

- L. O. S., Bockner V. Y.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 65, 278, 1958. - 4. Benbassa A.: *L'Ohysterographies après césarienne segmentaire. Essai d'appréciation de la solidité de la cicatrice. Déductions obstétricales et chirurgicales.* These de Médecine, Grenoble, 1970. - 5. Benbassa A., Racinet C., Chambert O., Malinas Y.: *Rev. Franc. Gyn.*, 66, 95, 1971. - 6. Bockner V.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 67, 838, 1960. - 7. Lepage F. Noel B., Lemerre L., Scharamm B.: *Gyn. Obst.*, 58, 506, 1959. - 8. Waniorek A.: *Ann. Radiol.*, 6, 893, 1963. - 9. Waniorek A.: *Pozn. Towmarzy. Przyac. Nauk. Wyd. Lek. Prace. Kom. Med. Doswiad.*, 27, 235, 1964. - 10. Waniorek A.: *Obst. Gyn.*, 29, 192, 1967. - 11. Boffano M.: *Min. Radiol.*, 9, 447, 1964. - 12. Camilleri A. P., Busottill T.: *J. Obst. Gyn. Brit. Cwlth.*, 75, 1305, 1968. - 13. Pasetto N., Anna D., Niccoli V., De Camillis L.: *Min. Gin.*, 14, 835, 1962. - 14. Baker K.: *Surg. Gyn. Obst.*, 100, 690, 1955. - 15. Russel A. J., Hewlatt P. M.: *J. Obst. Gyn. Brit. Cwlth.*, 76, 721, 1969. - 16. Fontana C., Stramiello A., Ferolla G., Zagnola P.: *Min. Radiol.*, 15, 156, 1970. - 17. Schioler H., Eiken M., Ovlisen B., Trolle D.: *Acta Radiol.*, 6, 145, 1967. - 18. Wahby O., Sobrero A. J., Epstein J. A.: *Fertil. Steril.*, 17, 520, 1966. - 19. Malinas Y.: *Rev. Franc. Gyn.*, 66, 107, 1971. - 20. Bret A. J., Sanchez Ramos J.: *Rev. Franc. Gyn.*, 63, 573, 1968. - 21. Baudon J., Chiapponi P. L., Bruhat M.: *Rev. Franc. Gyn.*, 64, 573, 1969. - 22. Du Bois R., Filippo B., Monnier J. C.: *J. Radiol. Electrol.*, 50, 1969. - 23. Ende S., Hall G. S., Liang D. Y. S., Murdoch J. D.: *Brit. J. Radiol.*, 36, 720, 1963. - 24. Gautier P.: *Rev. Franc. Gyn.*, 63, 1968. - 25. Kale S., Shuster M., Shangold J.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 3, 596, 1971. - 26. Lonberg C., Astorquiza J., Rodriguez A., Varjval C.: *Rev. Chile. Obst. Gin.*, 27, 19, 1962. - 27. Muller P., Dellenbach P., Gillet J. V., Walter J. P.: *J. Radiol. Electrol.*, 50, 194, 1969. - 28. Piver M. S., Johnston R. A.: *Obst. Gyn.*, 34, 690, 1969. - 29. Semin R. N., Becker M. H., Rachard M. A. S., Fathy A. M., Kandill O. F.: *Radiology*, 84, 677, 1966. - 30. Slezak P., Tilliger K. G.: *Radiology*, 90, 756, 1968. - 31. Zilberman A., Sharf M., Polishuk W. Z.: *Obst. Gyn.*, 32, 153, 1968.

L'indagine cistoscopica nel cervicocarcinoma (Casistica clinica e quadri di patologia associata)

S. VALENTE

La diagnostica oncologica prevede, tra gli accertamenti di diffusione delle neoplasie genitali, l'indagine cistoscopica.

