

**SINDROME DE YOUSSEF / FÍSTULA VÉSICO-UTERINA \*****YOUSSEF'S SYNDROME / VESICOUTERINE FISTULA \*****Alexandre Gomes Agostinho \*\*****Marcos Tobias- Machado \*\*\*****Roberto Vaz Juliano \*\*\*\*****Milton Borrelli \*\*\*\*\*****Eric Roger Wroclawski \*\*\*\*\***

AGOSTINHO, A. G.; TOBIAS-MACHADO, M.; JULIANO, R. V.; BORRELLI, M.; WROCLAWSKI, E. C. - Síndrome de Youssef / Fístula vésico-uterina.

**RESUMO** : As fístulas vésico-uterinas constituem as fístulas urogenitais menos frequentes. Relatamos 2 casos que ocorreram após parto cesária e parto normal com distócia e que foram resolvidos através de acesso abdominal com sucesso. Revisamos também os aspectos diagnósticos e terapêuticos desta entidade.

**DESCRITORES** : Fístula urinária, Hematúria, Síndrome de Youssef.

**INTRODUÇÃO**

A fístula vésico-uterina é uma complicação rara dentre as fístulas uroginecológicas ocorrendo de 1 a 4% dos casos (3).

Foi descrita inicialmente por La Chapelle em 1825, nos casos de trabalho de parto prolongados (3, 8). Em 1935, Machado descreveu o primeiro caso de fístula vésico-uterina pós cesareana (8, 10), e Youssef, em 1957, descreveu a doença que posteriormente levou o seu nome, sendo caracterizada pela tríade formada por hematúria cíclica (a qual foi designada de menúria), amenorréia e continência urinária (1,10,12).

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos desta síndrome, ressaltando seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

**RELATO DOS CASOS****➤ CASO I**

Paciente de 38 anos, feminino, parda, submetida à parto cesária há 19 meses, com queixa de hematúria cíclica, acompanhado por disúria, polaciúria, e amenorréia há 18 meses. Negava incontinência urinária. O exame físico geral e o exame ginecológico revelavam-se normais.

De antecedentes apresentava 4 partos com 3 filhos, não desejando aumentar a prole.

O exame de urina Tipo I mostrava 128.000 leucócitos/ml e 1.280.000 hemácias/ml, com urocultura negativa.

O hemograma e bioquímica estavam normais.

Foi submetida à ultrassonografia pélvica que mostrou miohiperplasia uterina. Rins e bexiga de aspecto normal.

A uretrocistografia evidenciou extravazamento de contraste pela parede vesical posterior com opacificação da cavidade uterina (figura 1).

A cistoscopia confirmou a presença de fístula em fundo vesical associado a compressão extrínseca local compatível com o útero.

Realizado acesso cirúrgico por via abdominal infraumbelical onde foi observado um útero miomatoso, optando-se por histerectomia subtotal, considerando a multiparidade e o fato de já ter prole constituída.

O tratamento do canal fistuloso vesical foi realizado através de abertura da parede anterior da bexiga e ressecção do mesmo, com fechamento da bexiga em dois planos. Realizada drenagem com sonda de Foley na bexiga e dreno de Penrose no espaço pré-vesical.

Evoluiu sem complicações no pós-operatório, recebendo alta após 3 dias sendo retirada a sonda vesical no quinto pós-operatório.

\* Trabalho realizado no Hospital de Ensino Padre Anchieta, da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

\*\* Residente da Disciplina de Urologia da FMABC.

\*\*\* Médico Preceptor da Disciplina de Urologia da FMABC.

\*\*\*\* Médico Assistente da Disciplina de Urologia da FMABC.

\*\*\*\*\* Professor Titular de Urologia da FMABC.

\*\*\*\*\* Professor Adjunto da Disciplina de Urologia da FMABC e Responsável pelo Serviço de Urologia do Hospital de Ensino Padre Anchieta.

Após seguimento de 6 meses vem mantendo-se curada.



**FIGURA 1: Cistografia Evidenciando a Contratação da Cavidade Uterina.**

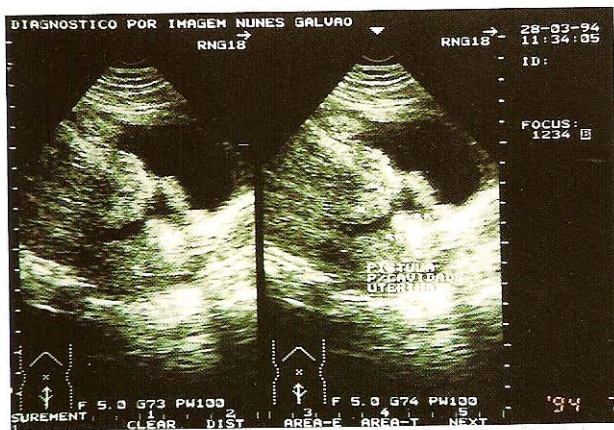
### ➤ CASO II

Paciente de 21 anos, feminino, parda, primigesta, com queixa de hematúria com coágulos 6 dias após parto normal com distócia mecânica e dificuldade de saída do concepto.

