

## La diagnostica ultrasonica in senologia

C. GIORLANDINO

Il problema principale della senologia, a livello diagnostico, è sempre stato l'identificazione di una metodica non invasiva, affidabile, ripetibile, di costo ragionevolmente limitato e scevra da effetti collaterali lesivi.

Da queste necessità è nato l'interesse per l'ecomammografia, specie considerando i limiti della Th, dell'esame clinico e della mammografia.

L'utilizzazione degli ultrasuoni nello studio della mammella risale agli anni '50, con le prime esperienze di Wild; tuttavia la metodica ha raggiunto solo molto più recentemente risultati soddisfacenti e per il costituirsi di una vera e propria semeiotica ecomammografica e per il continuo miglioramento delle apparecchiature.

Oggi il medico ecografista può disporre di utili ausili tecnici, quali l'istogramma, il tracciato T-M, la flussimetria doppler, lo zoom in lettura e in scrittura. A nostro avviso è fondamentale disporre di un apparecchio in tempo reale, di facile e semplice uso (con sonde ad alta frequenza, comunque superiori a 5 mhz), sia esso lineare che settoriale, per la ricerca di massima del nodulo patologico (questo tipo di macchina è superiore alle altre per la ricerca della patologia cistica), utilizzando eventualmente il manuale per la definizione ulteriore della formazione.

Quest'ultimo tipo di apparecchio infatti, se pur più lento dei real-time a tutt'oggi mantiene una sua utilità e per la maggior definizione, legata al più alto numero di linee di vista, e per la migliore rappresen-

tazione, rispetto ai R-T, della cute e del grasso sottocutaneo.

I sistemi a scansione complessa e ritardo d'acqua (Octoson), che tante speranze avevano suscitato al loro apparire, non hanno avuto una reale diffusione, avendo come handicaps sia il costo elevato che un tempo di esecuzione discretamente lungo.

L'indicazione fondamentale della ultrasonografia, cioè la differenziazione tra solido e liquido, è oggi solo una piccola parte di quello che viene richiesto all'ecografista, cioè di differenziare la formazione cistica propriamente detta da quelle « sporche », cioè infette, emorragiche o con processi vegetanti e endocistici e di rilevare la presenza di segni ecografici di benignità o malignità a livello del nodulo solido studiato.

Estremamente interessante è la difformità dei risultati per ciò che concerne il nodulo solido maligno, specie di piccole dimensioni (essendo sempre le cistiche più che positive per ciò che concerne le formazioni cistiche).

Limitandoci ad esaminare gli atti del 2° Congresso Internazionale di Londra (1981) rileviamo le seguenti percentuali di affidabilità nella ricerca del carcinoma: Croff 85 % (tutti Ca); Rosner 75 % (tutti Ca); Kasuni 70 % (Ca localizzato); Wilson 61 % (Ca non palpabili) e 81 % (Ca palpabili); Kubayashi 85 % (T1).

Tale difformità di opinioni in campo internazionale si ripresenta, ovviamente, anche a livello italiano con Autori su tesi e percentuali nettamente divergenti, anche a parità di dimensioni della neoplasia.

Il perché di questa differenza di risultati

non è facilmente spiegabile e l'ipotesi che essa dipenda esclusivamente dalle dimensioni delle mammelle delle pazienti esaminate è senz'altro insoddisfacente e così pure l'ipotetica differenza di incidenza tra forme neoplastiche ad alto tasso di tessuti fibrosi e forme colloidali o medullari.

La maggior o minor facilità nel riconoscere un nodulo patologico mammario dipende dal contrasto sonoro tra la formazione ed il parenchima mammario. Tale contrasto è massimo nel caso di cisti e minore nei noduli solidi; tuttavia un cono d'ombra acustico distale genera un artificioso contrasto sonoro, ben visibile.

L'attenuazione acustica distale non è funzione del tipo di neoplasia ma, più realisticamente, del contenuto fibroso del nodulo e della sua distribuzione spaziale: tanto più alto è il quantitativo di fibre connettivali dell'eteroplasia e tanto più esse sono concentrate spazialmente, tanto più marcata sarà l'attenuazione acustica e pertanto meglio rilevabile l'alterazione.

Da questa ben documentata ipotesi ne deriva, come corollario, la minor facilità nel rilevare le forme medullari e colloidali, specie nel contesto di una mammella in fase displastica fibro-adiposa, anche ricercando i segni minori, a livello del parenchima normale, quali i lobuli grassosi anarchici perineoplastici, la scomparsa del grasso sottocutaneo, l'interruzione o il depiattamento delle travate fibrose di sostegno della ghiandola.

L'ultimo problema da affrontare è quello della posizione dell'ecografia nel contesto

degli esami strumentali in senologia: è mai accettata la tesi secondo la quale i noduli palpabili meritano un approccio ecografico, in quanto la metodica è spesso risolutiva ai fini diagnostici e comunque non lesiva e non pregiudicante le successive indagini, per le quali fornisce costantemente una qualche informazione.

Per ciò che concerne invece le più formazioni neoplastiche non palpabili il ruolo degli US è verosimilmente più limitato poiché per rilevare questo tipo di nodulo è necessario disporre di un apparato di grandi prestazioni, effettuare un'indagine cronologicamente lunga, con operatori altamente qualificati e quindi con un costo complessivo estremamente elevato per dei risultati ancora discutibili e comunque verosimilmente, in linea di massima e con le debite eccezioni, non superiori a quelli ottenibili con una normale mammografia.

Da quanto sopra detto appare evidente come se l'ecografia è l'indagine di prima istanza di fronte ad un nodulo mammario palpabile, altrettanto non possa dirsi metodica di screening, con l'evidente eccezione dei seni densi giovanili o displastici e dei follow-up, mentre può tranquillamente essere considerata una più che valida metodica integrativa dell'indagine radiologica (non una sua alternativa) anche in considerazione del rapporto costi-benefici.

Questo è, a nostro avviso lo stato attuale dell'arte, anche se il miglioramento tecnologico verosimilmente, condurrà tra non molti anni al superamento di quanto sopra esposto.