

PROBLEME ACTUALE DE PRACTICĂ MEDICALĂ

Clinica chirurgicală din Tîrgu-Mureș (cond. Prof. Z. Pápai)

PROCEDEE CURENTE DE EXAMINARE IN DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL AFECȚIUNILOR MAMARE

F. Nagy, T. Schapira, K. A. Keresztessy

Experiența arată că și astăzi cele mai valoroase procedee în diagnosticul afecțiunilor mamare sînt inspecția și palparea (2, 15, 25, 26, 28). În unele cazuri însă aceste procedee de examinare nu sînt suficiente. Simptomele tumorilor benigne și a numeroase procese inflamatoare prezintă aspecte similare cu cele ale apariției cancerului mamar. Structura mamelei la fel ca și procesele fiziologice ale țesutului glandular pot să mascheze deseori simptomele precoce și altminteri destul de sărace ale cancerului. Cînd deasupra unui nodul, pielea se adîncește în formă de pîlnie, cînd mamelonul se infundă și nu poate fi scos în afară, cînd mamela desfigurată aderă de mușchiul pectoral și cînd ganglionii limfatici axilari au o consistență cartilagineasă, atunci diagnosticul este ușor de stabilit, dar din nenorocire este prea tardiv. De aceea trebuie să utilizăm toate mijloacele de investigație ce ne stau la dispoziție pentru a reuși să stabilim un diagnostic cît mai precoce și precis. Unul dintre aceste procedee este examenul radiologic.

În ultimul an toate bolnavele care s-au prezentat cu afecțiuni ale sinului au fost supuse următoarelor procedee de diagnostic radiologic.

1. radiografia simplă a sinului (mastografia);
2. umplerea perimamara cu aer (pneumomastografia);
3. umplerea canalelor lactogene cu substanță de contrast (galactografie).

În cele ce urmează relatăm observațiile noastre.

Mastografia

Mulți autori subliniază că mastografia executată în două direcții poate constitui un ajutor prețios. (Gross, Burg, 7, 8, Amalrich Clément, Santamaria și alții, 1, 7, 13, 19, 18, 21) în diagnosticul afecțiunilor glandei mamare.

În cursul acestui examen este foarte important să se facă comparația în două direcții a ambelor glande.

Am efectuat mastografia în cazuri de afecțiuni mamare diferite.

G. E. (Foaia de obs. nr. 2216), femeie în etate de 37 de ani prezintă în sinul stîng un nodul palpabil de mărimea unei nuci verzi, cu marginile șterse. Mastografia prezintă aspectul caracteristic al tumorilor maligne. Țesutul tumoral dă o opacitate mult mai intensă decît țesutul mamelar normal. Marginile sînt mai luminoase și continuă în prelungiri fasciculare. Și umbrele calcificate, punctiforme, indică prezența unei leziuni maligne. Diagnostic histologic: epiteliom mucipar.

B. E. (Foaia de observație nr. 2405) în etate de 40 de ani, observă cu 10 luni înainte de internare că sinul drept : se tumefiază avînd junghiuri și febră. Medicul o tratează pentru mastită (inflamația sinului). Hiperemia și durerile scad în intensitate. La examen se constată că mamela dreaptă este cu mult mai mare decît cea stîngă, consistentă, ușor bombată, convexă, pielea inflamată, nedureroasă. Mamelonul este infundat. În regiunea

axilară se palpează un ganglion limfatic de mărimea unei nuci. Radiografia arată prezența unei tumori maligne (opacitate intensă cu prelungiri mai luminoase, având marginile șterse). Se intervine chirurgical. Diagnostic histopatologic: epiteliom nediferențiat.

