

5. Besser G. M., McNeilly A. S., Anderson D. C., Marshall J. C., Harsoulis P., Hall R., Ormston B. J., Alexander L., Collins W. P.: *Brit. Med. J.*, 3, 267, 1972. - 6. Newton J., Collins W. P.: *Brit. Med. J.*, 3, 271, 1972. - 7. Katz M., Carr P. J.: *J. Gyn. Obst. Brit. Cwlth.*, 81, 791, 1974. - 8. Gangemi M., Velasco M., Tambuscio G.: *Comunicazione alla Riun. della Soc. Triveneta di Ost. e Gin.*, Montebelluna, 9 maggio 1976.

L'isterografia dopo taglio cesareo: valutazioni morfologiche e presupposti prognostici

D. DE SALVIA, F. MUSAJO, M. GANGEMI, S. VALENTE

Il travaglio di parto di una paziente precedentemente cesarizzata, viene sempre seguito con particolare attenzione e cautela, in quanto la valutazione delle possibilità di espletamento del parto per vie naturali, va fatta in base a numerosi fattori.

Si dovrà, infatti, tener conto delle motivazioni del precedente cesareo, dell'età della paziente, dello stato della pelvi, dell'utero, della storia dell'attuale gravidanza, della presentazione, e di ogni altro dato a nostra disposizione degno di rilievo.

È intuitivo che la valutazione dei dati di cui sopra, resterà per forza di cose, entro i limiti individuali del medico che assiste il travaglio.

Da ciò deriva la necessità di mettere a punto tecniche che permettano al medico di basare le proprie decisioni terapeutiche su dati precisi.

Un dato di basilare importanza riguarda le condizioni della cicatrice uterina.

Le indagini anatomico-patologiche hanno dimostrato che la cicatrice è inizialmente costituita da tessuto cellulare connettivo, che più tardi va incontro a jalinizzazione e retrazione. Se la guarigione avviene in modo ottimale, la cicatrice si può ridurre ad una sottile stria inglobata nella muscolatura.

Le complicanze postoperatorie non traggono tanto origine dal tessuto connettivo cicatriziale, quanto dalla frammentazione della muscolatura circostante, tanto che il danno è proporzionale all'entità della complicazione (^{1,2}).

Si può dunque affermare che i dati desumibili dall'anatomia patologica, non hanno un preciso significato prognostico, salvo che a posteriori.

L'isterografia come indagine volta a valutare la situazione del viscere uterino, in rapporto ad una precedente isterotomia, fu applicata per la prima volta da Baker (1955) (¹⁴). Numerosi autori seguirono poi il suo esempio. È intuitivo che, date le notevoli variazioni di tecnica di esecuzione del taglio cesareo (T.C.) e della isterografia stessa, è estremamente difficile ordinare i dati della letteratura mondiale. Infatti l'interpretazione del significato dei segni isterografici è ancora discussa.

Sono state descritte le seguenti alterazioni:

- 1) Una protrusione localizzata alla regione istmica, corrispondente alla cicatrice (menzionata da tutti gli autori).
- 2) Una fistola, evidenziata mediante una fuga del mezzo di contrasto attraverso la cicatrice, nello spazio parametrico o retrovescicale.
- 3) Difetti di riempimento.

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

- 4) Una dilatazione circolare localizzata nella regione istmica.
- 5) Una costrizione circolare localizzata nella regione istmica.
- 6) Un piegamento od una angolazione a livello della cicatrice.
- 7) Deformità diffuse dell'istmo con contorni irregolari.
- 8) Dilatazione ed allungamento dell'istmo.

Si è dimostrato ⁽³⁾ che la protrusione del liquido di contrasto corrisponde alla cicatrice. Una piccola protrusione del liquido di contrasto nel contesto del miometrio, indica che la cicatrice ha uno spessore inferiore a quello delle pareti.

Molti autori hanno avuto modo di osservare ernie o diverticoli ^(1,2,4,5), fistole in sede cicatriziale, verificate poi al tavolo operatorio ⁽⁶⁾ o ancora dotti epitelizzati aggettanti nel contesto della muscolatura, dimostrati dal reperto biptico ⁽⁷⁾.

