

SU UN CASO DI TUMORE VENEREO TRASMISSIBILE (SARCOMA DI STICKER) IN UN CANE

GABELLINI GIOVANNI* DMV, DAVIDE FABBRI# DMV

*Libero professionista, Riccione, Italia

Istovet, servizio di istopatologia veterinaria, Rimini, Italia

Riassunto

Viene descritto un caso di tumore venereo trasmissibile vaginale in un cane. Viene ricordata l'importanza dei dati epidemiologici nell'avanzare il sospetto di questa patologia, ricordandone altresì la diagnosi differenziale con altri tumori vaginali, in particolare nei confronti del leiomioma, fibroma, leiomyofibroma e raramente forme maligne, e la possibilità di identificarlo in altre sedi corporee. Viene sottolineato l'ausilio ecografico nella diagnosi e nel monitoraggio terapeutico. Viene infine ricordata l'efficacia della chemioterapia nella cura di questa neoplasia.

Summary

Hereinafter a case of a dog with transmissible venereal tumor is described. The epidemiologic data's importance to perform a diagnostic suspect of this disease is reminded, keep in mind likewise the differential diagnosis with other vaginal tumors, especially towards the leiomyoma, fibroma, leiomyofibroma and seldom malignant forms, and the possibility to identify it elsewhere in the body. The ultrasound aid in the diagnosis and in the therapeutic control is emphasized. Finally the efficacy of chemotherapy in the treatment of this neoplasia is reminded.

INTRODUZIONE

Il tumore venereo trasmissibile (TVT) è l'unico tumore del cane trasmissibile per via sessuale e per lambimento, oltre che sperimentalmente. È conosciuto con numerosi sinonimi, tra cui tumore di Sticker (dal nome del primo autore che lo studiò nei dettagli agli inizi del 20° secolo), granuloma venereo, condiloma canino e sarcoma infettivo. È diffuso in tutto il mondo, senza predisposizione di razza, con prevalenza per le zone tropicali e sub-tropicali. È comune soprattutto nei cani giovani sessualmente attivi e facenti vita libera, senza alcun controllo riproduttivo¹. Le femmine appaiono essere più recettive².

La trasmissione avviene prevalentemente per contatto diretto delle membrane mucose. Eventuali traumatismi delle mucose stesse aumentano le capacità di impianto. Per questo motivo le mucose genitali di entrambi i sessi, particolarmente vulnerabili a traumi durante l'accoppiamento, sono predisposte alla formazione del tumore. Tuttavia qualunque mucosa extra-genitale può essere colpita;

in questi casi la trasmissione avviene attraverso pratiche comuni nel comportamento canino, quali il leccarsi e l'annusare i genitali. Per questo motivo la mucosa nasale e buccale rappresentano altre comuni sedi di insorgenza. Più raramente la neoplasia può colpire sedi cutanee varie attraverso la pratica del grattamento. In uno studio su 90 casi di TVT, 8 furono identificati in sede extragenitale³.

Dal punto di vista clinico il TVT delle mucose genitali si presenta come una massa solitaria o multipla, friabile e facilmente sanguinante, spesso con aspetto a cavolfiore. Le infezioni batteriche secondarie sono comuni. Nelle sedi extragenitali si presenta invece spesso in forma nodulare, sempre con tendenza all'ulcerazione²⁻³. In queste sedi, soprattutto se cutanee, il TVT deve essere differenziato da altri tumori a cellule rotonde, quali il linfoma cutaneo, l'istiocitoma e il mastocitoma.

Il TVT è generalmente considerato un tumore benigno. Tuttavia, seppur raramente, esso può dare origine a metastasi a linfonodi regionali e anche a organi interni quali milza, fegato, reni e cervello². L'incidenza delle metastasi è stimata attorno al 5% o meno. Sia nelle situazioni in cui i genitali esterni sono la sede primaria sia nei casi di interessamento extragenitale, così come in caso di lesioni metastatiche, il TVT si presenta particolarmente sensibile alla chemioterapia con vincristina o alla radioterapia, che

“Articolo ricevuto dal Comitato di Redazione il 21/6/2004 ed accettato per pubblicazione dopo revisione il 25/11/2004”.



FIGURA 1 - Visione diretta della massa.