K. J. (Foaia de observație nr. 2089) în etate de 59 de ani prezintă simțul stâng deformat, iar deasupra mamelonului se palpează o formație nedureroasă, elastică, albăstruiă, proeminentă, de mărimea unei nuci verzi. În spatele acesteia formație se palpează o altă formație, cu suprafața netedă, neaderind de parenchimul mamelei. Raportul dintre cele două formații nu poate fi determinat cu precizie. După efectuarea unei puncții, implem formația chistică cu puțină substanță de contrast și aer. În felul acesta am reușit să obținem indicații mai numeroase despre caracterul leziunii. La baza celor două chisturi destul de mari, care comunică între ele, se observă o formație bombată, concavă proeminentă de mărimea unui bob de porumb (fig. nr. 1). Diagnostic: chist mamar cu formațiune papilară. Dat fiind că procesul este extins asupra întregii mamele executăm mastectomie. Diagnostic histopatologic: fibroză mamară.

Bazindu-ne pe observațiile noastre rezulta că mastografia prezintă avantaje, deoarece necesită timp puțin, fără să solicite în mod special organismul bolnavilor și poate fi executată în unități spitalicești mai mici. Ea constituie un ajutor valoros pentru chirurgii practicieni în diferențierea cancerului față de nodulii mastopatiei, oferind posibilitatea de a decela și într-o mamelă un nodul mic malign, sau de a determina într-un sân secretant nodulul malign sau locul unei alte tumori neelucidate.

Interpretarea mastografiei s-a făcut prin încadrare în tabloul clinic și cu datele unui examen minuțios al bolnavilor. Datele din literatură consideră că acest procedeu este precis și dă rezultate sigure, într-o mare proporție (*Dohrmann și Labusch* 86,6%, *Gershon-Cohen* 90—95%) (13). În practica noastră, atunci când observația clinică a trezit suspiciunea de tumoare și radiografiile nu au fost cert pozitive, am considerat ca valabil pronosticul cel mai sever, adică leziunea cea mai gravă și procedând în consecință, am aplicat un tratament antitumoral.

Dacă observația clinică nu a pus în evidență o leziune malignă dar radiografiile au indicat prezența acesteia, atunci am optat pentru executarea intervenției radicale (examele histopatologice au confirmat până acum justetea punctului nostru de vedere).

Pe baza rezultatelor obținute timp de un an în mai mult de 50 de cazuri, considerăm că mastografia este un procedeu auxiliar deosebit de prețios.

Pneumomastografia

Mastografia negativă constituie un mijloc mai ușor pentru crearea contrastului de umbre, opacitate, necesar la diagnostic. Gazul introdus în spațiul din jurul ganglionilor, adică în regiunea anterioară și posterioară a mamelei umple fisurile tisulare făcând astfel vizibile deformările ganglionare.

Acest procedeu a fost publicat în anul 1913 de Solomon, iar mai târziu în 1923 *Kleinschmidt*, iar în 1933 *Vogel* au relatat rezultate obținute în urma aplicării lui. În 1947 unii autori americani l-au preluat (*Leborgne, Gershon-Cohen, Ingleby, Sigris*) și printre alții *K. Kratochwil* a efectuat pneumomastografii în mod sistematic (23).

Ca substanță de contrast s-a utilizat aer, oxigen, azot și acid carbonic.

Noi am efectuat umplerea perimamara pe un teritoriu în prealabil pregătit, folosind, un ac lung, subțire și elastic care se utilizează de obicei în

anestezie locală. Am injectat foarte încet aproximativ 300—400 ml oxigen în regiunea preamamara și postmamara. Oxigenul introdus în șanțul retro-mamar și în marginea anterioară a mușchiului pectoral a bombat sinul și ridicându-l de la bază a provocat o tensiune ușoară. Rareori gazul poate să patrundă și sub pielea gâtului dar de cele mai multe ori în interval de o zi și jumătate se absoarbe fără urmă. Experiența noastră ne îndreptățește să afirmăm ca procedeul este lipsit de riscuri.

Transparența fibrolipomului și mai ales a lipomului este cu ceva mai mare decât a țesutului fundamental, dar acest fapt nu poate fi pus în evidență pe o radiografie simplă. Pneumomastografia ne ajută însă să diferențiem în mod sigur fibrolipomul de țesutul normal.

