

Review dei Percorsi Diagnostici e Terapeutici Aziendali

"Il trattamento antibiotico delle Infezioni delle alte vie respiratorie e delle cistiti acute in Medicina Generale"

Questa review mira ad aggiornare i PDTA già pubblicati dall'Azienda Sanitaria Locale Caserta 1 nel corso del 2002. Avrà pertanto una forma molto sintetica evidenziando ciò che di nuovo è intervenuto nella medicina delle evidenze per quanto attiene il trattamento di:

1. FARINGOTONSILLITI ACUTE
2. RINOSINUSITI e OTITI MEDIE ACUTE
3. TRACHEO-BRONCHITI
4. CISTITI ACUTE

1. Faringiti e faringotonsilliti acute

DEFINIZIONE (1, 3, 6, 7)

Le Faringiti e faringotonsilliti acute sono flogosi acute del faringe, associate o meno a una flogosi acuta delle tonsille palatine.

Esse hanno una etiologia virale o batterica.

La Faringite e faringotonsillite streptococcica, causata dallo streptococco beta emolitico di gruppo A (o streptococcus pyogenes) è il quadro clinico più importante nella medicina pratica.

EPIDEMIOLOGIA (1, 3, 4, 6, 7)

Le faringiti acute sono molto frequenti. L'incidenza delle forme virali è molto variabile, sia riguardo a periodi stagionali che a situazioni epidemiche ad essi correlati: in inverno e soprattutto durante le epidemie influenzali esse sono quasi esclusivamente virali, negli altri periodi dell'anno, specie in primavera, e nel bambino dai 5 ai 12 anni le forme batteriche possono raggiungere fino al 30-40%. Mediamente la causa è virale nel 30-60% dei casi, batterica nel 10% dei casi, non definita nell'altro 30-60%. Due terzi delle forme batteriche sono causate dallo streptococco piogenico.

Il progetto Artemis riguardante la popolazione pediatrica, svoltosi nel 1997 in Italia, ha testimoniato una incidenza del 36% dello streptococco beta-emolitico di gruppo B in faringotonsilliti acute.

RUOLO DEL MMG (3, 6, 29)

1. diagnosticare e trattare la faringite e faringotonsillite streptococcica, per prevenirne le complicanze suppurative e non;
2. ridurre il consumo inappropriato di antibiotici per migliorare i problemi dell'antibioticoresistenza in comunità;
3. prevenire le recidive nelle forme ricorrenti di faringotonsillite, individuando i fattori favorenti, ed eventualmente trattarli in collaborazione dello specialista del territorio: profilassi e terapia delle condizioni di ridotta immunità locale e generale;
4. valutare di concerto con lo specialista del territorio eventuali terapie chirurgiche nel singolo paziente, specie nelle tonsilliti ricorrenti.

DIAGNOSI (3, 6, 7)

La diagnosi di faringotonsillite acuta è clinica.

Criteri diagnostici:

- segni e sintomi clinici locali e/o generali di flogosi acuta delle prime vie aeree;
- mal di gola;
- difficoltà ad ingoiare;
- essudato tonsillare
- linfadenopatia laterocervicale di tipo flogistico.

La diagnosi di faringotonsillite streptococcica è clinico-strumentale:

strisce-test rapido, eventualmente seguita da coltura da tampone faringeo.

Criteri di sospetto per infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo B (di CENTOR):

- eritema faringeo, con o senza essudato, e mal di gola
- febbre alta ($> 38^{\circ}\text{C}$), o anamnesi di recente episodio di iperpiressia di 48 ore
- essudato tonsillare
- linfadenomegalia cervicale di tipo flogistico

✓ se sono presenti tutti questi segni, specie se si tratta di un bambino, trattare come un'infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo B;

✓ se sono presenti 2 o 3 di questi segni, eseguire un test rapido: se positivo trattare, se negativo eseguire coltura; in mancanza di test rapido eseguire coltura, iniziando subito dopo o a risultato acquisito, secondo le condizioni cliniche del paziente, la terapia antibiotica. La profilassi della febbre reumatica è efficace anche a terapia antibiotica iniziata quando la flogosi acuta è guarita.

