

UROPERITONEO: E' SOLO COLPA DELLA VESCICA?

Stefano Nicoli DMV

sn-cvp@libero.it ; stefano.nicoli@unito.it

Con il termine uroperitoneo (o uroaddome) s'intende la raccolta di urina in cavità peritoneale, che può aver origine da rene, uretere, vescica e porzione prossimale di uretra. Le cause possono essere di natura traumatica o iatrogena; ci possono essere poi rotture spontanee dell'apparato urinario in seguito a neoplasie o infiammazioni croniche. La sintomatologia è piuttosto vaga e può comprendere vomito, anoressia, abbattimento e letargia ma anche ematuria, disuria, dolore addominale con o senza dilatazione dell'addome. Nella mia esperienza il cane appare molto più sensibile alla presenza anche di piccole quantità di urina in cavità peritoneale, manifestando spesso grave abbattimento e dolorabilità addominale rispetto al gatto, che può rimanere pressoché asintomatico anche con cospicue quantità di urina libera in addome. La raccolta dei dati anamnestici assume, come sempre, importanza fondamentale al fine di formulare una corretta diagnosi. Un trauma addominale, un tentativo di cateterizzazione particolarmente difficoltoso, una cistocentesi o un intervento chirurgico sulle vie urinarie, ma anche interventi addominali in genere possono essere causa diretta o indiretta di uroperitoneo. La diagnosi si basa poi sia sulla visita clinica sia su rilievi laboratoristici su sangue e liquido addominale. Sono pazienti uremici, con aumento dei livelli di potassio sierico; i livelli di creatinina del fluido addominale molto più elevati rispetto ai livelli di creatinina sierica sono una conferma di uroperitoneo. La diagnostica per immagini è di grande aiuto nello studio di questi pazienti. In particolar modo lo studio contrastografico delle vie urinarie permette di evidenziare il "punto di rottura" e, a volte, l'entità della lesione. L'urografia discendente permette di evidenziare perdite a carico di reni e ureteri, l'urografia ascendente consente di visualizzare uretra e vescica.

Il trattamento delle rotture delle vie urinarie può avvenire o mediante semplice cateterizzazione o tramite ricostruzione chirurgica. Un esempio dell'utilizzo della via conservativa è quello delle rotture uretrali che coinvolgano fino a tre quarti della circonferenza uretrale e che possono essere trattate mediante cateterizzazione per un tempo di almeno dieci giorni fino a guarigione spontanea. Il trattamento chirurgico è volto alla ricostruzione diretta della lesione; è qui importante rilevare che la chirurgia non è mai da eseguire dell'urgenza. Siamo di fronte a soggetti caratterizzati spesso da situazione metabolica profondamente alterata ed è perciò necessario stabilizzare il paziente attraverso fluidoterapia mirata, allontanamento dell'urina dalla cavità peritoneale e ripristino della corretta emissione di urine prima di poter eseguire il trattamento chirurgico. L'eliminazione precoce

della raccolta urinosa dalla cavità addominale assume importanza anche perchè la presenza di urina può portare a macerazione i tessuti che saranno in seguito implicati nella chirurgia di ricostruzione aumentando la difficoltà di una chirurgia spesso già di per se complessa. I vari metodi di diversione urinaria temporanea, nefrostomia percutanea, cistostomia percutanea, cateterizzazione devono essere utilizzati con il duplice scopo di bloccare la fuoriuscita di urina in addome e di permetterne la corretta emissione all'esterno..

Una volta stabilizzato il paziente è possibile il trattamento chirurgico che sarà volta per volta diverso in relazione al tipo di lesione presente. La rottura uretrale completa, spesso causata da avulsione traumatica, deve essere ricostruita tramite anastomosi su catetere. La cateterizzazione è molto importante in questi casi. In primo luogo consente la visualizzazione del moncone uretrale distale che, dopo il trauma, si ritrae all'interno del canale pelvico; è di aiuto durante l'anastomosi e, nella fase post chirurgica, evita il contatto diretto di urina sulla sutura e riduce il rischio di stenosi. I traumi a carico della vescica possono determinare lesioni sull'organo che vanno dalla semplice foratura da cateterismo fino alle vesciche letteralmente esplose in pazienti che subiscono un trauma automobilistico. La riparazione di queste lesioni varia dalla semplice sutura di piccoli fori sulla parete a ricostruzioni vere e proprie dell'integrità di parete. Durante la ricostruzione della vescica con grave rottura è molto importante visualizzare l'ingresso degli ureteri e ricordare che questi hanno un breve tragitto intramurale, normalmente in senso cranio.caudale, per non comprenderli nelle suture e determinare un blocco al flusso urinario; per ridurre al minimo il rischio è buona norma incannulare gli ureteri prima di iniziare la ricostruzione. Le lesioni a carico degli ureteri possono essere divise in due gruppi: nel primo quelle a carico del terzo prossimale e del terzo medio, nel secondo quelle a carico del terzo distale. Lesioni appartenenti al primo gruppo devono essere trattate tramite ricostruzione diretta mentre quelle appartenenti al secondo gruppo possono essere trattate mediante reimpianto in vescica. La perdita di urina dal rene (evento raro) deve essere trattata mediante ricostruzione diretta della pelvi o del parenchima.

Nel periodo post chirurgico questi pazienti devono essere tenuti sotto attenta osservazione per evidenziare fenomeni stenotici (possibile complicazione in caso di anastomosi ureterale o uretrale) o recidive di uroperitoneo per lo più causate dalla necrosi dei tessuti utilizzati per la ricostruzione.

La prognosi generalmente è eccellente, anche se a volte la comparsa delle complicanze suddette rende complessa e frustrante la gestione del follow-up.