Z. A. (Foaia de obs. nr. 2037) în etate de 23 de ani simte de un an o tumoare de mărimea unei nuci în sinul drept. La pneumomastografie se vede că tumoarea este bine circumscrisă (Fig. nr. 2). Diagnostic clinic fibroadenom. Se execută secțiune sectorală. Diagnostic histopatologic: fibroadenom intracanalicular.

Țesutul tumoral da o opacitate mult mai pronunțată decât țesutul mamar normal, iar după umplerea cu aer putem obține imagini foarte nuanțate. *Leborgne, Gros, Sigrist* consideră că umbrele multiple, calci-noase, punctiforme, care se localizează pe opacitatea tumorală pledează pentru cancerul mamar. Potrivit observațiilor noastre în același fel trebuie interpretată și rarefierea ce apare pe teritoriul umbrei mai închise a părților moi. Acest semn indică necroza prezentă în țesutul tumoral.

G. C. (foaie de obs. nr. 2039), femeie în etate de 42 de ani simte înainte cu patru luni de internare o tumoare care a apărut brusc în sin după un traumatism toracic suferit. La examen se constată că forma mamelei stângi e schimbată. Deasupra areolei mamare pe un teritoriu cit pulpa unui deget se vede o formație concavă de culoare albastruie această formație înflorează straturile cutanate, este consistentă la palpare, umple întreg sinul și poate fi bine mișcată deasupra bazei. Radiografia executată după umplere cu oxigen și după efectuarea puncției elucidează diagnosticul. Diagnostic clinic: tumoare malignă cu necroză internă. Rezultatul examenului histologic făcut după mastectomie: epitelom nediferențiat.

În cursul unui an am executat 35 de pneumomastografii după procedeul acesta.

Bazându-ne pe observațiile noastre credem că procedeul poate fi utilizat cu succes pentru elucidarea aspectelor mai fine în multe leziuni ale țesutului mamelar (starea straturilor subcutanate, forma tumorii, părțile marginale ale ei, raportul față de țesutul și de mușchiul pectoral etc.).

Procedeul poate fi ușor efectuat asigurându-se condiții corespunzătoare chiar și în unitățile spitalicești mai mici (experiență în interpretarea rezultatului, tehnică chirurgicală calificată, examen histologic).

În nici unul din cazurile noastre nu am observat complicații neplăcute.

Galactografia

Mamela secretantă singurândă cauzează multa neliniște bolnavelor și o deosebită îngrijorarea medicilor.

În asemenea cazuri cea mai judicioasă atitudine este ca medicul să îndrumeze bolnavă într-un spital unde pot fi executate și examinări mai fine în vederea diagnosticului diferențial. Un procedeu ce se utilizează

în astfel de situații este galactografia. Metoda aceasta a fost elaborată de *Ries* în 1930, dar nu a fost aplicată decât în 1937 de *Hicken*. De atunci numeroși autori au folosit-o și studiat-o (3, 4, 12, 17, 21, 24, 34) constatănd în unanimitate că este foarte utilă la examenul sîmului hemoragic. Pe baza galactografiei se poate determina de cele mai multe ori caracterul circumscris sau difuz al leziunii și datorită acestui fapt extinderea intervenției chirurgicale (simplă excizie sau intervenție radicală).

Secreții patologice am observat în cele mai variate leziuni mamare. Din nenorocire nu se cunoaște încă îndeajuns de bine faptul că acest simptom ascunde întotdeauna o leziune anatomică gravă.

De regulă fiecare sîn cu secreție patologică trebuie considerat de stare precanceroasă.

În ceea ce privește atitudinea de adoptat chirurgii susțin două puncte de vedere. Unii dintre ei, în caz de galactogramă pozitivă, consideră că este necesar să extirpeze porțiunea afectată a sîmului, alții susțin că în caz de sîn hemoragic este necesară amputarea sîmului (mastectomia). Noi, analizînd aprofundat întreg tabloul clinic am executat mai degrabă excizie și numai în cazurile în care mastografia era incertă, prezentînd aspecte difuze cu focare multiple am optat pentru mastectomie.

