INFEZIONI URINARIE

TBC e MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

DEFINIZIONE DI INFEZIONI URINARIE (I.V.U.)

REPERTO DI BATTERIURIA SIGNIFICATIVA (>100.000 cfu/ml)

ACCOMPAGNATA O MENO DA SINTOMATOLOGIA SPECIFICA

LA BATTERIURIA VIENE CONSIDERATA SIGNIFICATIVA ANCHE PER VALORI INFERIORI A 100.000 cfu/ml SE :

- IL PAZIENTE E' SINTOMATICO
- RISCONTRO DI PARTICOLARI AGENTI PATOGENI (Proteus – Pseudomonas)
- ISOLAMENTO MICRORGANISMO IN URINOCOLTURE SUCCESSIVE

SVILUPPO DI UNA INFEZIONE URINARIA (I.V.U.)

ROTTURA DELL' EQUILIBRIO TRA

DIFESE DELL' OSPITE e VIRULENZA DEI BATTERI PATOGENI

PRECOCE RICOMPARSA DELLA INFEZIONE

RECIDIVA = SOSTENUTA DALLO STESSO BATTERIO

REINFEZIONE = SOSTENUTA DA UN NUOVO MICRORGANISMO

SUPERINFEZIONE = SOVRAPPOSIZIONE DI DUE O PIU' TIPI DI BATTERI

CLASSIFICAZIONE

INFEZIONI DELLE BASSE VIE URINARIE
(CISTITI e PROSTATITI ACUTE E CRONICHE)

INFEZIONI DELLE ALTE VIE URINARIE
(PIELONEFRITI ACUTE E CRONICHE, ASCESSI RENALI)

NON COMPLICATE
(ASSENZA ALTERAZIONI CLINICAMENTE EVIDENTI DELLA VIA ESCRETRICE)

COMPLICATE
(PRESENZA DI ALTERAZIONI ANATOMICHE o DISTURBI METABOLICI)

(QUADRI INFETTIVI PRESENTI IN DIABETICI - IMMUNODEPRESSI – TRAPIANTATI – OSPEDALIZZATI – SOTTOPOSTI A MANOVRE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SULLE VIE URINARIE)

EPIDEMIOLOGIA

RAPPRESENTANO LE PIU' FREQUENTI INFEZIONI DOPO QUELLE RESPIRATORIE

INTERESSANO IL 10% DELLA POPOLAZIONE ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

PREVALENZA NEL SESSO FEMMINILE CON RAPPORTO M/F - 1/10

IL 50% DELLE DONNE RIPORTA EPISODIO DI I.V.U. ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

INCIDENZA DELLE INFEZIONI RICORRENTI 3 – 5%

INTERESSAMENTO DI TUTTE LE ETA'

EPIDEMIOLOGIA

NELLA PRIMA INFANZIA (<3 MESI) I.V.U. PIU' FREQUENTI NEI MASCHI

EPISODI RECIDIVANTI ASSOCIATI A PATOLOGIA ORGANICA (REFLUSSO VESCICO-URETERALE)

DAI 12 AI 50 ANNI PIU' FREQUENTI NELLE DONNE

PICCO INCIDENZA TRA 20 e 35 ANNI – CORRELAZIONE CON ATTIVITA' SESSUALE E METODICHE DI CONTRACCEZIONE

DOPO I 50 ANNI INCREMENTO INCIDENZA IN ENTRAMBI I SESSI

CARENZA ESTROGENI – CISTOCELE ED ALTERAZIONI VUOTAMENTO VESCICALE NELLE DONNE

IPERTROFIA PROSTATICA ED ALTERAZIONI VUOTAMENTO VESCICALE NEGLI UOMINI

EZIOLOGIA

BATTERI GRAM NEGATIVI (95%)

E. COLI (80%)
PROTEUS – PSEDOMONAS – KLEBSIELLA – ENTEROBATTERI (15%)

BATTERI GRAM POSITIVI (5%)

STAFILOCOCCHI - ENTEROCOCCHI

NEL 95% DEI CASI UNA SINGOLA SPECIE BATTERICA E' RESPONSABILE DELLA I.V.U.

INCREMENTO NEGLI ULTIMI ANNI DI I.V.U. DA GRAM +

SEPSI DA GERMI ANAEROBI CARATTERISTICI DELLE NEOPLASIE GENITO - URINARIE MALIGNE

PATOGENESI

VIE URINARIE STERILI FINO AD URETRA DISTALE ED AL MEATO URETRALE ESTERNO

MECCANISMI DI DIFESA CONTRO AGENTI PATOGENI:

CARATTERISTICHE DELL' URINA
(ACIDITA' – ALTA CONCENTRAZIONE DI UREA – IPERTONICITA')

EPITELIO DI RIVESTIMENTO URINARIO

INTEGRITA' DELLE STRUTTURE ANATOMICHE URINARIE
(MECCANISMI VALVOLARI VESCICO – URETERALI)

CORRETTA DINAMICA DEL FLUSSO URINARIO

PATOGENESI

PER IL DETERMINISMO DELL'INFEZIONE, LA FLORA PATOGENA DEVE:

RAGGIUNGERE L' APPARATO URINARIO

MOLTIPLICARSI NELL' AMBIENTE

COMPETERE CON I MECCANISMI DI DIFESA PRESENTI

PATOGENESI

VIA ASCENDENTE - 95% DEI CASI DAL SERBATOIO FECALE E DAI TESSUTI PERIURETRALI
VIA EMATOGENA - 3% DEI CASI IN PRESENZA DI BATTERIEMIA

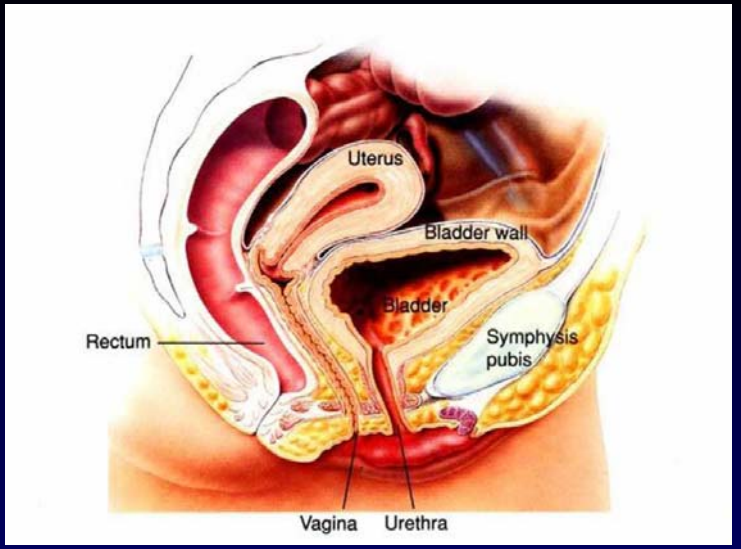
COLONIZZAZIONE MUCOSA VAGINALE O PERI-URETRALE FAVORITA DA CONDIZIONI ANATOMICHE E ORMONALI PREDISPONENTI