✓ se non sono presenti almeno due di questi segni, non c'è infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo B.

Si ritiene utile stressare che in presenza di criteri di sospetto non bastevoli per una diagnosi clinica, è necessario eseguire tests colturali.

COMPLICANZE (2, 6, 7, 13)

Della faringotonsillite acuta da streptococco beta-emolitico di gruppo B

√ non suppurative: febbre reumatica glomerulonefrite post-streptococcica

√ suppurative: linfadenite suppurativa ascesso peritonsillare o retrofaringeo sinusite otite mastoidite meningite polmonite endocardite

La diagnosi e la terapia delle complicanze richiede un coinvolgimento di tipo specialistico, spesso multidisciplinare.

TRATTAMENTO (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

Le linee guida del trattamento delle faringotonsilliti, si basano su queste problematiche della medicina pratica:

- sono delle infezioni autolimitantesi che molto spesso guariscono senza la terapia antibiotica, anche qualora fossero causate da batteri;
- la forma da streptococco beta-emolitico di gruppo B, se non trattata con antibiotico, anche se guarisce, può dare complicanze non suppurative a distanza di tempo dall'evento;
- lo streptococco beta-emolitico di gruppo B non presenta mai resistenza alle penicilline/betalattamine;
- sono delle patologie in cui la clinica da sola a volte non basta a far diagnosi;
- sono delle patologie in cui, nonostante l'etiologia virale frequente, l'utilizzo di antibiotici è diffuso e quindi spesso inappropriato;
- sono delle patologie che colpiscono pazienti in pieno benessere, resi acutamente inabili.
 - ⇒ Nelle forme con criteri clinici (di CENTOR) che escludono una forma streptococcica, informare i familiari e il paziente della patologia e del suo decorso abituale; non prescrivere terapia antibiotica; prescrivere terapia antidolorifica-antipiretica e/o antinfiammatoria e l'assunzione di grandi quantità di liquidi.
 - ⇒ Nelle forme con coltura positiva o con tutti i criteri di CENTOR presenti, prescrivere anche terapia antibiotica.

Terapia antibiotica

Risultati del trattamento antibiotico nella faringotonsillite versus non trattati con antibiotico, 25 trials controllati, 10.863 persone:

- Altamente significativa la riduzione di febbre reumatica
- Non significativa la riduzione della glomerulonefrite, per scarsità di casi
- Significativa la riduzione di otiti e ascessi peritonsillari come complicanze suppurative
- Non dimostrato l'effetto sulla prevenzione della sinusite.
- Riduzione della durata della malattia di circa otto ore.

□ Scelta dell'antibiotico

⇒ **amoxicillina** (40 mg/kg/die diviso in tre dosi nel bambino, 500 mg ogni otto ore nell'adulto) oppure benzilpenicillina benzatina singola fiala (600.000 unità nel bambino e 1.200.000 unità nell'adulto)

Pazienti allergici alle penicilline

⇒ macrolidi

Telitromicina (800 mg in monosomministrazione/die) nell'adulto

claritromicina (15 mg pro kg/die diviso in 2 dosi nel bambino, 0,5-1 g in due dosi nell'adulto)

azitromicina (10 mg pro kg/die una volta al dì, 500 mg/die in singola dose nell'adulto)

□ durata della terapia

Dieci giorni di terapia, cinque giorni se si utilizza azitromicina o telitromicina.

□ Terapia di supporto o sintomatica

FANS o antidolorifici per os sono utili nel migliorare la sintomatologia di questi pazienti.

terapie aerosoliche, antistaminici, decongestionanti topici o sistemici, agenti mucolitici, cortisonici topici **non hanno dimostrato di modificare il decorso sintomatologico.**

Da evitare assolutamente l'uso di cortisonici sistemici.

