

strati piú superficiali senza determinanti e sostanziali alterazioni della struttura e che esse sono espressione della risposta della mucosa in senso protettivo.

Di tale fenomeno distinguiamo infatti due fasi: la prima consistente in una ipersecrezione delle ghiandole con iperattività delle cellule mucipare. Tale fenomeno si deduce dalla osservazione clinica di abbondanza di muco riscontrato nelle urine subito dopo l'intervento. La seconda fase del processo di adattamento consiste in una lieve riduzione dell'attività mucipara e dell'edema iniziale, e in una infiltrazione parvicellulare piú cospicua, evidenziata dall'esame istologico.

Riteniamo pertanto che i fenomeni osservati siano momenti diversi di un unico processo di adattamento a cui va lentamente incontro la mucosa intestinale.

Non escludiamo tuttavia che si possano verificare delle modificazioni diverse e piú gravi di quelle da noi riscontrate e che il loro determinarsi, come già sostenuto da altri (6), sia dovuto al concorso di altri fattori quali fenomeni settici, di vascolarizzazione e nutrizione inerenti alla tecnica chirurgica effettuata.

RIASSUNTO

È stato esaminato il problema delle alterazioni morfologiche ed istologiche della parete intestinale dopo interventi di derivazione urinaria. I risultati ottenuti sono stati confrontati con quelli riscontrati nella letteratura. Gli AA. sostengono che le modificazioni, di lieve entità, sono espressione del lento processo di adattamento a cui va incontro la mucosa intestinale.

BIBLIOGRAFIA

1. Begani R.: Atti 31° Congr. Soc. Ital. Urol., 77, 1958. - 2. Novi I.: *Gaz. Int. Med. Chir.*, 62, 2998, 1957. - 3. Bjorkmann U.: *Acta Anat.*, 16, 191, 1952. - 4. Bracci U.: *Chir. Urol.*, 1, 5, 1959. - 5. De Dominicis R., Grechi G., Pelù G.: *Nunt. Rad.*, 28, 1008, 1962. - 6. Candiani G. B.: *Min. Gin.*, 14, 132, 1962. - 7. Costantini A., Sodi A., Gagliardi V.: *Arch. Ital. Urol.*, 5, 84, 1963. - 8. Preto P., Parvis V., Lucarelli U.: *Arch. Ital. Anat. Emb.*, 60, 1, 1955. - 9. Deloyers L., Pepersack J. P., Parmentier R.: *J. Belge Urol.*, 22, 340, 1954. - 10. Cao I., Stiba U.: *Quad. Chir.*, 4, 3, 1961.

Soglia di identificazione radiologica delle neoplasie vescicali di origine genitale

S. VALENTE*, M. MARCHETTI*, D. DE SALVIA*, G. TURCO**

Scopo di questa indagine è la valutazione dei fattori che influiscono sulla riconoscibilità urografica dei tumori della vescica di origine genitale.

I fattori considerati sono stati i seguenti:

a) diametro del tumore;

* Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova (Direttore: prof. A. Onnis).

** Istituto di Radiologia dell'Università di Padova - Sede di Verona (Direttore: prof. G. F.

- b) sede di impianto del tumore;
- c) tecnica di esame radiologico.

MATERIALE E METODI

Sono stati considerati gli esami urografici di 32 osservazioni cistoscopiche di tumori vescicali, di origine genitale. La tecnica di esame radiologico è solo quella urografica, con esclusione quindi della cistografia ascendente. La metodica di esame della vescica prevede l'esecuzione di sei programmi (proiezioni AP, OAD, OAS, vescica massimo riempimento, vescica dopo minzioni).

RISULTATI

Riconoscibilità urografica cruda dei tumori vescicali

Nella serie globale la riconoscibilità è dell'81,5%.

L'aspetto macroscopico del tumore influisce sulla riconoscibilità: in pratica si riconosce un maggior numero di forme vegetanti (86%) che infiltranti (73,2%).

