

Infezioni del tratto urinario

M. Baldeyrou, P. Tattevin

Le infezioni del tratto urinario (UTI) sono caratterizzate dalla loro frequenza, ma anche dalla loro varietà, andando dalla semplice colonizzazione allo shock settico. È fondamentale distinguere le situazioni di UTI semplici dalle UTI a rischio di complicanze (il termine “complicate” è stato abbandonato), in cui il terreno fisiologico (bambino, uomo, gravidanza, anziano), il terreno patologico (immunodepressione grave, insufficienza renale) o l’esistenza di un’anomalia funzionale del tratto urinario possono portare a quadri clinici gravi. Le UTI gravi sono definite da una sepsi o da uno shock settico o dall’indicazione a un drenaggio chirurgico o interventistico delle urine. Gli enterobatteri, principalmente Escherichia coli, sono i principali microrganismi responsabili di UTI, con un attuale aumento della resistenza agli antibiotici. Di conseguenza, le cefalosporine di terza generazione per via parenterale sono divenute il trattamento probabilistico di prima intenzione per le infezioni parenchimali, poiché la resistenza di E. coli nel 2015 a queste molecole è stimata al 4%. L’infezione del tratto urinario inferiore o cistite associa bruciore durante la minzione, pollachiuria, sensazione di peso pelvico e presenza di urine torbide, senza sindrome infettiva. Se v’è ipertermia, si parla di lesione parenchimale (pielonefrite o prostatite), acuta o cronica. Lo stick urinario è sufficiente per la diagnosi di cistite acuta semplice della donna, ma, negli altri casi, l’esame di elezione è l’esame citobatterologico delle urine (ECBU). L’ecografia del tratto urinario non è più sistematica nelle infezioni del tratto urinario superiore, così come l’ECBU di controllo sistematico non è più indicato. La gestione terapeutica associa misure igienicodietetiche, un drenaggio delle urine in caso di ostacolo e una terapia antibiotica probabilistica secondariamente adattata ai batteri isolati e all’antibiogramma.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Infezioni del tratto urinario; Cistite; Prostatite; Pielonefrite; Colonizzazione urinaria; Antibioticoresistenza

Struttura dell’articolo

■ Introduzione	1
■ Dalla fisiopatologia alla clinica	1
■ Epidemiologia	2
Batteri coinvolti nelle infezioni del tratto urinario	2
Aumento dell’antibioticoresistenza	2
■ Presentazione clinica delle infezioni del tratto urinario	2
Segni clinici comuni	2
Forme topografiche	2
Complicanze	2
Forme particolari	2
Infezioni del tratto urinario o colonizzazione della donna in gravidanza: da individuare e trattare	3
■ Gestione nella pratica	3
Esami complementari: quali e in quali circostanze?	3
Gestione terapeutica	4

le situazioni di UTI semplici dalle UTI a rischio di complicanze, che tengono conto del terreno fisiologico (bambino, uomo, donna in gravidanza, anziano) e patologico (insufficienza renale, immunodepressione), nonché di un’eventuale anomalia del tratto urinario.

■ Dalla fisiopatologia alla clinica

Il tratto urinario è fisiologicamente sterile e solo l’uretra distale è colonizzata dalla flora fecale, cutanea e genitale. L’anatomia del tratto urinario e la sua fisiologia permettono una difesa ottimale contro lo sviluppo di un’infezione “ascendente” a partire da questa flora (eliminazione intermittente attraverso la minzione, flusso minzionale costante a livello ureterale, lunghezza degli ureteri, ruolo battericida del muco vescicale) [1].