Con tale metodica è possibile individuare le modificazioni o lesioni indotte sulla vescica da parte della neoplasia genitale attraverso la visione di manifestazioni sia dirette (zaffi, vegetazioni, ulcere, fistole) che indirette (edema, avvallamenti, solchi, alterazioni vascolari): ciò soprattutto se la forma disproliferativa è a carico della cervice, per le maggiori possibilità esistenti di invasione del tessuto paravescicale e parametricale anteriore.

Inoltre notevole importanza acquista il reperto cistoscopico ai fini dell'indicazione terapeutica, in quanto, e questa è una opinione diffusa, l'alterazione morfologica della mucosa vescicale presuppone un interessamento della parete da parte

della neoplasia e quindi la possibilità di incontrare difficoltà nello scollare l'utero e la vagina dalla vescica.

Non bisogna però trascurare la possibilità di trovarsi di fronte a simili reperti dovuti ad episodi flogistici indipendenti dall'interessamento o compartecipazione della parete vescicale al processo neoplastico uterino.

Non si deve inoltre trascurare la possibilità di riscontrare, durante atti operativi, aderenze tra la parete anteriore uterina e posteriore vescicale, fino all'interessamento dello strato muscolare vescicale, senza apparenti alterazioni morfologiche e strutturali della mucosa.

I reperti cistoscopici della diffusione vescicale da parte della neoplasia genitale variano a seconda della sede e della grandezza.

Si distingue pertanto un quadro cistoscopico delle forme iniziali e degli stadi avanzati. Per quanto riguarda le prime, le lesioni sono di scarsa entità: possono essere rappresentate da un sollevamento appena accennato o accentuato della regione trigonale o inter-ureterica. Non sempre però ciò è visibile a vescica distesa, talvolta la sua osservazione si ha con svuotamento vescicale.

Nelle forme più avanzate, allorché al processo neoplastico partecipa la giunzione cervico-istmica uterina, la mucosa vescicale sollevata presenta quadri cistoscopici di vario tipo: può essere presente una accentuazione della trama vascolare con zone di diffusione emorragica di varia entità, oppure una manifestazione di tipo edematoso diffuso o localizzato a bolle (piccole o grandi).

L'osservazione di avvallamenti e solchi trasversali della mucosa pone qualche elemento di discussione in quanto un tale quadro può essere visibile anche in altre condizioni (ad esempio in presenza di fibromi, congestione vescicale, utero gravido, incompleta distensione vescicale, ecc.).

Importante è anche ai fini diagnostici l'osservazione della regione trigonale e degli orifizi ureterali. La prima può essere asimmetrica, a superficie irregolare per la presenza di rilievi più o meno numerosi.

L'asimmetria può essere determinata sia dall'irregolare sviluppo della neoplasia sia dalla retrazione di uno degli orifizi ureterali dovuta alla infiltrazione parametricale.

Per quanto riguarda l'aspetto degli orifizi ureterali esso può essere differente: generalmente normali nelle forme iniziali appaiono in seguito deformati, edematosi, rigidi. L'invasione degli sbocchi ureterali è comunque un reperto molto raro.

I reperti cistoscopici di immobilità della porzione retrotrigonale della vescica, di immobilità parziale o totale del legamento interureterale e degli orifizi ureterali sono visibili con lo studio endoscopico della dinamica vescicale mediante svuotamento, attraverso l'osservazione della riduzione progressiva dei vari diametri vescicali che determina la formazione di pieghe ed avvallamenti in tutte le zone esenti da infiltrato perivescicale e l'avvicinamento alla linea mediana dei due sbocchi ureterali nella vescica esente da diffusione neoplastica.

Purtuttavia altre affezioni ginecologiche quali ad esempio metriti e perimetriti, aderenze vescico-uterine, annessiti mono-bilaterali, tumori benigni dell'utero possono determinare le modificazioni suesposte.

Riepilogando: le alterazioni che possono essere osservate mediante l'indagine cistoscopica sono di tre tipi: meccaniche, circolatorio-infiammatorie e neoplastiche.