Examinările noastre au fost efectuate cu preparatul indigen Jodopac III, (64,6 gr sare de sodiu a acidului 3 acetilamino 2, 4, 6, trioid benzoic în soluție apoasă). În ziua premergătoare operației am analizat întotdeauna sensibilitatea bolnavelor față de iod. Substanța de contrast nu cauzează tulburări celulare, este destul de viscoasă astfel încît pătrunde și în interspațiile cele mai mici. Are un spectru de absorbție larg, se absoarbe repede fiind potrivită pentru mastografie.

Umplerea canalelor lactogene trebuie să se efectueze în condiții de asepsie riguroasă. După spălarea regiunii mamelonului fără executare a unei anestezii complicate (rareori mamelonul se badjonează cu cocaină 2%) căutăm canalele lactogene. Într-unul din aceste canale, dilatat, din care se evacuează secreție introducem un ac fin cu vârful bont, injectăm încet 2—5 ml de substanță de contrast apoi facem radiografie bilaterală.

În cel mai rău caz bolnavele s-au plîns de o senzație de tensiune trecătoare sau de ușoare dureri. Tumorile mici nepalpabile, de mărirea unui bob de linte sau de mazăre, diagnosticate cu ajutorul mastografiei pot fi îndepărtate fără amputarea sîmului prin intervenții mai mici, în cazul cînd examenul histologic nu arată o leziune malignă.

K. M. (foaie de obs. nr. 1901) în etate de 34 de ani a suferit cu 6 luni în urmă un traumatism la sînul drept. La examen se constată că ambii sîni sînt mai bogăți în glande, puțin dureroși la apăsare. Din sînul drept se evacuează la apăsare un lichid seros. (2—3 picături) În regiunea subaxilară nu se constată nimic patologic. Mastografie: 3 ml de substanță de contrast umplu complet căile lactogene ale patratului superior extern dilatat. Într-unul dintre canalele lactifere substanța de contrast se oprește (fig. nr. 4). Diagnostic clinic: papilom intracanalicular. Se execută excizie. Se observă caile lactogene dilatate pline cu o formațiune papilomatoasă de aproximativ 4x8 mm (fig. 5). Diagnostic histologic: papilom mamar proliferativ.

Mastopatia chistică este însoțită deseori de hemoragii. Acest simptom sporește răspunderea medicului care și altminteri îi cauzează îngrijorare la stabilirea caracterului definitiv al leziunii de bază. Și în aceste cazuri o mastogramă bună poate fi de un folos real.

G. E. (Foaia de obs. nr. 2165) în etate de 37 de ani se plînge că de 4 ani din ambii sîni se evacuează o secreție care la început a fost alburi apoi verde închisă. Umplerea cu Iodopac III și examenele hormonale întregesc simptomele clinice. Diagnostic,



Fig. nr. 1. - M. I. (foaia de obs. 2080) radiografic excuțată după puncție. Diagnostic: chist mamar, cu aderențe papiloase.



Fig. nr. 2. Z. A. (foaia de obs. 2037) puncu-
momastografie. Diagnostic: fibroadenom
mamar.



Fig. nr. 3. - G. C. (foaia de obs. 2039)
pncu-momastografie după puncție. Diagnostic:
cancer mamar.



Fig. nr. 4. - K. M. (foaia de obs. 1901)
mastografie. Diagnostic: papilom intraductal.



Fig. nr. 5. - K. M. (Foaia de obs. 1901) aderență papilooasă locali-
zată într-un canal lactogen dilatat.

mastopatie fibrochistică. Propunem un tratament conservativ (testosteron), ținind bolnava sub observație.

