

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 lincoscintigrafia 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.

fatti, è caratterizzata da un affollamento delle cellule epiteliali, spesso con disposizione papillare; anche la displasia si qualifica con fenomeni proliferativi e cistici in seno ad essi; anche la displasia è ormonodipendente così come la forma maligna. L'innesco neoplastico, in questo terreno minato, avviene con una frequenza 10 volte superiore alla norma ⁽⁵⁾ e non ci sembra proprio valido l'indirizzo terapeutico, fino ad ora attuato, di asportare un unico nodulo per curare la mastosi. La displasia infatti, ha una chiara origine policentrica come purtroppo sembra essere anche per il carcinoma; pertanto noi, oggi, respingiamo l'abitudine del chirurgo di eseguire la semplice biopsia e proponiamo, quale alternativa, la mastectomia sottocutanea, definita dai Francesi con il termine di « mastectomia extracapsulare ». Ciò ha lo scopo di evitare le deturpazioni estetiche mammarie, conseguenze di una o ripetute biopsie vissute con angoscia dalla donna, in un'epoca in cui la nudità è valorizzata dagli abbigliamenti attuali e la ricerca della bellezza viene vissuta come un impegno ed un dovere.

La mastectomia sottocutanea però, nata per combattere le cosiddette « lesioni frontiera » nella possibile coesistenza di un cancro mascherato dalla mastosi ⁽⁴⁾, rappresenta soltanto la parte demolitiva dell'intervento, valida quanto mai, ma traumatizzante per la donna, per cui deve essere seguita da una seconda fase, ricostruttiva, rappresentata appunto dal « restauro protesico alloplastico » la cui tecnica vi proponiamo. Ci sembrano più impegnative, non sempre attuabili e meno soddisfacenti, dal punto di vista estetico, le alternative del riempimento della mammella con peduncoli muscolo-adiposi, ruotati dalle regioni prossimali (epigastrio, addome).

Prima di intervenire con la mastectomia sottocutanea, eseguiamo tutti gli esami che servono ad escludere la neoplasia maligna ed in corso di intervento associamo, specie nei casi di dubbio diagnostico, la citologia estemporanea all'immunofluorescenza ed al contrasto di fase.

La resezione della ghiandola mammaria (da non confondersi con l'amputazione che implica il sacrificio anche dei tegumenti, del capezzolo e dell'areola), trova una serie di indicazioni, come ad esempio in certi adenomi arborescenti e proliferanti, in alcuni tumori multipli e stipati nel tessuto mammario, in alcuni casi di mammella sanguinante, nella Tbc mammaria (forma nodulare a focolai multipli), nell'actinomicosi (forma nodulare), nelle forme sifilitiche (prima dell'ulcerazione) e nei tumori filloidi. Qualcuno è propenso ad accettare l'indicazione anche nelle neoplasie maligne allo stadio 0, dove la tumorectomia semplice rappresenterebbe un intervento radicale. D'altra parte anche l'operazione di Mac Whirter ⁽⁶⁾ prevede la mastectomia semplice, con eventuale linfadenectomia di vicinanza. L'indicazione sussisterebbe per le forme iniziali di carcinoma, specie se trovate insospettabilmente con l'esame estemporaneo, durante gli interventi sulla mammella. Ciò sarebbe valido per diversi motivi:

1) l'evoluzione classica del tessuto canceroso è prima locale-focale e poi metastatica;

2) la trasformazione cancerosa della mastosi avviene, di solito, con caratteri di malignità che permangono a lungo in loco ⁽⁷⁾;

3) secondo alcuni ⁽⁸⁾, la storia del cancro mammario è segnata sin dal suo primo insorgere; ossia già all'inizio, le metastasi sono presenti in potenza allo stato di carcinosi latente; è inutile quindi l'intervento radicale e ci si può limitare all'intervento evacuativo-protesico;

4) la mastectomia sottocutanea risponde alle premesse di una chirurgia d'organo, che si impone nelle forme di cancro iniziale; nella collana internazionale del

servizio studi e ricerche Midy si legge, infatti, che nelle forme non invasive è sufficiente l'asportazione ampia del nodulo canceroso o la mammectomia semplice.

