

LA CONIZZAZIONE DEL COLLO DELL'UTERO QUALE PROFILASSI DEL CERVICO-CARCINOMA

G. ROMANIELLO

Prof. f. r. alla Cattedra di Patologia Ostetrica
e Ginecologica, Università di Siena

SUMMARY

The conization as prophylaxis of the cervical carcinoma.

After having pointed out how the conization of the uterine cervix had been proposed as a prophylactic method for the cervical cancer since the first decades of this century, that is previous to the development of the modern early diagnostic methods for the cervical cancer, the Author also points out the present validity of this surgical intervention from the diagnostic and prophylactic points of view.

Furthermore, in the patients that underwent this type of operation, the subsequent emergence of a cervical cancer is extremely rare.

Nel lontano 1925, il mio Maestro Prof. Spirito pubblicò, su *Rinascenza Medica*, un lavoro dal titolo « Sulla profilassi del cancro del collo dell'utero ». Da questo articolo mi piace prendere le mosse per dimostrare come ancora oggi regge il suo asserto « che l'amputazione del collo dell'utero, sede di erosioni vaste ed ostinate, rappresenti indubbiamente una, e forse l'unica, profilassi del cancro del collo dell'utero ».

Riporterò alcune affermazioni del summenzionato lavoro perché meglio si possa raffrontare la identità tra il passato ed il presente.

Egli descriveva lo stato precancerigno come « quello stato in cui gli elementi cellulari, pur non avendo ancora acquisito quei peculiari caratteri morfologici, funzionali e biochimici degli elementi neoplastici, si trovano in uno stato di alterato metabolismo che precede la neoplasia ». Chi ha dimestichezza clinica con la sfera genitale femminile sa che la maggior parte delle portio delle donne coniugate, specie di quelle che hanno anche partorito, sono sedi di erosioni semplici, ma sa anche (e soprattutto non deve sottovalutarlo) che anche se curate, facilmente recidivano e si incattiviscono con non rare trasformazioni in carcinoma.

« Io ritengo — Egli scriveva — che fra il cancro del collo dell'utero ed erosioni della portio vi sia un rapporto diretto degno di considerazione sotto ogni punto di vista della profilassi ».

Quanta realtà, ancora oggi, in quel Suo concetto! Ed Egli lo suffragava scrivendo: « Non ricordo di aver mai osservato il cancro del collo in una donna che riportasse nella sua anamnesi ginecologica una amputazione del collo dell'utero; né sono riuscito a trovare nella Letteratura un solo caso di cancro del collo dell'utero impiantato su una cicatrice residua a quella operazione, o verificatosi in donna che avesse subito anteriormente una plastica del collo. Tutto questo mi autorizza a credere che l'amputazione del collo dell'utero possa costituire un rimedio profilattico per il cancro ».

Anche un altro Maestro della Ginecologia, il Bossi, nel 1913, con una nota comparsa su « Zentralblatt für Gynäkologie », facendosi forte di una casistica di ben 7000 casi in cui aveva compiuto l'operazione di plastica del collo, giammai aveva potuto osservare, anche dopo molti anni, lo sviluppo del cancro.

Fin dal 1913 Bossi, nel 1925 Spirito, hanno quindi sostenuto che per una efficiente profilassi del cancro del collo dell'utero bastava trovare il mezzo per impedirne lo sviluppo e propugnavano l'operazione di plastica che, oltretutto, è un intervento agevole e non pericoloso.

Ora si suggerisce, oltre all'amputazione, anche la semplice conizzazione del collo, con cono corto o lungo a seconda dei casi.

