



# CISTITA VÂRSTNICULUI – ABORDARE TERAPEUTICĂ

Cristina Calomfirescu \*, A.V. Manu-Marin\*\*, N. Calomfirescu\*\*, C. Belinski\*\*

\*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "V. Babeș", București

\*\*Spitalul de urgență MIRA „Prof. Dr. Dimitrie Gerota”, București

## Rezumat

**Introducere:** Infecția tractului urinar inferior, denumită și cistită, este definită clinic de triada: urinare frecventă, usturime la urinat și urină tulbure. Studiile clinice au demonstrat că principala cauză locală ce favorizează infecția urinară este timpul îndelungat de stază al urinei în vezică, care favorizează înmulțirea bacteriană și degradarea mucusului protector al vezicii urinare.

**Material și metodă:** Un număr de 19 pacienți (12 femei și 7 bărbați) cu vârste peste 80 de ani, care s-au prezentat la consultații, cu infecții urinare recidivate și reziduu postmicțional > 50 ml au fost incluși în studiu. Toți aveau mai mult de 6 infecții în ultimul an, dovedite bacteriologic și tratate conform antibiogramei, pe perioade de 7-10 zile. Pacienții au început tratamentul conform antibiogramei, în asociere cu tamsulosin (Omnice Tocas) 1 tb/zi, permanent. Antibioticul a fost administrat 7 zile. Reziduu postmicțional a fost urmărit la 3, 7, 14, 21, 30 zile și apoi la fiecare 14 zile, în următoarea lună. Urocultura a fost efectuată lunar. După 2 luni, reziduu a fost măsurat lunar.

**Rezultate și concluzii:** La 6 luni, doar 16 pacienți au încheiat protocolul, restul fiind pierduți din evidență. Trei pacienți au avut recidive ale cistitei, ceilalți 13 (68,4% din lotul inițial de 19 pacienți) au rămas sterili pe perioada celor 6 luni.

## Abstract

**Introduction:** Lower urinary tract infection (UTI) is diagnosed by the presence of frequency, pain when passing urine, cloudy urine and confirmed by bacteriology. The longest the interval the urine remains in the bladder the higher the incidence of UTI; postvoid residual (PVR) is an example for this.

**Material and method:** A group of 19 elderly patients (> 80 of age) with recurrent UTI (more than 6 in the last year) and with PVR larger than 50 ml where selected for treatment with antibiotic associated with tamsulosin and with behavioral therapy.

**Results and conclusions:** A number of 13 patients where followed at 6 months with urine cultures and PVR. 13 (68,4%) remained sterile. PVR diminished from a median of 180 ml to 110 ml.

Infecția tractului urinar inferior, denumită și cistită, este definită clinic de triada: urinare frecventă, usturime la urinat și urină tulbure, certitudinea diagnostică fiind obținută prin urocultură, prin care se pune în evidență prezența a mai mult de o sută de mii de germeni pe mililitru.

În patogenia oricărei infecții, contează atât agentul infectant, cât și răspunsul gazdei. Dacă

asupra tipului germenului nu se poate acționa pentru prevenirea recidivei infecției, asupra condiției gazdei există metode de acțiune. Studiile clinice au demonstrat că principala cauză locală ce favorizează infecția urinară este timpul îndelungat de stază al urinei în vezica urinară, care favorizează înmulțirea bacteriană și degradarea mucusului protector al vezicii urinare.<sup>[1]</sup> Întotdeauna, înainte de tratarea cistitelor recidivante, trebuie căutat în istoria și obiceiurile pacientului, cauze locale favorizante ale recidivei (excludem din această prezentare bolile generale

Adresa pentru corespondență:

Dr. Cristina Calomfirescu

Șos. Mihai Bravu, nr.281, sector 3, București



imunodeprimante). Cele mai frecvente cauze locale de favorizare a apariției cistitei sunt: constipația cronică, probleme ano-hemoroidale, **litiaza urinară, malformații ale aparatului urinar**. Toate acestea împieteză în diverse grade, evacuarea facilă a urinei și favorizează staza urinei în vezică. Obiceiul de a bea puține lichide, cât și cel de a urina rar, favorizează de asemenea staza vezicală.