Se le mastopatie su elencate riconoscono nell'intervento da noi prospettato una certa validità, dobbiamo ammettere che l'indicazione principale è rappresentata dalle distrofie diffuse. La resezione sottocutanea viene comunque legittimata in tutti quei casi in cui alla lesione anatomo-patologica, si associa la cancerofobia. Possibilmente cerchiamo di operare nell'intermestruo, onde evitare l'accentuata irrorazione e l'edema mestruale; in questo periodo, infatti, i fenomeni involutivi mammari raggiungono il loro acme, garantendo un minor sanguinamento, il che previene gli ematomi e la loro suppurazione.

Dal punto di vista tecnico, la metodica da noi adottata in questi casi, differisce da quella di AA. Americani^(9,10,11.) e Francesi⁽³⁾, i quali operano a cielo scoperto. La nostra tecnica è stata realizzata allo scopo di diminuire gli incidenti necrotici e di ridurre l'estensione della cicatrice e la sua viziatura cheloidea; tendenza questa ultima, che presenta la parte mediale del torace, dove si prolungano le cicatrici nelle tecniche Francese ed Americana, che prevedono una incisione di 10-12 cm. La nostra, invece, seguendo l'inflessione del solco sottomammario, si prolunga soltanto per circa 4-5 cm (Figg. 1 e 2).

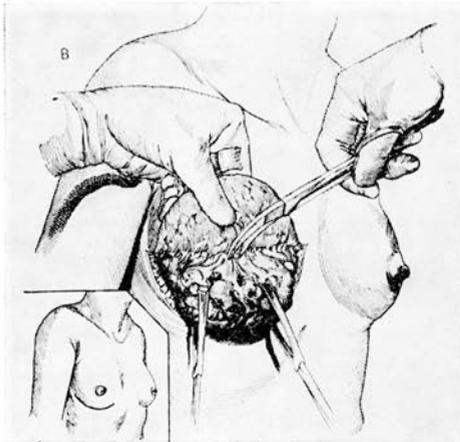


FIG. 1 - Tecnica Americana e Francese.

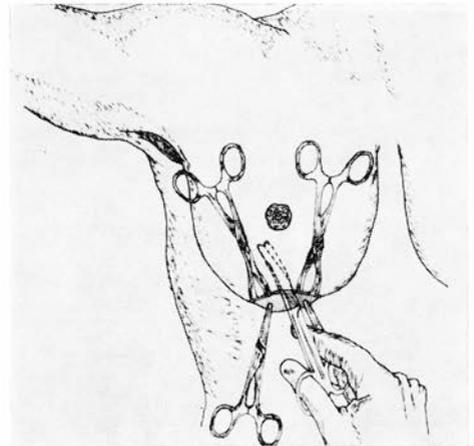


FIG. 2 - Tecnica Personale.

Il secondo tempo è rappresentato dallo scollamento retromammario, che noi pratichiamo con la tecnica richiesta dalle mastoplastiche semplici additive; si esegue, cioè, per clivage del vasto spazio cellulare compreso fra la faccia profonda della ghiandola e l'aponevrosi del muscolo grande pettorale, conosciuto come « borsa retromammaria » di Chassaignac. Questo viene aggredito, per via cruenta (con le forbici), o per via incruenta (con il dito o con batuffoli montati).

Il primo handicap è rappresentato dalla necessità di limitare lo scollamento in direzione dello sterno, per non intaccare il più importante peduncolo vascolare della mammella, contrariamente alle esigenze della protesi artificiale, che richiederebbe un ampio letto di appoggio per una corretta posizionatura.

Il terzo tempo è costituito dalla liberazione della faccia anteriore della ghiandola dalla cute e rappresenta una fase piuttosto impegnativa e forse il momento più

delicato dell'intervento. La tecnica corrente prevede l'asportazione della ghiandola a cielo scoperto; infatti, il distacco della faccia anteriore dal suo rivestimento cutaneo, risulta difficoltoso, perché non esiste un piano di clivaggio come lo spazio di Chassaignac. Qui le connessioni sono molto intime per la presenza del ligamento di Cooper, che realizza la congiunzione a mezzo di creste connettivali. Il distacco, pertanto, deve essere eseguito a colpi di forbice, facendo particolare attenzione alla zona areolo-mammillare, per interrompere il meno possibile le connessioni vascolari. È consigliabile, quindi, lasciare uno spesso strato di tessuto sottocutaneo, al fine di salvaguardare il più possibile la irrorazione.

