

Un caso di incontinenza urinaria secondario a fistola uretro-vaginale in una cagna femmina adulta sterilizzata



Una cagna di razza Shih-Tzu, femmina sterilizzata, di 5 anni di età viene presentata alla visita per incontinenza urinaria refrattaria alla terapia medica e vaginiti ricorrenti. Mediante esame endoscopico dell'apparato genito-urinario viene diagnosticata una fistola uretro-vaginale. L'intervento di vaginectomia, pur non ripristinando la normalità anatomica, permette una soddisfacente risoluzione della sintomatologia clinica.

Enrico Bottero^{1*},
Med Vet

Luca Pastore¹,
Med Vet

Davide De Lorenzi²,
Med Vet, PhD,
SMPA, Dipl ECVCP

INTRODUZIONE

La fistola uretro-vaginale è una anomala comunicazione tra uretra e vagina causa di incontinenza urinaria¹. Si tratta di una patologia ampiamente descritta in medicina umana^{4,5,6,7,8} e raramente^{2,14,15} descritta in medicina veterinaria.

La fistola uretro-vaginale è una anomala comunicazione tra uretra e vagina causa di incontinenza urinaria.

Lo scopo di questo lavoro è di descrivere un caso di incontinenza urinaria secondario a fistola uretro-vaginale in una cagna adulta sterilizzata diagnosticata mediante endoscopia e trattata chirurgicamente mediante vaginectomia parziale.

DESCRIZIONE DEL CASO

Un cane di razza Shih-Tzu, femmina sterilizzata di 5 anni di età, dopo una permanenza in canile di tre anni, viene condotta a visita a causa di una persistente incontinenza urinaria. L'incontinenza era stata prece-

dentemente trattata senza successo con enrofloxacin (Baytril®, Bayer Animal Health, Milano) somministrata a 5 mg/kg, per os ogni 24 ore per 2 settimane e con fenilpropanolamina (Propalin®, Vêtoquinol, Bertinoro - FC) somministrata a 1,5 mg/kg per os ogni 12 ore per 4 settimane.

Le perdite di urina erano moderate durante le normali attività del paziente, mentre risultavano abbondanti nel momento in cui il paziente riprendeva la stazione quadrupedale dopo essere rimasto in decubito per alcune ore. Il gemizio di urina dalla rima vulvare si protrava in genere per 3-5 minuti.

L'esame clinico, gli esami ematologici, biochimici e delle urine non presentavano alterazioni di rilievo. L'esame radiografico diretto dell'addome in proiezione latero laterale risulta nella norma. L'esame ecografico dell'addome evidenzia una vescica normo-distesa con pareti nette e lume libero e assenza di fenomeni ectasici a carico degli sbocchi ureterali. Al fine di indagare ulteriormente l'apparato urinario, il paziente viene sottoposto ad esame tomografico (Toshiba Asteion® VI, 120 kV, 150 mA, Thick/Index 5/2 mm e 2/2 mm, Scan Time 1") che non rileva anomalie morfo-struttu-

¹ Poliambulatorio Veterinario Argentina V. Levà, 58
18018 Taggia (IM) Italy

² Veterinary Hospital "I Portoni Rossi", Via Roma 57/A,
Zola Predosa, Bologna, Italy

* Corresponding Author (botvet@libero.it)

