



„O proporție de 25% dintre persoanele cu simptome sugestive de cistită vor prezenta și "sindrom uretral", o condiție patologică în care investigațiile nu reușesc să evidențieze nicio infecție subiacentă.“

# Cistita la femeile adulte

Multe femei se prezintă acuzând micțiuni frecvente și disurie. Ce investigații sunt indicate și care ar trebui să fie strategia în continuare?

**Charles Broomhead**  
GP, Sutton Coldfield

## Studiu de caz

Alison are 24 de ani și s-a mutat de curând cu prietenul ei. S-a prezentat vineri seara ca "pacient neprogramat", în mare suferință, acuzând senzație de arsură dureroasă la pasajul urinei și faptul că și-a petrecut cea mai mare parte a nopții la toaletă. Pe lângă durere și frecvență micțională, cel mai mult a alarmat-o faptul că a observat sânge în urină.

**N**u este neobișnuit ca pacienții, de obicei femei, să se prezinte cu acuze de creștere a frecvenței urinării și durere la micțiune.

Problema este, de obicei, una recurentă și simptomele apar cel mai adesea ca rezultat al infecției de tract urinar (ITU).

O treime dintre femei vor avea cel puțin un episod de cistită în timpul vieții; pentru 20% dintre femei aceasta va fi o problemă recurentă.<sup>1</sup> Infecțiile tractului urinar apar de obicei ca rezultat al pătrunderii bacteriilor prin uretră, lucru favorizat de contactul sexual. Metodele contraceptive care conțin agenți spermicizi (prezervative sau diafragme) cresc semnificativ riscul

pentru dezvoltarea unei infecții. O anamneză atentă, eventual un examen fizic și câteva investigații țintite vor determina de obicei cauza exactă a problemei.

## DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Deși cistita este frecventă, există alte câteva afecțiuni care pot provoca aceleași simptome. Disuria poate fi asociată cu vaginita sau uretrita de cauze atrofice, chimice sau infecțioase. Creșterea frecvenței micțiunilor poate apărea în sarcină, poate chiar înaintea recunoașterii acesteia, și, de asemenea, reprezintă un foarte cunoscut mod de prezentare a diabetului zaharat.

De asemenea, o proporție de 25% dintre persoanele cu simptome sugestive de cistită vor prezenta și "sindrom uretral", o condiție patologică în care investigațiile nu reușesc să evidențieze nicio infecție subiacentă.

Cistita interstițială este o inflamație a vezicii urinare a cărei etiologie nu este cunoscută. Inițial a fost considerată de mulți ca fiind de origine psihogenă, dar acum se crede că are o bază organică. Diagnosticul este unul de excludere și evaluarea frecvenței și a durerii pentru cel puțin 6 luni. Informații de la nivelul anului 1994 sugerau că aproximativ 450.000 de persoane de pe continentul nord-american erau afectate la acea vreme, fiind necesară o medie de 4,5 ani până când problema lor a fost diagnosticată corect.<sup>2</sup>

Vaginita atrofică este o situație obișnuită la femeile aflate în perioada postmenopauză. Deși disuria poate apărea ca rezultat al contactului dintre urină și țesutul inflammat, este bine de ținut minte că ITU sunt mult mai frecvente în acest grup de femei.

## ANAMNEZĂ

Anamneza va oferi detalii despre perioada scursă de la apariția simptomelor, dacă acestea au mai apărut și înainte și dacă există hematurie francă. Un istoric de scurgere vaginală, creșterea recentă a activității sexuale ori schimbarea partenerului sau a metodei contraceptive ar putea sugera că simptomele nu sunt legate direct de tractul urinar sau că există o cauză precipitantă.

Dobbs și Fleming<sup>3</sup> au investigat valoarea predictivă a simptomelor, a anamnezei și a testării probei de urină prin metoda dipstick în diagnosticarea ITU. Din datele rezultate, au derivat un model matematic de ajutor în procesul de diagnosticare (scorul SHU). Deși mulți ar putea considera procesul ca fiind prea greu pentru practica obișnuită, merită subliniat că autorii au reușit să identifice corect 89% dintre cazurile cu infecții, cu un număr relativ mic de rezultate fals pozitive. Totuși, printre simptomele luate în considerare de către autori, doar prezența hematuriei a avut o valoare predictivă pozitivă mai mare de 50%, în timp ce valorile predictive negative ale tuturor simptomelor au fost mai mici de 90%. Unele simptome au fost semnificativ mai bune decât altele în excluderea infecției. Cel mai bine a funcționat absența frecvenței crescute a micțiunilor și cel mai slab absența stării de greață. Alți cercetători au sugerat că acolo unde coexistă anumite simptome – de exemplu, frecvența micțiunilor cu disuria –, prezența sau absența altora – de exemplu, scurgerea vaginală – poate ajuta la creșterea acurateții diagnosticului.

**"În prezența febrei, sensibilitatea la nivelul lojelor renale poate sugera o pielonefrită acută."**

## EXAMENUL FIZIC

Între 15 și 20% dintre femeile cu cistită prezintă sensibilitate suprapubiană,<sup>4</sup> dar este puțin probabil să aibă vreun alt semn fizic. În prezența febrei, sensibilitatea la nivelul lojelor renale poate sugera o pielonefrită acută. Inspectia organelor genitale poate evidenția atrofiie, scurgere vaginală, vezicule de herpes genital sau semne tipice de candidoză.

