

IL TRATTAMENTO DEL CERVICO-CARCINOMA NELLA CLINICA OSTETRICO- GINECOLOGICA DELL'UNIVER- SITA' DI PADOVA

**(Anni 1969-74). Nota I: Indica-
zioni e risultati dell'intervento di
Schauta-Amreich**

G. DE LAURENTIIS(*), M. RONDINELLI(**)

(*) Cattedra di Patologia Ostetrica e Gineco-
logica dell'Università di Padova
(Direttore: Prof. G. de Laurentiis)

(**) Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Uni-
versità di Padova
(Direttore: Prof. A. Onnis)

SUMMARY

Treatment of cervical carcinoma. I. Indications and results of the Schauta- Amreich operation.

In the period 1969-73, 415 women with Stage I and II cervical carcinoma were admitted into the Department of Obstetrics and Gynecology of the University of Padua (Italy). The management of each patient was personified. The operability rate was 88,9 %, and the Schauta-Amreich operation was made in 93 patients or in 25,2 % of the surgical treatments. The five-years survival rates were: 95,8 % for Stage I A, 63,2 % for Stage I B, 72,7 % for Stage II A, and only 27,3 % for Stage II B. The AA. believe that the Schauta-Amreich operation plays an effective role in the treatment of cervical carcinoma at Stages I and II A, because it allows to extend the chances of the surgical treatment to a greater number of patients.

Giunto in redazione il 15-5-1978.

Il trattamento del cancro del collo dell'utero rappresenta ancora oggi uno dei principali argomenti di studio e di dibattito della Letteratura ginecologica. L'attualità di questo problema si spiega con il dato che, nonostante gli indubbi miglioramenti registrati in tema di prevenzione, diagnostica precoce e modalità di trattamento negli ultimi decenni, ancora oggi questo tipo di neoplasia rappresenta una delle più rilevanti cause di morte femminile e la seconda causa di morte per neoplasia della donna.

D'altronde, nonostante che il cancro del collo dell'utero sia stato una delle forme neoplastiche, per le quali da vari decenni siano stati proposti schemi terapeutici sia chirurgici che attinici, con soddisfacenti percentuali di sopravvivenza, ancora oggi non esistono in Letteratura univoci protocolli di terapia che siano accettati ed attuati in tutti i Centri in cui si effettuano questi tipi di trattamento. Ancora oggi, infatti, in Letteratura si riscontrano notevoli divergenze sulla opportunità, sui vantaggi e sui limiti del trattamento chirurgico o del trattamento attinico o di quello combinato denominato « radiochirurgico », nelle pazienti affette da cervico-carcinoma ai diversi stadi clinici della neoplasia. Inoltre, nello stesso ambito di analoghi schemi di trattamento, esistono differenze notevoli sulle modalità di esecuzione, ed esempio patognomonico di questa affermazione è quanto accade nella maggioranza dei Centri per le modalità di scelta del tipo di intervento chirurgico da effettuare per la terapia del cervico-carcinoma (1-6, 8, 12-13, 15, 17-18, 22, 25-31, 33, 35, 37-42, 44). Il tipo di intervento chirurgico, infatti, sembra dipendere più dalle preferenze personali dell'Operatore e dalla sua particolare preparazione, piuttosto che da una scelta obiettiva e razionale basata sulla attenta valutazione di ogni singolo caso clinico. Appare da ciò evidente come, di conseguenza, la cosiddetta « personalizzazione » del trattamento per ciascuna paziente, principio accettato dalla quasi totalità degli AA., in effetti risulti diffi-

cilmente attuabile nella pratica clinica, risultando spesso gravemente condizionata dalle possibilità terapeutiche disponibili in ogni singolo Centro di cura. La « personalizzazione » del trattamento del cervicocarcinoma, infatti, a nostro parere, necessiterebbe della più ampia disponibilità dei diversi schemi terapeutici sia chirurgici che radioterapici, in modo da delineare l'indirizzo terapeutico « personalizzato » di tipo chirurgico, radio-chirurgico o solamente attinico più indicato ad ogni singolo caso clinico.

Questo tipo di trattamento « personalizzato » si basa unicamente da una parte sulla attenta stima pre, intra e post-operatoria del tipo e della estensione della neoplasia (7), e dall'altra sulla valutazione bilanciata del trattamento ideale con le condizioni cliniche, l'età, le caratteristiche somatiche della paziente, in modo che ad ogni singola paziente venga offerta la massima probabilità possibile di guarigione.

Essendo stati questi principi applicati negli anni 1969-74, nella Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova, sotto la guida del nostro compianto Maestro Alberto Centaro, a tutte le pazienti affette da cervico-carcinoma ricoverate, abbiamo ritenuto interessante riferire i risultati, a 4-9 anni di distanza, del suddetto trattamento « personalizzato » attuato. In questa prima nota riferiamo i risultati relativi alle pazienti con cervico-carcinoma allo stadio I e II, sottoposte ad intervento di Schauta-Amreich, da solo o con terapia attinica pre e/o post-operatoria.