Per quanto concerne la sede, il comportamento è differente a seconda che vengano considerate la serie globale o, separatamente, le forme vegetanti e quelle infiltranti. Nella serie globale, la sede del tumore influisce sulla riconoscibilità urografica modestamente: solo i tumori con sede nelle pareti anteriore e posteriore hanno infatti riconoscibilità cruda (66,6%) significativamente inferiore a quella media (81,5%).

Nei tumori vegetanti la sede influisce sulla riconoscibilità urografica come indicato: la localizzazione del pavimento fa rilevare il 100% di riconoscibilità urografica con valore significativamente superiore alla riconoscibilità delle forme vegetanti nelle altre possibili sedi.

La localizzazione al pavimento presenta, invece, valore di riconoscibilità urografica (38%) significativamente inferiore alla media dei tumori infiltranti (73,2%). È quindi soltanto per le localizzazioni del pavimento che il radiologo trova sostanziale significativa prevalenza della riconoscibilità delle forme vegetanti (100%) su quelle infiltranti (38%); in definitiva il radiologo deve attendersi che per il 75% circa dei tumori vescicali (escludendo i tumori della cupola per l'esiguità numerica delle osservazioni e quelli del pavimento per i motivi su rammentati) non vi sia alcuna differenza di comportamento dei valori di riconoscibilità per le forme vegetanti e infiltranti, ciò equivale a dire che il rischio di errore è analogo per le due forme.

Riconoscibilità urografica dei tumori vescicali in rapporto al diametro.

Il diametro del tumore è stato considerato sia per la valutazione della soglia di identificazione iniziale (SII, cioè minimo di diametro tumorale identificabile), sia per quella della soglia di identificabilità totale (SIT, diametro cui tutti i tumori risultano radiologicamente identificabili).

Nella serie globale la SII è stabilita ad 1 cm.; a tale diametro risulta identificabile soltanto il 25% delle neoformazioni vescicali.

I tumori vescicali con diametro inferiore ad 1 cm non risultano pertanto identificabili nella presente indagine urografica; ad 1,5 cm di diametro è riconoscibile oltre la metà dei tumori vescicali (65%). La soglia di identificabilità globale presenta così rapido incremento che, in pratica a 3 cm, il 90% delle osservazioni è radiologicamente identificabile.

L'aspetto macroscopico del tumore influenza entrambe le soglie. Risulta infatti che le forme infiltranti sono identificabili a dimensioni maggiori di quelle vegetanti. La SII nelle forme vegetanti è infatti identificabile ad 1 cm, mentre le forme infiltranti solo a 2 cm iniziano a dare segno di sé con frequenza di metà inferiore (40%) a quella ottenuta nelle forme vegetanti di uguale diametro (81%).

Anche la SIT è influenzata dall'aspetto macroscopico; infatti mentre per le forme vegetanti il 100% dei tumori è identificato a diametro di 3,5 cm, per quelli infiltranti ciò si ottiene con diametro di 4,5 cm.

I fattori sino ad ora considerati (SII, SIT) possono essere utilizzati per caratterizzare la dinamica di riconoscibilità dei tumori vescicali.

Dinamica di riconoscibilità

Con tale termine si intende lo spazio cronologico di accrescimento entro il cui inizio si svolge e si completa la riconoscibilità del tumore vescicale.

La riconoscibilità cruda è il carattere quantitativo: esprime cioè il numero delle neoplasie identificate, ma non ne stabilisce la situazione cronologica. La dinamica di riconoscibilità indica per un determinato valore di riconoscibilità cruda la maggiore o minore idoneità al precoce riconoscimento (carattere qualitativo).

La dinamica di riconoscibilità e la riconoscibilità cruda esprimono pertanto i due parametri, qualitativo e quantitativo, essenziali per il giudizio del significato clinico della identificazione radiologica dei tumori vescicali.

Il significato biologico e clinico di una identica riconoscibilità cruda (80% per esempio) è sostanzialmente diverso se si riferisce a tumori di cospicue dimensioni anziché a tumori di dimensioni più ridotte. Il tumore delle pareti laterali, per esempio, che presenta più elevato valore di riconoscibilità cruda (86%), presenta un sensibile ritardo nella comparsa di riconoscibilità, essendo la SII localizzata ad 1,5 cm; analogamente la totalità dei tumori in questa sede è identificata per una SIT di 4,5 cm.