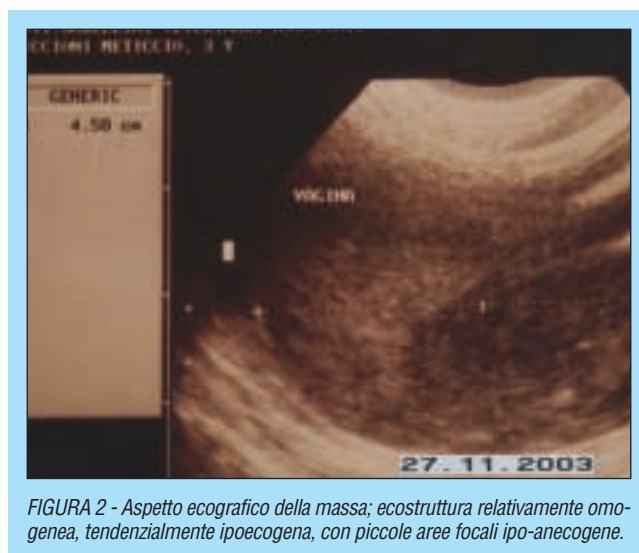


FIGURA 2 - Aspetto ecografico della massa; ecostruttura relativamente omogenea, tendenzialmente ipoecogena, con piccole aree focali ipo-aneogene.

può essere utilizzata nei rari casi resistenti alla chemioterapia⁴. La chirurgia non rappresenta una opzione utile, per l'alta percentuale di recidive⁴. La regressione spontanea del TVT, sia genitale sia extragenitale, è decisamente improbabile⁴⁻⁵. Recentemente modificatori della risposta biologica sono stati usati in via sperimentale. Sebbene in alcuni casi abbiano dato risultati positivi, l'elevato numero di recidive susseguenti al trattamento fanno ritenere che al momento non possano essere considerati un'alternativa all'uso della chemioterapia¹.

CASO CLINICO

Un cane meticcio, femmina intera di anni 3, ci fu portato alla visita a causa di importanti perdite vulvari di tipo emorragico. A parte questo reperto, il proprietario non segnalava alcun altro disturbo. All'anamnesi risultava che il proprietario, durante un viaggio in Cambogia risalente a circa 4 mesi prima, aveva assistito all'accoppiamento del proprio cane con un cane maschio locale. Preoccupato per la possibile gravidanza, il proprietario stesso si era recato da un collega locale che aveva praticato una iniezione abortigena. Il proprietario non fu in grado di fornire informazioni sul tipo di farmaco utilizzato. Non esistevano altre informazioni anamnestiche.

All'esame fisico il paziente appariva in ottime condizioni, ma presentava effettivamente un importante scolo vulvare francamente emorragico, già evidente al momento dell'entrata dell'animale nell'ambulatorio. All'esame della vulva si rendeva evidente una grossa massa (Fig. 1) che protrudeva al di fuori delle labbra vulvari. All'esplorazione digito-vaginale non era possibile determinare l'esatto punto di origine (vestibolo o vagina). La massa presentava una superficie irregolare e appariva fortemente friabile, a giustificare l'imponente sanguinamento spontaneo. La massa sembrava espandersi profondamente in direzione craniale fino a occupare tutta la vagina e a interessare probabilmente la cervice uterina. Fu immediatamente emesso un sospetto di neoplasia vaginale. I principali sospetti si orientarono sul TVT, comune nelle aree geografiche tropicali e sub-tropicali (tuttavia non aveva-



FIGURA 3 - Aspetto ecografico della massa caudo-dorsalmente al collo vescicale; aspetto sempre tendenzialmente ipoecogeno.

mo informazioni epidemiologiche sulla presenza di questa neoplasia in Cambogia) e sul leiomioma vaginale. Quest'ultimo tipo di neoplasia rappresenta l'86% dei tumori vaginali², presentandosi con diverse varianti istopatologiche (leiomioma, fibroma, fibroleiomioma e polipi), differenti tra loro solo per la quantità di tessuto connettivo presente ma non per comportamento biologico. Inoltre queste neoplasie sono ormonalmente controllate, dato che alcuni studi non riportano alcun caso di leiomioma in animali ovarioisterectomizzati e una percentuale di recidiva locale dopo asportazione chirurgica nel 15% dei pazienti non sottoposti contemporaneamente ad ovarioisterectomia². Altri studi non riportano alcun caso di leiomioma in cagne ovarioisterectomizzate prima dei 2 anni di vita³. Altri tipi di neoplasia, più infrequenti, furono inseriti in diagnosi differenziale, sebbene ritenuti improbabili. Tra gli altri tumori vaginali segnalati ricordiamo il lipoma, l'adenoma sebaceo, il mixoma e il mixosarcoma, l'istiocitoma fibroso maligno, il melanoma, il leiomiosarcoma, l'adenocarcinoma, il carcinoma a cellule squamose, l'emangiosarcoma, l'osteosarcoma, il mastocitoma e il carcinoma epidermoide¹⁻¹⁰.