A ultrassonografia mostrou perfeitamente o trajeto fistuloso da bexiga para a cavidade uterina (figura 2).

Com finalidade de evacuar coágulos e auxílio diagnóstico foi realizada cistoscopia que revelou na parede posterior da bexiga onde, após introdução do aparelho, chegou-se à cavidade uterina.

Por apresentar-se em idade reprodutiva ativa sem prole constituída, foi submetida à ressecção da fístula por via abdominal com preservação uterina. Após três meses de seguimento vem se mantendo assintomática.



**FIGURA 2: Ultrassonografia Pélvica Demonstrando o Trajeto Fistuloso.**

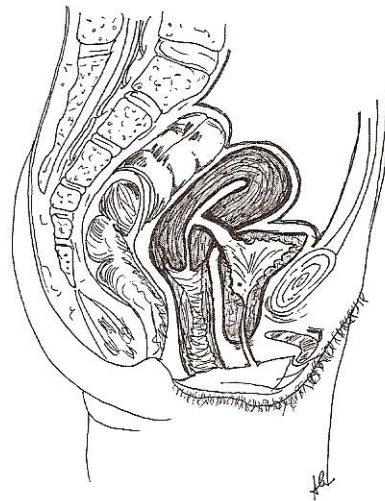
### DISCUSSÃO

As fístulas vésico-uterinas são responsáveis por cerca de 1 a 4% dos casos de fístulas, sendo relatado um aumento de sua

incidência conjuntamente com aumento do número de cesareanas (3). Ainda como fatores etiológicos temos o trabalho de parto prolongado, fórceps traumático, abortamento induzido por catéter, supracervical, D.I.U., tuberculose de bexiga e sepse. (3).

A figura 3 mostra a proximidade anatômica entre a bexiga e o útero.

O quadro clínico da Síndrome de Youssef é caracterizado por amenorréia, continência urinária e hematúria cíclica (denominada de menúria), a qual é completa em apenas 30% dos casos. Nestas pacientes o fluxo é unidirecional, e se dá do útero para a bexiga. Quando o fluxo é bidirecional teremos incontinência urinária e hematúria catamenial. Caso o fluxo seja somente da bexiga para o útero teremos sobretudo um quadro de incontinência urinária (12, 14).



**FIGURA 3 : Esquematização da Fístula Vésico-Uterina.**

A sintomatologia depende do direcionamento de fluxo, do tamanho e da localização da fístula e de uma ação "esfincteriana" gerada pelo istmo cervical (1,5, 9, 14).

Como prova diagnóstica clínica pode-se realizar a injeção de corantes por via intravesical e visualização mediante exame especular, da saída do mesmo pelo canal cervical (3).

Como métodos de diagnóstico radiológico podem-se ser realizados a histerosalpingografia e a cistografia, ambos com bons resultados (8, 10).

A cistoscopia fecha o diagnóstico e permite a visualização do orifício fistuloso, sua localização e trajeto e, caso o orifício seja de calibre suficiente, permite a passagem do cistoscópio até a cavidade uterina. A histeroscopia pode eventualmente mostrar o orifício e a drenagem de líquido proveniente da bexiga (6, 11).

Não encontramos relato do uso da ultrassonografia para diagnóstico e observamos que em 1 de nossos casos, esse método foi extremamente útil, tendo vantagem de ser menos invasivo.

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras causas de hematuria, sendo o principal a endometriose vesical, que apresenta hematuria cíclica e sintomas irritativos vesicais. O diagnóstico é confirmado através de cistoscopia com biópsia, a qual revela a presença de tecido endometrial (4, 10).

As modalidades terapêuticas podem ser vistas no quadro 1. Não há consenso a respeito do melhor tratamento cirúrgico, visto que não há um grupo que tenha acumulado experiência suficiente em virtude da raridade desta situação.

Há relatos na literatura de remissão espontânea da fistula em 2 a 3% (2, 3, 11).

O tratamento clínico pode ser realizado através de sondagem vesical, associado ao uso de estrogênios para permitir redução do fluxo menstrual, reduzindo o débito da fistula (2,3).