2. Sinusite e Otite Media Acuta

DEFINIZIONE (16, 23, 28)

Le rinosinusiti acute e le otiti medie acute sono una infiammazione acuta dei seni paranasali e dell'orecchio medio. Le due patologie sono strettamente imparentate: l'orecchio medio è in effetti una sorta di seno paranasale connesso al nasofaringe dalla tuba di Eustachio.

Esse sono per lo più una complicanza delle infezioni virali del tratto respiratorio superiore o di flogosi allergiche, e hanno una etiologia virale o batterica.

Otite media acuta versamento nel cavo del timpano con segni e sintomi locali e/o generali di flogosi acuta

Otite media acuta ricorrente almeno 3 episodi in 6 mesi, o 4 in un anno

Otite media sierosa versamento nel cavo del timpano senza segni di flogosi

Sinusite acuta batterica infezione batterica dei seni paranasali di durata inferiore ai 30 giorni e con risoluzione clinica completa.

Sinusite subacuta batterica infezione batterica dei seni paranasali di durata tra i 30 e i 90 giorni e con risoluzione clinica completa.

Sinusite acuta batterica ricorrente episodi di infezione batterica dei seni paranasali di durata inferiore ai 30 giorni e con intervalli di risoluzione clinica completa di almeno 10 giorni

Sinusite cronica episodi di flogosi dei seni paranasali di durata superiore ai 90 giorni.

Sinusite acuta batterica sovrapposta a sinusite cronica riacutizzazione su sinusite cronica

EPIDEMIOLOGIA (16, 23, 30)

Le sinusiti acute batteriche seguono lo 0,5-2% delle flogosi PVA nell'adulto, il 5-10% delle flogosi delle prime vie aeree (PVA) del bambino. L'80% delle sinusiti è preceduto/associato a flogosi PVA, il 20% a flogosi allergiche nasofaringee.

Le otiti medie acute colpiscono per lo più i bambini, con un picco d'incidenza tra i 6 e i 18 mesi, il 20% di tutte le otiti colpiscono gli adulti, che quasi sempre hanno una storia di otiti acute ricorrenti nell'infanzia.

ETIOPATOGENESI (16, 23)

⇒ I seni paranasali sono in continuità delle fosse nasali attraverso degli osti, la flogosi acuta della mucosa nasale li chiude, impedendo il drenaggio sinusale e favorendo l'attecchimento di germi nella cavità. La maggioranza delle sinusiti è virale, ma clinicamente non è possibile fare una diagnosi differenziale certa con le forme batteriche.

Fattori favorenti

- Flogosi virali rinofaringee
- Riniti croniche allergiche e non
- Ipertrofia dei turbinati nasali
- Deviazione del setto nasale
- Ipertrofia adenoidi
- Polipi nasali
- Fratture nasali
- Fumo di tabacco e Inquinanti micro/macroambientali

Batteri patogeni associati

Streptococcus Pneumoniae, *Haemophilus Influenzae*

Più raramente: *Moraxella Catarrhalis*, enterobatteriaceae e *Pseudomonas*.

⇒ La salute dell'orecchio medio dipende dall'aerazione e dal drenaggio assicurato dalla tuba di Eustachio, tutte le condizioni che ostruiscono tale passaggio possono provocare una otite media acuta. Nei bambini tale passaggio è più corto e più stretto che non negli adulti, per tale motivo tale patologia è essenzialmente pediatrica. 3 volte su 4 l'otite media acuta è associata ad infezione batterica.

Fattori favorenti

- Età infantile
- Flogosi virali rinofaringee

Batteri patogeni associati

Streptococcus Pneumoniae, *Haemophilus Influenzae*

Più raramente: *Moraxella Catarrhalis*.