Questa varietà di reperti ha portato ad una altrettanto vasta varietà di schemi di classificazione, proposti dai vari autori.

Mentre infatti vari autori ^(6,8,11,22,23) hanno adottato lo schema di Poidevin e Bockner (1958) ⁽³⁾, che divide le malformazioni in piccole e grandi a seconda che la irregolarità del profilo uterino sia rispettivamente al di sotto o al di sopra dei 5 mm, altri, come Camilleri e Coll. ⁽¹²⁾ dividono la loro casistica in tre gruppi; rispettivamente, piccole, medie e grandi deformità nella sede della cicatrice, per difetti fino a 3,6 mm ed oltre. Pasetto e Coll. ⁽¹³⁾ suddividono in ben quattro gruppi le possibili alterazioni e precisamente:

- a) Allungamento e dilatazione della regione cervico-istmica.
- b) Contorni irregolari della regione cervico-istmica con immagini di piccole spicule.
- c) Sporgenze sulla parete cervico-istmica.
- d) Sinechia sub-totale del corpo.

Per quanto riguarda poi la frequenza del riscontro isterografico di alterazioni della morfologia uterina, ricordiamo come Baker ⁽¹⁴⁾ ne riporti il 21% (24 casi), Poidevin e Bockner ⁽³⁾ il 100% (43 casi), Lapage e Coll. ⁽⁷⁾ il 22,72% di alterazioni cospicue, e deformazioni di più modesta entità nel 68,18% dei casi (un totale quindi pari al 91% circa, Pasetto e Coll. ⁽¹³⁾ riporta il 72% di deformazioni di varia entità, Boffano ⁽¹¹⁾ riporta deformazioni di vario tipo nel 76% dei casi, lo stesso Waniorek ⁽⁹⁾ nel 69% dei casi, Russel e Coll. ⁽¹⁵⁾ il 48% di deformità, Fontana e Coll. ⁽¹⁶⁾ alterazioni nel 59% dei casi.

Da tali dati risulta evidente quanto sia difficile, se non impossibile, una valutazione mediante uno schema rigido. Degno di nota è il raffronto tra dati isterografici dopo isterotomia, e dati isterografici ottenuti nel corso di indagini per la sterilità ^(17,24,25,26,27).

Risulterebbe infatti, che una protrusione laterale non sarebbe specifica di una isterotomia, mentre lo sarebbe una protrusione ventrale. Come pure non sarebbero specifici di esiti cicatriziali piccoli difetti di riempimento o leggere incurvature dell'istmo.

Le deformità isterografiche dopo isterotomia sono state messe in rapporto con i vari tipi di tecnica operatoria.

Poidevin ⁽³⁾ ha indicato come ottimale l'impiego di suture a punti staccati non comprendenti la decidua. Nel 100% dei casi trattati con tale metodica si aveva un reperto isterografico con profilo uterino regolare e piccole deformità.

Tulon trova che una sutura a punti staccati, interessante tutti gli strati, dia al controllo isterografico un reperto di medie e grandi deformità nel 37% dei casi, mentre quelle escludenti la decidua solo nel 7%.

Secondo altri ^(10, 19, 27, 28, 29, 30, 31) anche il numero degli strati di sutura sarebbe importante ai fini di un riscontro isterografico di deformità.

MATERIALE E METODI

Abbiamo sottoposto ad esame isterografico 28 pazienti che avevano subito in precedenza intervento di taglio cesareo nella nostra Clinica.

Gli isterogrammi sono stati eseguiti non prima di 6 mesi dall'intervento, questo perché entro tale tempo la cicatrice è ancora in evoluzione.

In tutti i casi l'esame è stato attuato nella prima metà del ciclo mestruale con una cannula a ventosa corta, in maniera da visualizzare il canale cervicale, impiegando un mezzo di contrasto liposolubile. La cannula viene gradualmente tirata in basso in modo da correggere eventuali difetti mobili di posizione del viscere.

Sono stati eseguiti 2 o più radiogrammi per ogni paziente esaminata; il primo durante l'iniezione a bassa pressione del mezzo di contrasto.

In tutte le pazienti è stato eseguito un radiogramma in proiezione laterale.