Ricevuto: 16/06/2015 - Accettato: 08/02/2016

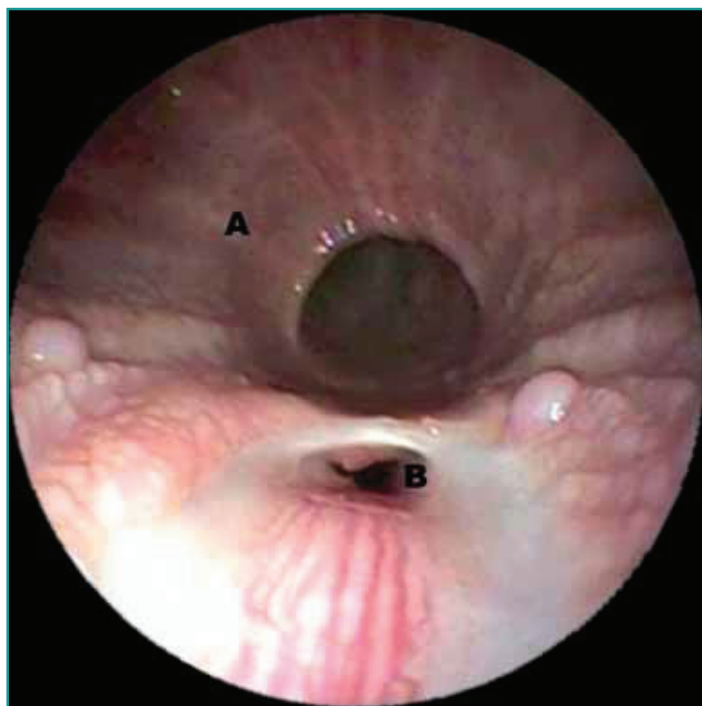


Figura 1 - Immagine endoscopica della vagina: **A)** vestibolo vaginale dilatato, **B)** fistola uretro-vaginale, aspetto caratteristico della mucosa uretrale con trama vascolare in evidenza. Presenza di alterazioni mucosali di aspetto micronodulare.

rali a carico dell'apparato escretore, ad eccezione di una lieve ectasia uretrale.

Il paziente viene in ultimo sottoposto ad esame endoscopico dell'apparato genito-urinario mediante video-endoscopia flessibile da 5,9 mm di diametro (Fujinon® EG270N5) che rileva a livello vaginale, circa 3 cm cranialmente al meato uretrale, la presenza di una fenestratura tra l'uretra e vagina. La fistola è causata dall'assenza di un tratto della parete dorsale dell'uretra vaginale. Questa apertura ha forma ellissoidale e risulta lunga circa 1,5 cm e larga 0,5 cm (Figura 1). La mucosa vaginale presenta aspetto irregolare, micronodulare ed una consistenza tenace. La mucosa con aspetto micronodulare viene campionata mediante pinza ovoidale fenestrata da 1,8 mm (Endo-Technik PE1-OVAL-18-160 Biopsy forceps) per l'esecuzione di un esame istologico, ma la tenacia e la fibrosità della mucosa permettono solo piccoli campionamenti di tessuto sufficienti ad allestire un esame citologico per schiacciamento¹³ che evidenzia unicamente cellule epiteliali squamose, neutrofili e sporadiche cellule mesenchimali ben differenziate. Cranialmente alla fistola la restante parte dell'uretra viene visualizzata ed esplorata mediante un cistoscopia flessibile da 2,5 mm di diametro (Storz® 60003VB1), grazie al quale è possibile visualizzare a livello del trigono i due sbocchi ureterali, normali per sede e conformazione. Immediatamente dopo l'esame endosco-

pico viene eseguito un esame radiografico in proiezione latero laterale dell'addome caudale in decubito destro. In questa radiografia è possibile evidenziare che l'aria introdotta mediante l'endoscopia è presente sia a livello uretrale e vescicale che a livello vaginale (Figura 2). Dopo una settimana viene eseguito un intervento di vaginectomia parziale. Con il paziente in decubito dorsale viene praticata un'incisione mediana ventrale estesa da 1-2 cm caudalmente all'ombelico fino al tendine prepubico. Dopo l'isolamento del moncone uterino e il posizionamento di suture di trazione sullo stesso, viene esposta la mucosa vaginale tramite incisione ventrale in modo da individuare l'esatta posizione della fistola. Si esegue quindi una vaginectomia parziale con l'escissione della porzione immediatamente craniale alla fistola e di parte della parete vaginale ventrale in modo da ridurre il lume e minimizzare lo spazio in cui l'urina può accumularsi. Viene infine inserito un catetere di Foley uretro-vescicale che viene mantenuto in sede per una settimana. Dopo la rimozione del catetere il paziente viene dimesso e durante la settimana seguente i proprietari notano una notevole riduzione delle perdite e la risoluzione dell'incontinenza. Nelle settimane successive il miglioramento risulta stabile e persiste solo un lieve gemizio di urina dalla vulva che si verifica immediatamente dopo la minzione volontaria ed occasionalmente quando la vescica è molto repleta, ad esempio al mattino.

