



Infezioni delle basse vie urinarie



Diagnosi clinica

Definizione

Infezioni delle basse vie urinarie nell'uomo (in assenza di catetere vescicale).

Segni e sintomi

Disuria, pollachiuria e urgenza minzionale talvolta associate a dolore o disagio addominale inferiore ed ematuria.

Criteri clinici

Insorgenza acuta di segni e sintomi di infezione delle basse vie urinarie in assenza di elementi clinici o anamnestici riferibili a prostatite acuta e/o orchiepididimite.

Il sospetto di prostatite batterica acuta in un paziente con sintomi di infezione delle basse vie urinarie deriva dalla contemporanea presenza di dolore intenso ma scarsamente localizzato che può riguardare varie sedi (perineo, scroto, pene e la parte interna della gamba). Tali sintomi sono spesso associati a malessere e febbre. I rilievi anamnestici che indirizzano verso una possibile prostatite sono: pregresse problematiche urogenitali, utilizzo di alfa-litici, ipertrofia prostatica benigna o recenti indagini strumentali.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

In caso di manifestazione clinica compatibile con infezione delle basse vie urinarie, dopo aver raccolto il campione per urinocoltura, **iniziare la terapia antibiotica empirica**. Il trattamento verrà rivalutato alla luce dei risultati dell'antibiogramma e dell'andamento clinico.

Terapia sintomatica

Non è dimostrato che i farmaci antidolorifici riducano il malessere.

Follow up

Rivalutare il paziente a 48 ore (oppure in base alla clinica) per adeguare la terapia antibiotica sulla base dell'urinocoltura e del risultato dell'esame urine per verificare la risposta al trattamento.

Elementi di allerta

- Valutare se segni di pielonefrite (manovra di 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](#)).
- Valutazione specialistica infettivologica, se urinocoltura positiva per batteri multiresistenti (es. produttori di betalattamasi a spettro esteso, ESBL) senza alternative per via orale.
- Visita specialistica urologica in presenza di sintomi che supportino la diagnosi di prostatite e/o orchiepididimite.

Esami

Test microbiologici

URINOCOLTURA: **sempre indicata prima di iniziare** la terapia antibiotica.

L'urinocoltura di controllo post-trattamento è **controindicata**. Non va effettuata urinocoltura in pazienti asintomatici: una urinocoltura positiva in un paziente asintomatico indica colonizzazione batterica e non richiede trattamento.

Altri test diagnostici

Dipstick urine indicato per età <65 anni.

L'assenza di leucociti urinari ha un buon valore predittivo negativo, mentre il valore predittivo positivo della leucocituria è sub ottimale per rilevare segni indiretti di infezione.

Esame urine con sedimento (da effettuare insieme a urinocoltura). Se paziente sessualmente attivo, valutare screening per gonococco, clamidia e altre malattie sessualmente trasmesse.

Razionale della terapia

Le infezioni delle basse vie urinarie nell'uomo vanno trattate con antibiotico per ottenere la risoluzione dei sintomi e per prevenire la possibile evoluzione in forme più gravi o a interessamento sistemico.

La selezione dei pazienti con bassa probabilità di avere una prostatite acuta supporta l'inclusione di nitrofurantoina tra gli antibiotici indicati in terapia empirica.

Terapia antibiotica

TERAPIA EMPIRICA, UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE:

- **Nitrofurantoina** [cat. AWaRe Access]: 100 mg per OS ogni 6 ore per 7 giorni.
- **Fosfomicina** [cat. AWaRe Watch]: 3 gr per OS ogni 24 ore per 2 dosi (*). Assumere la fosfomicina prima del riposo notturno, dopo aver svuotato la vescica.
- **Sulfametossazolo+trimetoprim** [cat. AWaRe Access]: 800 mg+160 mg per OS ogni 12 ore per 7 giorni.

La terapia antibiotica empirica dovrà essere confermata o modificata sulla base dei risultati colturali e dell'evoluzione clinica.

(*): *I risultati di alcuni studi suggeriscono la possibilità di somministrare fosfomicina 3 g ogni 48 fino a tre dosi (indicazione fuori scheda tecnica) per ottenere una maggiore efficacia senza determinare un incremento del rischio di tossicità.*