Staza vezicală este reprezentată și de reziduul vezical postmicțional, care apare în mod constant la pacienții cu probleme ale fazei de golire vezicală. Aparatul vezicosfincterian are două funcții: cea de umplere și cea de golire.<sup>[1]</sup> În funcție de acestea, simptomele și patologia aparatului vezicosfincterian se împart în: probleme ale fazei de umplere și probleme ale fazei de golire. Acestea sunt grupate în Simptome ale Aparatului Urinar Inferior (*LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms*). Reziduul postmicțional reprezintă urmarea afectării fazei de golire vezicală. Aceasta se desfășoară incomplet, în vezică rămânând o cantitate de urină care poate fi măsurată ecografic. Volume mai mari de 50 ml ale reziduului vezical postmicțional sunt considerate patologice la un pacient cu cistite recidivate.<sup>[1,2]</sup> Golirea incompletă a vezicii urinare poate fi urmarea unui obstacol în calea urinei (pe uretră), cele mai frecvente obstacole fiind hipertrofia prostatică și strictura uretrală, sau poate fi urmarea forței de contracție diminuate a detrusorului, cum se întâmplă la pacienții cu afectare neurologică centrală (AVC, hernie de disc intervertebral) sau periferică (diabet zaharat, chirurgie pelvină), dar și la vârstnici.

Tratamentul infecției urinare în aceste cazuri, trebuie să includă pe lângă antibiotic și metode de facilitare a golirii vezicale, cu reducerea reziduului postmicțional. În funcție de cauza golirii incomplete a vezicii, tratarea reziduului postmicțional necesită fie tratament pentru reducerea obstrucției subvezicale, fie metode de înlocuire a contracției deficitare a detrusorului.

Ameliorarea obstrucției subvezicale se realizează eficient în cazul hipertrofiei prostatice, cu medicamente alfa-blocante (alfuzosin, doxazosin, tamsulosin). Acestea relaxează musculatura periuretrală, facilitând golirea mai rapidă și mai ușoară a vezicii.<sup>[3]</sup> Ele sunt însă folosite cu

succes și la femei care au receptori alfa atât în colul vezical, cât și în centrul sacrați.<sup>[4]</sup>

Ameliorarea golirii vezicale în caz de **contractilitate deficitară a detrusorului, nu se poate face medicamentos**. În aceste cazuri, cea mai folosită metodă este cateterizarea intermitentă curată CIC (*clean intermittent catheterization*). Aceasta asigură răriră episoadelor de cistită, cu riscul menținerii unei bacteriurii ce nu trebuie tratată. Ritmul cateterizărilor poate fi de la 4-6 ori pe zi (ritmate de volumul golit, care trebuie să fie sub 350 ml/golire), în cazul pacienților cu reziduu mereu mai mare de 150-200 ml, până la o dată pe zi, în cazul pacienților cu reziduu mic postmicțional, dar care are tendința de a crește în decurs de zile. Acești pacienți cu reziduu postmicțional, sunt pacienți ce trebuie urmăriți frecvent prin analiza urinei, determinarea reziduului postmicțional, calendar micțional și care au indicație de a efectua și probe complexe urodinamice, în cazul în care metodele neinvazive nu dau date suficiente și tratamentul nu oferă rezultatele dorite.<sup>[1]</sup>

### Obiectivele studiului

Pacienții vârstnici pot asocia frecvent atât obstrucția subvezicală, cât și scăderea contractilității detrusorului, urmarea fiind reziduul postmicțional semnificativ. La cei cu cistite repetate, probele urodinamice nu pot fi efectuate (decât după sterilizarea urinei). Facilitarea golirii vezicale cu ajutorul unui medicament alfa-blocant, care relaxează musculatura colului vezical, ar trebui să amelioreze reziduul postmicțional și să asigure succesul tratamentului antibiotic al cistitelor repetate.<sup>[1]</sup>

Am optat pentru tamsulosin (Omnice Tocas), deoarece este un alfa-blocant selectiv, cu risc mic de a produce hipotensiune ortostatică, element important la pacientul vârstnic.<sup>[2]</sup>

Nu am avut un lot martor, din considerente etice.