L’UTI comunitaria è principalmente di meccanismo “ascendente” con invasione o della vescica, e si utilizza allora il termine di cistite, o del rene o della prostata, e si usa, in tal caso, il termine di pielonefrite acuta (APN) o di prostatite. Si parla di UTI a rischio di complicanze in presenza di uno o più fattori di rischio, come la stasi urinaria (legata all’ipertrofia prostatica o ai prolassi urogenitali), la stenosi uretrale, le anomalie del tratto urinario, le modificazioni urodinamiche legate alla gravidanza o i cateterismi urinari. Il diabete non fa più parte dei fattori di rischio di complicanze. La definizione di soggetto anziano è stata precisata:

■ Introduzione

Le infezioni del tratto urinario (UTI) sono caratterizzate dalla loro elevata frequenza e dalla loro varietà, andando dalla cistite semplice allo shock settico. È, quindi, fondamentale distinguere

si tratta di tutti i pazienti oltre i 75 anni, nonché dei pazienti oltre i 65 anni con almeno tre criteri di fragilità di Fried, tra cui: perdita di peso involontaria durante l'ultimo anno, velocità di deambulazione lenta, scarsa resistenza, debolezza/stanchezza e ridotta attività fisica. L'UTI maschile è considerata a rischio di complicanze a causa della frequenza delle anomalie anatomiche o funzionali sottostanti. Quando non vi sono fattori favorevoli, si parla di UTI semplice [2].

■ Epidemiologia

Si tratta della seconda causa di infezioni batteriche comunitarie dopo le infezioni respiratorie. Le UTI insorgono principalmente nella donna. La breve distanza tra ano e uretra nella donna spiega in parte questo squilibrio. L'incidenza delle UTI aumenta con l'età. L'esistenza di un'incontinenza, di un prolasso e di un residuo postmizionale aumenta questo rischio [1].

Batteri coinvolti nelle infezioni del tratto urinario

La patogenicità di alcuni batteri è legata ai fattori di adesione alle mucose e alla produzione di emolisine, che distruggono le cellule epiteliali del tratto urinario. L'ostruzione delle vie urinarie o la cateterizzazione vescicale sono elementi che favoriscono la colonizzazione urinaria. *Escherichia coli* è all'origine del 70-95% delle UTI. Gli altri enterobatteri, in particolare *Proteus* sp., sono implicati nel 15-25% dei casi. *Staphylococcus saprophyticus*, a differenza di *Staphylococcus aureus* o di *Staphylococcus epidermidis*, è in grado di aderire alle cellule uroteliali ed è responsabile del 5-10% delle cistiti semplici della donna giovane, ma rimane eccezionale nelle UTI parenchimali. Si riscontrano gli stessi uropatogeni per le prostatiti comunitarie, fatta eccezione per le infezioni a trasmissione sessuale da gonococco, *Chlamydia trachomatis* o *Mycoplasma genitalium*. Nei pazienti ospedalizzati o che presentano anomalie del tratto urinario, l'epidemiologia si arricchisce di UTI da *Pseudomonas aeruginosa*, enterococchi e *S. aureus* [2].

Aumento dell'antibioticoresistenza

La prevalenza della resistenza agli antibiotici negli enterobatteri è in aumento, complicando la terapia antibiotica probabilistica.

Nel 2015, secondo l'Osservatorio nazionale di epidemiologia e di resistenza batterica agli antibiotici (ONERBA) in Francia, il 43% di *E. coli* riscontrati nelle UTI comunitarie è resistente all'amoxicillina, il 17% all'associazione amoxicillina-clavulanato, il 20% al cotrimossazolo, il 14% ai fluorochinoloni (FQ), meno del 5% alle cefalosporine di terza generazione (C3G) e l'1% ai furani e alla fosfomicina [3]. La resistenza ai FQ continua a crescere: il 91% dei ceppi di *E. coli* era sensibile ai FQ nel 2004. Il principale fattore di rischio di resistenza ai FQ è un precedente trattamento con FQ negli ultimi sei mesi (69% di resistenza, se utilizzati negli ultimi 3 mesi) [4].

Le betalattamasi a spettro esteso (ESBL), inizialmente essenzialmente ritrovate in ambito ospedaliero, si sono diffuse in ambito comunitario. Questi batteri idrolizzano tutte le betalattamine, eccetto cefamicine, penemi e moxalactam. Nel 2013, le ESBL rappresentavano il 3,3% dei ceppi di *E. coli* isolati nelle urine sul territorio. Esistono disparità all'interno del territorio nazionale, poiché la percentuale di ESBL nelle urine sul territorio varia dall'1,8% in Bretagna al 5,1% in Provenza-Costa Azzurra [3]. Nel trattamento delle cistiti da ESBL, il mecillinam (il 91% dei ceppi di *E. coli* ESBL resta sensibile a questa betalattamina), la fosfomicina (sensibilità > 98%) e la nitrofurantoina (sensibilità > 90%) sono i trattamenti di elezione. Per il trattamento delle UTI parenchimali da ESBL, è necessario verificare la concentrazione minima inibente (MIC), prima di utilizzare le betalattamine. Essa è misurata in gradiente di diffusione in agar, microdiluzione in ambiente liquido o diluizione in agar. Per consentire l'uso di queste molecole, la MIC deve essere inferiore o uguale a 8 mg/l per cefoxitina,

