# Infezioni delle vie urinarie nei bambini

**Data** 29 novembre 2026
**Categoria** pediatria

L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha pubblicato delle linee guida per la diagnosi e il trattamento delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei bambini da 8 giorni a 5 anni.
Di seguito una sintesi delle raccomandazioni principali.

**Valutazionetempestiva**
Si suggerisce una valutazione medica entro 72 ore dall'esordio dei sintomi (febbre senza fonte evidente nei bambini da 2 a 24 mesi, o sintomi specifici come disuria, urgenza o frequenza urinaria nei bambini da 2 a 5 anni) per ridurre il rischio di cicatrici renali.

**Durata della terapia antibiotica**
Si raccomanda un ciclo breve di antibiotici (≤ 7 giorni) rispetto a cicli più lunghi. Nello specifico:
3–5 giorni per bambini ≥ 2 anni con IVU non febbrile (sospetta cistite).
5–7 giorni per bambini da 2 a 24 mesi o con sintomi suggestivi di pielonefrite.
Cicli più lunghi (> 7 giorni) sono riservati a neonati da 8 a 28 giorni, pazienti con anomalie anatomiche, batteriemia o scarsa risposta iniziale.

**Via di somministrazione**
Per i neonati da 8 a 28 giorni, si suggerisce terapia parenterale iniziale con rapido passaggio a quella orale non appena clinicamente migliorati.
Per i bambini maggiori di 28 giorni e minori di 5 anni, si raccomanda decisamente l'antibiotico orale rispetto all'ospedalizzazione per la terapia parenterale o sequenziale, salvo controindicazioni (es. intolleranza o sepsi).

**Imagingdiagnostico**
Ecografia renale e vescicale (RBUS): raccomandata di routine dopo una prima IVU febbrile in bambini < 5 anni per individuare anomalie strutturali, non per diagnosticare il reflusso vescico-ureterale (VUR).
Cistouretrografia minzionale: non è raccomandata di routine dopo una prima IVU febbrile in presenza di un'ecografia normale. Viene invece suggerita in presenza di anomalie rilevanti all'ecografia o in caso di una seconda IVU febbrile.

**Profilassi antibiotica continua per il reflusso vescico-uretrale (VUR)**
Si suggerisce di non usare la profilassi antibiotica continua (CAP) di routine nei bambini con VUR a basso rischio (gradi I-II senza disfunzione vescico-intestinale). La CAP è invece un'opzione per il VUR ad alto rischio o di grado IV-V, mentre il grado III rappresenta una categoria intermedia da valutare caso per caso.

**Disfunzione vescico-intestinale (BBD)**
Si raccomanda di valutare e trattare attivamente la BBD (inclusa la stitichezza) in tutti i bambini con IVU, poiché rappresenta un fattore di rischio determinante per le recidive.

Chedire?
Questa linea guida segna un'evoluzione moderna e orientata al risparmio di antibiotici e di procedure invasive. Anzitutto si avranno meno ospedalizzazioni e terapie endovenose. Sdoganare definitivamente l'uso degli antibiotici orali nei bambini sopra i 28 giorni riduce i costi, lo stress psicologico e i rischi legati ai cateteri venosi centrali o periferici, pur mantenendo un'efficacia clinica equivalente. Viene ridimensionato l'uso indiscriminato della cistouretrografia (esame doloroso e associato a radiazioni) dopo il primo episodio febbrile, riservandola ai casi eccezionali o ai secondi episodi, affidandosi invece all'ecografia per escludere malformazioni strutturali maggiori. Infine pone attenzione allo stile di vita e all'intestino. La gestione della stitichezza e della disfunzione vescico-intestinale sposta il focus terapeutico verso la risoluzione delle cause funzionali sottostanti, spesso trascurate ma cruciali per prevenire le recidive infettive.

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

Alverson BK, Hains DS, Downs SM, El Feghaly RE, Forster CS, Jain S, Johnston A, Mattoo TK, Nelson CP, Olakanpo O, Otero HJ, Peters CA, Poppinga NM, Saha D, Schroeder AR, Senerth E, Pilcher L, Flinn SK, Morgan RL, Mustafa RA. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Urinary Tract Infection in Children From 8 Days to 5 Years of Age. Pediatrics. 2026 Oct 1;158(4):e2026078565. doi: 10.1542/peds.2026-078565. PMID: 42803578.