O tratamento cirúrgico é o de eleição e pode ser realizado através de abordagem endoscópica com cauterização da fistula (2); acesso vaginal com ressecção da fistula (9); acesso abdominal intraperitoneal sem abertura da bexiga, que geralmente é acompanhado de histerectomia e tratamento da fistula e o acesso abdominal transvesical com correção do trajeto fistuloso e fechamento da fistula no útero (13), sem histerectomia, mantendo a função reprodutora naquelas pacientes que ainda desejam engravidar (4). O tempo de sondagem pós-operatório geralmente não ultrapassa 5 a 7 dias. (4).

Com relação aos resultados terapêuticos, observa-se que o prognóstico é muito favorável, com taxas de recidivas mínimas e significativa chance de nova gravidez em pacientes jovens.

➤ **QUADRO 1 OPÇÕES DO TRATAMENTO PARA SÍNDROME DE YOUSSEF**

CLÍNICO	SONDAGEM VESICAL E ESTROGÊNIOS	
	CIRURGICO	CAUTERIZAÇÃO E SONDAGEM
ABERTO	VIA VAGINAL	EXTRAVESICAL
	VIA ABDOMINAL	TRANSVESICAL*

\* Acompanhados ou não de histerectomia

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. COSTA, M. M.; NETO, C. B.; XAVIER, O. M.; FERNANDES, M.A. - Fístula Vésico-corporal: menúria. J. Br. Urol.; 5 (3):214-17,1979.
2. DJELLALI-ZEMNI, S.; MISSAOUI, M. N.; SALEM, B.; NOUIRA, M.; BIBI, M.; ZANINHA, R.; KHAIRI H. - Les fistules vésico-uterines. A propos de deux cas. Ver. Fr. Gynécol. Obstét.; 87 (7-9): 434-5, 1992.
3. GORGA, C. F. A.; BEGLIOMNI, H.; MANZINI FILHO, P.; MATTOS JR.D. - Fístula vésico-uterina. J. Br. Urol.; 15(2):128-32,1989.
4. ISSA, M. N.; SCHIMID, H. P.; STAMEY, T. A.. Youssef's Syndrome: Preservation of Uterine Function with Subsequent Successful Pregnancy following Surgical Repair. Urol Int, 52(4): 220-2,1994.
5. MEDEIROS, A. S.; GUIMARÃES, M. V. Youssef's Syndrome: a Case Report. J.Urol.; 109(5):828-9, 1973.
6. MIROGLU, C.; BERKOL, Y.; BASAK, D.. Youssef's Syndrome. Br.J.Urol, 61(6),1988.
7. MONTE, N.; VINHAES, A.; ARAUJO L.; PORTO FILHO, W.. - Fístula Vésico-uterina. J.Br. Urol.; 6(1): 48-50,1980.
8. MORELLI, P.D.. - Síndrome de Youssef. J. Br. Urol.; 2 (1):25-6, 1976.
9. NEL, J.T.; LOUW, N. S.; WINTERBA CH, H. P. - Youssef's Syndrome a case report. J.Urol, 133(1):95-6,1985.
10. NETO JR, N.R.; SANTOS, P.Q.. Youssef's Syndrome. Int Urol. Nephrol, 7(2): 115-8,1975.
11. OLIVEIRA, N. F.; NEVES, C. A.; JUCÁ, G. T. - Fístula Vésico uterina (Síndrome de Youssef) J.Br.Urol., 12(6):233-35,1986.
12. RANGONI, A.G.. - La Síndrome di Youssef. Minerva Ginecol., 20(2) 82-8,1968.
13. RAURAMO, L.; RUPONEN, S. - Post Caesarean Menouria (Youssef's Syndrome).Acta Obstet.Gynecol, 45(2):249-53,1966.
14. TOSTAIN, J.. Le Syndrome de Youssef. Acta Urol Bel., 60(3): 35-41,1992.

AGOSTINHO, A.G.; TOBIAS-MACHADO, M.; JULIANO, R. V.; BORRELLI, M.; WROCLAWSKI, E.C. - Youssef's Síndrome / Vesicouterine fistula.

**SUMMARY** - Vesicouterine fistulas are the most rare urogenital fistulas. We report 2 cases due to cesarian and normal solved with abdominal management. We reviewed diagnostic and therapeutic aspects of this entity.

**SUBJECT HEADINGS** : Urinary fistula, Hematuria, Youssef's Syndrome.

Endereço para correspondência

Alexandre Gomes Agostinho

Rua Vitória Régia ,1140

Campestre - Santo André - São Paulo

Cep 09080-320

Email : alexandre.gomes.agostinho@regra.com.br