RUOLO DEL MMG (16, 23, 28, 29)

1. diagnosticare e trattare la rinosinusite acuta e l'otite media acuta, preoccupandosi ogni volta di distinguere le forme batteriche da quelle ad altra etiologia;
2. ridurre il consumo inappropriato di antibiotici per migliorare i problemi dell'antibioticoresistenza in comunità;
3. individuare i fattori favorenti di ordine igienico e medico nel singolo paziente, ed eventualmente trattarli in collaborazione dello specialista

del territorio: profilassi delle flogosi virali delle prime vie aeree, profilassi e terapia delle condizioni di ridotta immunità locale e generale, trattamento delle riniti croniche allergiche;

4. individuare i fattori favorevoli suscettibili di intervento chirurgico nel singolo paziente, da sottoporre per il trattamento allo specialista del territorio.

DIAGNOSI (16, 23, 28)

La diagnosi è clinica.

Criteri diagnostici per la rinosinusite acuta:

- segni e sintomi clinici di recente o contemporanea flogosi acuta, per lo più virale, delle prime vie aeree;
- dolore e senso di tensione, ripienezza dei seni paranasali;
- ostruzione nasale, associata o meno a rinorrea;
- anamnesi positiva per altri episodi di rinosinusite acuta o sinusite ricorrente (3 episodi in 6 mesi o 4 episodi in un anno).

Criteri diagnostici aggiuntivi per la rinosinusite acuta batterica:

- dolore intenso a livello dei seni mascellari o frontali, rinorrea purulenta,
- evoluzione con peggioramento della sintomatologia(soprattutto: ripresa o aumento improvviso della febbre), o persistenza della stessa dopo 5-7 giorni.
- Sintomi persistenti per 10-14 giorni, ma meno di 30 giorni, ed esito in guarigione clinica completa.

Non sono utili:

- esami colturali e/o strumentali, specie nei bambini al disotto di 6 anni.
- una visita specialistica;

Criteri diagnostici per la otite media acuta:

- accumulo di liquido nel cavo del timpano a pressione positiva, con rigonfiamento/convessità o rottura della membrana del timpano all'esame otoscopico;

con associati almeno uno di questi sintomi:

- segni e sintomi clinici di flogosi acuta delle prime vie aeree;
- otiti acute ricorrenti;
- irritabilità o letargia;
- otalgia acuta;
- ipoacusia;
- otorrea.

Non vi sono criteri aggiuntivi per l'otite acuta batterica: nel 75% dei casi l'otite media acuta è associata a una infezione batterica.

È importante la diagnosi differenziale con l'Otite Media Sierosa, perché questa è una forma sempre sterile, in cui non c'è pressione positiva endotimpanica, il timpano è lievemente concavo o retratto, non è teso e non c'è una sua rottura.

È necessaria una visita specialistica con timpanometria solo quando la convinzione diagnostica di otite media acuta del MMG si scontra con un esame otoscopio negativo.

COMPLICANZE (16, 21, 23, 28, 30)

Della sinusite acuta batterica persistente o severa (rare!):

✓ Cellulite periorbitale

✓ ascesso sottoperiostale ascesso dell'orbita oculare cellulite orbitale
trombosi del seno cavernoso

Dell'otite media acuta

✓ mastoidite

✓ meningite

La diagnosi e la terapia delle complicanze richiede un coinvolgimento di tipo specialistico, spesso multidisciplinare.