INTERAZIONE CON I SISTEMI LOCALI DI DIFESA DELL‘ ORGANISMO

STATO DEL TROFISMO TISSUTALE
INTEGRITA’ ANATOMICA DELLA MUCOSA
IMMUNITA’ CELLULARE E IGA SECRETORIE

PATOGENESI

SITUAZIONI FISIOLOGICHE FAVORENTI



SESSO FEMMINILE

ETA' GERIATRICA

- ASSOCIAZIONE CON MALATIE DISMETABOLICHE (DIABETE)
- IMMUNODEPRESSIONE
- RESIDUO URINARIO

CARATTERISTICHE ANATOMICHE APPARATO URINARIO FEMMINILE

- BREVITA' DELL' URETRA E POSIZIONE DEL MEATO
- CONTIGUITA' CON ORIFIZI ANALI E VAGINALI

GRAVIDANZA (2-8% DELLE DONNE IN GRAVIDANZA VANNO SOGGETTE AD I.V.U.)

- STASI URETERALE E VESCICALE >> EFFETTO DI ELEVATI LIVELLI PROGESTERONE
- UTERO CON AZIONE DI OSTACOLO MECCANICO SUGLI URETERI

ATTIVITA' SESSUALE ed USO DI CONTRACCETTIVI

PATOGENESI

SITUAZIONI PATOLOGICHE FAVORENTI

OSTRUZIONE

ORGANICA

FUNZIONALE

AUMENTO TEMPO PERMANENZA URINE NELLA VIA ESCRETRICE

CRESCITA BATTERICA ESPONENZIALE

SUPERAMENTO POTERE LOCALE DI DIFESA

INFEZIONE

PATOGENESI

SITUAZIONI PATOLOGICHE FAVORENTI

OSTRUZIONE E CALCOLOSI INFETTA (STRUVITE)

REFLUSSO VESCICO – URETERO - RENALE

NEUROPATIE PRIMITIVE (ALTERAZIONI DINAMICA VIA ESCRETRICE)

RIDUZIONE DEI POTERI DI DIFESA

- MALATTIE NEOPLASTICHE
- DIABETE
- EMOPATIE
- TERAPIE IMUNOSOPPRESSIVE
- RADIOTERAPIA
- PROLUNGATA OSPEDALIZZAZIONE

CATETERISMO VESCICALE

MANOVRE STRUMENTALI SULL' APPARATO URINARIO

PRINCIPALI QUADRI CLINICI

BATTERIURIA (> 100.000 cfu/ ml) ASINTOMATICA

INCIDENZA 10% DELLE DONNE > 65 ANNI

DONNE IN GRAVIDANZA

CISTITE ACUTA NON COMPLICATA

CARICA BATTERICA > 100.000 cfu E DISTURBI URINARI DI TIPO IRRITATIVO

CISTITE ACUTA RICORRENTE

(NUMERO EPISODI > 3 VOLTE /ANNO)

PRINCIPALI QUADRI CLINICI

PROSTATITE
INFEZIONI ED INFIAMMAZIONI ACUTE E CRONICHE DELLA GHIANDOLA PROSTATICA

TBC URINARIA
INFEZIONE SPECIFICA DA MICOBATTERIO DELLA TUBERCOLOSI

PIELONEFRITE ACUTA
INFEZIONE RENALE CON URINOCULTURA POSITIVA E DOLORE LOMBARE
DISTURBI URINARI PREVALENTEMENTE IRRITATIVI
MALESSERE GENERALIZZATO, BRIVIDI ED IPERTERMIA, NAUSEA E VOMITO

INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE
MALATTIE INFETTIVE CAUSATE DA BATTERI, VIRUS e PARASSITI ATTRAVERSO IL CONTATTO SESSUALE

PRINCIPALI QUADRI CLINICI

I.V.U. IATROGENE NELL' UOMO

SECONDARIE AD INDAGINI STRUMENTALI

ESTENSIONE DEL PROCESSO INFIAMMATORIO ALLA PROSTATA ED EPIDIDIMO

I.V.U. COMPLICATE DA OSTRUZIONE - ASCESSI

SOVRAPPOSIZIONE CON ALTERAZIONI ANATOMICHE O FUNZIONALI DELL' APPARATO URINARIO

INFEZIONI DA CATETERISMO VESCICALE

INCIDENZA DI BATTERIURIA INCREMENTANTESI DEL 3% AL GIORNO

RUOLO DELL' EPICISTOSTOMIA E DEL CATETERISMO PULITO AD INTERMITTENZA CON MINORE INCIDENZA DI BATTERIURIA

LE CISTITI

RAPPRESENTANO:

LE PIU' FREQUENTI INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

LA PRIMA CAUSA DI INFEZIONE DEL PARENCHIMA RENALE PER VIA ASCENDENTE

MICRORGANISMI RESPONSABILI APPARTENGONO ALLA FLORA ENDOGENA

INFEZIONE SOLO IN CONDIZIONI FAVORENTI

ASPETTI ANATOMO PATOLOGICI DELLE CISTITI

ALTERAZIONI PIU' FREQUENTI:

EDEMA – IPEREMIA – INFILTRAZIONE NEUTROFILA DELLA MUCOSA

PRESENZA DI EMAZIE – GLOBULI BIANCHI – MUCO NELLE URINE

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLE CISTITI

DISTURBI URINARI PREVALENTEMENTE DI TIPO IRRITATIVO

(POLLACHIURIA – NICTURIA – URGENZA MINZIONALE – STRANGURIA – DISURIA – SENSAZIONE DI INCOMPLETO VUOTAMENTO)

FEBBRE E SINTOMI SISTEMICI

(DI SCARSO RISCONTRO, MA COMPARSA DI FEBBRE ALTA CON BRIVIDO SEGUITA DA INTENSA SUDORAZIONE E' INDICATIVA DI EVOLUZIONE IN COMPLICANZE - PROSTATITE o PIELONEFRITE ACUTA)

DIAGNOSI

I° LIVELLO

ESAME DELLE URINE ed URINOCOLTURA

(SEDIMENTO ++LEUCOCITI ++NITRITI PH ALCALINO ++EMATURIA)

ECOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO CON VALUTAZIONE DEL RESIDUO URINARIO

DIAGNOSI

II° LIVELLO

ESAME URODINAMICO

UROGRAFIA ENDOVENOSA

CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE

URETROCISTOSCOPIA

TERAPIA

OBIETTIVI

ERADICAZIONE MICRORGANISMI PATOGENI
ATTENUAZIONE SINTOMATOLOGIA SOGGETTIVA
PREVENZIONE COMPLICANZE

ANTIBIOTICOTERAPIA MIRATA AD AMPIO SPETTRO
(FLUOROCHINOLONICI – CEFALOSPORINE – SULFAMIDICI)
RISOLUZIONE DELLE PATOLOGIE PREDISPONENTI
TERAPIA COADIUVANTE MEDIANTE IPERDIURESI E MODIFICAZIONE PH URINARIO
REGOLAZIONE DELL' ALVO FECALE – ABITUDINI INTESTINALI

STRATEGIA TERAPEUTICA

SENZA FATTORI PREDISPONENTI

↓

INFEZIONI NON COMPLICATE

↓

AGIRE SULL'INFEZIONE

CON FATTORI PREDISPONENTI

↓

INFEZIONI COMPLICATE

↓

AGIRE SULL' INFEZIONE E SUL FATTORE PREDISPONENTE

LE PROSTATITI

CONDIZIONI INFIAMMATORIE ACUTE E CRONICHE DELLA PROSTATA

CONDIZIONE IN CUI VI E' PRESENZA DI SINTOMI INFIAMMATORI DELLA PROSTATA E NON VIENE DIMOSTRATO UN AGENTE CAUSALE

EPIDEMIOLOGIA

2 MILIONI DI VISITE/ANNO NEGLI USA

25% DELLE VISITE MEDICHE EFFETTUATE PER PATOLOGIA UROLOGICA

EPISODIO IN 1 PERSONA SU 4 NELL' ETA' COMPRESA TRA 25 e 40 ANNI

35-50% DEGLI UOMINI COLPITI DURANTE E ANCHE DOPO L'ADOLESCENZA

PATOLOGIA PIÙ FREQUENTE NELL' AMBULATORIO UROLOGICO

PROSTATITI CLASSIFICAZIONE (NIH-NIDDK 1995)

I	PROSTATITE BATTERICA ACUTA
II	PROSTATITE CRONICA BATTERICA
III	PROSTATITE CRONICA ABATTERICA
	IIIA INFIAMMATORIA (LEUCOCITI +)
	IIIB NON INFIAMMATORIA (LEUCOCITI -)
IV	PROSTATITE INFIAMMATORIA ASINTOMATICA

INCIDENZA DEI VARI TIPI DI PROSTATITE

P. BATTERICA	5-10%
P. CRONICA ABATTERICA	50-60%
PROSTATODINIA	30-40%

PROSTATITE BATTERICA
EZIOLOGIA

PRINCIPALI SPECIE BATTERICHE ISOLATE

GRAM –

E. COLI

PROTEUS , KLEBSIELLA, ENTEROBACTER, PSEUDOMONAS

GRAM +

ENTEROCOCCHI

STAFILO - STREPTOCOCCHI = GERMI DA INQUINAMENTO

PROSTATITE BATTERICA
PATOGENESI

MIGRAZIONE DI BATTERI DAL RETTO

(PER VIA LINFATICA TRANSPARIETALE O PER CONTIGUITA')

MANOVRE UROLOGICHE

(CATETERISMO – BIOPSIA DELLA PROSTATA – CISTOSCOPIA)

REFLUSSO DI URINE INFETTE NEI DOTTI PROSTATICI

INFEZIONE URETRALE ASCENDENTE

INFEZIONE EMATOGENA (RARA)

PROSTATITE ABATTERICA
PATOGENESI

REFLUSSO URINARIO INTRAPROSTATICO

BATTERI ATIPICI

MYCOPLASMA – UREAPLASMA – CLAMYDIA

SUPPOSTO RUOLO PATOGENETICO

RILIEVO ANCHE NEL SECRETO PROSTATICO DI PAZIENTI ASINTOMATICI

NON RILEVABILI SU PREPARATI ISTOLOGICI

ASPETTI ANATOMO PATOLOGICI DELLE PROSTATITI

ALTERAZIONI PIU' FREQUENTI:

EDEMA – IPEREMIA

INFILTRAZIONE LINFOPLASMACELLULARE AD OPERA DEI MACROFAGI

FORMAZIONE DI MICROASCESSI

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLE PROSTATITI

PROSTATITE ACUTA

FEBBRE ELEVATA CON BRIVIDO – MALESSERE GENERALE
DOLORE E TENSIONE IN REGIONE PERINEALE E LOMBOSACRALE
DISTURBI URINARI DEL RIEMPIMENTO E VUOTAMENTO VESCICALE

PROSTATITE CRONICA

QUADRO CLINICO VARIABILE
PERIODI DI RELATIVA ASINTOMATOLOGIA CON RIACUTIZZAZIONE CLINICA
TENSIONE PERINEALE – POLLACHIURIA – DOLORE SOVRAPUBICO e SCROTALE
MITTO ASTENICO – EIACULAZIONE DOLOROSA - FEBBRICOLA

DIAGNOSI

I° LIVELLO

ANAMNESI: PARTICOLARE ATTENZIONE SU:

ESCLUSIONE MALATTIE A CONTAGIO SESSUALE

PRECEDENTI UROLOGICI

(CATETERISMO, CISTOSCOPIA, BIOPSIA)

ALTERATA FUNZIONE INTESTINALE

PROLUNGATA ASSUNZIONE DI POSIZIONI COATTE

(EQUITAZIONE, CICLISMO, MOTOCICLETTA)

IRREGOLARITÀ NEI RAPPORTI SESSUALI

ASSUNZIONE ALIMENTI O BEVANDE IRRITANTI

(SUPER-ALCOLICI, BIRRA, CAFFÈ, SPEZIE PICCANTI)

DIAGNOSI

I° LIVELLO

ESAME OBIETTIVO:

ESAME OBIETTIVO DEI GENITALI

(SECREZIONE DAL MEATO URETRALE ESTERNO)

ESPLORAZIONE DIGITO RETTALE

(PROSTATA AUMENTATA DI VOLUME – CONSISTENZA PARENCHIMATOSO MOLLE – DOLENTE – EMISSIONE DI LIQUIDO PROSTATICO)