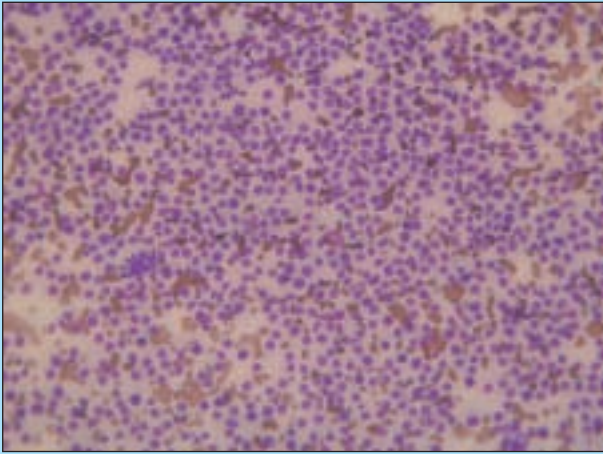


FIGURA 4 Aspetto citologico, con le caratteristiche tipiche del TVT.

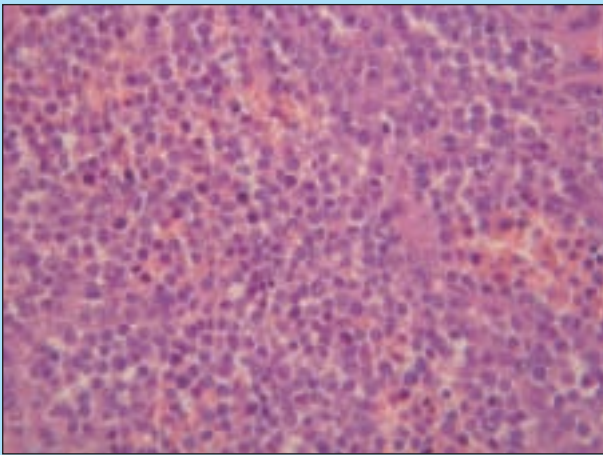


FIGURA 5 Aspetto istologico. Neoplasia organizzata in aree solide e trabecole, separate da setti connettivali fibro-vascolari; cellule rotonde con abbondante citoplasma finemente granulato, singolo nucleo centrale, nucleoli evidenti e numerose figure mitotiche.

Il paziente fu sottoposto ad un profilo completo di laboratorio (emocromocitometrico, biochimico e urine) che non mostrò alcuna alterazione, e a un esame ecografico sia diretto della massa attraverso la cute vulvare sia dell'addome.

All'ecografia la massa apparve di aspetto solido, relativamente omogenea, prevalentemente ipoecogena, con piccole aree focali ipo-aneogene (Fig. 2). La massa appariva ben delineata nei suoi contorni. L'ecografia addominale risultò nella norma, senza mostrare patologie ovariche o uterine identificabili. Tutti gli altri organi addominali risultarono nella norma. Tuttavia, dorsalmente e caudalmente alla vescica, in posizione retroperitoneale, si evidenziò una struttura ipoecogena, apparentemente ben incapsulata, di circa 2 cm (Fig. 3). Tale struttura fu ritenuta rappresentare una diffusione diretta della neoplasia vaginale a livello del collo uterino, fino a livello del collo vescicale.

In conseguenza dei dati clinici ed ecografici il paziente fu sottoposto a ovarioisterectomia e a un prelievo biotico



FIGURA 6 Aspetto ecografico dopo 1 ciclo di Vincristina. Riduzione della massa caudo-dorsale al collo vescicale (in questa immagine a destra della foto).



FIGURA 7 Scomparsa della massa dopo 3 cicli di vincristina.

della massa vaginale. Il reperto chirurgico confermò il mancato coinvolgimento di ovaie, corna uterine e corpo uterino da parte della neoplasia. Sul campione biotico furono allestiti dei vetrini per apposizione diretta, da sottoporre ad esame citologico.