TRATTAMENTO (5, 8, 12, 16, 21, 22, 23, 28, 30, 31)

Le linee guida del trattamento della sinusite acuta batterica e della otite media acuta batterica, si basano su tre problematiche della medicina pratica:

- sono delle infezioni che molto spesso guariscono senza la terapia antibiotica;
- sono delle patologie in cui, nonostante l'etiologia virale frequente, l'utilizzo di antibiotici è diffuso e quindi spesso inappropriato;
- sono delle patologie che colpiscono pazienti in pieno benessere, resi acutamente inabili dal dolore.
 - ⇒ nei primi 3-5 giorni vigile attesa, informare i familiari e il paziente della patologia e del suo decorso abituale e dell'efficacia/rischio della terapia antibiotica; prescrivere terapia antidolorifica e l'assunzione di grandi quantità di liquidi, irrigazioni nasali saline e terapia antinfiammatoria topica (gocce auricolari e spray nasali).
 - ⇒ Se il quadro clinico non è migliorato, o anche prima dei 3-5 giorni se è peggiorato, o il paziente ha meno di sei anni, rivalutazione del paziente e se viene riconfermata la diagnosi è utile iniziare terapia antibiotica.
 - ⇒ Iniziare sempre la terapia antibiotica nelle rinosinusiti persistenti (sintomi presenti da 10 gg o più) o severe (febbre a 39°C e rinorrea purulenta da 3-4 giorni)

Terapia antibiotica

Risultati del trattamento nella rinosinusite acuta batterica persistente e severa: allevia i sintomi, abbrevia il decorso della malattia, evita le complicanze suppurative, quindi in queste patologie va sempre prescritto l'antibiotico.

Risultati del trattamento antibiotico nell'otite media acuta batterica versus non trattati con antibiotico, in pazienti non complicati:

- Nessuna riduzione del dolore a 24 ore
- Su 17 trattati solo 1 paziente ha riduzione del dolore nei primi 7 giorni
- Su 17 trattati 1 paziente ha vomito o diarrea come effetto collaterale
- Evita la perforazione del timpano a 2 pazienti su 100 trattati
- Su 17 trattati solo 1 paziente evita l'otite controlaterale
- Nessun effetto sulle recidive nelle forme ricorrenti e sulla prevenzione dell'otite media sierosa
- Non dimostrato l'effetto sulla prevenzione della meningite, mentre il trattamento evita 2 casi di mastoidite ogni 100.000 pazienti trattati.
- Gli antibiotici ad ampio spettro, nuovi e più costosi, sono equivalenti, come efficacia, a quelli a spettro ristretto, più vecchi e più economici
- La terapia antibiotica per dare questi risultati deve durare almeno 7 giorni

□ scelta dell'antibiotico

Pazienti non a rischio di antibioticoresistenza

- ⇒ amoxicillina (30 mg/kg/die diviso in tre dosi nel bambino, 1,5-3 g diviso in tre dosi nell'adulto)
- ⇒ cefalosporine orali (cefuroxime axetil 250 mg BID, cefpodoxime 200 mg BID, cefprozil 500 mg die, cefaclor 500 mg TID,)

pazienti a rischio di antibioticoresistenza (coloro che frequentano strutture di cura o loro familiari, pazienti che hanno fatto uso di antibiotici nei tre mesi precedenti)

- ⇒ amoxicillina clavulanato (1 g BID)
- ⇒ fluorochinoloni: levofloxacina 500 mg/die, moxifloxacina 400 mg/die

Pazienti allergici alle penicilline

Telitromicina (800 mg in monosomministrazione/die) nell'adulto
macrolidi:

claritromicina (15 mg pro kg/die diviso in 2 dosi nel bambino, 0,5-1 g in due dosi nell'adulto)

azitromicina (10 mg pro kg/die una volta al dì, 500 mg/die in singola dose nell'adulto)

⇒ trimetoprim-sulfametossazolo 960 mg BID

Pazienti non-responders (manca un netto miglioramento dei sintomi in 48-72 ore)

⇒ Rivedere la diagnosi o cambio dell'antibiotico

Infezioni severe

⇒ cefalosporine iniettabili: ceftriaxone 1 g /die

□ **durata della terapia**

Sinusite acuta: non c'è accordo unanime, si consiglia un periodo da 10 a 28 giorni di cura. Ci sono studi tendenti ad individualizzare i tempi di terapia, ci sentiamo di proporre questi: continuare la terapia per 7 giorni dopo la scomparsa dei sintomi.