CASISTICA ESAMINATA

Dal 1-11-68 al 31-12-73 sono stati ricoverati presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova 415 casi freschi di cervico-carcinoma allo Stadio I e II. L'esame analitico dei diversi tipi di trattamento attuato in queste 415

TABELLA 1. — *Tipi di trattamento effettuati nei 415 casi freschi di carcinoma della cervice Stadi I e II.*

TIPO DI TRATTAMENTO	S T A D I (n. casi)				TOTALE
	I A	I B	II A	II B	
Schauta-Amreich	28 (32,6 %)	26 (22,2 %)	28 (25,2 %)	11 (11,0 %)	93 (22,4 %)
Wertheim	32 (37,2 %)	73 (62,4 %)	56 (50,5 %)	33 (33,0 %)	194 (46,7 %)
Wertheim-Meigs	1 (1,2 %)	8 (6,8 %)	17 (15,3 %)	14 (14,0 %)	40 (9,6 %)
Evisceratio	0	0	0	7 (7,0 %)	7 (1,7 %)
Isterectomia totale addomin. + Tp. Attinica	10 (11,6 %)	2 (1,7 %)	1 (0,9 %)	2 (2,0 %)	15 (3,6 %)
Isterectomia vaginale + Tp. Attinica	13 (15,1 %)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	3 (3,0 %)	18 (4,3 %)
Laparotomia esplorativa	0	0	0	2 (2,0 %)	2 (0,5 %)
Solo Tp. Attinica	2 (2,3 %)	6 (5,1 %)	7 (6,3 %)	27 (27,0 %)	42 (10,1 %)
Nessuna terapia	0	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	2 (2,0 %)	4 (0,9 %)
Totali	86	117	111	100	415

TABELLA 2. — Confronto fra gli indici di operabilità negli stadi I e II e globali (tutti gli stadi) del cancro del collo dell'utero.

Autore	Anno di pubblicazione	Indici di operabilità		
		Stadio I	Stadio II	Globale
Allen e Coll.	1977	—	—	51,9 %
Carenza	1973	—	—	61,0 %
Cattaneo	1959	—	—	46,0 %
De Biasi e Coll.	1967	—	—	21,8 %
Gad	1976	56,0 %	13,6 %	—
Ingiulla e Coll.	1968	—	—	73,5 %
Iurukov e Coll.	1975	—	—	36,5 %
Lau e Coll.	1967	—	—	56,7 %
Louros	1964	—	—	59,8 %
Marcial (*)	1977	50,1 %	25,3 %	21,5 %
Natrass	1972	46,5 %	32,0 %	—
Newton	1975	48,7 %	—	—
Nieminen e Coll.	1977	85,0 %	38,0 %	—
Park e Coll.	1973	82,5 %	—	—
Parker e Coll.	1967	—	—	15,5 %
Ptackova	1976	—	—	13,0 %
Siliquini e Coll.	1977	97,5 %	78,9 %	77,5 %
Valle e Coll.	1969	79,0 %	50,1 %	53,8 %
Nostra casistica	1978	95,6 %	83,4 %	79,9 %

*) Dati relativi a 118 centri per un totale di 66.639 casi clinici.

pazienti è riportato nella tab. 1, dalla quale si rileva, fra l'altro, che la Schauta-Amreich è stata eseguita in 93 casi pari al 22,4 % del totale. Altro dato interessante che si rileva da questa tabella è l'elevatissimo tasso di operabilità (circa l'89 %), dato che assume maggiore interesse dal confronto con i tassi riferiti in Letteratura (tab. 2). Nella tab. 3 abbiamo invece riportato i tassi di operabilità riscontrati nella nostra casistica nei diversi stadi clinici del cervico-carcinoma e le rispettive incidenze percentuali dell'intervento di Schauta-Amreich. Come si nota l'indice di operabilità globale pur essendo proporzionale all'estensione della neoplasia, si riduce in modo sensibile solo per i casi allo stadio II B; per quanto riguarda invece la effettuazione della Schauta-Amreich, si può rilevare come questo intervento sia stato eseguito in 1 su 3 pazienti operate allo stadio I A, in 1

su 4 pazienti operate allo stadio I B o II A, e solo in 1 su 6 pazienti operate allo stadio II B. Da questi dati, quindi, viene confermata l'importanza che l'estensione della neoplasia ha, nella nostra casistica, nella scelta del trattamento « personalizzato » di ogni caso di cervico-carcinoma allo stadio I e II. Altro fattore determinante per la scelta del tipo di tratta-

TABELLA 3. — Indici di operabilità ed incidenze relative dell'intervento di Schauta-Amreich, a seconda degli stadi clinici.

Stadio Clinico	Indice di operabilità globale	% Schauta-Amreich
I A	97,67 %	33,3
I B	94,02 %	23,6
II A	91,89 %	27,5
II B	71,00 %	15,5
Totale I e II	88,92 %	25,2

mento più indicato ad ogni singola paziente è indubbiamente rappresentato dall'età. Nella tab. 4 abbiamo riportato le età medie delle nostre pazienti affette da cervico-carcinoma allo stadio I e II, a seconda del tipo di trattamento attuato, e come si nota l'età media risulta progressivamente più elevata, man mano che la componente chirurgica del trattamento risulta meno gravosa per la paziente; le diffe-

renze riscontrate, inoltre, sono risultate essere altamente significative anche da un punto di vista statistico ($P < 0,01$). Questo dato risulta confermato anche dalla valutazione della incidenza percentuale riscontrata per ogni singolo tipo di trattamento delle pazienti più anziane, al di là cioè dei 65 anni di età (tab. 5). Nei 2/3 dei casi sottoposti a Schauta-Amreich abbiamo attuato uno schema di