tazocillina e temocillina, il che interessa circa il 90%, l'80% e il 61% dei ceppi, rispettivamente [5]. Essa deve essere inferiore o uguale a 1 mg/l per le C3G parenterali. L'adozione delle nuove concentrazioni critiche aumenta il numero di *E. coli* produttori di ESBL resi "sensibili" all'amoxicillina-clavulanato (40% nel 2013), il che è vicino al tasso di sensibilità al cotrimossazolo e ai chinoloni [2].

La prevalenza delle resistenze è più elevata in ambiente ospedaliero: in Francia, nel 2013, il 59,6% di *E. coli* responsabili di UTI in ospedale era sensibile all'amoxicillina-clavulanato, il 76% al cotrimossazolo, l'86% alla ciprofloxacina, il 92,7% al cefotaxime, il 92,8% al mecillinam, il 98,2% ai furani e il 98,7% alla fosfomicina [3].

■ Presentazione clinica delle infezioni del tratto urinario

Segni clinici comuni

La cistite associa bruciori minzionali, pollachiuria, senso di peso alla pelvi e presenza di urine torbide, senza sindrome infettiva. Si può osservare un'ematuria macroscopica alla fine della minzione. Se vi è ipertermia, si parla di lesione parenchimale (pielonefrite o prostatite).

Forme topografiche

La cistite acuta semplice è un'infezione della donna giovane senza comorbidità. Le cistiti sono dette ricorrenti quando vi sono almeno quattro episodi all'anno. La PNA semplice associa segni vescicali, una sindrome infettiva e dei dolori nella fossa lombare, aumentati con la palpazione/percussione, che si irradiano verso i genitali esterni. Nel lattante, il quadro clinico può ridursi a una febbre nuda o associata a disturbi gastrointestinali. Si osservano, nella prostatite acuta, una disuria o una ritenzione urinaria acuta legate all'ostacolo prostatico, nonché dei dolori pelvici e uretrali. All'esplorazione rettale, la prostata è dolente e aumentata di volume. Le complicanze sono la sepsi, la ritenzione urinaria, l'ascesso prostatico o l'orchiepididimite per estensione locale. Esiste una forma cronica (prostatite cronica), non necessariamente preceduta da episodi acuti e, spesso, meno sintomatica.

Complicanze

In caso di evoluzione sfavorevole a 48-72 ore da una PNA trattata, si deve ricercare un ascesso perirenale o intraparenchimale. Il fattore principale di rischio è l'ostruzione delle vie urinarie. I trattamenti sono una terapia antibiotica prolungata (almeno 3 settimane) e un drenaggio o trattamento chirurgico per gli ascessi di 5 cm e più [6]. Tra queste forme ascessuali, la pielonefrite enfisematosa, che colpisce soprattutto la donna diabetica, è una forma grave con mortalità elevata (10%, nonostante la terapia antibiotica e il trattamento con drenaggio o nefrectomia) [7].

Forme particolari

Infezioni del tratto urinario nei bambini: ricercare una malformazione urogenitale

Tranne nel caso della cistite dell'adolescente pubere, un'uropatia deve essere ricercata mediante un'ecografia del tratto urinario o, anche, una cistografia retrograda, a distanza dall'episodio, dopo sterilizzazione delle urine. Una reflusso vescicoureterale è riscontrato nel 30-50% dei bambini trattati per UTI.

Colonizzazione urinaria: da non trattare

Le colonizzazioni urinarie corrispondono allo stato di portatore di microrganismi senza manifestazioni cliniche. La prevalenza aumenta con l'età, andando dall'1% in giovani donne a oltre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)