I tumori del pavimento e della cupola pur avendo minor valore di riconoscibilità cruda (80% circa) presentano maggiore precocità di comparsa della riconoscibilità (SII: 1 cm) e più sollecito raggiungimento della identificabilità totale (SIT: 3,5 cm).

In altre parole la dinamica di riconoscibilità dei tumori del pavimento e della cupola si dimostra più favorevole di quella dei tumori delle pareti laterali, che inizia e si completa in periodi più precoci dell'accrescimento tumorale.

La localizzazione nelle pareti anteriore e posteriore costituisce la sede più sfavorevole, poiché tanto la riconoscibilità cruda (66%) quanto la dinamica di riconoscibilità (2-4,5 cm) sono i meno vantaggiosi rispetto a quelli riscontrati nelle altre localizzazioni. Le caratteristiche macroscopiche dei tumori influenzano sensibilmente, come già la riconoscibilità cruda, anche la dinamica di riconoscibilità. I risultati più vantaggiosi in termine di riconoscibilità cruda si hanno per i tumori vegetanti del pavimento e per quelli infiltranti della cupola. In particolare i primi presentano caratteristiche più vantaggiose in assoluto poiché il 100% delle neoplasie è identificato a partire da 1 cm (SIT coincidente con la SII), mentre i secondi raggiungono lo stesso risultato a partire da 2 cm.

I tumori infiltranti delle pareti anteriore e posteriore e soprattutto i tumori infiltranti del pavimento, costituiscono le associazioni topografico-morfologiche più sfavorevoli, sia per la bassa riconoscibilità cruda sia per la scadente dinamica di riconoscibilità.

I tumori infiltranti del pavimento costituiscono di gran lunga il gruppo piú desolante (SII coincidente con la SIT a 4,5 cm).

Riconoscibilità urografica dei tumori vescicali in rapporto alla tecnica d'esame

Le nostre osservazioni sono state ottenute con la tecnica d'esame completa (sei radiogrammi: proiezione AP o AS o AD a vescica piena, proiezione AP o AS o AD a vescica contratta). È da stabilire quale sia la perdita di riconoscibilità urografica dei tumori vescicali conseguente ad una successiva semplificazione della tecnica d'esame. La progressiva semplificazione della tecnica sposta la percentuale della riconoscibilità urografica cruda dal tetto dell'81,5% al 58,9% (un radiogramma: proiezione AP). L'accrescimento dell'errore con il progressivo semplificarsi della tecnica ha un andamento esponenziale: se può pertanto risultare accettabile la rinuncia ad una tecnica completa (sei radiogrammi) in favore di una tecnica meno raffinata (tre radiogrammi a pieno riempimento, un radiogramma a vescica contratta) con perdita di riconoscibilità trascurabile (0,5%), risulta improponibile uno studio urografico della vescica al di sotto dello standard metodologico dei quattro radiogrammi.

Sia l'aspetto macroscopico che la sede della neoformazione influenzano i valori della perdita. La perdita massima è stata a livello del pavimento (4,4%), minima a livello della cupola (14%).

Perdita della riconoscibilità urografica dei tumori vescicali in rapporto al diametro

È interessante osservare che la PRU (perdita di riconoscibilità urografica) in rapporto al diametro è maggiore a livello delle forme tumorali piú piccole, e quindi di maggiore interesse clinico (fino al 50% di perdita per le forme tumorali di 1 cm di diametro), mentre risulta, come è ovvio, assai contenuta per quelle di maggiori dimensioni.