TABELLA 4. — *Età medie delle pazienti con cervico-carcinoma Stadio I e II, a seconda del tipo di trattamento attuato.*

Tipo di trattamento	Età media \pm d.s. (anni)	Analisi statistica
Schauta-Amreich	52,61 \pm 8,78	
Wertheim	48,74 \pm 9,58	$P < 0,01$
Meigs	49,82 \pm 7,63	Schauta vs. Wertheim: $P < 0,01$
Isterectomia totale + terapia attinica .	57,15 \pm 11,36	Schauta vs. Isterect.: $P < 0,05$
Solo T.p. attinica	62,50 \pm 12,47	Schauta vs. Attinica: $P < 0,01$

TABELLA 5. — *Incidenze percentuali delle pazienti con più di 65 anni, a seconda del tipo di trattamento.*

Tipo di trattamento	%	Analisi statistica
Schauta-Amreich	7,5	Schauta vs. Wertheim: $P < 0,05$
Wertheim	1,9	Schauta vs. Isterect.: $P > 0,05$
Meigs	0	Schauta vs. Attinica: $P < 0,01$
Isterectomia totale + terapia attinica .	21,2	
Solo T.p. attinica	42,5	

TABELLA 6. — *Terapie attiniche complementari effettuate nelle pazienti affette da cervico-carcinoma sottoposte a Schauta-Amreich.*

Tp. Attinica Complementare	Stadio				Totale
	I A	I B	II A	II B	
Radium pre-operatorio	7 (25 %)	15 (58 %)	17 (61 %)	3 (27 %)	42 (45,2 %)
T.C.T. post-operatorio	0	4 (15 %)	0	4 (36 %)	8 (8,6 %)
Radium preoperatorio + T.C.T. post-operatorio	2 (7 %)	2 (8 %)	6 (21 %)	2 (18 %)	12 (12,9 %)
Totali	9 (32 %)	21 (81 %)	23 (82 %)	9 (82 %)	62 (66,7 %)
Linfografia radiante con ³² P	20 (71 %)	15 (58 %)	22 (79 %)	5 (45 %)	59 (63,4 %)

trattamento radio-chirurgico (tab. 6), che ovviamente è stato eseguito più spesso negli stadi I B, II A e II B che non nelle pazienti allo stadio I A. Nella stessa tab. 6 abbiamo riportato inoltre anche le linfografie radianti con ^{32}P , eseguite in fase pre-operatoria; la effettuazione di questa indagine diagnostica non sembra essere dipesa dallo stadio della neoplasia, ma piuttosto dalla possibilità tecnica di esecuzione della stessa.

RISULTATI E COMMENTO

Nella tab. 7 abbiamo riportato i casi di mortalità primaria verificatisi nelle nostre pazienti sottoposte a Schauta-Amreich. Come si nota la morte della paziente durante il decorso post-operatorio si è verificata in 3 su 93 pazienti, con un'incidenza del 3,2 %. Questo tasso che rientra nei valori medi di mortalità primaria riportati in Letteratura, tuttavia, nella nostra casistica è risultato discretamente più elevato rispetto agli altri tipi di trattamento attuati. A nostro parere, comunque, se si tiene conto dell'elevatissimo tasso di operabilità globale, del fatto che la Schauta-Amreich è stata eseguita in quelle pazienti in cui l'elevato rischio operatorio sconsigliava qualsiasi intervento per via laparotomica, del fatto che in tutti e tre i casi la morte sia stata causata più dalle scadenti condizioni generali della paziente che non da motivi direttamente riconducibili alla esecuzione dell'intervento, si può ritenere perfettamente accettabile un tasso di mortalità primaria di circa il 3 %.

Nella tab. 8 abbiamo riportato la valutazione analitica delle epoche in cui si sono verificate le morti, a seconda dello stadio e del tipo di trattamento attuato. Inoltre, sono riportati anche i tassi di sopravvivenza oltre i 4 ed i 5 anni dall'esecuzione della Schauta-Amreich. Come si nota i periodi con tassi più elevati di mortalità sono da 3 a 5 anni per le pazienti al I stadio, e tra 1 e 2 anni per quelle al II stadio; è interessante, inoltre, sottolineare come nella nostra casistica non siano rilevabili, per tutti gli stadi considerati, differenze apprezzabili tra i tassi di sopravvivenza oltre i 4 ed i 5 anni; e come i tassi di sopravvivenza siano praticamente inversamente proporzionali al grado di estensione della neoplasia. Il confronto dei nostri risultati con quelli ottenuti da altri AA. (tab. 9) deve essere interpretato, tenendo conto che i tassi riferiti in Letteratura, nella stragrande maggioranza dei casi, sono relativi a trattamenti globali delle pazienti con cervico-carcinoma allo stadio I e II, e non alle sole Schauta-Amreich; riteniamo, tuttavia, di poter affermare che i risultati della nostra casistica rientrano perfettamente nelle medie della Letteratura, nonostante l'elevato indice di operabilità già riferito; in modo particolare ciò è vero per il confronto con quelle poche casistiche che si riferiscono esclusivamente alla Schauta-Amreich (Ingiulla; Navratil). Eccezione a questa affermazione fanno i risultati ottenuti nelle pazienti allo stadio II B, con un tasso di sopravvivenza particolarmente basso (27,3 %); per tale motivo, riteniamo che

TABELLA 7. — *Casi di mortalità primaria nelle pazienti affette da carvicarcinoma sottoposte a Schauta-Amreich.*

Nome e Cognome	Età	Stadio Clinico	Tipo di trattamento	Giornata di decesso	Causa del decesso
P. A. . . .	59	II A	chirurgico	3 ^a	Scompenso cardio-circolatorio
F. G. . . .	55	I B	radio-chir.	22 ^a	Scompenso cardio-circolatorio
Z. B. . . .	50	II A	radio-chir.	2 ^a	Embolia polmonare

Mortalità primaria: $3/93 = 3,2\%$.