DIAGNOSI

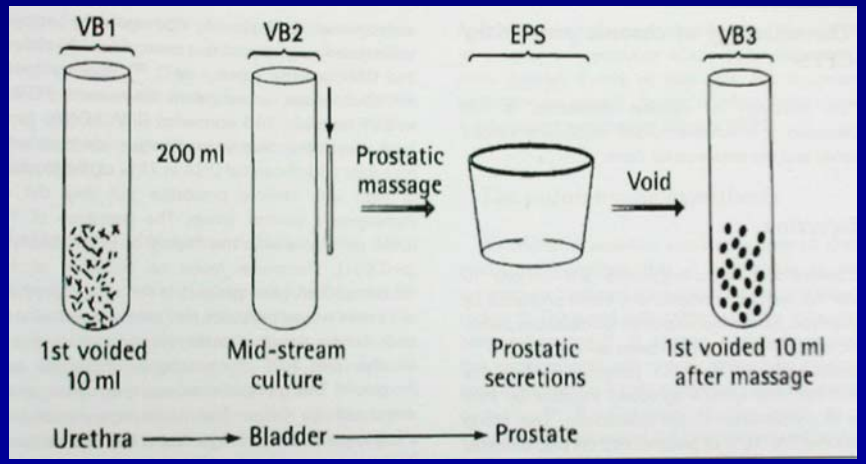
I° LIVELLO

ESAME DELLE URINE ed URINOCOLTURA

(SEDIMENTO ++ LEUCOCITI ++ NITRITI PH ALCALINO ++ EMATURIA)
(URINE TORBIDE – MALEODORANTI)

TEST DI STAMEY (4 CAMPIONI) MICROSCOPICO e COLTURALE

CAMPIONE PRIME URINE (URETRALI)
CAMPIONE SECONDE URINE (VESCICALI)
CAMPIONE SECRETO PROSTATICO
CAMPIONE URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO

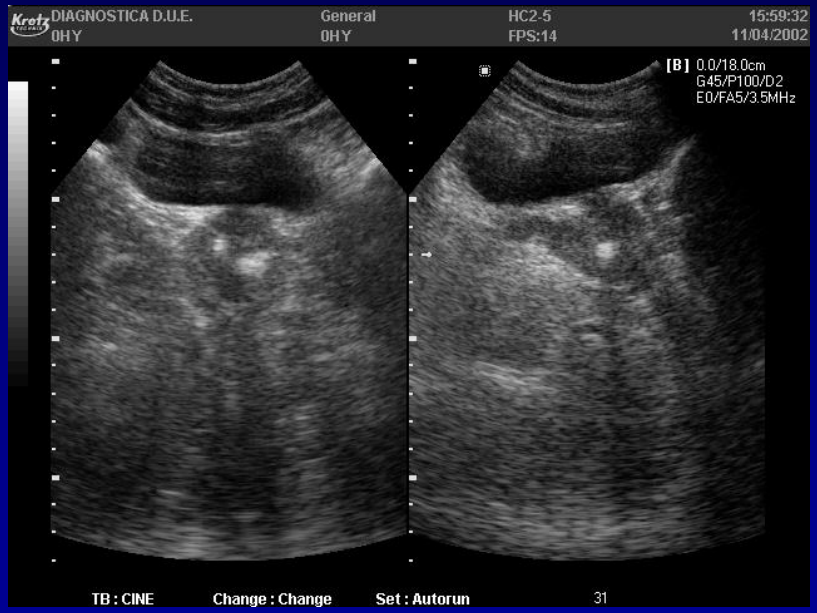


QUADRO PATOLOGICO:
RISCONTRO DI > 10 LEUCOCITI / HPF
RISCONTRO DI > 5000 COLONIE BATTERI/MM

DIAGNOSI

I° LIVELLO

ECOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO CON VALUTAZIONE DEL RESIDUO URINARIO



(VALUTAZIONE ECOSTRUTTURA GHIANDOLARE – PRESENZA DI CALCIFICAZIONI INTRAPROSTATICHE ESPRESSIONE DI PREGRESSE INFIAMMAZIONI

INDICAZIONI SU PRESENZA DI OSTRUZIONE MEDIANTE LA DETERMINAZIONE DEL RESIDUO URINARIO

DIAGNOSI

II° LIVELLO (DA EVITARE NELLA FASE ACUTA DELLA MALATTIA)

ESCLUDERE ALTERAZIONI ANATOMICHE E FATTORI DI TIPO OSTRUTTIVO

ESAME URODINAMICO

ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE

CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE

URETROCISTOSCOPIA

TERAPIA

OBIETTIVI

ERADICAZIONE MICRORGANISMI PATOGENI
ATTENUAZIONE SINTOMATOLOGIA SOGGETTIVA

ANTIBIOTICOTERAPIA AD AMPIA DIFFUSIONE TESSUTO PROSTATICO
(FLUOROCHINOLONICI – TERAPIA PER ALMENO QUATTRO SETTIMANE)
TERAPIA ANTI-INFIAMMATORIA
REGOLAZIONE FLORA INTESTINALE
RISOLUZIONE DI PATOLOGIE PREDISPONENTI
(ALFA LITICI IN PAZIENTI CON EVIDENZA DI OSTRUZIONE AL DEFLUSSO DELLE URINE)

PIELONEFRITI

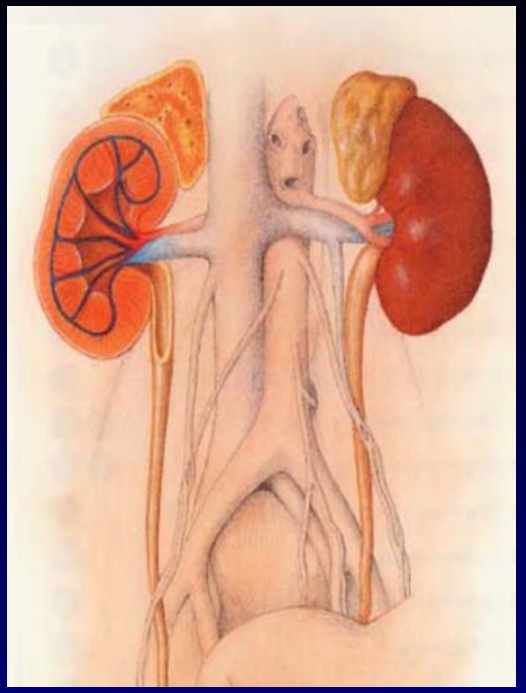
INFEZIONE LOCALIZZATA AL RENE

AGENTI ETIOLOGICI :
GRAM - e GRAM + RESPONSABILI DELLE CISTITI

FREQUENTE COMPLICANZA DI UNA CISTITE

POSSIBILE CRONICIZZAZIONE

EVOLUZIONE IN ASCESSO RENALE



PIELONEFRITI

DIAGNOSI

URINOCOLTURA POSITIVA

SINTOMATOLOGIA CARATTERIZZATA DA:

MALESSERE GENERALE – NAUSEA e VOMITO – CEFALEA

DOLORE INTENSO IN LOGGIA RENALE

FEBBRE ELEVATA CON BRIVIDI

DISTURBI URINARI DI TIPO IRRITATIVO

EMATURIA MACROSCOPICA

TERAPIA MIRATA SULLA BASE DELL' ANTIBIOGRAMMA - IDRATAZIONE

OSPEDALIZZAZIONE IN PAZIENTI CON GRAVE SINTOMATOLOGIA

TUBERCOLOSI URO-GENITALE

MALATTIA A DIFFUSIONE GLOBALE

UN TERZO DELLA POPOLAZIONE MONDIALE INFETTA CON MICOBATTERIO

8 – 10 MILIONI NUOVI CASI / ANNO e 2 MILIONI MORTI / ANNO

MAGGIORE PREVALENZA IN PAESI IN VIA DI SVILUPPO

MAGGIORE PREVALENZA IN SOGGETTI EMIGRATI DA PAESI IN VIA DI SVILUPPO e NEGLI IMMUNODEPRESSI (H.I.V.)