RISULTATI

La Tabella 1 riporta la nostra casistica.

In essa sono esposti non solo i dati emergenti dall'isterografia e raggruppati secondo le classificazioni più in uso ^(8, 9, 10, 13), ma anche i precedenti ostetrici (uno o più cesarei), il decorso post-operatorio e la tecnica chirurgica eseguita per ogni singola paziente.

Per quanto riguarda i casi da noi considerati la tecnica eseguita è stata varia al fine di valutare l'eventuale relazione tra i vari tipi di deformità della cicatrice e le tecniche della sutura della breccia uterina.

Dei 28 casi esaminati, 12 erano alla loro prima gravidanza, 2 avevano avuto, precedentemente al cesareo, un aborto al terzo mese seguito da svuotamento strumentale della cavità e 14 pazienti avevano avuto una o più gravidanze (queste in 8 casi erano già state espletate con T.C.).

Il decorso post-operatorio fu regolare in 22 casi, in 4 si ebbe un movimento termico definibile sub-febbrile ed in 2 francamente febbrile.

La sutura in un unico strato fu eseguita in 4 pazienti nessuna delle quali era già stata sottoposta ad intervento precedente.

Abbiamo riscontrato, su 14 primipare, 9 casi in cui vi era una piccola o nessuna deformità (rispettivamente 7 e 2 casi); in 5 casi le deformità erano medie o grandi. Nelle pluripare, 14 casi, 8 presentavano piccole o nessuna deformità (rispettivamente 4 e 4 casi); 6 presentavano medie o grandi deformità.

Accanto a queste alterazioni abbiamo preso in esame secondo la classificazione di Pasetto le condizioni di beanza o stenosi ed allungamento del canale cervicale e dell'istmo; nella nostra casistica esse compaiono in 10 casi.

Un allungamento della regione cervico-istmica è stato riscontrato in 3 casi; in relazione alle deformità della classificazione di Waniorek abbiamo rilevato che in una non vi era alcuna deformità, nelle altre due erano presenti una piccola ed una media deformità.

La stenosi cervico-istmica fu riscontrata in 3 casi: in 2 casi era associata a piccole deformità, in un caso ad una media deformità.

La dilatazione del canale cervicale è stata riscontrata in 6 casi: in 3 casi era associata a piccole deformità, in 2 casi a medie deformità, solo 1 caso non mostrava alcuna deformità.

Tab. 1.

Nome	N. cart.	Deformità		Allungamen- to R. cervi- co-istmica strie	Steno- si R. cervi- co- istmica	Dila- tazio- ne C. cervi- cale	Dila- tazio- ne del- l'istmo	Mal- forma- zioni ostetrici	Prece- denti ostetrici	Data T.C.	Data I.G.	Iterat.	Puerp.	Strati	
		piccole	grandi											I	II
A.R.	247/72									14-1-72	22-2-73				+
D.A.	316/72	+			+				0000	17-1-72	11-1-73	+			+
C.F.	325/72	+		+					0000	17-1-72	8-2-73		S.F.	+	
P.L.	494/72								0000	25-1-72	15-2-73	+	S.F.		
R.F.	742/72	+		+					0000	7-2-72	25-1-73				+
M.V.	991/72		+						0000	27-2-72	1-2-73				+
G.F.	1022/72					+			0000	26-2-72	8-2-73				+
R.A.	1117/72								0000	17-2-72	25-1-73		F.		+
G.F.	1171/72					+			0010	4-3-72	25-1-73	+	F.		+
P.L.	1237/72			+					0000	7-3-72	15-2-73				+
G.F.	1271/72		+						0000	9-5-72	19-4-73	+			+
M.L.	2597/72		+						0000	30-4-72	15-2-73				+
M.T.	2994/72								0000	22-5-72	5-4-73				+
U.G.	3521/71								0001	27-7-71	22-3-73	+			+
P.T.	3536/71						+		0001	3-8-71	10-1-73			+	+
C.N.	3637/72								0001	20-7-72	22-3-73	+			+
L.G.	3653/72			+					0001	28-6-72	10-5-73	+			+
Z.A.	3752/71			+				+	0000	10-8-71	12-4-73				+
M.L.	3822/71			+				+	0000	13-8-71	5-4-73				+
P.A.	4148/72			+					2012	25-8-72	10-5-73				+
Z.F.	4214/71			+					0001	4-9-71	26-4-73				+
B.A.M.	4270/72			+					0001	3-6-72	22-3-73	+			+
P.S.	4352/72			+					0000	4-8-72	8-3-73		S.F.	+	+
S.I.	4358/71			+					2012	11-9-71	19-4-73				+
B.M.	4617/72			+					0010	19-8-72	8-3-73				+
R.N.	4734/72			+					2012	17-8-72	17-5-73		S.F.		+
B.M.P.	5391/72			+	+			+	0001	1-10-72	5-4-73	+			+
B.D.	5658/72			+					0000	10-10-72	1-2-73				+

