treatment of candidal funguria. *Clin Infect Dis*, vol 31: 960-965.
4. Huang JJ, Tseng CC (2000). Emphysematous pyelonephritis: Clinico-radiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. *Arch Intern Med* 2000;160:797-805.
5. Kauffman CA, Vazquez JA, Sobel JD (2000). A prospective Multicenter surveillance study of *Funguria* in hospitalized patients. *Clin Infect Dis*, vol 30: 14-18.
6. Kelly HA, MacCallum WG (1898). Pneumatouria. *JAMA* 1898; 31: 375
7. Manzano-Gayosso P, Henandez F, Zavala VM, Mendes TL, et al (2008). Candiduria in type 2 diabetes mellitus patients and its clinical significance. *Candida spp. Antifungal susceptibility. Rev Med Ints Mex Seguro Soc*. Vol 46(6): 603-610.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá việc chẩn đoán và điều trị một trường hợp nhiễm nấm *Candida* niệu.

Ca lâm sàng: Một trường hợp nhiễm nấm *Candida* niệu được chẩn đoán với dấu hiệu siêu âm 2D, siêu âm màu, chụp cắt lớp điện toán đa dãy và xét nghiệm nấm. Kết quả được xác minh bằng phẫu thuật và GPB. Bệnh nhân (BN) được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân tháng 7 năm 2011.

Kết quả: Sau khi được điều trị Fluconazole 2 đợt, tế bào nấm vẫn còn trong nước tiểu nhưng các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cải thiện.

Kết luận: Nhiễm nấm đường tiết niệu là bệnh lý ít gặp. Bệnh xuất hiện ở những BN có yếu tố suy giảm miễn dịch, trong trường hợp này là đái tháo đường typ 2. Hình siêu âm và CLĐT có những điểm đặc trưng cho nhiễm nấm. Việc điều trị cần phải xem xét giữa việc phối hợp thuốc kháng nấm tại chỗ và hệ thống.

Từ khóa: Nhiễm nấm, *Candida* niệu, đái tháo đường typ 2, thuốc kháng nấm.