TUBERCOLOSI URO-GENITALE

ETA' MEDIA COMPARSA 20 – 40 ANNI – PREVALENZA NEI MASCHI (M/F 2:1)

LESIONI POLMONARI RAPPRESENTANO LA PIU' COMUNE SEDE DI INFEZIONE, SEGUITA DA QUELLA UROGENITALE

UNA TRA LE PIU' COMUNI FORME DI TBC EXTRA-POLMONARE, POCO DIFFUSA MA SEVERA

AUMENTO INCIDENZA DELLE FORME URINARIE PER IMPIEGO IMMUNOSTIMOLANTE DEL BCG NELLA PROFILASSI DEL CA VESCICALE

EZIOLOGIA

MICOBATTERIO TUBERCOLOSI

INALAZIONE e RAGGIUNGIMENTO ALVEOLI

PROBABILITA' INFEZIONE

INTERAZIONE TRA AGENTE PATOGENO E RISPOSTA IMMUNE UMORALE e CELLULARE

FOCOLAIO POLMONARE

VIA EMATOGENA e LINFATICA

ORGANI APPARATO UROGENITALE

PROSTATA E RENE

RAPIDA DIFFUSIONE NELLE PRIME QUATTRO SETTIMANE DAL CONTAGIO

RISPOSTA IMMUNE ADEGUATA e ARRESTO DISSEMINAZIONE

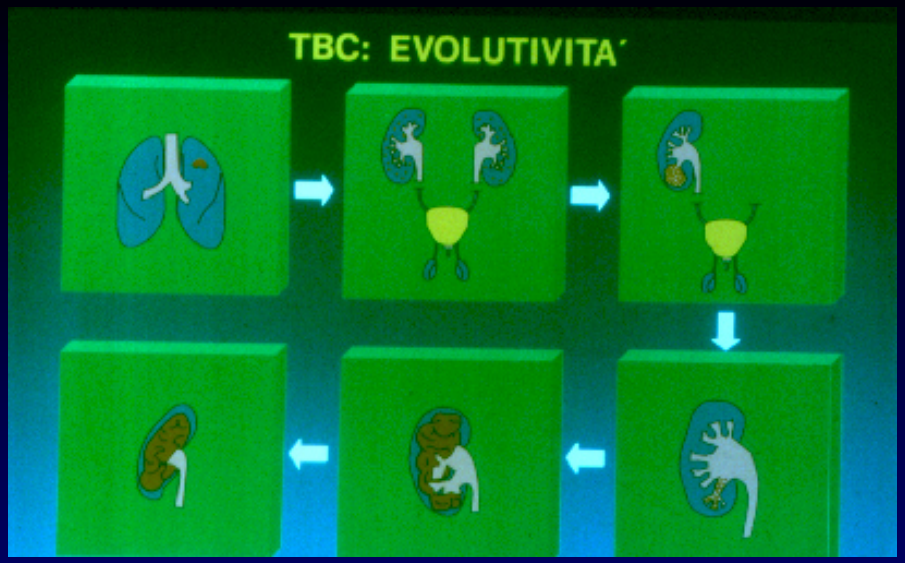
DIFFUSIONE PER DISSEMINAZIONE OPPURE CONTIGUITA'

EZIOLOGIA

LA TUBERCOLOSI UROGENITALE E' CAUSATA DA DIFFUSIONE METASTATICA DI MICRORGANISMI ATTRAVERSO IL FLUSSO EMATICO DURANTE L'INFEZIONE INIZIALE

LA MALATTIA ATTIVA RISULTA DALLA RE-ATTIVAZIONE DELL' INIZIALE INFEZIONE

ANATOMIA PATOLOGICA



AZIONE PATOGENA DEL MICOBATTERIO E RISPOSTA INADEGUATA DELL' ORGANISMO SONO RESPONSABILI DEI DANNI AL PARENCHIMA RENALE ED AGLI ALTRI ORGANI

IL MICOBATTERIO DETERMINA FORMAZIONE DI TUBERCOLI E CAVITA' RIPIENE DI TESSUTO NECROTICO CHE POSSONO LOCALIZZARSI A LIVELLO RENALE E LUNGO IL DECORSO DELLE VIE URINARIE E NEGLI ORGANI GENITALI

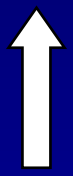
LENTA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA – COMPARSA CLINICA MONOLATERALE