TABELLA 8. — *Mortalità delle Schauta-Amreich nei vari anni e tassi di sopravvivenza a 4 e a 5 anni, a seconda dello stadio della neoplasia.*

Stadio e tipo di trattamento	Distanza dall'intervento						sopravviv.	
	fino a 6 mesi	6 mesi 1 anno	da 1 a 2 anni	da 2 a 3 anni	da 3 a 4 anni	da 4 a 5 anni	a 4 anni	a 5 anni
<i>I A:</i>								
Solo Schauta	0	0	0	0	0	0	19/19	18/18
Schauta + Radium pre- operat.	0	0	0	0	1	0	6/7	3/4
Schauta + Radium pre- operat. + T.C.T. post- operat.	0	0	0	0	0	0	2/2	2/2
Totale I A	0	0	0	0	1	0	27/28 (96,4 %)	23/24 (95,8 %)
<i>I B:</i>								
Solo Schauta	0	0	0	1	1	0	3/5	3/5
Schauta + Radium pre- operat. (*)	2	0	0	0	2	1	9/15	5/9
Schauta + T.C.T. post- operat.	0	0	0	0	0	1	3/4	3/4
Schauta + Radium pre- operat. + T.C.T. post- operat.	0	0	0	0	0	0	2/2	1/1
Totale I B	2	0	0	1	3	2	17/26 (65,4 %)	12/19 (63,2 %)
<i>II A:</i>								
Solo Schauta	1	0	0	0	0	0	4/5	4/5
Schauta + Radium pre- operat. (*)	1	0	2	1	2	0	11/17	10/14
Schauta + Radium pre- operat. + T.C.T. post- operat.	0	0	1	0	0	0	4/6	2/3
Totale II A	2	0	3	1	2	0	19/28 (67,9 %)	16/22 (72,7 %)
<i>II B:</i>								
Solo Schauta	0	0	1	1	0	0	0/2	0/2
Schauta + Radium pre- operat.	0	0	1	0	1	0	1/3	1/3
Schauta + T.C.T. post- operat. (*)	0	0	2	0	0	0	1/4	1/4
Schauta + Radium pre- operat. + T.C.T. post- operat.	1	0	0	0	0	0	1/2	1/2
Totale II B	1	0	4	1	1	0	3/11 (27,3 %)	3/11 (27,3 %)

*) 1 caso disperso; Totale casi dispersi 3 (3,2 %). Mortalità totale = a 4 anni: 24/93 (25,8 %); a 5 anni: 19/76 (25,0 %).

TABELLA 9.

Autore	Anno di pubblic.	Sopravvivenza a 5 anni (%)						
		I A	I B	I	II A	II B	II	I + II
Allen e C.	1977	—	—	88,0	—	—	35,0	—
Anderson Hosp.	1976	—	—	91,5	83,5	66,6	—	—
Beecham e C.	1976	100,0	94,1	97,1	78,1	84,9	83,9	—
Brunschwig	1968	—	—	79,8	—	—	53,2	66,5
Candiani e C.	1970	—	—	85,2	—	—	73,8	—
Christensen	1976	93,5	86,1	88,1	68,7	58,2	64,1	79,2
Currie e C.	1971	—	—	86,3	—	—	75,0	—
De Biasi e C.	1967	—	—	87,5	—	—	72,0	—
Gad	1976	99,0	79,0	—	67,0	45,0	—	—
Inal Singh e C.	1976	95,0	64,0	—	43,0	67,0	—	—
Ingiulla e C.	1968	—	—	77,7	—	—	59,6	66,9
Iurukov e C.	1975	—	—	—	—	—	—	74,7
Japan. Commit.	1965	—	—	80,6	—	—	64,1	70,7
Kelso e C.	1973	—	—	84,8	—	—	78,3	82,1
Ketcham e C.	1971	—	—	86,0	88,0	78,0	81,5	83,4
Louros	1964	—	—	—	—	—	—	70,2
Marcial (*)	1977	—	—	77,4	—	—	56,2	65,3
Masterson	1967	—	—	87,0	—	—	63,0	82,2
Masubuchi	1969	—	—	90,5	—	—	74,4	82,9
Meigs	1962	—	—	83,0	—	—	55,0	73,1

