

LA CISTITE



Dott. CARMINE DI PALMA

Andrologia, Urologia, Chirurgia Andrologica e Urologica,
Ecografia

Che cos'è la cistite?

Il termine "cistite" indica un processo infiammatorio della vescica che può essere distinto a seconda della sua origine in : batterica e non batterica (cistite da radioterapia, cistite di tipo interstiziale, ecc).

Qual è la frequenza?

La cistite è spesso dovuta ad un'infezione da parte di microbi presenti naturalmente nel tratto digestivo: gli enterobatteri. Nell'80% dei casi, si tratta di un batterio denominato Escherichia Coli (colibacillo). Nelle donne, tali microbi passano facilmente dall'intestino alla vescica per semplici ragioni anatomiche, dato che, in effetti, gli orifizi dell'ano e dell'uretra (canale in cui scorre

l'urina proveniente dalla vescica) sono estremamente vicini tra loro. Peraltro, l'uretra femminile, lunga solo 2 cm, è vicina alla vescica. È quindi estremamente facile per i microbi passare dall'ano all'uretra, e poi, successivamente, risalire lungo l'uretra verso la vescica. Una donna su due ha avuto o avrà la cistite nel corso della propria vita.

Esistono fattori predisponenti?

Numerosi sono i fattori di rischio che sembrano predisporre le donne all'insorgenza ed alla ricorrenza degli episodi di cistite.

- Frequenti rapporti sessuali nell'ultimo mese (gli effetti meccanici della penetrazione durante un rapporto sessuale favorirebbero l'ingresso di batteri a livello vescicale).

- Uso di sistemi contraccettivi quali le creme spermicide e/o i diaframmi (essi generano alterazioni dell'ecosistema vaginale).
- Uso indiscriminato di antimicrobici (l'uso di alcuni antimicrobici altera la normale flora batterica vaginale costituita da lactobacilli comportando una persistente colonizzazione vaginale da parte di uro patogeni come per esempio l' E. Coli).
- Età di esordio della sintomatologia disurica < 15 anni.
- Madre affetta da infezione delle vie urinarie (IVU) (sono state proposte numerose ipotesi per spiegare la possibile esistenza di una

predisposizione genetica all'insorgenza di episodi di cistite ricorrenti quali una carente risposta immunitaria locale IgA mediata o un'alterazione dello strato di rivestimento uroteliale, altra difesa naturale nei confronti delle infezioni).

- Distanza uretra-ano, la distanza media dell'uretra dall'ano risulta più corta nelle donne con IVU ricorrenti (4,8mm vs 5mm).
- Fattori tipici delle donne in post menopausa quali il deficit estrogenico che altera il normale trofismo vaginale, pregressi chirurgici uro ginecologici, il cistocele, un elevato residuo post minzionale.

Quali sono le vie di infezione?

Tra le vie d'infezione dell'apparato urinario quella più frequente è la via ascendente che prevede la risalita di agenti patogeni di derivazione fecale, vaginale o uretrale. Meno frequente è la via ematogena limitata a germi poco frequenti quali il Mycobacterium Tuberculosis e lo Staphylococcus Aureus che, peraltro, causano infezioni localizzate prevalentemente al rene. La via linfatica è, invece, un'infezione correlata al passaggio di batteri da organi contigui infetti come il colon, l'apparato genitale femminile, la prostata e l'appendice.

Quali agenti patogeni responsabili?

Gli agenti eziologici sono in genere batteri Gram (-) e di questi sicuramente quello più comune, che è isolato in circa il 70-95% dei casi, è l'Escherichia Coli. Lo Staphilococcus saprophyticus è invece presente nel 5-19% dei casi mentre altri patogeni quali lo Streptococcus faecalis o altre Enterobacteriaceae come il Proteus o la Klebsiella sono identificati solo occasionalmente. Nelle infezioni nosocomiali (ovvero che insorgono in ambiente ospedaliero) e in quelle complicate (presenti in soggetti con anomalie morfo funzionali delle vie urinarie) si verificano spesso colonizzazioni polimicrobiche o colonizzazioni causate da germi antibiotico resistenti.

Quali sono i comuni sintomi della cistite?

Sul piano clinico la cistite è caratterizzata dai seguenti sintomi irritativi.

1) Pollachiuria: aumento transitorio o permanente del numero di minzioni durante le 24 ore, accompagnato dalla riduzione del volume vuotato per ogni atto minzionale.

2) Disuria: difficoltà saltuaria o continua nell'urinare. La minzione può essere lenta e poco copiosa, richiede uno sforzo eccessivo, i muscoli appaiono contratti ed il getto può risultare modificato nel volume o nella forma (deviato, tortuoso, ecc.) o arrestarsi improvvisamente e involontariamente.

3) Stranguria: bruciore o dolore durante la minzione, talvolta accompagnato da brividi e freddo.