AZIONE PATOGENA MICRORGANISMO

TUBERCOLI – CAVITA' RIPIENE DI TESSUTO NECROTICO

1° FASE

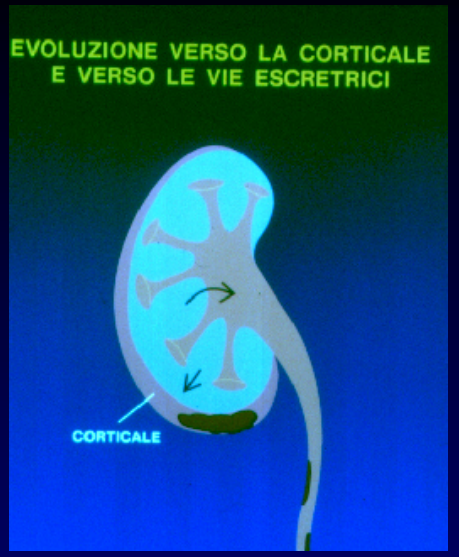
FIBROSI E CALCIFICAZIONI

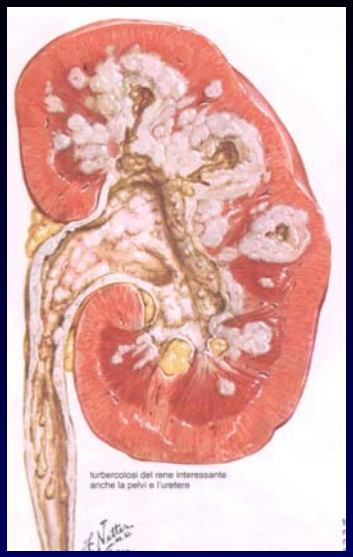


2° FASE

INADEGUATA RISPOSTA DELL' ORGANISMO

ANATOMIA PATOLOGICA



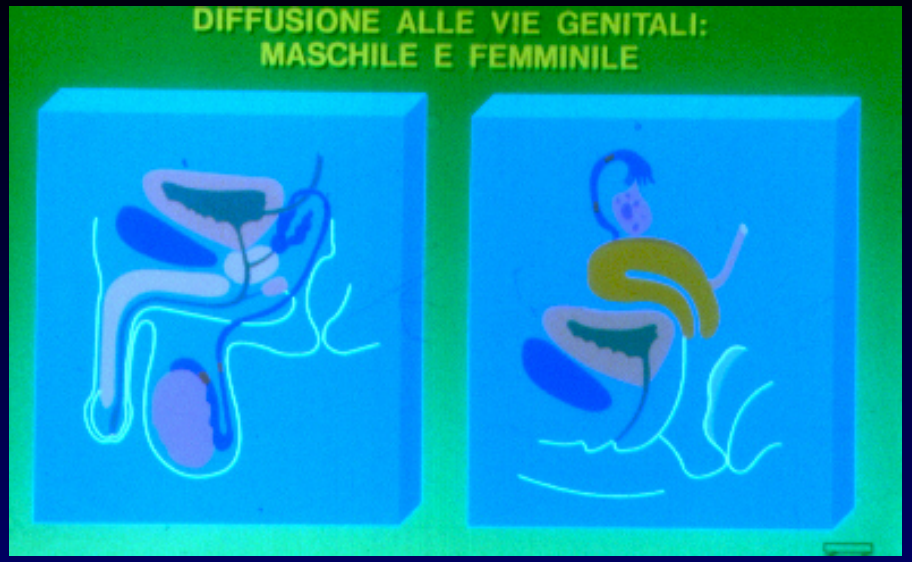


INIZIALE COINVOLGIMENTO DELLA CORTICALE DEL RENE CON FORMAZIONE DI GRANULOMI e CAVERNE TUBERCOLARI

SUCCESSIVO COINVOLGIMENTO DELLA VIA ESCRETRICE E DISSEMINAZIONE BATTERI PER VIA DISCENDENTE CON STENOSI DEL GIUNTO PIELOURETERALE

LESIONI URETERALI CARATTERIZZATE DA FIBROSI - STENOSI E RETRAZIONE

ANATOMIA PATOLOGICA



LESIONI VESCICALI CARATTERIZZATE DA EDEMA ED INFIAMMAZIONE A PARTIRE DAL MEATO URETERALE DELL' UNITA' RENALE COINVOLTA

ULCERAZIONI ED EMATURIA MACROSCOPICA

DIFFUSIONE ALLA PROSTATA ED ALLE VIE SEMINALI

(INSPESSIMENTO A CORONA DI ROSARIO - PRIMA e UNICA MANIFESTAZIONE DI TBC URINARIA

(FREQUENTE ASSOCIAZIONE CON ANOMALIE RADIOLOGICHE NELL'APPARATO URINARIO)

SINTOMATOLOGIA

DECORSO ASINTOMATICO o SINTOMI NON SPECIFICI

MALESSERE GENERALIZZATO ED AFFATICAMENTO

FEBBRE PERSISTENTE E DI BASSO GRADO e SUDORAZIONE NOTTURNA

SINTOMATOLOGIA IRRITATIVA VESCICALE CRONICA (NON RESPONSIVA AD ANTIBIOTICI)
ALTERAZIONI VUOTAMENTO DELLA VESCICA

DOLENZIA LOMBARE

SINTOMATOLOGIA

SOSPETTO DI INFEZIONE TUBERCOLARE IN CASO DI:

ANAMNESI DI PREGRESSA INFEZIONE TUBERCOLARE (FINO A 30 ANNI PRIMA)

FAMILIARITA' ALLA TBC

CISTITI RICORRENTI ANTIBIOTICO RESISTENTI

EMATURIA MICRO - MACROSCOPICA IN ASSENZA DI LESIONI NEOPLASTICHE

EPIDIDIMITE CRONICA (EPIDIDIMO INGROSSATO ED INDURITO)

DEFERENTE A CORONA DI ROSARIO

FISTOLE SCROTALI

SINTOMATOLOGIA

EVOLUZIONE

RENE	ESCLUSIONE – ASCESSO PERINEFRITICO
URETERE	STENOSI SERRATA – IDRONEFROSI
VESCICA	RIDUZIONE CAPACITA' e COMPLIANCE
PROSTATA ED EPIDIDIMO	EPIDIDIMITE – ASCESSO E FISTOLA SCROTALE

DIAGNOSTICA

RICERCA BACILLO KOCK – ISOLAMENTO DALLE URINE (1 CAMPIONE x 3 gg)

ESAME URINE ED URINOCULTURA (++ LEUCOCITI ++ NITRITI ++ ALBUMINA - PH ACIDO)

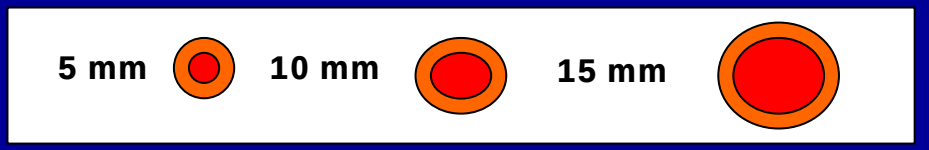
RX TORACE (ANOMALIE NEL 75% DEI PAZIENTI)