Morley e C.	. . . . .	1976	—	—	87,2	—	—	—	—
Natrass	. . . . .	1972	—	—	75,7	—	—	47,3	—
Navratil	. . . . .	1963	95,0	80,4	84,2	54,2	52,0	52,6	71,5
Navratil	. . . . .	1969	—	—	86,3	—	—	55,9	74,8
Newton	. . . . .	1975	—	—	81,0	—	—	—	—
Nieminen e C.	. . . . .	1977	—	—	88,0	—	—	51,0	—
Novak e C.	. . . . .	1970	—	—	82,3	—	—	56,3	74,2
Park e C.	. . . . .	1973	—	—	94,7	—	—	—	—
Parker e C.	. . . . .	1967	—	—	74,0	—	—	40,0	63,8
Peking-Cina	. . . . .	1976	—	—	91,3	—	—	86,0	—
Pračkova	. . . . .	1976	—	—	82,5	—	—	77,1	—
Rodier e C.	. . . . .	1973	—	—	85,0	—	—	59,2	—
Roy-Chowdury	. . . . .	1976	—	—	76,2	—	—	54,3	—
Siliquini e C.	. . . . .	1977	—	—	85,7	—	—	58,5	—
Valle e C.	. . . . .	1970	—	—	74,3	—	—	60,0	—
Weed e C.	. . . . .	1977	—	—	81,5	—	—	64,5	—
Welch e C.	. . . . .	1961	92,0	85,0	—	—	—	72,3	—
Yagi	. . . . .	1961	—	—	88,5	—	—	64,0	69,2
Yokoyama	. . . . .	1974	97,6	75,6	—	—	—	—	—
Nostra casistica (**)	. . . . .	1978	95,8	63,2	81,4	72,7	27,3	57,6	71,1

*) Dati relativi a 118 Centri diversi degli U.S.A. per un totale di 43099 casi di carcinoma del collo dell'utero Stadi I e II.

**) Dati relativi ai soli casi di carcinoma del collo dell'utero trattati mediante Schauta-Amreich con o senza terapia attinica associata.

la Schauta-Amreich non debba più essere considerato un intervento applicabile alle pazienti allo stadio II B, a meno che non vi siano condizioni particolari che sconsigliano in modo assoluto la effettuazione di trattamenti chirurgici più radicali. A conferma di questa nostra affermazione, che trova concordi la maggioranza degli AA. che si sono interessati negli ultimi anni al problema, è interessante rilevare come anche nella nostra casistica la Schauta-Amreich sia stata eseguita solo nell'11 % delle pazienti allo stadio II B, con una incidenza percentuale relativa sulla totalità degli interventi effettuati che è circa la metà di quelle riscontrabili nelle pazienti con gradi minori di estensione della neoplasia (vedi tab. 3). Questo dato assume ulteriore valore se si tiene presente, inoltre, che la quasi totalità delle Schauta-Amreich nelle pazienti allo stadio II B, è stata effettuata nei primi due anni del periodo preso in considerazione, essendo stato preferito in seguito il ricorso ad altri tipi di trattamento.

Per quanto riguarda le complicazioni della Schauta-Amreich, nella nostra casistica, esse hanno ammontato all'8,6 % (tab. 10) e nella stragrande maggioranza dei casi hanno riguardato lesioni a carico dell'apparato urinario; tuttavia, in tutti i casi l'intervento chirurgico riparatore eseguito o immediatamente nel corso della stessa Schauta-Amreich, o ad una certa distanza da essa, ha avuto pieno successo; una sola delle otto pazienti in cui si era verificata una complicazione indesiderata è morta successivamente, a distanza di 3 anni e 7 mesi dall'intervento, per metastasi diffuse a carico dell'intestino e non quindi per cause direttamente ascrivibili alla complicanza verificatasi.

Il decorso post-operatorio è durato in media tra i 16 e i 21,4 giorni, essendo significativamente più lungo solo per le pazienti operate allo stadio II B; l'età della paziente e la effettuazione della radium-terapia preoperatoria, nella nostra casistica, non influiscono in alcun modo

sulla durata della degenza post-operatoria (tab. 11).

La ripresa minzionale spontanea è avvenuta in media in poco più di 9 giorni dall'intervento, e questo dato sembra indipendente dallo stadio clinico della neoplasia e dalla effettuazione di radiumterapia pre-operatoria; questo parametro, invece, risulta ben correlato con l'età della paziente, anche se le differenze riscontrate non sono tuttavia risultate significative da un punto di vista statistico (tab. 12).

CONCLUSIONI

Sulla base dei nostri risultati ci sembra di poter trarre alcune considerazioni conclusive:

1) Attualmente il trattamento del cervico-carcinoma agli stadi I e II non deve basarsi sulla stereotipata applicazione di schemi terapeutici standardizzati, ma, al contrario, deve essere quanto più « personalizzato » possibile, basandosi sulla estensione della neoplasia, sulle condizioni generali della paziente, sulla età della stessa, al fine di garantire ad ogni singola paziente le massime probabilità di guarigione possibili con i minimi rischi ragionevolmente prevedibili.