I due succitati Maestri concordavano nell'affermare e nell'avanzare la seguente accorata e pressante proposta: « Un'opera veramente umanitaria e clinicamente valida sarà, quindi, una propaganda per la profilassi del cancro del collo, che solleciti la tempestiva cura chirurgica delle lesioni benigne della portio uterina e della intera cervice; con tale operazione di amputazione del collo dell'utero — continuava Spirito — non solo si asportano le lesioni benigne esistenti, ma si asportano anche quelle aree che più facilmente sono sedi dell'inizio del cancro, cioè la mucosa cervicale e lo strato periferico dell'orifizio, dove l'epitelio da piatto diventa cilindrico; cioè quelle cellule maggiormente predisposte alla trasformazione cancerigna. L'epitelio pavimentoso della portio è più resistente alle infiammazioni e meno facilmente vulnerabile dal cancro, noi, sostituendo in tutto il collo l'epitelio pavimentoso al cilindrico, oltre all'aver rimosso i tessuti lesi, avremo anche costituito una efficace barriera di protezione contro il cancro. Comunque, — così Egli concluse nella sua nota — se le mie considerazioni non bastano, e se non bastano neanche i 7000 casi del Bossi, penso sempre che la prova si possa e si debba fare, sia per l'importanza del problema, sia per la benignità del rimedio ».

Ed Egli faceva appello non solo ai ginecologi per un'opera singola, ma, per un'opera più vasta, agli Enti ed alla Direzione Generale della Sanità Pubblica per la intensificazione di quei Centri per lo Studio del Cancro che in quell'epoca erano, almeno per il nostro Paese, ancora poco diffusi e scarsamente attrezzati.

È passato oltre mezzo secolo dal Suo grido di allarme e ben 65 anni dalla pubblicazione del Bossi, ed il problema è sempre attuale. Infatti, ancora oggi, che la diagnosi precoce del cancro dell'utero e specie del collo ha fatto passi da gigante, ancora oggi dicevo, l'amputazione del collo rimane non solamente il mezzo curativo più idoneo per le erosioni della portio e per altre sue lesioni apparentemente benigne, ma anche il mezzo profilattico più idoneo per impedire che erosioni o lesioni apparentemente benigne degenerino in lesioni maligne. Oggi, con il toccamento della portio uterina con una soluzione fresca di liquido di Lugol (test di Schiller) si riesce a mettere in evidenza le zone di epitelio sano (iodio-positive), dalle zone, se ci sono, con epitelio in alterazione leucoplasica (iodio-negative); con la colposcopia di Hinselmann, ingrandendo le immagini delle portio, specie dopo il test di Schiller, si evidenziano ancora meglio le zone sospette; oggi, dicevo, partendo da quella tale amputazione del collo preconizzata e suggerita da Bossi e da Spirito, e successivamente accolta e diffusa da molti Autori, tra cui naturalmente anche lo scrivente, sul collo sono suggeriti ed effettuati comunemente differenti tipi di prelievo.

La *biopsia mirata*, che consiste nella asportazione della zona sospetta, precedentemente localizzata con il test di Schiller, ed eventualmente confermata con la colposcopia.

La *conizzazione* o *conicizzazione*, che consiste nella asportazione circolare ed a cono della intera portio, più o meno estesa nel canale cervicale, e cioè: con *cono breve* in donne in età riproduttiva e se la lesione è solamente escocervicale; o con *cono lungo*

in donne in menopausa, o se la lesione è anche endocervicale.

La *amputazione del collo*, più o meno ampia, se esso presenta anche lacerazioni più o meno estese, come spesso residuano a parti più o meno ripetuti, specie se indaginosi o addirittura operativi.

Il tessuto ricavato dalle biopsie deve essere sottoposto ad attento e minuzioso esame istologico, meglio su sezioni seriate. Con tale esame si potranno constatare: 1°) displasia di basso, medio ed alto grado (quest'ultimo di gran lunga più pericoloso); 2°) carcinoma in situ; 3°) carcinoma in situ con iniziale invasione dello stroma; 4°) carcinoma microinvasivo; 5°) carcinoma invasivo.

* * *

Questi tre tipi di prelievo, ma specie le conizzazioni a cono lungo e le amputazioni, valgono non solamente a curare le lesioni in atto, ma, quel che più conta, il trasformarsi delle lesioni più o meno precancerigne in cancro vero e proprio; e, se il cancro è ancora allo stadio 0, varrà anche, e quasi sempre, come terapia di questa iniziale lesione cancerigna.