Umplerea cu substanță de contrast a căilor lactogene necesită multă răbdare și minuțiozitate, dar oferă în schimb un ajutor eficient în diagnosticul leziunilor mamelare manifestate prin secreții patologice.

Concluzii: Bazându-ne pe observațiile noastre clinice, putem stabili că examenul radiologic al sîinului constituie un procedeu prețios în diagnosticul afecțiunilor și tumorilor mamare.

Am prezentat trei procedee: mastografia, pneumomastografia și galactoforografia.

Coroborînd datele obținute în urma examinărilor cu tabloul clinic se obține posibilitatea aplicării unei conduite terapeutice juste.

Sosit la redacție: 6 martie 1962.

Bibliografie

1. AMALRICH R., CLEMENT R., SANTAMARIA F.: J. de Rad. et d'Elect. (1957), 38, 992; 2. COSTACHEL O., MATEESCU M., ZINCA V.: Probleme de Oncologie, Edit. de Stat, București (1953); 3. DEGRELL I.: Magyar Sebészet (1958), 4, 193; 4. DEGRELL I.: Magyar Onkologia (1959), nov.; 5. DEGRELL I.: Orvosi Hetilap (1958), 24, 823; 6. ERDHEIM: Zbl. für Chir. (1927), 3; 7. GROS M. CH.: Mém. Acad. Chir. (1953), 79, 29—30, 742; 8. GROS CH., BURG S.: J. de Rad. et d'Elect. (1957) 38, 11—12, 1084; 9. GROS CH., BURG S.: J. de Rad. et d'Elect. (1956) 37, 9—10, 772; 10. GROS CH., BURG S.: J. de Rad. et d'Elect. (1957) 38, 769; 11. GROS CH., SIGRIST R.: Fortschr. Röntgenstr. (1954), 80, 1; 12. GROS CH., BURG S.: J. de Rad. et d'Elect. (1956) 37, 7—8, 656; 13. HACHE H., SCHUMANN D. H.: Zbl. für Chir. (1961) 33, 1803; 14. JAKOBOVITS A.: Orvosi Hetilap (1957) 17, 438; 15. JANISEVSKI V. J.: Probleme de Oncologie, Edit. Cartea Rusă (1951), II, 67—78; 16. JANISEVSKI V. J.: Szovj. Orv. Tud. Ref. Szemle (1954) okt. 347; 17. KASTRUP H.: Zbl. für Chir. (1951) 9, 577; 18. KOHLER J.: Zbl. für Chir. (1959) 84, 662; 19. KRATOCHVIL K.: Wiener Med. Wschr. (1954), 15, 308; 20. KRATOCHVIL K.: Zbl. für Chir. (1957) 2, 49; 21. KRATOCHVIL K.: Zbl. für Chir. (1957), 82, 49; 22. KRATOCHVIL K.: Zbl. für Chir. (1960) 85, 54; 23. KRATOCHVIL K.: Zbl. für Chir. (1961) 33, 1815; 24. MINTZ: Zbl. für Chir. (1930) 1220; 25. MOLDOVAN J., ROSNER D.: Indreptar pt. dg. precoce al cancerului. Edit. Med. (1957), București, 186; 26. MOLNAR B.: A rák korai diagnosztikája, Medicina, Budapest (1959); 27. MUNTEAN E.: Fortschr. Röntgenstr. (1954), 6, 81; 28. NANA A., MIRCIOIU C., PANA C.: Chirurgia (1955) 4, 26; 29. PRIBRAM: Dtsch. med. Wschr. (1919) 39; 30. PETROV N. N.: Hirurgia (1952), I, 31. ROSNER D., ILIESCU F., PASCU F.: Probleme de Oncologie. Editura de Stat, București (1953), 393; 32. SCHONBAUER L., WINKLER E.: Zbl. für Chir. (1953) 49; 33. SIGRIST R., BURG S.: J. de Rad. et d'Elect. (1957) 38, 5—6, 389; 34. STALH J.: Zbl. für Chir. (1952) 43, 2021.