Il controllo endoscopico ad un anno di distanza (Figura 3) ha evidenziato una normale cicatrizzazione e la pervietà della fistola in assenza di fenomeni infiammatori macroscopici.

DISCUSSIONE

In letteratura medica veterinaria esistono sporadiche segnalazioni riguardo la fistola uretro-vaginale nel cane^{2,14,15}. In questi lavori l'incontinenza e la fistola sono associate ad alterazioni dell'apparato genito-urinario come: anomalia della cervice uterina², presenza di organi genitali maschili e femminili esterni¹⁴, fistola vestibolo-perineale, posizione ventrale della vulva e penoclitore¹⁵. Queste alterazioni facilitano l'iter diagnostico dell'incontinenza in ragione della presenza di anomalie morfologiche macroscopiche. Al contrario, nel nostro paziente l'incontinenza era l'unico segno clinico presente. In medicina umana la fistola uretro-vaginale è

In medicina umana la fistola uretro-vaginale è una condizione patologica infrequente che si manifesta con incontinenza urinaria quando la vescica è repleta e con vaginiti secondarie al passaggio di urina in vagina.



Congresso Nazionale

AREZZO

28-30 OTTOBRE 2016

CHIRURGIA DEI TESSUTI MOLLI E DURI

CONOSCERE LE COMPLICANZE

E IMPARARE A GESTIRLE



scivac

SOCIETÀ CULTURALE ITALIANA VETERINARI PER ANIMALI DA COMPAGNIA