NESSUN FATTORE DI RISCHIO PER TBC

POSITIVITA' AI TESTS CUTANEI – PER LA DIAGNOSI DI TBC

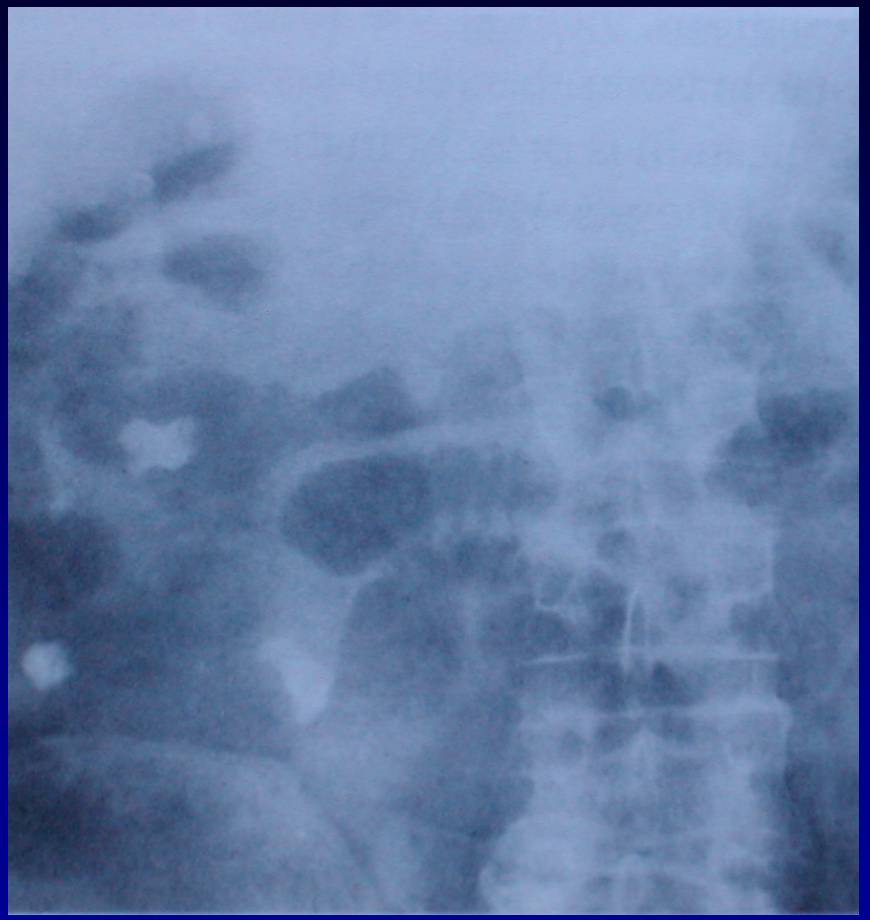
(TEST ALLA TUBERCOLINA – INIEZIONE INTRADERMICA DI PROTEINE PURIFICATE DI TBC)

(REAZIONE INFIAMMATORIA entro 72 h)



DIAGNOSTICA

RX DIRETTA ADDOME

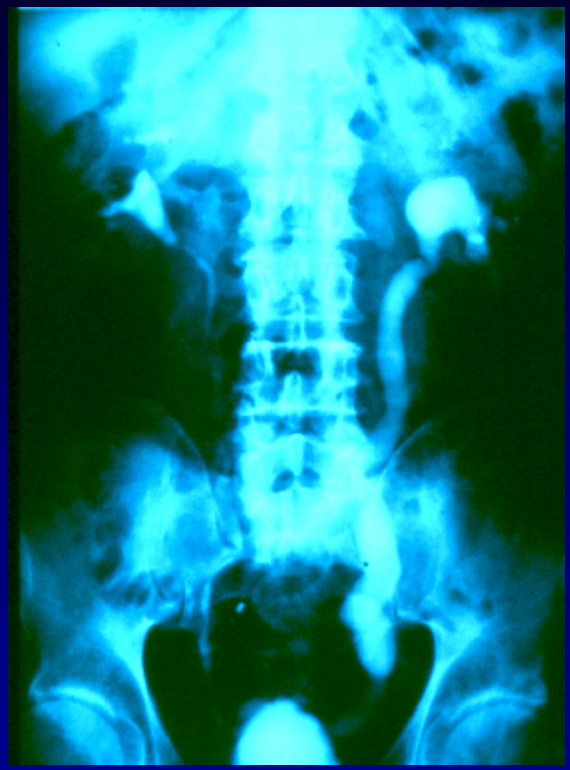


CALCIFICAZIONI MULTIPLE DEL PARENCHIMA RENALE COME OPACITA' GRANULARI AMORFE

CALCIFICAZIONI DENSE ESITO DI GRANULOMI CICATRIZIALI

DIAGNOSTICA

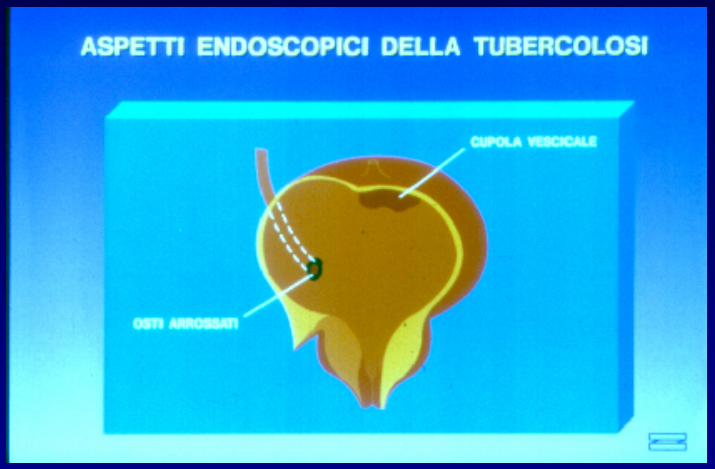
UROGRAFIA

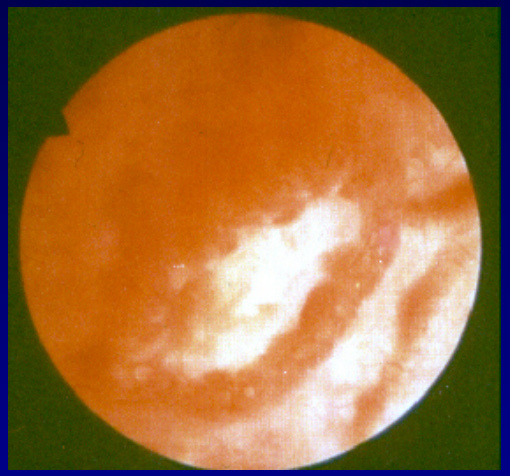


IRREGOLARITA' DEI CALICI – IDRONEFROSI DA STENOSI CICATRIZIALE DELL' URETERE – CAVITA' ASCESSUALI COMUNICANTI CON IL BACINETTO RENALE – STENOSI DELL' URETERE – RENE ESCLUSO

DIAGNOSTICA

CISTOSCOPIA





PRESENZA DI AREE ULCERATE NELLA VESCICA

TERAPIA

ANTIBIOTICOTERAPIA MIRATA: (CICLO TERAPEUTICO SEI MESI)

I° LINEA = ISONIAZIDE, ETAMBULOLO, RIFAMPICINA

II° LINEA = STREPTOMICINA, PIRAZINAMIDE

INDICAZIONE ALLA TERAPIA CHIRURGICA:

(PRECEDUTA DA UN CICLO DI ANTIBIOTICOTERAPIA DELLA DURATA ALMENO 4 SETTIMANE)