## INVESTIGAȚII

Examenul sumar de urină va exclude posibilitatea existenței diabetului zaharat. Totuși, în cazul infecției, se poate demonstra prezența proteinelor, a sângelui, a nitriților sau a leucocitelor în urină.

Un test pozitiv pentru nitriți este înalt specific, dar nu foarte sensibil pentru ITU, cu condiția ca proba testată să fie recoltată proaspăt. Probele aduse de acasă la laborator dau rezultate înșelătoare când sunt testate pentru nitriți, din cauza replicării bacteriene.

Prezența leucocitelor este deopotrivă foarte specifică și suficient de sensibilă pentru ITU.

Părerile sunt diferite, dar, în general, la femeile adulte cu suspiciune de cistită nu se consideră necesară efectuarea de rutină a culturilor din urină. Excepții de la această regulă generală se fac în timpul sarcinii și la femeile în vârstă. În aceste situații, simptomele pot fi atipice și pot fi necesare investigațiile suplimentare. De exemplu, hematuria microscopică la pacienții vârstnici, în absența infecției, crește eventualitatea de malignitate.

Dacă se suspectează o boală cu transmitere sexuală, trebuie să se recolteze frotiuri cervicale, vaginale și uretrale.

Pentru cistite recurente sau neexplicabile ori în caz de eșec terapeutic, este uneori necesară trimiterea pentru investigații suplimentare – cum ar fi ecografia, radiografia "pe gol", măsurarea debitului urinar, cistoscopia sau cistograma micțională. În caz de hematurie microscopică la femei trecute de 50 de ani sau de hematurie macroscopică la orice vârstă, trimiterea trebuie să fie de urgență.

## CONDUITĂ TERAPEUTICĂ

Până să se prezinte la consult, mulți dintre pacienți s-au tratat deja pentru presupusa infecție urinară, cu citrat de potasiu ori suc de merișor. Cel de-al doilea se pare că acționează prin scăderea capacității de adeziune bacteriană la epiteliul urinar.<sup>5</sup>

Deși adesea recomandată pentru

"spălarea" bacteriilor, ingestia unor cantități mari de lichide se pare că nu conduce la modificarea simptomelor. Într-adevăr, această măsură le poate exacerba, de fapt, prin creșterea volumului de urină care strabate calea urinară.

Pacienții se prezintă adesea în urgență, chinuți de simptome. Când manifestările sunt tipice și există antecedente asemănătoare este suficientă, de obicei, o consultație telefonică. În acest mod, se inițiază mai rapid tratamentul și se evită așteptarea neplăcută la cabinetul medical – lucru pe care pacienții îl vor aprecia cu siguranță.

De obicei, este indicat tratamentul empiric cu antibiotice. Decizia privind tipul prescris este dictată de mai mulți factori, cum ar fi: informațiile despre rezistența bacteriană în populația locală, medicația și afecțiunile concomitente, alergiile pacientului și experiența acestuia din infecțiile anterioare.

În general, cu excepția cazurilor de alergii sau a sarcinii, o cură de 3 zile cu trimetoprim este considerată un tratament de elecție adecvat pentru ITU necomplicată. Un studiu recent, efectuat de McNulty,<sup>6</sup> a arătat nu doar că rezistența la trimetoprim a fost mai mică decât cea previzionată, dar și faptul că 61% dintre femeile cu germeni rezistenți nu au revenit la consult din cauza eșecului terapeutic. Autorii sugerează că urocultura și antibiograma ar trebui făcute numai în cazul în care pacienții se prezintă pentru un nou consult și se consideră necesară schimbarea antibioticului.

Când ITU este o problemă recurentă, strategia în vederea reducerii riscului va include recomandări referitoare la igienă, contracepție și activitatea sexuală. Lubrifianții reduc traumatismul din timpul actului sexual, iar la femeile mai în vârstă cremele cu estrogeni pot reduce riscul infecției. Golirea imediată a vezicii după actul sexual poate fi, de asemenea, o măsură eficientă. O doză unică de preparat antimicrobian (200 mg trimetoprim rămân, de regulă, cea mai bună alegere) luată nu mai repede de două ore după actul sexual se dovedește uneori eficientă, la fel ca și tratamentul continuu cu o doză mică de antibiotic.

Profilaxia este necesară adesea, pentru o perioadă mai lungă de timp. Unii specialiști susțin tratamentul inițial de 6 luni, extins la 2-3 ani, dacă apar recurențe după această terapie inițială.

**„Autorii sugerează că urocultura și antibiograma ar trebui făcute numai în cazul în care pacienții se prezintă pentru un nou consult și se consideră necesară schimbarea antibioticului.“**

## BIBLIOGRAFIE

1. Stamm WE, Hooton TM. N Engl J Med; 1993; 329: 1328-34.
2. Ratner V et al. Urol Clin North Am 1994; 21: 1-5.
3. Dobbs FF, Fleming DM, JR Coll Gen Pract; 1987; 37:100-4.
4. Wigton RS, et al. Arch Intern Med 1985; 145: 2222-7.
5. Avorn J et al. JAMA 1994; 271: 751-4.
6. McNulty CA et al. J Antimicrob Chemother 2006; 58: 1000-8.