Otite acuta: almeno 7 giorni di terapia.

□ **Terapia di supporto o sintomatica**

FANS o antidolorifici per os sono utili nel migliorare la sintomatologia di questi pazienti

Irrigazioni nasali con soluzioni normo o iper toniche, antistaminici, decongestionanti topici o sistemici, agenti mucolitici, cortisonici topici non hanno dimostrato di modificare il decorso sintomatologico.

Da evitare assolutamente l'uso di cortisonici sistemici.

3. Tracheobronchiti acute non complicate, nell'adulto

DEFINIZIONE (14)

Le tracheobronchiti acute nell'adulto sono delle infiammazioni della mucosa tracheobronchiale ad etiologia per lo più virale, caratterizzate da tosse (sintomo necessario per la diagnosi) e da altri sintomi che possono essere presenti ma che non sono obbligatori per la diagnosi: espettorato, dispnea, sibilo espiratorio (wheezing), dolore al torace, febbre, astenia, ronchi e rantoli respiratori. L'episodio ha una risoluzione clinica completa.

Le tracheobronchiti acute non complicate nell'adulto insorgono in pazienti altrimenti sani, non affetti da asma o da malattie croniche broncopolmonari, non fumatori.

EPIDEMIOLOGIA (14, 5)

Le tracheobronchiti acute nell'adulto sono di frequente diagnosi: rientrano tra le prime dieci malattie diagnosticate dai medici negli U. S. A.

ETIOPATOGENESI (14)

⇒ Agenti infettivi e non infettivi causano una lesione dell'epitelio bronchiale, ciò provoca una risposta infiammatoria, che risulta in ipersensibilità bronchiale e produzione di muco.

Agenti infettivi virali: adenovirus, coronavirus, coxsackievirus, enterovirus, influenza virus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus, rhinovirus.

Agenti infettivi batterici: Bordatella pertussis, Bordatella parapertussis, Branhamella catarrhalis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella species.

Altri agenti infettivi: Blastomyces dermatitidis, Candida albicans, Candida tropicalis, Coccidioides immitis, Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum.

Agenti non infettivi: asma, inquinanti ambientali, sostanze irritanti come l'ammoniaca, cannabis, tabacco, alcuni metalli inalanti, altro.

Nelle Tracheobronchiti acute non complicate nell'adulto, il quadro clinico e il decorso della malattia è indipendente dalla causa che ha innescato il processo, sia essa infettiva che non infettiva.

RUOLO DEL MMG (9, 14, 26, 29)

- diagnosticare e trattare le bronchiti acute non complicate;
- informare il paziente dell'inutilità di una terapia antiinfettiva;
- individuare i fattori favorevoli di ordine igienico e medico nel singolo paziente, e fare profilassi;
- ridurre il ricorso a esami strumentali e tests di laboratorio inutili.

DIAGNOSI (14)

La diagnosi è clinica e mal standardizzata. Non esistono tests né di imaging né di altro genere che aiutino nella diagnosi.

Criteri clinici: tosse (sintomo necessario per la diagnosi); altri sintomi che possono essere presenti ma di cui nessuno è obbligatorio per la diagnosi: espettorato, dispnea, sibilo espiratorio (wheezing), dolore al torace, febbre, astenia, ronchi e rantoli respiratori.

TRATTAMENTO (8, 9, 10, 14, 26, 27)

Le linee guida del trattamento delle Tracheobronchiti acute non complicate nell'adulto, si basano su queste problematiche della medicina pratica:

- sono delle patologie in cui l'utilizzo di antibiotici è stato frequente in passato, ed è quindi diventato un caposaldo nel management della patologia, nonostante le evidenze siano tutte contro il suo uso;
- sono delle patologie che colpiscono pazienti in pieno benessere, resi acutamente inabili.