Organizzato da



EV Soc Cons ARL è una Società con sistema qualità certificato ISO 9001:2008



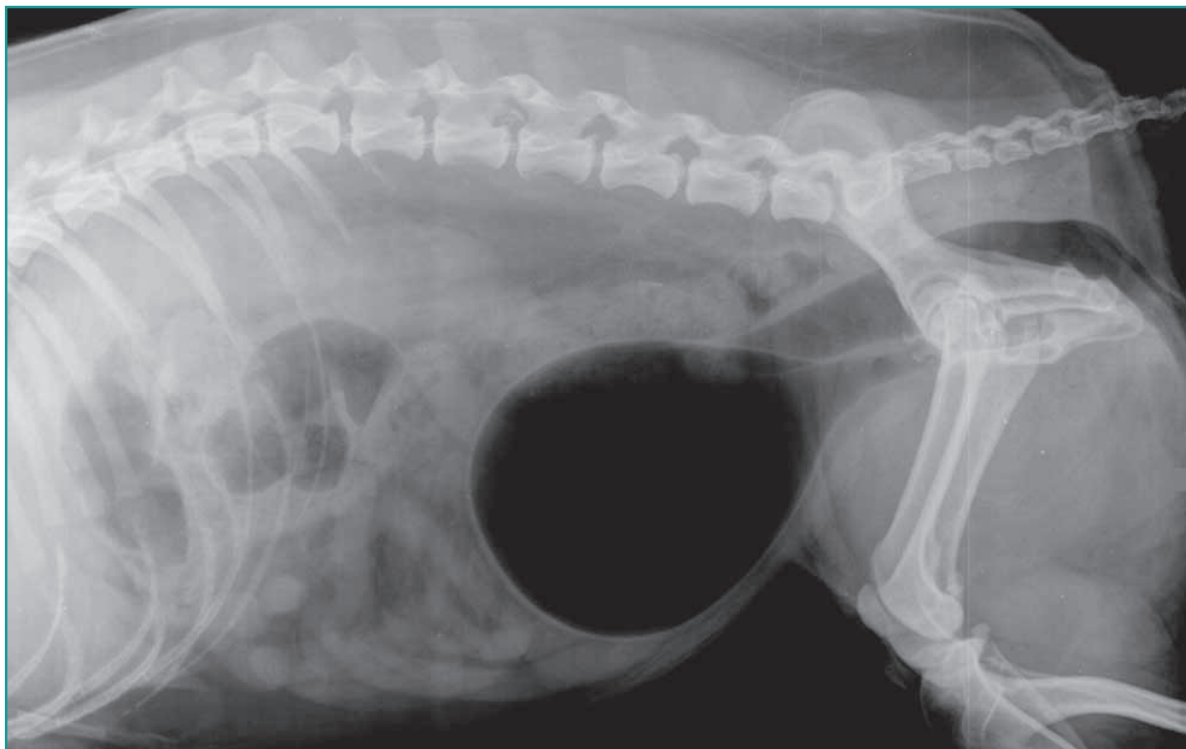


Figura 2 - Radiografia latero-laterale dell'addome in decubito destro: presenza di aria a livello vescicale, uretrale e a livello vaginale.

una condizione patologica infrequente che si manifesta con incontinenza urinaria quando la vescica è repleta e con vaginiti secondarie al passaggio di urina in vagina. Nella donna la fistola uretro-vaginale può essere secondaria a traumi ostetrici, lesioni chirurgiche iatrogene,

fratture delle pelvi, radioterapia, neoplasia dell'uretra o dei genitali^{3,4,5,6,7}. Eccezionalmente è congenita⁸.

Nel nostro paziente l'incontinenza urinaria era il segno clinico prevalente e si manifestava con caratteristiche simili a quelle osservate nella donna. Infatti le perdite

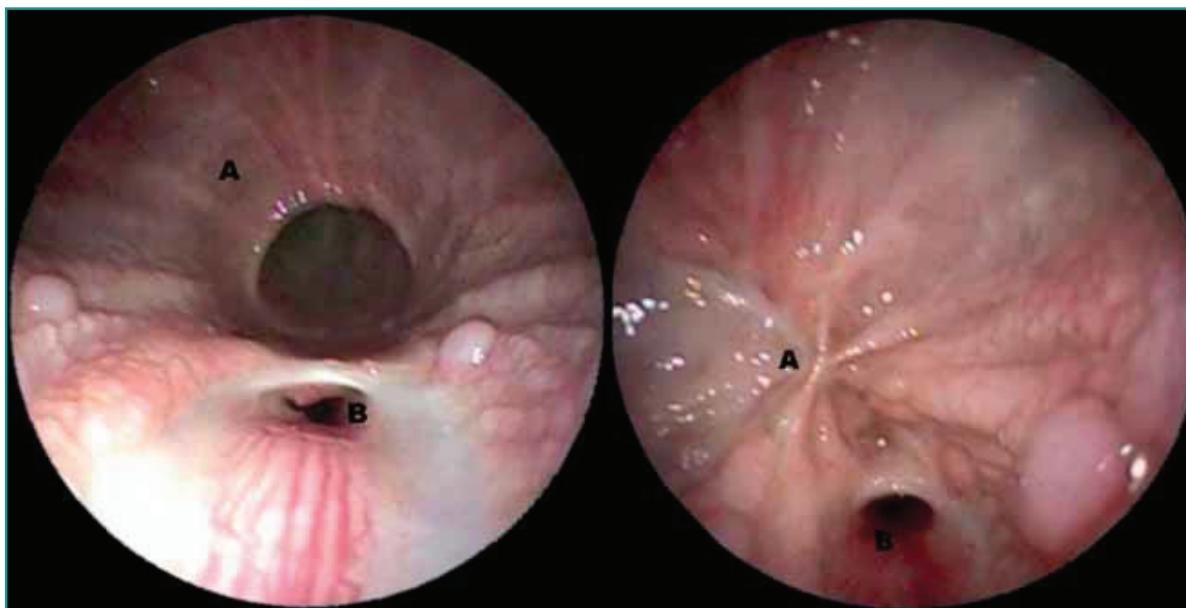


Figura 3 - Immagine endoscopica della vagina prima (porzione destra) e dopo la vaginectomia (porzione sinistra). **A)** vestibolo, dove si accumula l'urina, **B)** fistola uretro-vaginale, mucosa uretrale riconoscibile dalla trama vascolare submucosale. A destra della fistola si può evidenziare l'aspetto noduliforme rotondeggiante della mucosa vaginale rilevabile anche nell'immagine a destra.

