



Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale

 Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# INFEZIONI DELLE BASSE VIE URINARIE NELLA DONNA NON IN GRAVIDANZA

GUIDA RAPIDA 2010

Questa guida rapida fornisce una sintesi delle raccomandazioni contenute nella Linea guida regionale *INFEZIONI DELLE VIE URINARIE NELL'ADULTO*.

Si raccomanda di utilizzare la guida dopo avere preso visione del testo completo della Linea guida, DOSSIER 190/2010, scaricabile dal sito web [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss190.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss190.htm)

## DIAGNOSI

FORTE

In donne senza patologie di base con segni e sintomi tipici di IVU e in assenza di perdite e prurito vaginale, è lecito porre una diagnosi clinica di IVU senza ricorrere all'urinocoltura. In presenza di prurito vaginale o perdite, bisognerebbe considerare diagnosi alternative (STIs) e procedere con l'esplorazione pelvica.

DEBOLE

L'utilizzo dello *stick* urinario per escludere una IVU è indicato solo quando i segni di infezione sono sfumati.

DEBOLE

In pazienti con segni e sintomi di IVU con febbre o dolore alla schiena/fianco bisogna sospettare una pielonefrite. La terapia antibiotica empirica dovrebbe essere iniziata immediatamente dopo avere raccolto le urine per l'esame colturale, senza attendere il risultato della coltura.

FORTE

Il ricorso all'urinocoltura nella donna non gravida dovrebbe essere riservato a situazioni specifiche quali:

- cistite acuta che non migliora dopo trattamento antibiotico empirico o che ha una ricaduta entro due settimane dalla fine del trattamento;
- sospetto di pielonefrite;
- prima di interventi/procedure sul tratto genitourinario con elevato rischio di sanguinamento della mucosa e nei casi di intervento per calcolosi complessa.

In tutti gli altri casi la gestione delle IVU dovrebbe basarsi su criteri clinico-epidemiologici.

FORTE

La soglia laboratoristica per la definizione di infezione urinaria dovrebbe poter essere modulata sulla base di alcuni parametri:

- una urinocoltura in un soggetto asintomatico viene definita positiva in caso rilevi un numero di unità formanti colonie  $\geq 10^5$  per ml;
- una urinocoltura in una donna sintomatica o quando i germi isolati siano quelli tipici delle IVU come *E. coli* e *S. saprophyticus* può essere considerata positiva anche con soglie di unità formanti colonia più basse di  $10^5$  per ml.

DEBOLE

Si consiglia l'esecuzione di una ecografia addominale e l'eventuale successivo invio allo specialista in presenza di:

- ematuria di qualunque tipo in pazienti di età  $\geq 40$  anni con IVU ricorrenti o persistenti;
- macroematuria associata a segni/sintomi di IVU nel caso l'infezione non venga confermata.

## BATTERIURIA ASINTOMATICA

FORTE

Lo screening della batteriuria asintomatica nella donna non gravida deve essere fatto tramite urinocoltura, preferibilmente su due campioni urinari successivi, prima di interventi/procedure sul tratto genitourinario con elevato rischio di sanguinamento della mucosa e nei casi di intervento per calcolosi complessa.

In tutti gli altri casi la batteriuria asintomatica non deve essere ricercata.

## CISTITE ACUTA

FORTE

In donne senza patologie di base con due o più sintomi tipici di IVU bassa (disuria/pollachiuria/urgenza) e in assenza di perdite e prurito vaginale, è indicato il trattamento antibiotico empirico senza preventivo ricorso all'urinocoltura.

FORTE

In pazienti ambulatoriali con sensorio integro, l'urinocoltura o l'esame urine di controllo/periodici/di routine non devono essere richiesti per la diagnosi di IVU in assenza di segni o sintomi tipici.

FORTE

Per la terapia della cistite acuta non complicata non si dovrebbe ricorrere ai fluorchinoloni.

FORTE

In donne non in gravidanza con normale funzionalità renale, che presentino i sintomi di cistite acuta, si raccomanda la terapia antibiotica per 3-5 giorni con nitrofurantoina (50-100 mg quattro volte al giorno). Durante l'assunzione di nitrofurantoina non devono essere presi agenti alcalinizzanti le urine.

FORTE

Per la terapia della cistite acuta non complicata, la seconda opzione terapeutica nelle donne che non possono assumere nitrofurantoina (presenza di insufficienza renale o deficit di G6PD) è rappresentata da cotrimoxazolo (800 mg di sulfametoxazolo e 160 mg di trimetoprim due volte al giorno per 3 giorni) o da fosfomicina trometamolo monodose (3 g alla sera).

