



Il modello dei fattori di rischio delle UTI: Una comprensione olistica delle UTI

Questo articolo presenta il contesto per lo sviluppo del modello dei fattori di rischio delle UTI ed esplora le aree di interesse del modello quando si applicano alla diagnosi, al trattamento e alla riduzione dell'incidenza delle infezioni delle vie urinarie nelle persone con disfunzione neurogena del tratto urinario inferiore.

Per i pazienti adulti con disfunzione neurogena del tratto urinario inferiore (ANLUTD), l'autocatereterismo intermittente (CI) è il gold standard per lo svuotamento della vescica. È il metodo più sicuro, poiché ha il più basso potenziale di complicanze a lungo termine, se confrontato con metodi alternativi di svuotamento della vescica, come l'uso di un catetere trans-uretrale permanente.¹⁻³

Tuttavia, gli individui che eseguono la procedura di CI devono ancora fare i conti con le infezioni delle vie urinarie (UTI). Infatti, queste rappresentano la complicanza più comune per questo gruppo di pazienti. In media, le persone che eseguono il CI contraggono 0,8 - 3,5 UTI ogni anno.⁴

I professionisti sanitari sono impegnati a ridurre l'incidenza delle UTI in questa popolazione. La domanda è: in che modo? Esistono fattori che rendono un individuo più suscettibile alle UTI? Esistono modelli specifici di comportamento o circostanze che possono essere affrontati in modo proattivo al fine di ridurre l'incidenza delle UTI?

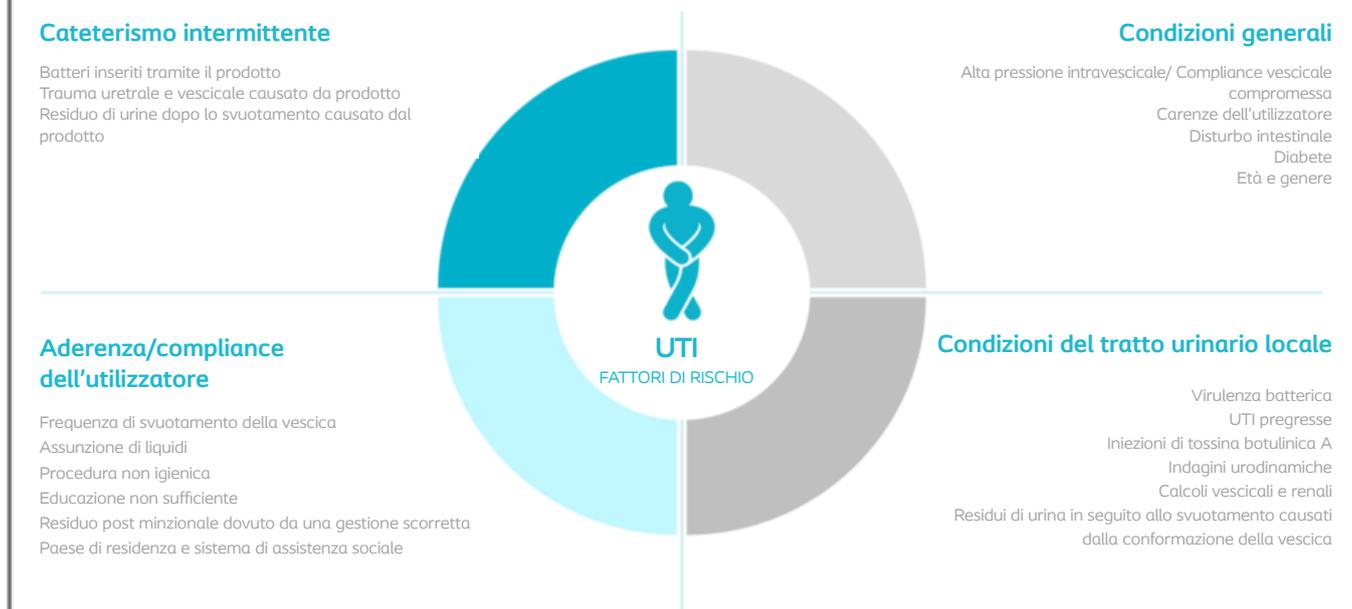
Per far luce su questi problemi, un gruppo internazionale di urologi, neurologi e medici nel campo della medicina riabilitativa ha collaborato per sviluppare un modello dei fattori di rischio delle UTI.⁴ Lo scopo di questo modello è triplice:

- richiamare l'attenzione sul fatto che diagnosticare e trattare correttamente le UTI in questa popolazione è un processo impegnativo e complesso
- identificare i fattori di rischio delle UTI associati al CI in un contesto comunitario (non clinico)
- fornire un modello semplice e olistico che delinea i fattori di rischio, che i professionisti sanitari possono utilizzare quotidianamente presso il loro studio, al fine di aiutare a ridurre le UTI in questa popolazione.