A fost urmărit doar intervalul dintre 2 infecții urinare, în cazul în care pacienții luau Omnic Tocas și antibiotic, comparativ cu intervalul dintre infecții în perioada în care luau doar antibiotic.



## Material și metodă

Un număr de 19 pacienți (12 femei și 7 bărbați) cu vârste peste 80 de ani, care s-au prezentat la consultații, cu infecții urinare recidivate și reziduu postmictional > 50 ml, au fost incluși în studiu. Toți au relatat mai mult de 6 infecții în ultimul an, dovedite bacteriologic și tratate conform antibiogramei, pe perioade de 7-10 zile, în general cu chinolone administrate oral. Pacienții luați în studiu nu aveau boli metabolice asociate (diabet), neurologice sau alte boli infecțioase în tratament.

Protocolul a constatat în urocultură, determinarea reziduuului postmictional (două determinări), a debitului urinar (debitmetrie) și din completarea unui calendar mictional pe două zile, în care pacientul menționa cantitățile urinate și orele la care a urinat, precum și lichidele consumate. Intervalul liber cel mai mare dintre două infecții a fost de 13 săptămâni (media 5 săptămâni). Reziduuul postmictional era cuprins între 80 și 210 ml (media 180 ml).

Pacienții au început tratamentul conform antibiogramei, plus tratament cu Omnic Tocas 1 tb/zi, permanent. Antibioticul a fost administrat timp de 7 zile. Reziduuul postmictional a fost urmărit la 3, 7, 14, 21, 30 zile și apoi la fiecare 14 zile, în următoarea lună. Urocultura a fost efectuată lunar. După 2 luni, reziduuul a fost măsurat lunar. Toți pacienții au primit la început indicații să consume lichide regulat, să urineze regulat stând pe toaletă și așteptând să se golească cât mai complet posibil vezica, să aibe scaun zilnic.

## Rezultate

Toți pacienții au încheiat studiul la 3 luni. Doar unul a avut cistită la 30 de zile, restul au rămas cu urocultura sterilă. Reziduuul maxim a scăzut la < 140 ml (media 110 ml). Pacientul care a prezentat recidiva a fost retrat și a rămas steril până la 6 luni.

La 6 luni doar 16 pacienți au încheiat protocolul, restul fiind pierduți din evidență. Alți doi pacienți au avut recidive ale cistitei în această perioadă (unul dintre ei a prezentat două recidive); aceștia au fost retratați cu antibiotic. Ceilalți 13 (68,4% din lotul inițial de 19 pacienți), au rămas sterili pe perioada celor 6 luni.

## Concluzii

Asocierea tamsulosinului și a metodelor comportamentale la tratamentul antibiotic, a redus marcat rata recidivelor infecției urinare joase, fără a fi necesare investigații sau intervenții agresive/invazive. Reacțiile adverse ale tamsulosinului (Omnice Tocas) au fost ne semnificative.

Reducerea stazei vezicale prin hidratare ritmată și evacuarea regulată a vezicii urinare, cât și mărirea eficienței evacuării vezicale (prin scăderea reziduuului postmictional) folosind tamsulosin, asigură eliminarea stazei, un factor favorizant important al recidivei infecției urinare la pacienții vârstnici.

## BIBLIOGRAFIE:

1. Abrams P, Griffiths DJ. The assessment of prostatic obstruction from urodynamic measurements and from residual urine. *Br J Urol* 1979;51:129-134;
2. Narayan P, Evans CP, Moon T. Long-term safety and efficacy of tamsulosin for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2003; 170(2 Pt 1):498-502;
3. Michel MC, Chapple CR. Comparison of the cardiovascular effects of tamsulosin oral controlled absorption system (OCAS) and alfuzosin prolonged release (XL). *Eur Urol* 2006; 49(3):501-8; discussion 508-9;
4. Reitz A, Haferkamp A, Kyburz T, et al. The effect of tamsulosin on the resting tone and the contractile behaviour of the female urethra: a functional urodynamic study in healthy women. *Eur Urol* 2004; 46(2):235-40.