La dilatazione dell'istmo è stata notata in un solo caso, associata fra l'altro ad una piccola deformità.

Negli 8 casi di T.C. iterativo l'isterografia non ha documentato alterazioni in 3 casi; in uno si è notata una piccola deformità, mentre nei restanti 4 casi è stato possibile documentare una media deformità.

Correlando le due classificazioni si rileva che solo in 3 casi vi è una associazione di reperti.

Per quanto riguarda poi il raffronto dei nostri dati col decorso post-operatorio, non risultano esservi alterazioni isterografiche per i due casi a decorso febbrile, mentre per i tre che ebbero un lieve movimento termico abbiamo trovato in un caso nessuna alterazione, in un altro una piccola deformità e negli altri due media deformità.

Nei casi in cui fu eseguita una sola sutura la nostra casistica, assai limitata, ci mostra in un caso una piccola deformità, in tre casi media deformità.

In sintesi in 17 casi della nostra casistica non sono state trovate alterazioni degne di rilievo (nessuna o solo piccole deformità).

CONCLUSIONI

Per quanto riguarda la morfologia isterografica, non rileviamo una sostanziale differenza tra i nostri dati e quelli fornitici dalla letteratura.

Vogliamo sottolineare però, che se spesso vi è contraddizione tra questi dati, essa è prevalentemente da attribuire non all'esame in quanto tale, ma indubbiamente ad un differente criterio soggettivo nella valutazione dei quadri isterografici.

È il nostro, comunque, un modesto contributo statistico che conferma ulteriormente l'importanza e l'utilità dell'indagine isterografica nella valutazione delle reali condizioni di cicatrizzazione della sutura isterotomica.

Si può rilevare infatti che la media delle donne cesarizzate che in seguito partoriscono, per via vaginale, varia dal 25% al 49% a seconda degli AA. (^{16,20,22}).

Questa media non si discosta molto da quella dei reperti iconografici in cui le deformità sono assenti o appena accennate (tenuto conto che alcune indicazioni al T.C. possono persistere per tutte le gravidanze della paziente o che, in una stessa paziente, più accidenti ostetrici possono complicare le successive gravidanze, sì da rendere indispensabili ulteriori T.C.).

Non possiamo, pertanto, che auspicare una maggiore diffusione di questa semplice procedura diagnostica, il cui indubbio vantaggio è quello di fornire un dato obbiettivo sullo stato della cicatrice uterina, in base al quale poter, almeno, dissuadere da un tentativo di parto per via vaginale quelle pazienti che presentano grossolani difetti di cicatrizzazione.

RIASSUNTO

Gli Autori, dopo aver elencato quelle che solo le alterazioni morfologiche più frequenti della cavità uterina dopo isterotomia da taglio cesareo, ed aver considerato la percentuale di pazienti che, secondo la letteratura mondiale, partoriscono per via naturale dopo pregresso taglio cesareo, espongono i dati emersi da un'indagine isterografica svolta su un campione di 28 donne precedentemente cesarizzate.

BIBLIOGRAFIA

1. Ruiz-Velasco V., Rosas A.: *Rev. Franc., Gyn.*, 66, 83, 1971. - 2. Ruiz-Velasco V., Guerrero R., Morales A., Gamiz R.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 90, 222, 1964. - 3. Poidevin

- 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., Filipo 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