Per quanto attiene al primo gruppo, nei carcinomi della portio a sviluppo anteriore, la cistoscopia può mettere in evidenza il sollevamento del pavimento vescicale, l'asimmetria ed il sollevamento del trigono. Tali alterazioni possono decor-

rere senza alcuna sintomatologia clinica. Una pollachiuria discreta con urine limpide si ha solo nel caso in cui tali alterazioni siano molto accentuate.

Si può anche osservare lo spostamento in direzione obliqua del legamento inter-ureterico, il « virage » degli AA. francesi, con una papilla rivolta in avanti ed una all'indietro: lo spostamento di grado accentuato soprattutto verso sinistra è un indice della invasione parametricale.

In caso di infiltrazione monolaterale lo sbocco ureterale interessato resta fisso mentre quello indenne si sposta medialmente; ambedue gli sbocchi non modificano la loro posizione se l'infiltrazione è bilaterale.

Al secondo gruppo appartengono invece l'edema diffuso che si manifesta abbastanza precocemente in corrispondenza del trigono. Nella cistite congestizia, svelata dalla presenza di un'iperemia della parete, da emorragie puntiformi sottomucose e da una soffiatura emorragica estesa, si osservano delle pliche vescicali in corrispondenza della parte posteriore del trigono e immediatamente dietro la sua base. Tali pliche sarebbero espressione di una grave alterazione della circolazione vescicale dovuta alla compressione dei suoi vasi per la stretta vicinanza del neoplasma e della infiammazione associata. Le pliche sono inoltre espressione dei fenomeni di aderenze instauratesi tra la parete vescicale e uterina (Fig. 1).



FIG. 1 - Alterazioni vascolari della mucosa con emorragia puntiforme, soffiatura e stravasato.

A tale gruppo appartiene inoltre l'edema bollosa, che in genere è più tardivo e più grave per quanto riguarda la prognosi, che si differenzia dall'edema di pura origine infiammatoria in quanto quest'ultimo si presenta a bolle grosse e pallide, mentre in caso di infiltrazione sono piccole e rossastre. In pratica comunque non sempre la distinzione è così netta.

Al terzo gruppo appartengono le lesioni neoplastiche con invasione a pieno spessore della parete vescicale anche se sono tardive e raramente osservabili. Possono presentarsi sottoforma di focolai neoplastici a volte vegetanti e a volte ulcerati.

Piú difficile è la valutazione del grado di interessamento vescicale in quei casi già sottoposti a trattamento radiante, in cui le lesioni (le cosiddette « radium burns » degli AA. anglosassoni) variano dall'arrossamento, edema, teleangectasie fino alla formazione di grosse varici con copiose emorragie o ulcerazioni o fistole, espressioni di processi di endoarterite obliterante e fibrosi con conseguente malnutrizione e necrosi ischemica del settore interessato.

Per quanto riguarda le esperienze personali, i risultati delle osservazioni effettuate in corso di cistoscopia nel periodo 1974-76, al primo rilevamento di 258 cistoscopie, sono riportati nella tabella seguente (Tab. 1).

Tab. 1. Alterazioni vescicali nel carcinoma della portio primo rilevamento di 258 casi.

Alterazioni meccaniche		19
Alterazioni vascolari		23
Alterazioni meccaniche e vascolari		12
Alterazioni neoplastiche		8
Radium Burns		13
Negativi		183
TOTALE		258

Abbiamo potuto constatare che su un totale di 258 casi il reperto cistoscopico era negativo in 183 casi, in 75 casi, invece, pari al 29%, furono evidenziate delle alterazioni vescicali.