FORTE

In caso di non risposta (mancanza di miglioramento clinico) alla terapia empirica con nitrofurantoina, cotrimoxazolo o fosfomicina si raccomanda di eseguire una urinocoltura. Sulla base dell'antibiogramma si sceglierà l'antibiotico di seconda scelta più opportuno.

## IVU RICORRENTI

DEBOLE

In caso di IVU ricorrenti può essere utile discutere con la donna la scelta del metodo contraccettivo e sconsigliare il ricorso a diaframma e spermicidi. Non è necessario fornire ulteriori raccomandazioni relative al comportamento in pazienti con IVU.

FORTE

Il trattamento dell'episodio acuto in donne che soffrono di IVU ricorrenti è lo stesso di qualunque episodio acuto di IVU non complicata: terapia antibiotica con nitrofurantoina (50-100 mg quattro volte al giorno per 3-5 giorni), o cotrimoxazolo (800 mg di sulfametoxazolo e 160 mg di trimetoprim due volte al giorno per 3 giorni), o fosfomicina trometamolo in monodose (3 g alla sera), mentre non si dovrebbe ricorrere ai fluorchinoloni.

Il curante dovrebbe proporre alla donna con IVU ricorrenti, laddove possibile, l'autosomministrazione di antibiotico ai primissimi segni di infezione.

FORTE

In caso di ricomparsa dei sintomi entro 2 settimane dalla fine della terapia antibiotica, è indicata l'esecuzione di una urinocoltura sulla base della quale scegliere/modificare la terapia antibiotica.

DEBOLE

Nel caso la ricomparsa dei sintomi sia anamnesticamente associata al rapporto sessuale, è raccomandata l'automedicazione precoce, da fare con gli stessi antibiotici e tempi indicati nelle forme non complicate, senza esecuzione di urinocoltura.

DEBOLE

In donne con IVU ricorrenti la profilassi antibiotica non è raccomandata di routine, dal momento che non ha effetto dopo la sospensione della profilassi stessa. In casi singoli, se l'anamnesi suggerisce una correlazione con l'attività sessuale, e in caso altri interventi non siano risultati efficaci, si può proporre una profilassi antibiotica post-coitale, che consiste nell'assunzione di una singola dose di nitrofurantoina, cotrimoxazolo o fosfomicina entro due ore dal coito e dopo avere svuotato la vescica.

FORTE

Le donne con IVU ricorrenti dovrebbero essere informate dei vantaggi associati all'assunzione di mirtillo rosso nella riduzione delle ricorrenze. I professionisti dovrebbero spiegare alle donne in trattamento con warfarin i rischi connessi all'assunzione contemporanea di mirtillo rosso (aumento INR).

DEBOLE

Non ci sono prove di efficacia sufficienti per consigliare l'impiego di estrogeni topici in donne con IVU ricorrenti in età post-menopausale. In presenza di dolore si può consigliare l'assunzione di analgesici, anche se non ci sono prove a sostegno dell'efficacia della terapia analgesica in corso di IVU.

## INIVO ALLO SPECIALISTA / IN OSPEDALE

FORTE

Si raccomanda di ricoverare in ospedale pazienti con sospetta pielonefrite e sintomi sistemici.

### RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

Area di programma **RISCHIO INFETTIVO**

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

viale Aldo Moro 21 - Bologna

#### A CURA DI

**SIMONA DI MARIO** CeVEAS Azienda USL di Modena  
**CARLO GAGLIOTTI** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**ANNA MARIA MARATA** CeVEAS Azienda USL di Modena  
**MARIA LUISA MORO** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

#### GRUPPO DI LAVORO

**ILARIO ALBERTAZZI** Azienda USL di Imola  
**LUCIANA BALLINI** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**SABRINA IARLORI** Azienda USL di Bologna  
**TERESA MONTELLA** Azienda USL di Bologna  
**MARIO SARTI** Azienda USL di Modena  
**PAOLO SCHIANCHI** Azienda USL di Parma  
**RITA VESSICHELLI** Azienda USL di Parma  
**NADIA ZITO** Azienda USL di Bologna

### GRAFICA

a cura di **FEDERICA SARTI**, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

### STAMPA

a cura di **STABILIMENTO TIPOGRAFICO DEI COMUNI**, Santa Sofia (FC)  
settembre 2010

COPIA DELL'OPUSCOLO PUÒ ESSERE RICHIESTA A  
**FEDERICA SARTI** - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

IL FILE .PDF DELLA GUIDA RAPIDA È REPERIBILE NEL SITO <http://asr.regione.emilia-romagna.it>