2) A nostro parere, la scelta del tipo di intervento chirurgico e le modalità globali del trattamento, non devono dipendere dalle personali preferenze dell'Operatore, ma devono essere quanto più « personalizzate » possibili ad ogni singolo caso clinico. In questa luce, riteniamo, che non siano più valide le notevoli diatribe, presenti in Letteratura, sulle indicazioni dei diversi tipi di trattamento (solo attinico, radio-chirurgico o solo chirurgico), e soprattutto le discussioni sul confronto tra i diversi tipi di intervento attuato (Schauta-Amreich o Wertheim e sue varianti). A nostro parere, infatti, laddove si effettuano trattamenti del cervico-carcinoma dovrebbero essere attuabili indifferentemente tutti i tipi di tera-

TABELLA 10. — *Complicazioni intra e post-operatorie verificate nelle 93 pazienti operate di Schauta-Amreich.*

Caso	Età	Cart. Clinica	Stadio	Tp. attinica complementare	Tipo di complicanza	Intervento riparatore	Esito
M. A.	56	907/73	II A	no	lesione ureterale dx.	uretero-neo-cistostomia intraoperat. per via vaginale	favorevole; paziente vivente
F. M.	47	955/69	I A	no	fistola uretero-vaginale sin.	uretero-neo-cistostomia 2 mesi dopo	favorevole; paziente vivente
S. E.	65	190/70	II B	Radium pre-operatorio	fistola retto-vaginale	anno praeter definitivo 1 anno e 8 mesi dopo	paz. deceduta dopo 3 anni e 7 mesi per metastasi intestinali
G. F.	57	286/71	I B	Radium pre-operatorio	lesione ureterale dx.	uretero-neo-cistostomia intraoperat. per via vaginale	favorevole; paziente vivente
B. E.	50	513/71	I A	Radium pre-operatorio	fistola retto-vaginale	riparazione chirurgica 2 mesi dopo	favorevole; paziente vivente
R. O.	45	958/71	I B	no	grave emorragia 2 ore dopo	legatura bilaterale ipogastriche	favorevole; paziente vivente
B. M.	57	1153/71	I A	no	lesione uretrale sin.	uretero-neo-cistostomia intraoperat. per via vaginale	favorevole; paziente vivente
M. L.	47	1810/73	I A	no	fistola uretero-vaginale sin.	urettero-neo-cistostomia 9 mesi dopo	favorevole; paziente vivente

TABELLA 11. — *Degenza post-operatoria media e relative deviazioni standard a seconda dello stadio clinico della neoplasia, dell'età delle pazienti e della effettuazione o meno della radiumterapia preoperatoria.*

Gruppi di Pazienti	gg. \pm d.s.	Analisi Statistica
<i>STADIO:</i>		
I A	18,1 \pm 6,0	} P < 0,05 (I A vs. altri: n.s.) (II B vs. altri: P < 0,05)
I B	15,9 \pm 5,3	
II A	16,2 \pm 5,2	
II B	21,4 \pm 6,6	
<i>ETA':</i>		
Fino a 40 anni	17,2 \pm 4,6	} Non significativa
41 - 50 anni	15,6 \pm 4,1	
51 - 60 anni	17,8 \pm 6,0	
Oltre i 60 anni	19,6 \pm 8,0	
<i>RADIUM preoperatorio:</i>		
Si	17,2 \pm 6,4	} Non significativa
No	17,7 \pm 4,9	

TABELLA 12. — *Tempi medi e relative deviazioni standard per la ripresa minzionale nelle pazienti distinte a seconda dello stadio clinico della neoplasia, dell'età, e dell'effettuazione o meno della radiumterapia preoperatoria.*

Gruppi di Pazienti	gg. \pm d.s.	Analisi Statistica
<i>STADIO:</i>		
I A	9,5 \pm 3,8	} Non significativa
I B	9,0 \pm 4,2	
II A	9,1 \pm 3,3	
II B	9,0 \pm 3,0	
<i>ETA':</i>		
Fino a 40 anni	8,4 \pm 2,3	} Non significativa
41 - 50 anni	8,7 \pm 2,0	
51 - 60 anni	9,6 \pm 4,1	
Oltre i 60 anni	10,5 \pm 5,1	
<i>RADIUM preoperatorio:</i>		
Si	9,1 \pm 4,0	} Non significativa
No	9,8 \pm 2,1	

pie possibili, in modo da consentire la personalizzazione dei diversi schemi terapeutici.

3) L'applicazione di questi principi ci ha consentito di raggiungere, nella nostra casistica, un indice di operabilità globale (per tutti gli stadi) di circa l'80 %, e che negli stadi I e II risulta di poco inferiore all'89 %. Nonostante questo elevatissimo tasso di operabilità, la sopravvivenza oltre i 5 anni, l'incidenza di complicazioni indesiderate, la durata della degenza post-operatoria e la ripresa minzionale spontanea, nelle pazienti sottoposte ad intervento di Schauta-Amreich sono risultate essere per lo meno non dissimili dai dati riportati in Letteratura, che si riferiscono però, per lo più, a casistiche selezionate con tassi di operabilità notevolmente più contenuti.

4) Sulla base dei nostri risultati ci sembra di poter ribadire che, ancora oggi, l'intervento di Schauta-Amreich trovi ampie indicazioni nel trattamento del cervico-carcinoma agli stadi I e II A, mentre per i casi allo stadio II B e successivi, riteniamo che quest'intervento non debba essere considerato il tipo di trattamento di prima scelta, ma debba essere attuato solo in quelle pazienti in cui l'intervento per via addominale è controindicato dalle precarie condizioni generali della paziente.