Naturalmente, quando ero assistente ed aiuto presso la Clinica di Siena, oltre ad aver visto praticare numerose volte tale amputazione del collo, l'ho praticata anche personalmente in centinaia di casi, sia per erosioni estese e tenaci, che per lacerazioni del collo. Molto più numerose sono state sia le conizzazioni, quasi sempre a collo lungo che ritengo più sicure per la profilassi, sia le vere amputazioni del collo per ampie e pregresse lacerazioni, da me direttamente e dai miei collaboratori eseguite nei 33 anni di attività clinica a Catanzaro. Nel caso di amputazione, il metodo preferibilmente usato è quello di Sturmdorf. Con tale mia esperienza, abbastanza vasta e lunga anche nel tempo, di quasi un cinquantennio, non posso che sottoscrivere, e con consapevole responsabilità, che la conizzazione a collo lungo, e specie l'amputa-

zione del collo, sono valse a guarire le lesioni non cancerigne già esistenti, e sicuramente ad evitare che su di esse si sviluppasse il cervico-carcinoma. Neanche a me è mai accaduto di riscontrare l'instaurarsi del cancro sulla cicatrice di una portio precedentemente e tempestivamente amputata.

Questa mia nota, che aveva come scopo principale quello di collegare il passato al presente, per quanto riguarda l'amputazione più o meno ampia del collo dell'utero quale validissimo ed oggi anche diffusissimo mezzo profilattico, mi esimerebbe dal parlare della attuale più facile diagnosi precoce, o del più facile sospetto che oggi si ottiene con la citodiagnostica esfoliativa di Papanicolaou, comunemente conosciuta come Pap-test. Ne accenno appena avendone già parlato diffusamente in una mia precedente nota, comparandola anche al test di Schiller ed alla colposcopia di Hinselmann.

Dato il tipo di questa nota dirò ancora che con tale recente validissimo e facilissimo metodo di indagine si sono realizzate altre due speranze espresse dal mio Maestro nella sua succitata nota che ha promosso questa mia, cioè: che oggi molto più agevolmente che non allora si arriva, e con la quasi certezza, alla diagnosi del cancro del collo dell'utero, con la relativa più facile e più idonea curabilità e guaribilità anche duratura; e che si sono diffusi questi auspicati Centri di ricerca.

Oggi, infatti, la Organizzazione Sanitaria per la lotta contro il cancro è molto più diffusa, anche se non ancora diffusissima e perfetta; perché tale, a mio modesto avviso, sarà solo quando il depistage potrà essere effettuato il più capillarmente possibile, e quando sarà completa la piramide organizzativa culminante in auspicabili Unità di Ginecologia Oncologica, in cui il ginecologo potrà essere coadiuvato, e preziosamente, dall'anatomo patologo, dal citologo, dal colposcopista, dal radioterapi-

sta, dal chemioterapista e dall'endocrinologo.

Se a tutta questa organizzazione si aggiungerà, come si sta cercando di ottenere, una sana e responsabile educazione sanitaria della donna, che con meritata fiducia si sottoporrà alle indagini innanzi descritte, solo allora forse si riuscirà probabilmente a debellare questo male, che ancora oggi miete, purtroppo ogni anno, migliaia e migliaia di vite umane.

RIASSUNTO

Dopo aver sottolineato come la conizzazione del collo dell'utero fosse stata proposta come metodo di profilassi del cancro del collo dell'utero fin dai primi decenni di questo secolo, in epoca

cioè antecedente alla messa a punto delle moderne metodiche di diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero, l'Autore sottolinea l'attuale validità di questo intervento chirurgico, sia dal punto di vista diagnostico che profilattico, rilevando tra l'altro come nelle pazienti sottoposte a questo tipo di intervento sia estremamente rara la successiva comparsa di un cancro del collo dell'utero.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Antoine T.: *Acta Cytol.*, 6, 173, 1962.
- 2) Boyd J. R., Royle D., Fidler H. K., Boyes D. A.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 85, 322, 1963.
- 3) Rummel H. H., Hartmann G., Braunig G.: *Geburt. Fraueilk.*, 31, 945, 1971.
- 4) Spirito F.: *Rinascenza Med.*, 2, 417, 1925.
- 5) Tortora M.: *Attual. Ost. Gin.*, 3, 1085, 1957.