Noi, al contrario dei chirurghi Francesi, realizziamo questo tempo, per necessità di incisione, a cielo coperto (Figg. 1-2).

Il quarto tempo consiste nel sezionare i margini del disco adiposo-ghiandolare, in precedenza isolato con il secondo e il terzo tempo.

Di solito, a livello dei peduncoli vascolari, mammario-esterno di derivazione ascellare, ed interno di derivazione dall'arteria mammaria interna, si ha un notevole sanguinamento per scontinuzione di grossi vasi che nutrono la ghiandola. A questo punto, il tessuto ghiandolare viene asportato in toto dalla breccia sottomammaria, facendo comprendere, possibilmente, il prolungamento sottoascellare della ghiandola.

Segue il quinto ed ultimo tempo, la fase cioè ricostruttiva, che prevede l'introduzione delicata della protesi, con giusta sua collocazione, e chiusura in duplice strato della breccia cutaneo-adiposa; si presti attenzione a non perforare la protesi con l'ago.

È sempre necessario l'uso di un piccolo drenaggio laterale. Una fasciatura compressiva completa l'intervento.

È importante, a nostro avviso, seguire scrupolosamente il decorso post-operatorio:

- l'ammalata non deve mobilizzare, per 4-5 giorni, l'articolazione scapolo-omero-rale;
- il drenaggio deve essere ripermabilizzato ogni 24 ore, sino a scomparsa del sanguinamento;
- la paziente deve essere trattata con vasodilatatori, fibrinolitici e sostanze atte a sostenere il microcircolo (tipo Toness).

Tutto ciò ha lo scopo di diminuire la frequenza degli incidenti necrotici. Le complicanze sarebbero, in linea di massima, rappresentate dai fenomeni di rigetto, dalle necrosi ischemiche, dallo spostamento della protesi e dalla cancerizzazione.

Diciamo subito che quest'ultima evenienza, cioè la cancerizzazione secondaria al materiale introdotto, può considerarsi un problema già risolto, poiché da anni si documenta la innocuità di questo tipo di protesi, che differisce certamente dalle incriminate sostanze liquide, quali paraffine o siliconi liquidi.

Detto materiale alloplastico è rappresentato da una protesi in silicone solido, modellata in un sol pezzo, che racchiude un gel al silicone, liquido, la cui morbidezza e peso specifico riproducono le caratteristiche della mammella femminile. Una reticella di dracon è fissata, sotto forma di dischi, alla base della protesi, allo scopo di impedirne lo slittamento. La giusta collocazione dei dischi di dracon impedisce l'inconveniente succitato dello spostamento, poiché essi vengono inglobati e fissati da tessuto connettivo fibroplastico neoformato.

I fenomeni di rigetto sono insignificanti e possono manifestarsi, eventualmente, con una produzione di liquido sieroso, che può venire aspirato per via transcu-

tanea. Poiché il materiale è inerte nei confronti del tessuto umano, sono rarissimi i casi segnalati in cui fu necessaria la rimozione della protesi.

La più importante e temibile complicanza è rappresentata senza dubbio dalla necrosi ischemica, che si riferisce quasi esclusivamente all'areola e al capezzolo.

Nella nostra casistica, su 15 pazienti sottoposte ad intervento, abbiamo, purtroppo, dovuto lamentare un caso di fistola necrotica, comprendente areola e capezzolo. Questo ci ha spinto a studiarne le cause per poter evitare il ripetersi di un fatto spiacevole e deturpante.

L'irrorazione del capezzolo e dell'areola mammaria è rappresentata da 3 diversi sistemi di vascolarizzazione, dei quali il primo ha disposizione circolare, il secondo ad ansa, il terzo radiale.