RIASSUNTO

Negli anni 1969-73 nella Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova sono state ricoverate 415 pazienti (solo casi freschi) affette da cervico-carcinoma allo stadio I e II. Il tipo di trattamento effettuato in ogni singolo caso è stato del tipo «personalizzato» sulla base della estensione della neoplasia, dell'età della paziente, delle sue condizioni generali e di eventuali controindicazioni all'intervento per via laparotomica. Sulla base di questi criteri l'indice di operabilità globale in queste pazienti è risultato essere dell'88,9 %, essendo stato effettuato l'intervento di Schauta-Amreich con o senza terapia attinica complementare in 93 casi (25,2% delle operate). I tassi di sopravvivenza oltre i 5 anni sono risultati

essere del 95,8 % nelle pazienti allo stadio I A, del 63,2 % nelle pazienti allo stadio I B, del 72,7 % in quelle allo stadio II A, e solo del 27,3 % in quelle allo stadio II B. Sulla base di questi risultati e sui dati delle complicazioni intra e post-operatorie, del decorso post-operatorio e della durata della degenza, gli AA. ritengono che ancora oggi l'intervento di Schauta-Amreich trovi ampie indicazioni nel trattamento del cervico-carcinoma agli stadi I e II A, soprattutto perchè il ricorso a questo tipo di operazione consente di ampliare notevolmente i limiti di operabilità e quindi di garantire un miglioramento dei risultati globali del trattamento del cervico-carcinoma agli stadi I e II.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Allen H.H., Collins J.A.: «Surgical management of carcinoma of the cervix». *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 127, 741, 1977.
- 2) Beecham C.T., Beiler D.D.: «Treatment of cervical carcinoma». *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 124, 281, 1976.
- 3) Brunshwig A.: «The surgical treatment of cancer of the cervix: Stage I and II». *Amer. J. Roentgenology*, 102, 147, 1968.
- 4) Candiani G.B., Mangioni C., Marazzini F.: «La nostra esperienza ed il nostro attuale orientamento nella terapia chirurgica radicale del carcinoma del collo dell'utero Stadio I e II». *Ann. Ost. Ginec.*, 92, 6, 1970.
- 5) Carenza L.: «Attuali indicazioni alla colpoisterectomia allargata nel trattamento del cervico-carcinoma». *Patol. Clin. Ost. Ginec.*, 1, 3, 1973.
- 6) Cattaneo L.: «Sul problema terapeutico del cancro del collo dell'utero», *La Clinica Ostet. Ginec.*, 61, 129, 1959.
- 7) Centaro A.: «La diagnosi oncologica in ginecologia». *Ed. Piccin*, Padova, 1974.
- 8) Christensen A., Foglmann R.: «Cervical carcinoma stage I and II treated by primary radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. 320 cases by the method of Meigs-Taussig and 350 by the method of Okabayashi». *Acta Obst. Gynecol. Scand.*, 58, 3, 1976.
- 9) Currie D.W.: «Operative treatment of carcinoma of the cervix». *J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth.*, 78, 385, 1971.
- 10) De Biasi E., Cagnazzo G.: «Sui risultati a 5 anni di 200 Wertheim-Taussig per carcinoma della portio». *Min. Gin.*, 19, 271, 1967.
- 11) Gad. C.: «Treatment and survival in 631 patients with invasive carcinoma of the cervix». *Brit. J. Obst. Gynaec.*, 83, 560, 1976.