maggiori si verificavano nel momento in cui il paziente riprendeva la stazione. Probabilmente l'urina accumulata a livello vaginale defluiva spontaneamente per gravità e grazie ai movimenti deambulatori del paziente. Inoltre le alterazioni rilevate a livello vaginale durante l'esame endoscopico suggeriscono un cronico e persistente contatto della mucosa vaginale con l'urina.

Nel nostro paziente, dal momento che l'anamnesi remota risultava sconosciuta, non è stato possibile determinare se la fistola fosse di natura congenita o acquisita. Tuttavia un difetto congenito risulta il più probabile, in quanto nei tre anni di permanenza in canile il paziente non ha mai subito procedure né diagnostiche né terapeutiche a carico dell'apparato genito-urinario; inoltre l'incontinenza urinaria potrebbe essere stata un plausibile motivo di abbandono.

Il gold standard per la diagnosi in medicina umana è la vaginoscopia^{8,9}. Analogamente nel nostro paziente l'esame endoscopico è stato la metodica più efficace per il raggiungimento della diagnosi dal momento che ha permesso l'identificazione della fistola e l'esplorazione del tratto urinario inferiore. L'esame ecografico non ha evidenziato anomalie uretrali e vescicali, anche perché la valutazione ultrasonografica dell'uretra e della regione caudale è resa impossibile dalla presenza di ostacoli ossei¹⁰. L'esame radiografico diretto non ha fornito informazioni utili alla diagnosi. L'esame radiografico con contrasto non è stato eseguito e questa è una rilevante carenza nel nostro iter diagnostico. La principale anomalia evidenziata nei radiogrammi eseguiti immediatamente dopo l'endoscopia è la presenza di aria sia in vagina che in vescica, si può quindi ipotizzare che uno studio contrastografico delle vie urinarie avrebbe rivelato il passaggio di mezzo di contrasto in vagina conseguente alla presenza della fistola.

La decisione di eseguire un intervento di vaginectomia è stata presa per la maggior confidenza del chirurgo nell'esecuzione di tale procedura. La correzione della fistola mediante esecuzione di uretroplastica vaginale o mediante un innesto autologo di fascia lata¹¹ sarebbero state procedure altrettanto adeguate; seppur entrambe le tecniche implicino il rischio di una stenosi uretrale post-chirurgica¹². Inoltre l'uretroplastica sarebbe stata presa in considerazione in caso di mancata risoluzione dei sintomi. Il principale proposito dell'intervento di vaginectomia non era quello di ripristinare la normalità anatomica dell'uretra ma quello di ridurre al minimo lo spazio in cui poteva accumularsi l'urina al fine di ridurre il più possibile l'incontinenza. I risultati ottenuti sono stati considerati molto soddisfacenti dai proprietari ed i successivi controlli clinici ed endoscopici hanno dimostrato la stabilità del miglioramento ottenuto.

Il principale proposito dell'intervento di vaginectomia non era quello di ripristinare la normalità anatomica dell'uretra ma quello di ridurre al minimo lo spazio in cui poteva accumularsi l'urina.

Questo caso clinico suggerisce che in presenza di incontinenza urinaria la fistola uretro-vaginale deve essere annoverata nella lista delle diagnosi differenziali. L'esame endoscopico è risultato essere la metodica diagnostica più utile per identificare questa patologia. La vaginectomia si è dimostrata una metodica semplice ed efficace per la risoluzione dei segni clinici, sebbene in medicina umana l'uretroplastica venga considerata il miglior approccio chirurgico.

