

## DATA:

29 febbraio 2016

## TITOLO:

**“Si vis pacem, para bellum”:** in urologia la profilassi antibiotica non è sempre la strategia vincente.

## INTRODUZIONE:

Questo mese, durante il monitoraggio delle maggiori riviste di urologia (fra cui European Urology, Journal of Urology, Nature Review Nephrology, ecc.) ha attirato la nostra attenzione uno studio italiano che ha valutato l’impatto dell’aderenza alle linee guida europee nella profilassi antibiotica in urologia diagnostica/interventistica.

## ARTICOLO:

*Eur Urol. 2016 Feb;69(2):276-83* [link](#)

*Adherence to European Association of Urology Guidelines on Prophylactic Antibiotics: An Important Step in Antimicrobial Stewardship. Cai T. et al.*

*Aderenza alle Linee Guida dell'Associazione Europea di Urologia sulla profilassi antibiotica: un passo importante nella Stewardship<sup>1</sup> antibatterica.*

*Eur Urol. 2016 Feb;69(2):284-5.* [link](#)

*Editorial - Antibiotic Stewardship: What's Not To Like? Gould IM.*

*Stewardship Antibiotica: Cosa c'è che non va?*

Gli autori hanno sostanzialmente applicato i criteri dell’audit clinico alle raccomandazioni sulla profilassi antibiotica (ABP) nelle procedure urologiche, riportate dalle Linee Guida (LG) sulle infezioni urologiche della Società Europea di Urologia. Sono stati confrontati importanti esiti clinici ed economici (tasso di infezioni post-procedure, prevalenza di resistenza antibiotica degli uropatogeni isolati, ed i costi sanitari derivanti) prima e dopo l’introduzione. Sono state valutate 3529 procedure urologiche dal gennaio 2011 a dicembre 2013, basate sull'applicazione delle LG, confrontate con 2619 procedure antecedenti all'introduzione delle stesse.

Le nuove indicazioni, molto sinteticamente, raccomandano:

- Non procedere a profilassi antibiotica (ABP) nelle procedure endoscopiche standard non complicate e nella litotrissia a onde d’urto (SWL), mentre si consiglia di fare ABP (mirata su urinocoltura e antibiogramma) nelle procedure complicate e nei pazienti con fattori di rischio identificati.
- Non è raccomandata ABP per le operazioni pulite (senza lesioni della mucosa), come nella cistoscopia e/o uroflussimetria, mentre è raccomandata una dose singola o di 1 giorno in caso di lesione dello strato mucoso (biopsia).
- È raccomandata una urinocoltura prima di interventi chirurgici e in presenza di batteriuria questa deve essere trattata pre-operatoriamente a seconda del patogeno rilevato.
- La profilassi antibiotica dovrebbe essere somministrata in dose singola o per breve tempo, per via orale o parenterale, a seconda del tipo di intervento e delle caratteristiche del paziente.
- Molti antibiotici sono adatti per l’ABP perioperatoria, come ad esempio co-trimossazolo, cefalosporine di seconda generazione, fluorochinoloni, aminopenicilline più un inibitore della beta-lattamasi e aminoglicosidi.

---

<sup>1</sup> Stewardship è un termine inglese di non univoca traduzione italiana: associa al significato di Amministrazione quello di Gestione e Tutoraggio. Nella pratica la stewardship è un affiancamento decisionale da parte di personale con specifiche competenze.

- L'impiego mirato è raccomandato; l'uso di trattamenti empirici dovrebbe essere basato sulla conoscenza dei germi locali e delle loro sensibilità agli antibiotici.

Dai risultati dello studio è emerso che dopo l'introduzione del protocollo:

- La percentuale di pazienti con infezione postoperatoria sintomatica non differisce significativamente (5,1% vs 4,5%;  $p = 0,27$ ).
- Il germe principale isolato nei post-operatori è *Escherichia Coli* che mostra la riduzione del tasso di resistenza sia a piperacillina/tazobactam (9,1% vs 5,4%;  $p = 0,03$ ), gentamicina (18,3% vs 11,2%;  $p = 0,02$ ) che ciprofloxacina (32,3% vs 19,1%;  $p = 0,03$ ).
- La dose giornaliera definita (DDD) di ciprofloxacina scende da 4,2 a 0,2 DDD/100 pazienti-giorni ( $p < 0.001$ ), mentre sale quella del Trimethoprim-sulfamethoxazolo da 1.1 a 5.8 DDD/100 pazienti-giorni ( $p < 0.001$ )
- Il rispetto delle raccomandazioni determina una significativa riduzione ( $p < 0.001$ ) sia dei costi per antibiotici (da € 76.980 a €36.700) che dei costi relativi alle infezioni post-operatorie (da € 45.870 a € 29.560).

### **RICERCA BIBLIOGRAFICA:**

Ricerca all'interno della National Guideline Clearinghouse: [link](#)

Ricerca all'interno di NHS evidence: [link](#)

Ricerca all'interno di TRIP database: [link](#)

Linea Guida della Società Europea di Urologia (2014): [link](#)

ASHP Therapeutic Guidelines (2013): [link](#)

Linea Guida del SIGN (2014): [link](#)

Linea Guida Canadese (2015): [link](#)

Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna (2014): [link](#)

### **NOSTRO COMMENTO:**

Una Revisione Cochrane del 2012<sup>2</sup> conclude che la profilassi antibiotica precedente gli studi urodinamici riduce il rischio di batteriuria dopo l'esame, ma non ci sono sufficienti prove che questo trattamento riduca le infezioni sintomatiche e che i potenziali benefici devono essere valutati contro implicazioni cliniche e economiche e il rischio di effetti avversi.

Le linee guida europee SIGN, EAU e canadesi sono concordi nel raccomandare la profilassi antibiotica solo nelle procedure di biopsia trans-rettale prostatica e per cistoscopie ed esami urodinamici nei pazienti ad alto rischio.

Gli autori stessi e il commento editoriale, pur sottolineando che lo studio di Cai et al. è metodologicamente meno robusto di un RCT e che può aver risentito favorevolmente anche dell'innovazione di alcune tecniche invasive, sostengono che la valutazione delle resistenze batteriche e il consumo di determinate molecole antibiotiche rispetto ad altre sono indicatori affidabili di un importante cambiamento prescrittivo legato al percorso di evidence-based stewardship.

---

<sup>2</sup> Foon R, Toozs-Hobson P, Latthe P. Prophylactic antibiotics to reduce the risk of urinary tract infections after urodynamic studies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008224. DOI: 10.1002/14651858.CD008224.pub2.