Il circolare rappresenta il 74% dei casi circa; deriva prevalentemente dall'arteria mammaria interna e realizza un notevole numero di anastomosi vascolari.

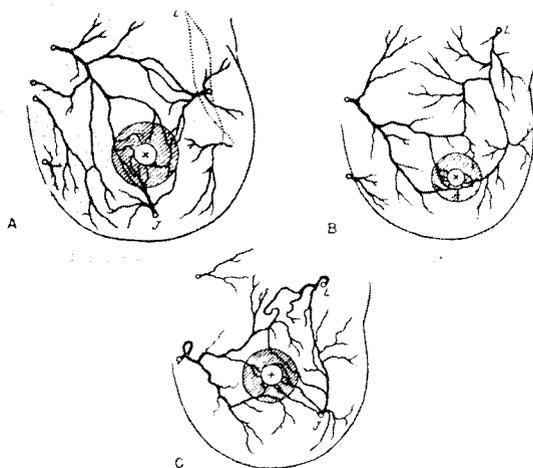


FIG. 3 - a) plesso circolare; b) plesso ad ansa; c) plesso radiale.

Il secondo, quello ad ansa, deriva prevalentemente dall'arteria ascellare ed è presente nel 20% dei casi circa; offre maggiore possibilità di necrosi rispetto al precedente per la minore distribuzione anastomotica e per la sua localizzazione topografica profonda (2,5 cm dalla cute). Il tipo di circolazione radiale, formato dai rami dell'ascellare e della mammaria interna in parti uguali, si riscontra solo nel 6% dei casi e non realizza anastomosi collaterali.

I vasi decorrono prevalentemente nella cute e nello spessore del cellulare sottocutaneo, motivo per cui è raccomandabile lasciare uno strato adiposo-sottocutaneo più spesso possibile.

Considerata la disposizione topografica dei vasi, noi decisamente respingiamo la via di accesso periareolare, che interrompe le arterie nutritive, già scarse dopo l'asportazione totale della ghiandola; raccomandiamo, come già detto in precedenza, la somministrazione di vasodilatatori, fibrinolitici e sostanze atte a sostenere il microcircolo, al fine di sfruttare al massimo, nel decorso post-operatorio, lo stesso

microcircolo ed il circolo collaterale. È ovvio che gli incidenti necrotici saranno più frequenti nel tipo 3 del circolo areolare, per le sue peculiari caratteristiche di irrorazione terminale.

I risultati immediati e a distanza sono validi, poiché si toglie la possibilità, al tessuto displastico, di cancerizzare; la sicurezza sarà tanto maggiore, quanto più radicale risulterà la mastectomia, specie in riferimento ai prolungamenti ascellari e sternali. È ovvio, peraltro, che l'aumento della radicalità accresca il pericolo di necrosi, nello stesso modo con cui aumentano le fistole ureterali e vescicali negli interventi allargati pelvici.

Dal punto di vista estetico i risultati sono apprezzabili, poiché il modello della silhouette femminile viene in genere migliorato e la donna non perde la disinvoltura del proprio corpo.

La cancerofobia scompare e l'equilibrio neurovegetativo della donna ritorna nei limiti della norma. Inoltre, e per noi è la cosa più importante, realizziamo veramente in modo efficace la profilassi delle neoplasie mammarie, laddove il fenomeno displastico diffuso rappresenta la lesione frontiera con il carcinoma.

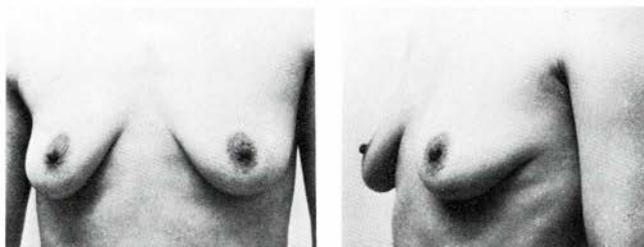


FIG. 4 - Silouette mammarie prima dell'intervento.