Il modello dei fattori di rischio delle UTI

Tramite l'adozione di un approccio olistico, il modello dei fattori di rischio delle UTI può aiutare i professionisti sanitari a indagare più dettagliatamente le circostanze uniche del paziente e vedere come possono prevenire l'insorgenza delle UTI.

Modello dei fattori di rischio delle UTI



Di seguito uno sguardo più ravvicinato alle quattro aree principali del modello.⁴

Il modello è diviso in quattro macro categorie:

1. Condizioni generali o sistemiche del paziente
2. Condizioni individuali del tratto urinario nel paziente
3. Aderenza terapeutica del paziente al CI
4. Fattori associati ai cateteri intermittenti

Condizioni generali

Le "Condizioni generali" si riferiscono alle condizioni di salute della persona. Si possono annoverare fattori quali l'alta pressione intravesicale dovuta alla condizione di base del paziente, se soffre di diabete o di disturbi intestinali.

Autori dell'articolo:

Prof. Michael Kennelly, MD, Stati Uniti
Prof. Andrei Krassioukov, MD, Canada
Charalampos Konstantinidis, MD, Grecia
Nikesh Thiruchelvam, MD, Regno Unito
Márcio Augusto Averbeck, MD, Brasile
Prof. Emmanuel Chartier-Kastler, MD, Francia
Pernille Trøjgaard, Danimarca
Rikke Vaabengaard, Danimarca
Birte Petersen Jakobsen, Danimarca

Tra i maggiori responsabili delle UTI troviamo l'incontinenza fecale e la stipsi. Due studi separati hanno rilevato che il trattamento di queste condizioni con l'irrigazione transanale (TAI) ha portato a una riduzione oltre tre volte maggiore rispetto ai tassi di incidenza delle UTI^{5,6}. La ragione di questa riduzione è sconosciuta, ma sottolinea l'importanza di combinare una buona gestione dell'intestino con la gestione della vescica.

Condizioni del tratto urinario locale

Le "condizioni del tratto urinario locale" si riferiscono a condizioni specifiche del tratto urinario che rendono il paziente suscettibile alle UTI. Eventuali UTI pregresse sono considerate un fattore di rischio, poiché danneggiano l'urotelio della vescica, facilitano la moltiplicazione dei batteri presenti nell'urina e causano problemi sistemici.⁷ Un altro fattore di rischio è rappresentato dalle iniezioni di tossina botulinica A (Botox). Per ragioni non pienamente comprese, i pazienti che ricevono iniezioni di Botox hanno un rischio maggiore di sviluppare UTI rispetto a quelli che non si sottopongono a tale pratica, indipendentemente dall'uso o meno di CI.⁸ Inoltre, calcoli vescicali e renali sono noti fattori di rischio per le UTI^{9,10}, così come i residui di urina, nella popolazione neurogena.¹¹

Cateterismo intermittente

Questa sezione del modello si riferisce al procedura di cateterismo, compresa la progettazione del prodotto. Si è discusso a lungo sull'influenza della progettazione del catetere sulle UTI. Nel 2014, la Cochrane Review ha pubblicato un report secondo il quale non vi fossero prove a suffragio della miglior sicurezza dei cateteri idrofilici rispetto a quelli non rivestiti.¹² Il report è stato poi ritirato.¹³

Una meta-analisi di studi recenti che esplorano la frequenza delle UTI ha rilevato l'esistenza di un rapporto di rischio inferiore del 16% associato ai cateteri idrofilici rispetto a quelli standard.¹⁴ Al momento della scelta di un catetere, è opportuno prendere in considerazione le funzioni cognitive, la destrezza manuale e il genere del paziente, questo al fine di assicurare che il prodotto si adatti alle capacità e alle limitazioni dello stesso.⁴

Compliance/aderenza terapeutica dell'utilizzatore

La 'Compliance/aderenza terapeutica dell'utilizzatore' analizza i fattori e il comportamento del paziente. In questo contesto, l'aderenza si riferisce alla misura in cui il paziente rispetta le istruzioni fornite dal professionista sanitario quando esegue la procedura di CI.⁴

I fattori di rischio chiave includono la frequenza di svuotamento della vescica, il volume di urina e l'educazione. L'incapacità di cateterizzare con la giusta frequenza può portare a distensioni vescicali, che aumenta il rischio di sviluppare una UTI.¹⁵ Anche l'assunzione di liquidi ricopre un ruolo importante, in quanto una scarsa assunzione è generalmente considerata un fattore di rischio di UTI nelle persone con vescica neurogena.¹⁶

La tecnica e l'educazione sono aspetti importanti da prendere in considerazione. È possibile che un paziente cominci con un'eccellente tecnica da manuale. Ma con il passare del tempo potrebbe adottare cattive abitudini, come dimenticare di lavarsi le mani prima del cateterismo. Di conseguenza, può risultare necessario ri-educare il paziente.⁴

Necessità di un approccio olistico

Il modello dei fattori di rischio delle UTI illustra la necessità di prendere in considerazione le condizioni individuali di ogni paziente quando si trattano le UTI.