- 12) Inalsingh C. H., Chandrasekaran M. S., Julian C., Hazra T.: « A seven year review of invasive carcinoma of the cervix treated at the Johns Hopkins Hospital ». *Johns Hopkins Med. J.*, 139, 147, 1976.
- 13) Ingiulla W., De Laurentiis G.: « Sui risultati a 5 anni di 327 Schauta-Amreich per cervico-carcinoma ». *Riv. Ost. Gin.*, 20, 1, 1965.
- 14) Ingiulla W., De Laurentiis G.: « Sulle fistole vescicali, ureterali e rettali successive all'intervento di Schauta-Amreich ». *Riv. Ost. Gin.*, 21, 723, 1966.
- 15) Ingiulla W., De Laurentiis G.: « Su 600 casi di Schauta-Amreich operati da più di 5 anni ». *Riv. Ost. Gin.*, 23, 253, 1968.
- 16) Ingiulla W., De Laurentiis G.: « Risultati degli interventi radicali negli stadi non iniziali di cancro del collo dell'utero ». *Riv. Ost. Gin.*, 23, 407, 1968.
- 17) Iurukov K., Georgiev Khr., Vulkov G., Penchev P., Sachatchiev A.: « Results of treatment of cancer of the uterine cervix at the Oncology Center-Sofia ». *Onkologia*, 12, 73, 1975.
- 18) Kelso J. W., Funnell J. D.: « Combined surgical and radiation treatment of invasive carcinoma of the cervix ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 116, 205, 1973.
- 19) Ketcham A. S., Hoyer R. C., Taylor P. T., Deckers P. P., Thomas L. B., Chretien P. B.: « Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy for carcinoma of the uterine cervix ». *Cancer*, 28, 1272, 1971.
- 20) Lau H. U., Lamm D.: *Zentralblatt für Gynakologie*, 89, 1249, 1967 (citato da Ingiulla).
- 21) Louros N. C.: « Suggestions and technique for what should be considered radical hysterectomy in carcinoma of the cervix ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 89, 432, 1964.
- 22) Marcial V. A.: « Carcinoma of the cervix. Present status and future ». *Cancer*, 39, 945, 1977.
- 23) Masterson J. G.: « Radical surgery in early carcinoma of the cervix ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 87, 601, 1963.
- 24) Masterson J. G.: « The role of surgery in the treatment of early carcinoma of the cervix ». *Clin. Obstet. Gynec.*, 10, 922, 1967.
- 25) Masubuchi K., Tenjin Y., Kubo H., Kimura M.: « Five-year cure rate for carcinoma of the cervix uteri ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 103, 566, 1969.
- 26) Morley G. W., Seski J. C.: « Radical pelvic surgery vs. radiation therapy for stage I carcinoma of the cervix (exclusive of microinvasion) ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 126, 785, 1976.
- 27) Natrass P.: « A survey of carcinoma of the cervix in Western Australia over the 10-year period 1956-1965 ». *Aust. N. Z. J. Obst. Gynaec.*, 12, 231, 1972.
- 28) Navratil E.: « Indications and results of the Schauta-Amreich operation with and without post-operative roentgen treatment in epidermoid carcinoma of the cervix of the uterus ». *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 86, 141, 1963.
- 29) Navratil E.: « Expérience acquise de l'opération radicale par voie vaginale dans le cadre d'un traitement sélectif du cancer invasif du col de l'utérus ». *Gynec. Prat.*, 20, 7, 1969.
- 30) Newton M.: « Radical hysterectomy or radiotherapy for stage I cervical cancer ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 123, 535, 1975.
- 31) Nieminen U., Mattson T., Widholm O.: « Radical surgery combined with radiotherapy in the treatment of cervical carcinoma ». *Ann. Chir. Gynaec. Fenniae*, 63, 134, 1974.
- 32) Niemein U., Hilesmaa V. K., Timonen S.: « Results of treatment of carcinoma of the cervix, 1964-1969. A report of 768 cases ». *Ann. Chir. et Gynaec.*, 66, 234, 1977.
- 33) Novak F., Kovacic J., Pestevek R., Tomavec T.: « La linfoadenectomia pelvica nel trattamento chirurgico dei carcinomi ginecologici ». *Atti Soc. It. Ostet. Ginec.*, 54, 861, 1970.
- 34) Park R. C., Patow W. E., Rogers R. E., Zimmerman E. A.: « Treatment of stage I carcinoma of the cervix ». *Obst. Gynec.*, 41, 117, 1973.
- 35) Parker R. T., Wilbanks G. D., Yowell R. K., Carter F. B.: « Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy with and without preoperative radiotherapy for cervical cancer ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 99, 933, 1967.
- 36) Peking (Cina) (Anonimo): « Peking-type applicators in intracavitary treatment of uterine cervix carcinoma. Long-term results of 2131 cases treated in one Hospital 1959-1966 ». *Chin. Med. J.*, 2, 123, 1976.
- 37) Pescetto G., De Cecco L., Mansani F. E.: « Attualità della colpoisterectomia radicale secondo Schauta-Amreich ». *Ann. Ostet. Gynec.*, 92, 61, 1970.
- 38) Ptackova B.: « Carcinoma cervicis uteri: treatment results from the period 1953-1968 ». *Neoplasma*, 23, 215, 1976.
- 39) Rodier D., Janser J. C., Herdly J., Methlin G., Vergnes Y., Vors J.: « Traitement du cancer du col utérin. 127 cas traités chirurgicalement ou en association radio-chirurgicale, exentérations pelviennes exclues ». *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, 2, 409, 1973.

- 40) Roy-Chowdhury N.N.: « Mitra operation for cancer of the cervix ». *Indian J. Cancer*, 13, 234, 1976.
- 41) Siliquini P.N., Dolfin G.C.: « Considerazioni su 543 casi di cervico-carcinomi a prevalente trattamento chirurgico ». *Min. Gin.*, 29, 945, 1977.
- 42) Valle G., Napolitano C., Mainero C.: « Applicazione pratica dei principi che hanno governato nella Clinica di Bari il trattamento di 1190 casi freschi e di 200 ricorrenze di cervicocarcinoma ». *Aggiorn. Ost. Ginec.*, 2, 17, 1969.
- 43) Valle G. e Coll.: « Problemi di linfadenectomia nella terapia dei carcinomi ginecologici ». *Atti Soc. It. Ostet. Ginec.*, 54, 677, 1970.
- 44) Weed J.C., Holland J.B.: « Combined irradiation and extensive operations in the treatment of stages I and II carcinoma of the cervix uteri ». *Surg. Gynec. Obst.*, 144, 869, 1977.
- 45) Welch J.S., Pratt J.H., Symmonds R.E.: « The Wertheim hysterectomy for squamous cell carcinoma of the uterine cervix ». *Amer. J. Obst. Gynec.*, 81, 978, 1961.
- 46) Yagi H.: *Proceedings* 1, 52, III Welt Congress für Gynäkologi und Gebrurtshilfe, Wien, 1961 (citato da Chirstensen).
- 47) Yokoyama Y.: « Surgical therapy for a stage I carcinoma of the cervix ». *Adult Diseases*, 140, 49, 1974.
- 48) Novak F., Stucin M., Kovacic J., Cavic M., Rainer S.: « Indication de la colpophysterectomie de Schauta ». *Actualités Gynécologiques, Huitième série*, Ediz. Masson-Paris 1977.