Terapia antibiotica: non indicata.

Terapia di supporto o sintomatica

Antitussivi o sedativi della tosse: levodropropizina, cloperastina, migliorano il quadro sintomatologico.

Broncodilatatori: non migliorano né il quadro sintomatologico, né il decorso della malattia.

Terapie alternative

Un efficace rapporto medico-paziente, che illustri la natura e il decorso della malattia, e che chiarisca l'inutilità dei rimedi farmacologici nel modificare il decorso della stessa, è sicuramente la terapia più efficace.

4. Cistiti acute non complicate nell'adulto

DEFINIZIONE (19, 24, 25, 32)

Le cistiti acute nell'adulto sono delle flogosi della vescica ad etiologia batterica caratterizzate da disuria, stranguria, pollachiuria, urgenza urinaria, raramente febbre. L'episodio ha una risoluzione clinica completa.

Cistite acuta non complicata insorge in donne sessualmente mature, altrimenti sane, non in gravidanza, senza alterazioni anatomiche o neurologiche, o affette da patologie croniche favorevoli tali infezioni.

Cistite acuta in gravidanza identica alla precedente, donna però in gravidanza.

Batteriuria asintomatica urinocultura positiva con 100.000 CFU di un germe nelle urine, senza sintomatologia clinica

Batteriuria asintomatica in gravidanza urinocultura positiva con 10.000 CFU di un germe nelle urine, senza sintomatologia clinica, di una donna in gravidanza.

Cistite acuta del maschio giovane insorge in uomini sessualmente maturi, altrimenti sani, di età inferiore ai 50 anni, senza alterazioni anatomiche o neurologiche, o affetti da patologie croniche favorevoli tali infezioni.

Cistite acuta ricorrente delle donne più di un episodio di cistite acuta in un anno, sostenuto da germi diversi, insorto in donne sessualmente mature, altrimenti sane, non in gravidanza, senza alterazioni anatomiche o neurologiche, o affette da patologie croniche favorevoli tali infezioni.

Cistite acuta associata a cateterizzazione insorge in donne o uomini, altrimenti sani, senza alterazioni anatomiche o neurologiche, o affette da patologie croniche favorevoli tali infezioni, portatori di cateteri vescicali.

Sono escluse da queste linee guida:

Cistite acuta complicata insorge in donne o uomini con alterazioni anatomiche o neurologiche o affetti da patologie croniche favorevoli le UTI.

Cistite interstiziale disuria, pollachiuria, stranguria, urgenza urinaria, ad andamento cronico, senza infezione urinaria.

EPIDEMIOLOGIA (19, 24, 25, 32)

Le cistiti acute non complicate dell'adulto sono una patologia che colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile. Circa il 40% delle donne durante l'età sessualmente attiva presenta almeno un episodio di cistite acuta non complicata. In questa popolazione il rapporto è di 20-30 donne affette contro 1 maschio. Fino al 20% delle cistiti non complicate diventano cistiti ricorrenti. Il 4-10% delle donne gravide è affetta da batteriuria asintomatica.

ETIOPATOGENESI (19, 24, 32)

⇒ Nella donna la brevità anatomica dell'uretra, associata con l'attività sessuale sembrano essere i più importanti fattori etiopatogenetici favorenti la cistite acuta non complicata. Il cateterismo vescicale è associato a un rischio di cistite acuta del 5% al giorno.

Batteri patogeni associati

1. Escherichia Coli per il 80-90%
2. lo Staphylococcus saprophyticus 10-20%
3. in meno del 5% altri Enterobatteri o Enterococchi

RUOLO DEL MMG (19, 24, 25, 32)

1. diagnosticare e trattare le cistiti acute non complicate;
2. utilizzare gli antibiotici più appropriati;
3. individuare i fattori favorenti di ordine igienico e medico nel singolo paziente, e operare una profilassi;
4. ridurre il ricorso a esami strumentali e tests di laboratorio inutili.