Per vedere la presentazione completa sul modello dei fattori di rischio delle UTI tenuta dai quattro medici durante i Coloplast Continence Days, si prega di contattare il proprio rappresentante Coloplast per informazioni su come accedervi.

Concetti chiave

1. È necessario disporre di una definizione globale e unificata di UTI.
2. Esistono diversi fattori da prendere in considerazione quando un paziente adulto con disfunzione neurogena del tratto urinario inferiore crede di avere una UTI. Il fatto che i pazienti si stiano sottoponendo a CI è solo uno dei tanti fattori da prendere in considerazione.
3. Ogni nuova UTI dovrebbe dare inizio a una valutazione olistica della situazione del paziente, comprese le condizioni generali, le condizioni del tratto urinario inferiore, il cateterismo intermittente e la compliance/aderenza dell'utilizzatore.
4. Il tipo di catetere usato sembra ricoprire un ruolo importante. L'evidenza suggerisce che i cateteri idrofilici sono associati al minor rischio di sviluppare UTI.¹⁴

È possibile inoltre leggere l'articolo di rassegna completo qui: <https://doi.org/10.1155/2019/2757862>

Riferimenti bibliografici

1. K. J. Weld and R.R. Dmochowski, "Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients," *Journal of Urology*, vol. 163, no.3, pp.768-772, 2000.
2. M. Stöhrer, B. Blok, D. Castro-Diaz, et al., "EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction," *European Urology*, vol. 56, no. 1, pp. 81-88, 2009.
3. B. Blok, D. Castro-Diaz, G. del Popolo et al., *EAU Guidelines on Neuro-Urology*, European Association of Urology, Arnhem, Netherlands, 2017, <https://uroweb.org/guideline/neuro-urology/>.
4. M. Kennelly, N. Thiruchelvam, M. Averbeck et al., "Adult Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction and Intermittent Catheterisation in a Community Setting: Risk Factors Model for Urinary Tract Infections," *Journal of Urology*, vol. 2019.
5. P. Christensen, G. Bazzocchi, M. Coggrave et al., "A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients," *Gastroenterology*, vol. 131, no. 3, pp. 738-747, 2006.
6. M. Spinelli, L. Rizzato, J. Renard, and L. Frediana, "A simple morpho-functional evaluation leads to a high transanal irrigation success rate in neurogenic bowel management," *Pelviperroneology*, vol. 34, no. 4, pp. 124-128, 2016.
7. A. Bakke, A. Digranes, and P. A. Hoisoeter, "Physical predictors of infection in patients treated with clean intermittent catheterization: a prospective 7-year study," *BJU International*, vol. 79, no. 1, pp. 85-90, 1997.
8. S. Mouttalib, S. Khan, E. Castel-Lacanal et al., "Risk of urinary tract infection after detrusor botulinum toxin A injections for refractory neurogenic detrusor overactivity in patients with no antibiotic treatment," *BJU International*, Vol. 106, no.11, pp. 1677-1680, 2010.
9. R. Miano, S. Germani, and G. Vaspasiani, "Stones and urinary tract infections," *Urologia Internationalis*, vol. 79, no. 1, pp. 32-36, 2007.
10. B. Welk, A. Fuller, H. Razvi, and J. Denstedt, "Renal stone disease in spinal-cord-injured patients," *Journal of Endourology*, vol. 26, no. 8, pp. 954-959, 2012.
11. M. A. Averbeck and H. Madersbacher, "Follow-up of the neuro-urological patient: a systematic review," *BJU International*, vol. 115, no. 6, pp. 39-46, 2015.
12. J. Prieto, C. L. Murphy, K. N. Moore, and M. Fader, "Intermittent catheterisation for long-term bladder management," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 9, p. CD006008, 2014.
13. K. Christison, M. Walter, J.-J. M. Wyndaele et al., "Intermittent catheterization: the devil is in the details," *Journal of Neurotrauma*, vol. 35, no. 7, pp. 985-989, 2018.
14. C. Rognoni and R. Tarricone, "Intermittent catheterization with hydrophilic and non-hydrophilic urinary catheters: systematic literature review and meta-analyses," *BMC Urology*, vol. 17, no. 1, p. 4, 2017.
15. M. G. Woodbury, K. C. Hayes, and H. K. Askes, "Intermittent catheterization practices following spinal cord injury: a national survey," *Canadian Journal of Urology*, vol. 15, no. 3, pp. 4065-4071, 2008.
16. S. Vahr, H. Cobussen-Boekhorst, J. Eikenboom et al., "Evidence-based Guidelines for best practice in urological health care," in *Catheterisation; Urethral Intermittent in Adults; Dilatation, Urethral Intermittent in Adults*, European Association of Urology Nurses (EAUN), Arnhem, Netherlands, 2013.