



Cistite



Diagnosi clinica

Definizione

Cistite acuta in donne non gravide, in assenza di alterazioni del tratto urinario.

Segni e sintomi

La sintomatologia più comune è caratterizzata da disuria, pollachiuria e urgenza minzionale.

Criteri clinici

Se età 16-65 anni, nuova comparsa di 1 o più dei seguenti sintomi: urine torbide; nicturia; disuria acuta insorta da meno di 7 giorni; ematuria.

Se età > 65 anni, nuova comparsa di disuria associata a 2 o più dei seguenti sintomi: nuova urgenza urinaria; nuova incontinenza; nuovo dolore sovrapubico; macroematuria; nuova insorgenza o peggioramento delirium; aumento di 1,5°C della temperatura corporea basale nelle ultime 12 ore.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Nel sospetto di cistite iniziare subito la terapia antibiotica empirica senza eseguire urinocoltura, tranne negli sporadici casi descritti nella sezione *Esami*, per consentire un trattamento antibiotico mirato.

Terapia sintomatica

Non è dimostrato che i farmaci antidolorifici riducano il malessere.

Follow up

Non è mai indicata urinocoltura di controllo a fine trattamento.

Elementi di allerta

- Valutare se segni di pielonefrite ("Giordano positivo", malessere, febbre >37,9°C con o senza brividi, nausea o vomito).
- Inviare il paziente in PS, se alterazione significativa dei parametri vitali (vedi il [materiale integrativo "NEWS2", National Early Warning Score](#)).
- Valutare visita specialistica (infettivologica o urologica per valutazione della dinamica minzionale) se cistiti ricorrenti (tre episodi in un anno oppure due episodi in sei mesi)

Esami

Test microbiologici - Urinocoltura: di solito non necessaria. Valutare in caso di:

- Mancata risposta o ricomparsa dei sintomi entro due settimane dalla fine di un trattamento.
- Precedenti isolamenti di germi multi-resistenti in pazienti con sintomi.
- Sintomi vaghi e non ben definiti associata al *dipstick* urinario.
- Nel sospetto di pielonefrite ("Giordano positivo", malessere, febbre >37,9°C con o senza brividi, nausea o vomito).

Altri test diagnostici - *Dipstick* urine: Indicato solo se sintomi vaghi, migliora l'accuratezza diagnostica (alto valore predittivo negativo).

Razionale della terapia

Nella maggior parte dei casi, le cistiti non complicate si risolvono spontaneamente in pochi giorni. Il trattamento antibiotico ha l'obiettivo di ridurre la durata dei sintomi e di prevenire la possibile evoluzione in forme più gravi con interessamento renale.

POTENZIALI COMPLICANZE

Le cistiti ricorrenti (tre episodi in un anno oppure due episodi in sei mesi) sono principalmente correlate all'attività sessuale e ai cambiamenti ormonali tipici della menopausa.

In caso di cistiti ricorrenti è bene ricordare che:

- L'idratazione (almeno >1.5 l al giorno) riduce il rischio mentre non ci sono dati conclusivi di efficacia degli estratti di mirtillo rosso.
- L'utilizzo di diaframma e creme spermicide aumenta il rischio.
- Considerare la terapia antibiotica dopo il rapporto in presenza di correlazione con l'attività sessuale.
- Considerare la profilassi antibiotica in casi selezionati previa valutazione specialistica (es. consulenza infettivologica) ed avendo escluso alterazioni del tratto urinario.

Terapia antibiotica

Prima scelta

TERAPIA EMPIRICA, UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE:

- **Nitrofurantoina** [cat. AWARe Access]: 100 mg per OS ogni 6 ore per 5 giorni.
- **Fosfomicina** [cat. AWARe Watch]: 3 gr per OS alla sera in unica somministrazione.

TERAPIA MIRATA SE SENSIBILITÀ CONFERMATA
ALL'URINOCOLTURA:

- **Sulfametossazolo+trimetoprim** [cat. AWARe Access]: 800 mg+160 mg per OS ogni 12 ore per 3 giorni.

Seconda scelta

- **Amoxicillina+acido clavulanico** [cat. AWARe Access]: 875 mg+125 mg per OS ogni 8 ore per 3-5 giorni.