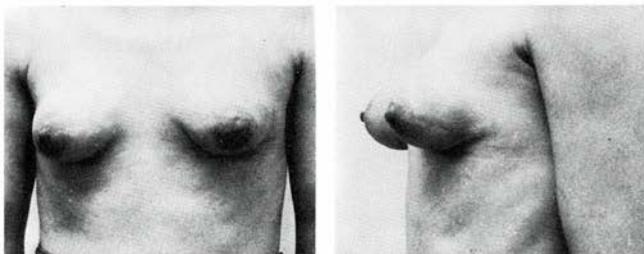


FIG. 5 - Silouette mammarie dopo intervento.

Le neoplasie uterine, grazie all'interessamento dei ginecologi, denunciano oggi una incidenza 2/3 inferiore rispetto a 30 anni fa; quelle mammarie invece, affidate fino ad ora ai chirurghi, non hanno fatto registrare decrementi significativi, anzi, tendono ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione.

Senza voler quindi screditare l'opera dei chirurghi, riteniamo che la profilassi delle neoplasie mammarie debba essere affidata ai ginecologi, più avvezzi ad esplorare profilatticamente gli organi accessibili e più disposti ad una terapia conservativa e ricostruttiva, per non togliere alla donna i suoi attributi di femmi-

nilità. E, nella vasta gamma dei provvedimenti profilattici, noi vorremmo includere anche questo intervento, che riteniamo valido nelle sue premesse e accettabile nei suoi esiti.

RIASSUNTO

Le displasie mammarie diffuse possono associarsi al carcinoma, del quale rappresentano spesso una lesione frontiera.

Data la loro origine policentrica, la semplice biopsia mammaria risulta insufficiente ed ingiustificata; si propone, pertanto, l'attuazione di una mastectomia sottocutanea o « extracapsulare », alla quale deve peraltro seguire un restauro endoprotesico.

Gli AA. presentano una tecnica personale di questo intervento, a cielo coperto, valida nelle sue premesse e accettabile nei suoi esiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoffman R. L.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 89, 296, 1964. - 2. Shimkin M. B.: *Cancer*, 20, 1039, 1967. - 3. Mocquot P., Longuet Y.: *Traité de Technique chirurgicale*, Masson et C. Ed., Tome v, 1960. - 4. Gorins A.: *Contraccezione, Fertilità, Sessualità*, pag. 53, 1974. - 5. Vaglio N.: *Trattato Italiano di Ginecologia*, vol. III, pag. 958, 1968. - 6. Mc Whirter R.: *Amer. J. Roentg. Radium-Th*, 92, 3, 1964. - 7. Castiglioni G.: *Patologia chirurgica*, Società Editrice libraria, Milano, vol. II, 1949. - 8. Denoix P. F.: *Ann. Chir.*, 7-8, 423, 1961. - 9. Fredricks S.: *Communication at the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons*, Las Vegas, Nevada, 1966. - 10. Gerow, Spira F. J., Moor M. J. L., Hardy S. B.: *Communication at the Fourth International Congress of Plastic Surgery*, Roma 1967. - 11. Taylor B. V.: *Communication at the Fourth Int. Congress of Plastic Surgery*, Rome 1967.

Rene unico congenito

S. VALENTE, D. MARCHESONI, E. BASSAN

L'agenesia renale bilaterale, com'è noto, non solo è estremamente rara, ma anche incompatibile con la vita e quindi di interesse puramente accademico.

L'agenesia renale monolaterale invece è relativamente più frequente e costituisce, con le altre anomalie congenite, il 40% della patologia renale, come afferma Gutierrez. Tali affermazioni derivano dal largo uso che si fa dal 1929 dell'urografia escretoria come aiuto diagnostico.

Nella letteratura, alcuni AA. riportano una frequenza di aplasia renale monolaterale di 1/610, altri invece di 1/552, altri ancora di 1/1286.

Lo scopo di questo elaborato è di presentare un caso di agenesia renale monolaterale venuto alla nostra osservazione.

* Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Padova (Direttore: prof. A. Onnis).
Comunicazione alla Riunione della Società Triveneta di Ostetricia e Ginecologia - Montebelluna, 9 maggio 1976.