Le alterazioni da noi osservate nei 75 casi con reperto cistoscopico positivo sono state cosí distinte:

- 19 casi in cui erano presenti alterazioni di ordine meccanico, rappresentate dal sollevamento del pavimento vescicale, dall'asimmetria e dal sollevamento del trigono;

- 23 casi, ed è il gruppo piú consistente, in cui erano presenti alterazioni vascolari rappresentate per lo piú da cistite congestizia che si manifestava con iperemia di vario grado specialmente della mucosa del trigono e solo in alcuni casi delle pareti posteriori e laterali;

- 12 casi in cui erano associate contemporaneamente alterazioni meccaniche e vascolari;

- 8 casi in cui erano presenti alterazioni di carattere neoplastico, che interessavano specialmente la regione del trigono. Le piú frequenti erano le lesioni a carattere vegetante, di grandezza variabile da 2-3 cm. fino all'invasione totale dello spazio compreso tra gli sbocchi ureterali e l'uretra, facilmente sanguinanti e con essudati necrotici. Meno frequenti invece le ulcere crateriformi;

- infine 13 pazienti, precedentemente sottoposte a terapia radiante, in cui

furono riscontrate delle lesioni vescicali (radium burns) che variavano dall'arrossamento, edema, teleangectasie fino alla formazione di grosse varici con copiose emorragie o ulcerazioni o fistole.

Confrontando i segni cistoscopici con lo stadio clinico diagnosticato all'ingresso e con quello visto all'atto chirurgico, abbiamo ottenuto i dati riportati nella tabella che segue (Tab. 2).

Tab. 2.

Stadio	I	II	III	IV	Totale
Negativi	92	65	26	—	183
Alterazioni meccaniche	1	6	12	—	19
Alterazioni vascolari	2	7	14	—	23
Alterazioni meccaniche e vascolari	—	4	8	—	12
Alterazioni neoplastiche	—	—	—	8	8
Totale	95	82	60	8	245

CONCLUSIONI

Dall'esame dei dati sopraesposti emergono le seguenti constatazioni:

- la notevole percentuale dei casi in cui, nonostante lo stadio clinico avanzato, la vescica è cistoscopicamente normale;
- la corrispondenza tra stadio clinico e gravità dei segni di compromissione vescicale, ove questi esistano;
- l'esistenza di alcuni casi in cui, per contro, la vescica è precocemente interessata dalla neoplasia.

Per questo è necessario, specialmente nei casi di cancro della portio, ricorrere sistematicamente all'indagine vescicale specialmente cistoscopica, che ci permette di rilevare una compromissione di tale organo che molte volte decorre per un certo periodo di tempo in modo del tutto silente.

Da un punto di vista prognostico, però, non ci si può basare in via assoluta sui reperti cistoscopici, sia perché il risentimento vescicale è in dipendenza dalla sede del tumore (se la neoplasia è a carico del labbro posteriore questa non darà segni vescicali anche se ha raggiunto un grado di sviluppo molto avanzato) e sia perché la precocità e la gravità delle lesioni vescicali, essendo soprattutto di carattere infiammatorio, saranno in gran parte legate al grado di infezione della lesione uterina.

BIBLIOGRAFIA

1. - Gatto A., Rizzuto E.: *Min. Med.*, 64, 3, 1961. - 2. Million R., Rutledge F., Fletcher G.H.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 15, 239, 1972. - 3. Kerr W.K.: *Surg. Gyn. Obst.*, 72, 24, 1962. - 4. Diddle A., Kinlow E., Watts J.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 84, 1502, 1962. - 5. Bistolfi F., Bolognesi M.: *Nuntius Radiol.*, 32, 21, 1955. - 6. Widholm O., Mattsson T.: *Acta Obst. Gyn. Scand.*, 51, 247, 1972. - 7. Chiarugi G., Bucciante L.: *Istituzioni di Anatomia dell'uomo*, vol. 3. - 8. Singh A., Dandia K.: *J. Obst. Gyn. India*, 21, 206, 1971. - 9. Cattaneo L.: *Min. Med.*, 64, 3, 1961. - 10. Chauvin F., Leroy M., Giscard B.: *Min. Med.*, 64, 3, 1961.