PUNTI CHIAVE

- La fistola uretro-vaginale è una anomala comunicazione tra uretra e vagina causa di incontinenza urinaria.
- I segni clinici principali sono: l'incontinenza urinaria quando la vescica è repleta e le vaginiti secondarie al passaggio dell'urina in vagina.
- Può essere secondaria a traumi ostetrici, lesioni chirurgiche iatrogene, fratture della pelvi, radioterapia, neoplasia dell'uretra. Eccezionalmente è congenita.
- La fistola uretro-vaginale deve essere annoverata tra le diagnosi differenziali di incontinenza urinaria.
- L'esame endoscopico è stato l'indagine più utile per raggiungere la diagnosi.
- La vaginectomia è un intervento semplice ed efficace per la risoluzione dei segni clinici.

Urinary incontinence due to a urethral - vaginal fistula in a spayed adult female dog

A spayed 5-year-old female Shib-Tzu dog was examined for urinary incontinence not responding to medical treatment and for recurrent vaginitis. An urethro-vaginal fistula was diagnosed by genito-urinary endoscopy and was treated by vaginectomy, which resolved the incontinence.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown, SA. Fisiopatologia e terapia delle malattie dell'apparato urinario. In: Slatter D. Ed. Trattato di chirurgia dei piccoli animali. 3rd ed. vol. 2. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders, 2003, p. 1591.
2. Ladkin A. Urethral ectopia and anomalous cervix in a dog. Veterinary Records 104 (24):555, 1979.
3. Gray LA. Urethrovaginal fistulas. American Journal Obstetric Gynecology 101 (1, May):28-36, 1968.
4. Symmonds RE. Incontinence: Vesical and urethral fistulas. Clinical Obstetric Gynecology 27:499, 1984.
5. Lee RA, Symmond RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. Obstetric Gynecology 72:313, 1988.
6. Ralph G, Tamussino K, Lichtenegger W. Urological complications after radical hysterectomy with or without radiotherapy for cervical cancer. The Archives of Gynecology and Obstetrics 248 (2):61-5, 1990.
7. Hilton P, Cromwell DA. The risk of vesicovaginal and urethrovaginal fistula after hysterectomy performed in the English National Health Service—a retrospective cohort study examining patterns of care between 2000 and 2008. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 119(12):1447-1454, 2012.
8. Rigatti P, Camerota TC. Fistole urinarie e urologia funzionale. In: R. Dionigi, Ed. Chirurgia. Basi teoriche e chirurgia generale. 5th ed. Milano, Italy, Elsevier, 2011, pp. 1573-1574.
9. Taneja SS. Management of urinary fistulas. In: Taneja SS, Ed. Complications of Urologic Surgery: Prevention and Management. 4th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Elsevier, 2010, pp. 263-276.
10. Davidson AP, Westropp JL. Diagnosis and management of urinary ectopia. Veterinary Clinic North American Small Animal Practice 44(2):343-53, 2014.
11. Atalan G, Cihan M, Sozmen M *et al.* Repair of urethral defects using fascia lata autografts in dogs. Veterinary Surgery 34(5):514-8, 2005.
12. Kowalik C, Stoffel JT, Zinman L *et al.* Intermediate outcomes after female urethral reconstruction: graft vs flap. Urology 83(5):1181-1185, 2014.
13. De Lorenzi, D, Bertonecello, D, Bottero, E. Squash-preparation cytology from nasopharyngeal masses in the cat: cytological results and histological correlations in 30 cases. Journal of Feline Medicine and Surgery 10, 55-60, 2008.
14. Jackson DA, Osborne CA, Brasmer TH, Jessen CR. Non neurogenic urinary incontinence in a canine female pseudohermaphrodite. Journal of the American Veterinary Medical Association. 15; 172(8):926-30, 1978.
15. Connery NA1, Spotswood T. An unusual case of urinary incontinence in an intersex West Highland white terrier. The Canadian Veterinary Journal 53(11):1195-8, 2012.



Il progetto VETPEDIA è sostenuto da Bayer Health Care, Royal Canin e Alcyon Italia



Science For A Better Life



Contributi scientifici



- 438 schede monografiche di libero accesso
 - casi clinici GpCert ESVPS
 - 15.890 utenti registrati
- 4.000.000+ pagine visitate/anno (2015)
- Edizione internazionale: 3890 utenti registrati