RESISTENZA ALLA TERAPIA ANTIBIOTICA CON SEPSI ed ASCESSI

TRATTAMENTO DI ESITI FIBROTICI CHE ALTERANO LA FUNZIONALITA' DEGLI ORGANI COINVOLTI

NEFRECTOMIA

URETEROPLASTICA – DILATAZIONE URETERALE MEDIANTE APPOSIZIONE DI STENT AUTOSTATICO

ENTEROCISTOPLASTICA DI AMPLIAMENTO O SOSTITUZIONE

ESPLORAZIONE CHIRURGICA SCROTALE DEL TESTICOLO ed EPIDIDIMECTOMIA

MALATTIE SESSUALMENTE TRAMESSE

MALATTIE INFETTIVE CAUSATE DA BATTERI – VIRUS – PARASSITI

CONTAGIO ATTRAVERSO IL RAPPORTO SESSUALE

GONORREA

CAUSATA DA GONOCOCCO GRAM – (NEISSERIA GONORRHEA)

LOCALIZZAZIONE INTRACELLULARE LEUCOCITARIA

SOPRAVVIVE AL DI FUORI DEL CORPO UMANO

TRASMISSIONE ATTRAVERSO LA BIANCHERIA

SEDI DI PIU' FREQUENTE INFEZIONE:

URETRA – FARINGE – RETTO

GONORREA

SINTOMATOLOGIA

PERIODO DI INCUBAZIONE 2 – 10 GG DOPO IL CONTAGIO

BRUCIORE MINZIONALE – SECREZIONE URETRALE SIEROSA – PURULENTA

EVOLUZIONE

ESTENSIONE ALL' URETRA POSTERIORE CON SVILUPPO DI PROSTATITE – ORCHIEPIDIDIMITE – STENOSI ED ASCESSI URETRALI

GONORREA

DIAGNOSI

TAMPONE URETRALE PER PRELIEVO (ESAME MICROSCOPICO) E CRESCITA SU TERRENO SPECIFICO

TERAPIA

ANTIBIOTICOTERAPIA MIRATA

URETRITI NON GONOCOCCICHE

AGENTI EZIOLOGICI

CLAMYDIA TRACHOMATIS (50%)

UREAPLASMA UREALYTICUM (20 - 30%)

SINTOMATOLOGIA

PERIODO DI INCUBAZIONE 7 -21 GG DAL CONTAGIO

SCARSA SECREZIONE PURULENTA E SINTOMATOLOGIA DISURICA – POLLACHIURIA

EVOLUZIONE

EPIDIDIMITI ACUTE – STENOSI URETRALI E PROSTATITI

URETRITI NON GONOCOCCICHE

DIAGNOSI

PRESENZA DEL MICRORGANISMO ALL' ESAME COLTURALE DELLA SECREZIONE URETRALE

DOSAGGIO ANTICORPI ANTICLAMIDIA

TERAPIA

ERITROMICINA – CHINOLONICI PER 7 -10 GG

HERPES GENITALE

AGENTE EZIOLOGICO

HERPES SIMPLEX – PIU' FREQUENTE CAUSA DI ULCERE GENITALI

SINTOMATOLOGIA

PERIODO DI INCUBAZIONE 4 - 7 GG DAL CONTAGIO

TENDENZA A RECIDIVARE PER INFEZIONE LATENTE GANGLI SENSITIVI SACRALI

HERPES GENITALE

QUADRO CLINICO:

LESIONI CARATTERIZZATE DA PRURITO ED INDOLENZIMENTO CON SVILUPPO DI PICCOLE CHIAZZE DI ERITEMA SU CUTE E MUCOSE CHE SI ROMPONO FORMANDO UNA ULCERA CIRCOLARE

SUCCESSIVA FORMAZIONE DI UNA CROSTA E GUARIGIONE ENTRO 10 GG

LINFONODI INGUINALI SOLITAMENTE INGROSSATI E DOLENTI

ASSOCIAZIONE CON DISTURBI URINARI

HERPES GENITALE

DIAGNOSI

PRELIEVO DI MATERIALE ALLA BASE DELLA LESIONE
CON SUCCESSIVA COLTURA ED ISOLAMENTO DEL VIRUS

DOSAGGIO ANTICORPI SIERICI

TERAPIA

SOMMINISTRAZIONE ANTIVIRALI – ACYCLOVIR

CURA DELLE LESIONI E RIDUZIONE INCIDENZA DELLE RECIDIVE

CONDILOMI ACUMINATI

AGENTE EZIOLOGICO

PAPILLOMA VIRUS UMANO

SINTOMATOLOGIA

PERIODO DI INCUBAZIONE 30 - 180 GG DAL CONTAGIO

MANIFESTAZIONE SU SUPERFICI CALDE E UMIDE DELLA REGIONE SOTTOPREPUZIALE, SUL SOLCO CORONALE, DENTRO IL MEATO URETRALE E SUL CORPO DEL PENE

PICCOLI RIGONFIAMENTI ROSSI o ROSA, MOLLI ED UMIDI A RAPIDA CRESCITA E PEDUNCOLATI

CONDILOMI ACUMINATI

DIAGNOSI

ESAME CLINICO DELLE LESIONI

IMPREGNAZIONE CON ACIDO ACETICO -> BIANCHE

TERAPIA

PODOFILLINA E 5-FLUOROURACILE

INTERFERONE ALFA

ASPORTAZIONE MEDIANTE LASER o SONDA CRIOGENICA

INFEZIONI URINARIE: CONCLUSIONI

I.V.U. ASPECIFICHE

BATTERIURIA ASINTOMATICA – CISTITE NON COMPLICATA

CISTITE RICORRENTE – PROSTATITE – PIELONEFRITE –

INFEZIONI IATROGENE – INFEZIONI COMPLICATE – INFEZIONI DA CATETERE

I.V.U. SPECIFICHE

TUBERCOLOSI UROGENITALE

INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE

GONORREA – CLAMYDIA – URETRITI NON GONOCOCCICHE – HERPES GENITALE - CONDILOMI ACUMINATI

CONDIZIONI PREDISPONENTI LOCALI

CONDIZIONI PREDISPONENTI GENERALI

AGENTI ETIOLOGICI

GRAM – e GRAM + MICOPLASMI - MICOBATTERIO TBC – NEISSERIA – CLAMIDIA – HERPES VIRUS – PAPILLOMA VIRUS

CLINICA

ASINTOMATICA – MALESSERE CON CEFALEA - NAUSEA e VOMITO – DOLORE LOMBARE – FEBBRE ELEVATA CON BRIVIDO – DISTURBI URINARI – DOLORE PELVICO E PERINEO-SCROTALE

TERAPIA

ANTIBIOTICI – FARMACI ANTIVIRALI