L'ulcera gastrica quale causa predisponente del cancro

G.

Macchioro

Ospedale Maggiore Trieste, IV Divisione Medica (Prim. Prof. Gino Macchioro)

Il problema della cancerizzazione dell'ulcera benigna gastrica non è soltanto interessante per la teoria generale dei tumori, ma ha un'importanza pratica notevolissima per le ripercussioni immediate sulla condotta terapeutica.

Per impostare dal lato pratico il problema dovremo considerare la possibilità e la frequenza reale di questa complicazione.

Notoriamente alcuni Autori affermano che, in realtà, trattasi sovente di cancri ulceriformi, per lo più carcinomi, piatti, con precoce ulcerazione; altri, al contrario, ammettono che moltissimi cancri sieno insediati su un'ulcera, ma che la progressione neoplastica abbia precocemente soverchiato tutti gli elementi anatomici dell'ulcera stessa, cancellandola.

Conseguentemente il problema della frequenza ha avuto valutazioni molto discordi o addirittura contrastanti.

Così Steward afferma che nel 16% dei carcinomi da lui esaminati era dimostrabile l'origine da ulcere peptiche; secondo Newcomb la frequenza è del 13%; secondo Dible e Willis del 6% circa; secondo Morgan e Lee del 1%. Percentuali molto basse sono state messe in rilievo da Autori italiani, come Bastianelli, Pettinari ecc.

Le ragioni che determinano l'insorgenza del cancro sull'ulcera non sono ben chiare: in genere viene ammesso che l'ulcera avrebbe, al più, un valore determinante. Che essa non rappresenti certo il solo fattore causale è dimostrato dal fatto che acquistano carattere maligno solamente le ulcere situate nelle sedi di elezione del cancro.

Basta pensare alla spiccata immunità del duodeno al cancro, sede frequentissima di ulcere e di infiammazioni mucose.

245 Congress

Macchioro

377

Si è giustamente rilevato l'importanza delle rigenerazioni epiteliali, sovente atipiche, del contorno periulcera, che potrebbero rappresentare il terreno sul quale si origina il neoplasma.

La gastrite periulcerosa, non raramente presente (seppure Konjetzny osservi come la gastrite carcinomatosa differisca da quella ulcerosa), forse influisce su queste zone mucose rigenerative in quanto apporta irritazione e induce deviazioni di carattere metabolico.

Le indagini da noi esperite sull'argomento in questione, si sono estese su un periodo di otti anni (1947-1955); consultando i protocolli del IV Reparto Medico da me diretto, dei due Reparti Chirurgici e dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Ospedale Maggiore di Trieste.

Nei Reparti di chirurgia sono state operate, durante tale periodo, 387 pazienti affetti da ulcere gastriche, e più precisamente 318 di sesso maschile e 55 di sesso femminile: è stato accertato, con la documentazione del controllo biotico e dell'esame istologico completo, la

degenerazione maligna dell'ulcera in 16 pazienti, vale a dire in 9 uomini e in 7 donne, in definitiva del 4.1% dei casi studiati.

Di tali 16 pazienti, 5 (3 uomini e 2 donne) sono stati studiati nel IV Reparto Medico e trasferiti nei Reparti Chirurgici per l'intervento operatorio.

La diagnosi nei nostri casi è stata formulata specialmente basandoci sull'anamnesi e sul controllo radiologico.

E inutile affermare che la diagnosi di malignità può essere, nei casi iniziali, solo sospettata. Tale sospetto ci è parso spesso convalidato dal graduale modificarsi del decorso clinico, prima tipico per l'ulcera; dal modificarsi del ritmo del dolore che diventa talvolta più continuo, meno sensibile ai medicamenti antiulcera, i quali fino allora esercitavano un costante effetto benefico; dalla diminuzione dell'appetito, dall'insorgenza di uno stato anemico e di cospicua stanchezza, dall'età del paziente (sebbene nella nostra casistica esiste un paziente con ulcera-cancro a 32 anni!)

Naturalmente nessuno di questi sintomi sono indizi sicuri della cancerizzazione dell'ulcera.

Non diversamente anche il quadro radiologico, fuorché nei casi conclamati, non ci dà la certezza diagnostica; ma esso ci fornirà qualche elemento in più del semplice sospetto, se riuscirà a documentare un'ulcerazione di grandi dimensioni, la rigidità della parte, le irregolarità del rilievo mucoso, dei margini e del fondo della nicchia.

Gli esami collaterali che ci sono sembrati utili per l'orientamento diagnostico, è stata la tendenza della velocità di sedimentazione ad aumentare inoltre, specialmente, la presenza di sangue nel succo gastrico estratto (quando naturalmente non si tratti di un'ulcera che abbia sanguinato), rilievo già da me segnalato in un mio lavoro molti anni or sono (1933).

Il grado di acidità determinato con l'esame del succo gastrico frazionato dopo istamina, non rappresenta un valore assoluto per la diagnosi considerato che notoriamente, nel 40% circa dei casi di cancro si può trovare una discreta secrezione acida.

In conclusione il problema dell'ulcera – cancro rimane ancora insoluto: anche qui i fattori oncogeni fondamentali attualmente, purtroppo, sconosciuti, dominano questo capitolo e lo rende così incerto.

Krondl, A., J. Knobloch and J. Vikičický: Gastroenterologia 5ö, 378, 1956

County Hospital, Ústí n/L, Medical Dept. District Hospital, Prague-Bulevka, Czechoslovakia

The Cytologic Examination of the Gastric Content and its Value in the Early Diagnosis of Gastric Cancer

By A. KRONDL, J. KNOBLOCH and J. VIKLICKÝ

One of the unsolved problems is the early diagnosis of gastric cancer. Every method that may prove helpful should be tested. Recently the search for cancer cells in the gastric juice introduced by Papanicolaou and his followers has been widely accepted.

His method was verified by us in 315 patients with gastric and duodenal diseases. Method used at Prague: a sample of juice from fasting subjects was fixed in alcoholether, smeared and stained according to the method of May-Grünwald and Giemsa.

Method used at Ústí n/L.: After obtaining the samples from fasting subjects the routine histamine test was performed. During this test the gastric juice was neutralised with 1.3% Na₃CO₂. The samples were aspirated as usual. (This is a modified Tomenius method.) Further procedure was the same as noted above.

No substantial differences in the evaluation of the smear could be found.

The results were:

In 95 patients the gastric cancer was confirmed histologically or by means of laparotomy or by X-rays.

In 40 patients (42.1%) the examination was positive, in 9 (9.5%) very suspicious, in 6 (6.3%) dubious, in 40 (42.1%) negative.

In 220 patients without apparent gastric cancer the examination was positive in 17 (7.8%) cases, very suspicious in 12 (5.45%), dubious in 15 (6.75%) and negative in 176 (80%) cases. The false positive results were found in various gastric and duodenal diseases.

Twice the cytologic examination disclosed the gastric cancer earlier than the X-rays. In the first case the X-rays showed only a gastric ulcer. In the second the X-rays were negative in spite of postresectional relapsing cancer. In the case of cirrhotic cancer it fails to disclose the malignant disease. The method may prove most useful in the case of slowly developing cancer (Gutmann) and in recurrences of cancer after gastric resection.