CONCLUSIONI

L'analisi dei fattori che influiscono sulla riconoscibilità urografica dei tumori vescicali permette di affermare:

- che la riconoscibilità cruda dei tumori vescicali è massima se condotta con tecnica assai raffinata, cioè mediante sei radiogrammi nelle diverse proiezioni;
- che l'aspetto macroscopico del tumore (vegetante, infiltrante) influisce molto sulla riconoscibilità cruda solo nelle localizzazioni del pavimento, mentre nelle tre restanti localizzazioni (cupola, pareti laterali, pareti anteriore e posteriore) il differente aspetto macroscopico non ha alcuna influenza;
- che la percentuale di riconoscibilità è funzione delle dimensioni tumorali (diametro): essa è del 25% ad 1 cm, aumentando progressivamente fino al 100% per le forme con 4,5 cm di diametro;
- che l'aspetto macroscopico influisce sulla soglia di riconoscibilità iniziale e totale (la SII è ad 1 cm per i tumori vegetanti e a 2 cm per quelli infiltranti; la SIT è posta a 3,5 cm per i vegetanti e a 4,5 cm per gli infiltranti);
- la posizione di assoluto vantaggio dei tumori vegetanti del pavimento e quella di assoluto svantaggio per i tumori vegetanti delle pareti anteriore e posteriore e per quelli infiltranti del pavimento.

RIASSUNTO

Sono considerati i fattori che influenzano la riconoscibilità urografica dei tumori vescicali. La soglia di identificazione radiologica di tali neoplasie dipende dai tre parametri: diametro, sede di impianto e tecnica dell'esame radiologico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman L. W., Del Regato J. A.: Cancer. The C. V. Mosby Co. Ed., St. Louis 1970.

La mastectomia sottocutanea con restauro endoprotesico alloplastico nella profilassi delle neoplasie maligne

G. BRIGATO, G. PISANO, A. BERGAMASCO

Il carcinoma della mammella, antichissima malattia a prevalenza femminile di cui si trova menzione già tra gli Assiri e i Babilonesi, in questi ultimi tempi, nonostante il progresso scientifico, non ha fatto registrare una diminuzione di incidenza; anzi pare che il numero dei soggetti da essa colpiti tenda ad aumentare. In Italia, per esempio, dai 66.000 morti per carcinoma mammario nel 1957, si passa ai 90.000 nel 1967.

L'incremento viene segnalato anche negli Stati Uniti, dove, ogni anno, si aggiungono 50-60.000 nuovi casi di neoplasia ed una donna su 18 avrà, statisticamente, un cancro mammario nel corso di una vita che duri circa 72 anni ^(1,2).

Tale incremento è prevalentemente in rapporto al fenomeno sociale dell'invecchiamento della popolazione, quale conseguenza sia di una diminuzione dell'indice di natalità, sia del prolungamento della durata media della vita.

Il carcinoma mammario rappresenta il più frequente tumore maligno della donna, almeno nell'ambito della razza bianca, mentre, come dicono giustamente Mocquot e Longuet ⁽³⁾, non esiste un esame clinico più fallace di quello dei tumori e delle distrofie del seno; la fallibilità diagnostica, infatti, rappresenta la nozione principale, nel capitolo della chirurgia neoplastica mammaria. Anche Gorins ⁽⁴⁾ ritiene che ogni tumefazione palpata nella ghiandola mammaria dopo il 35° anno di età, debba a priori essere sospettata come epiteloma. È vero che esistono numerosi ed utili sussidi diagnostici – (come la mammografia, la termografia, la diafanoscopia o transilluminazione mammaria, la fotografia a raggi infrarossi, la mammografia in immersione, la pneumomammografia, la mastografia, la biopsia per aspirazione, la dryll-biopsy, la linfo-scintigrafia ecc.) – ma è altrettanto vero, che molte volte, questi sussidi non possono essere utilizzati, e che, talora, alcune neoplasie incipienti sfuggono anche alla più accurata indagine diagnostica: è il caso dell'associazione tumore maligno-mastopatia fibrocistica. Anche la displasia, in-

* Divisione Ostetrica e Ginecologica, Ospedale Civile di Este (Primario: prof. G. Brigato). Comunicazione alla Riunione della Società Triveneta di Ostetricia e Ginecologia - Montebelluna, 9 maggio 1976.