4) Tenesmo vescicale: spasmo doloroso seguito dall'urgente bisogno di urinare.

5) Urine torbide, a volte maleodoranti.

Talvolta è presente anche ematuria o piuria. Questi termini sono utilizzati per indicare, rispettivamente, la presenza di sangue e pus nelle urine. In genere la cistite acuta e non complicata non causa febbre. Quando la temperatura sale notevolmente $> 38^{\circ}\text{C}$ con brivido e dolore lombare è possibile che l'infezione si sia propagata alle alte vie urinarie. La fenomenologia della cistite cronica è simile a quella della

cistite acuta ma caratterizzata da sintomi più lievi.

Quali gli esami diagnostici da eseguire?

La diagnostica di laboratorio si basa sull'esame fisico-chimico delle urine, sull'esame del sedimento urinario e sull'urinocoltura. L'esame delle urine dimostra la presenza di batteriuria (presenza di batteri nelle urine) associata a leucocituria (presenza di leucociti nelle urine) e talvolta a microematuria. L'urinocoltura consente la dimostrazione dell'infezione con l'identificazione dell'agente infettante, la determinazione della carica batterica e l'esecuzione dell'antibiogramma. Nella valutazione della carica batterica è importante ricordare che nella giovane donna con

sintomatologia suggestiva di cistite devono essere considerate probative della presenza di infezione anche cariche batteriche di minore entità rispetto alla soglia convenzionale di 100.000 colonia/ml. Nel sospetto di infezione delle basse vie urinarie l'urino coltura non è indispensabile in quanto i potenziali patogeni e la loro suscettibilità agli antibiotici sono prevedibili e i tempi di esecuzione dell'esame sono più lunghi della fase acuta della malattia. L'urinocoltura, invece, è indispensabile nelle forme ricorrenti delle basse vie urinarie o in caso di sintomi suggestivi di pielonefrite.

Qual è la terapia?

Curare correttamente la cistite sin dal primo episodio può fermare il circolo vizioso delle ricadute. La

cistite ha in genere un decorso benigno e si risolve generalmente con un aumento dell'apporto idrico e un breve trattamento antibiotico. La terapia delle infezioni delle basse vie urinarie si basa sull'impiego di farmaci antibiotici la cui efficacia sui più comuni germi uropatogeni è nota. La terapia dovrebbe prevedere la minor durata possibile a parità di efficacia clinica e microbiologica allo scopo di minimizzare gli effetti collaterali ed il costo della terapia. Generalmente una terapia antibiotica di 3 giorni è sufficiente ad eradicare l'infezione microbica. Gli antibiotici più utilizzati sono quelli appartenenti alla classe dei fluorochinolonici (levofloxacin, ciprofloxacina, norfloxacina, fleroxacin, ecc.). Minor efficacia hanno il trimetropim/

sulfametossazolo, gli antibiotici Beta-lattamici e la nitrofurantoina per i quali si richiede una maggiore durata del trattamento. È possibile e opportuno preferire terapie differenziate e ottimizzate per l'uomo e per la donna nel rispetto delle differenze che esistono fra il mondo femminile e quello maschile. È possibile e opportuno preferire terapie differenziate e ottimizzate per l'uomo e per la donna. È fondamentale scegliere un antibiotico che associ all'efficacia terapeutica il rispetto della flora batterica vaginale che è la difesa naturale contro l'acquisizione di un'infezione urinaria.

Esistono norme da seguire per la profilassi delle cistiti ricorrenti?

Le raccomandazioni generali includono:

- Adeguato apporto idrico giornaliero (>2 litri/die).
- Educazione minzionale (evitare di trattenere l'urina che può essere causa di predisposizione all'infiammazione della vescica).
- Evitare il consumo di cibi e bevande che possono irritare l'intestino.
- Uso di acidificanti urinari (in passato il loro impiego ha rappresentato uno dei rimedi empirici tradizionali; le basi per questa terapia non sono ben definite poiché l'effetto antibatterico diretto del pH si

avrebbe per valori non fisiologici inferiori a 4,5).

- Minzione prima del sonno/dopo il rapporto sessuale.
- Utilizzo di mirtillo rosso (molecole estraibili da questa pianta, come le protoantocianidine e il fruttosio, interferirebbero con l'adesione delle fimbrie o pili batterici alla mucosa uroteliale).
- Utilizzo di biancheria intima in fibre naturali.
- Regolare l'alvo intestinale ed utilizzare fermenti lattici (la stipsi favorisce la contaminazione del tratto urinario). E' importante anche trattare eventuali patologie coliche concomitanti.

- Idonea igiene locale (evitando l'utilizzo di detergenti troppo energici).

Questi provvedimenti sono tutti intesi a potenziare i meccanismi antinfettivi naturali. In assenza di residuo vescicale post minzionale la diluizione e l'accorciamento del tempo di permanenza delle urine in vescica impediscono il raggiungimento di elevate cariche batteriche.