DIAGNOSI (15, 19, 20, 24, 25, 32)

Criteri clinici: disuria, stranguria, pollachiuria, urgenza urinaria, raramente febbre.

Criteri diagnostici per la ***Cistite acuta non complicata***:

- criteri clinici presenti;
- esame dell'urina con piuria, con eventualmente microematuria.

Criteri diagnostici per la ***Cistite acuta in gravidanza***:

- criteri clinici presenti;
- urinocultura positiva con 100.000 CFU per ml di urine del germe infettante.

Criteri diagnostici per la ***Cistite acuta del maschio giovane***:

- criteri clinici presenti;
- urinocultura positiva con 1.000 - 10.000 CFU per ml di urine del germe infettante.

Criteri diagnostici per la ***Cistite acuta ricorrente delle donne*** :

- criteri clinici presenti;
- urinocultura positiva con 100.000 CFU per ml di urine del germe infettante.

Criteri diagnostici per la *Cistite acuta associata a cateterizzazione*

- criteri clinici presenti;
- urinocultura positiva con 100 CFU per ml di urine del germe infettante.

Criteri esclusivamente laboratoristici, assenti i sintomi in:

Batteriuria asintomatica urinocultura positiva con 100.000 CFU di un germe per ml di urine

Batteriuria asintomatica in gravidanza urinocultura positiva con 10.000 CFU di un germe per ml di urine

COMPLICANZE (15, 24, 25)

Della batteriuria asintomatica in gravidanza o delle Cistiti acute non complicate nell'adulto sostenute da alcuni ceppi di E. Coli.

√ pielonefrite acuta

TRATTAMENTO (15, 17, 18, 24, 25, 32)

Le linee guida del trattamento delle Cistiti acute non complicate nell'adulto, si basano su queste problematiche della medicina pratica:

- sono delle patologie che possono essere gestite senza la visita medica del paziente;
- sono delle patologie in cui l'utilizzo di antibiotici è costante e sempre indicato, la sua scelta e la durata del trattamento è legata alla prevenzione delle recidive e alle problematiche dell'antibioticoresistenza;
- sono delle patologie che colpiscono pazienti in pieno benessere, resi acutamente inabili.

La terapia è empirica per le forme che non richiedono l'urinocultura per la diagnosi, negli altri casi è guidata dall'antibiogramma.

Terapia antibiotica

Cistite acuta non complicata:

- trimetoprim sulfametossazolo 960 mg BID
- Chinoloni: levofloxacin 250 mg/die, ciprofloxacina 500 mg/die, norfloxacina 800 mg/die

Cistite acuta in gravidanza e Batteriuria asintomatica in gravidanza:

- amoxicillina 500 mg TID

- nitrofurantoina 100 mg QID
- cefalosporine orali (cefuroxime axetil 250 mg BID, cefpodoxime 200 mg BID, cefprozil 500 mg die, cefaclor 500 mg TID, cefixima 400 mg die , ceftibuten 400 mg/die)

Cistite acuta del maschio giovane:

- trimetoprim sulfametossazolo
- chinoloni

Cistite acuta ricorrente delle donne:

- terapia basata sull'antibiogramma

Cistite acuta associata a cateterizzazione

- Se il germe è gram negativo: fluorchinolone
- se il gram positivo: amoxicillina o ampicillina (1 g TID) più gentamicina (80 mg BID)

□ **durata della terapia**

terapia di un giorno: fosfomicina, pefloxacina, rufloxacina.

terapia di tre giorni: trimetoprim sulfametossazolo; norfloxacina; ciprofloxacina; levofloxacina

terapia di 7 giorni: penicilline cefalosporine nitrofurantoina

terapia 7-10 giorni: ***Cistite acuta ricorrente delle donne e Cistite acuta associata a cateterizzazione***

terapia 10 giorni: ***Cistite acuta del maschio giovane***