Il preparato citologico, colorato con la colorazione rapida di Diff-Quick, mostrò una popolazione di cellule rotonde (Fig. 4) con le caratteristiche tipiche del TVT:

- elevata cellularità
- aspetto a cellule rotonde, ma discreto pleomorfismo cellulare
- citoplasma blu chiaro, generalmente vacuolizzato
- nucleo rotondo con cromatina disposta in maniera cordoniforme e 1-2 nucleoli evidenti

L'esame istopatologico confermò in seguito il reperto citologico (Fig. 5), evidenziando una neoplasia sottocutanea a cellule rotonde, con aspetti tipici da TVT.

Fu deciso di sottoporre il paziente a chemioterapia con vincristina solfato (Vincristina: Lilly), come riportato in letteratura, alla dose di 0,75 mg/m² ogni 7 giorni. Dopo il

primo trattamento la massa non era già più visibile attraverso un esame esterno ma rimaneva palpabile all'esplorazione vaginale e ancora visibile ecograficamente (Fig. 6). Al settimo giorno dopo il secondo trattamento la massa non era più osservabile ecograficamente e non era più palpabile all'esplorazione vaginale. Fu comunque eseguita una terza somministrazione di vincristina. Al follow-up a distanza di 20 giorni dall'ultima somministrazione il paziente appariva completamente guarito, senza evidenza clinica (Fig. 7) né ecografica della neoplasia. Al momento (ad un anno dalla prima terapia) il paziente è tuttora in completa remissione.

CONCLUSIONI

Questo caso clinico dimostra la necessità di inserire sempre il tumore venereo trasmissibile nella diagnosi differenziale delle neoplasie vaginali e non solo. Dimostra anche la necessità di sottoporre a esame citologico ed eventualmente istologico qualunque paziente con neoformazioni in varie sedi corporee, in modo da pianificare il trattamento più appropriato. In questo caso l'esame citologico ha permesso di evitare un intervento chirurgico, sicuramente invasivo e di non facile esecuzione, in un paziente dove esso sarebbe risultato assolutamente inutile. È probabile, visto il sempre maggior movimento di animali provenienti dall'estero, che questo tipo di neoplasia, così comune non solo in aree tropicali e sub-tropicali ma anche in alcuni paesi del mediterraneo come la Grecia e la Turchia, venga sempre più comunemente diagnosticato.

Parole chiave

Tumore venereo trasmissibile, tumori vaginali, ecografia.

Key words

Trasmissibile venereal tumor, vaginal tumors, ultrasound.

Bibliografia

1. Mc Ewen E.G: Transmissible venereal tumor. In: Withrow S.J. e Mc Ewen E.G: Small Animal Clinical Oncology, 3th Ed. Pp: 651-655. W.B. Saunders Company, 2001.
2. Madewell, B.R. e Theilen, G.H.: Skin tumors of mesenchymal origin. In: Theilen, G.H. e Madewell, B.R. (Eds): Veterinary Cancer Medicine, 2nd Ed. Pp: 282-309. Lea & Febinger, Philadelphia, 1987.
3. Gurel A., Kusku B., Gulanber E.G. and Arun S.S: Trasmissibile venereal tumors detected in the extragenital organs of dogs. Israel Veterinary Medical Association, vol.57 (2) 2002.
4. Rogers K.S, Walker M.A, Dillon H.B. Trasmissibile venereal tumor: a retrospective study of 29 cases. Journal Am Anim Hosp Assoc. 1998 Nov-Dec; 34(6):463-70.
5. Papazoglou L.G., Koutinas A.F., Plevraki A.G. and Tontis D. Primary intranasal transmissible tumour in the Dog: A retrospective study of six spontaneous cases. Journal Vet. Med. A 48, 391-400, 2001.
6. Kydd D.M. e Burnie A.G: Vaginal neoplasia in the bitch: A review of 40 clinical cases. J. Small Animal Pract 27: 255-263, 1986.
7. Thacher C. e Bradley R.L: Vulvar and vaginal tumors in the dog: a retrospective study. Journal Am Vet Assoc 183:690-692, 1983.
8. Brodey R.S e Roszel J.F: Neoplasms of the canine uterus, vagina, vulva: a clinico-pathologic survey of 90 cases. Journal Am Vet Assoc 151:1294-1307, 1967.
9. Herron M.A: Tumors of the canine genital system. Journal An Vet Assoc 19:981-994, 1983.
10. Withrow S.J e Susaneck SJ: Tumors of the canine female reproductive tract. In, Current therapy in Theriogenology 2. Morrow D.A (ed), W.B Saunders, Philadelphia, 1986.