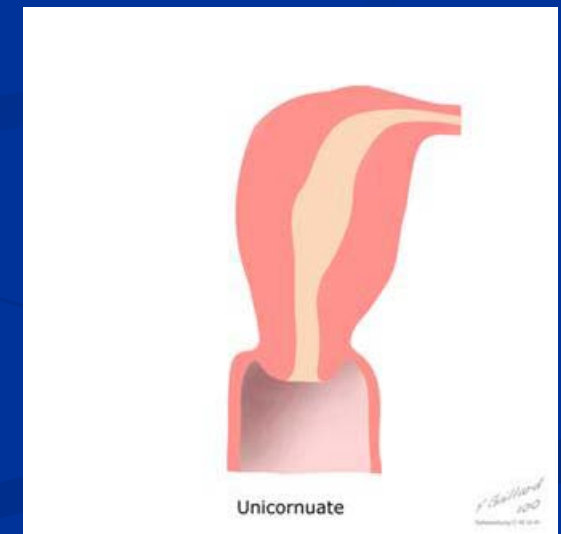
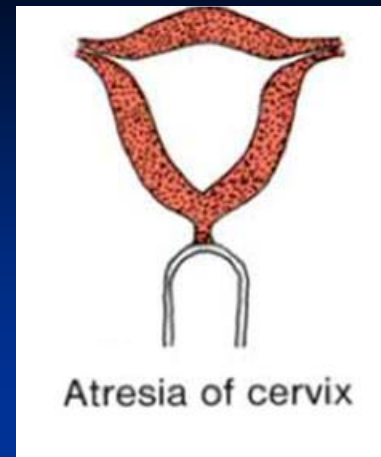


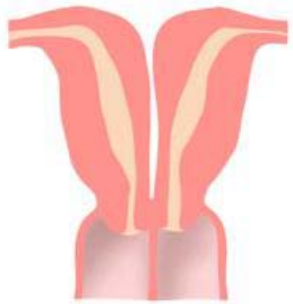
PATOLOGIA UTERULUI **MALFORMAȚII**

Hipoplazia (atrezia) uterină = dezvoltare insuficientă care poate interesa colul uterin/ corpul uterin / uterul în totalitate.

Uterul unicorn = corp uterin subțire care se termină cu o singură trompă



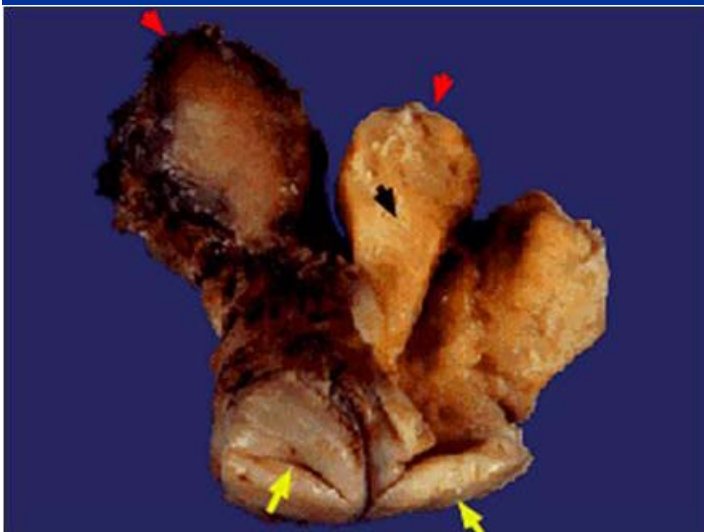
- **Uterul dublu** = două utere care sunt complet separate între ele, fiecare continuându-se cu propriul vagin.



Didelphys



- **Uterul bicorn** = existența a două corpuri uterine separate, care se pot continua cu un col unic / cu două coluri acolate.



PATOLOGIA COLULUI UTERIN

LEZIUNI INFLAMATORII

Cervicitele = leziuni inflamatorii ale colului uterin.

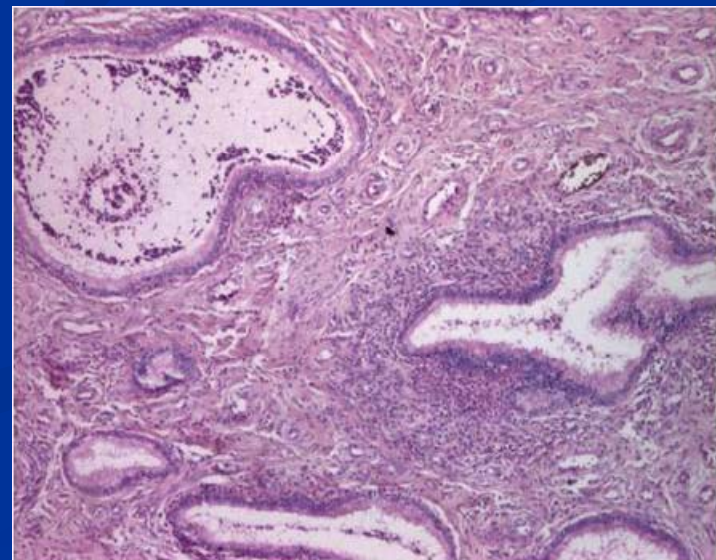
- afectează în special femeile aflate în plină perioadă de activitate genitală, practic sunt prezente la majoritatea multiparelor.

CERVICITELE ACUTE

M: col tumefiat, mucoasa congestionată, uneori prezența de exulcerații/ulcerații; din canalul cervical se scurge material cu aspect muco-purulent/net purulent.

m: hiperemie, edem și infiltrat cu PMN → microabcese.

- epitelile de acoperire și/sau căptușire – ulceratii cu adâncime variabilă.



CERVICITELE CRONICE

- **Cervicitele cronice nespecifice**

M: congestie, edem și secreții reduse cu caracter purulent; exulcerații / ulcerații, chisturi glandulare (Naboth); mucoasa endocervicală poate hernia prin canalul cervical = ectropion.

m: infiltrat inflamator subepitelial și modificări degenerative și regenerative ale epitelilor: metaplazie scuamoasă, hiperplazii glandulare și dilatații chistice glandulare.

- **Cervicitele cronice specifice**

- **Cervicite tuberculoase** - secundar unui focar de vecinătate

M: ulcerație serpinginoasă/ vegetantă/ miliară/ forma interstițială.

m: leziuni similare celor descrise în alte localizări.

- **Cervicita luetică**

M: primoinfecție sifilitică - șancru de inoculare;
sifilisul secundar - plăci mucoase,
sifilisul terțiar - gome sifilitice.

m: leziuni asemănătoare celor descrise în alte localizări.



I. TUMORI EPITELIALE

LEZIUNI SCUAMOASE

Benigne: condilomul acuminat

Maligne

-Leziuni intraepiteliale scuamoase: CIN I, CIN II, CIN III

-Carcinomul scuamos: cheratinizat, necheratinizat, verucos, condilomatos, bazaloid, cu celule fusiforme, papilar (tranzițional), limfoepitelial.

LEZIUNI GLANDULARE

Benigne: polip endocervical, papilom mullerian.

Maligne:

-Leziuni intraepiteliale glandulare: AIS

- Adenocarcinomul: mucinos (endocervical, intestinal, cu celule inel-cu-pecete), endometrial, cu celule clare, adenocarcinomul cu deviație minimă (adenomul malign), viloglandular (papilar) bine diferențiat, seros, mezonefric.

II. TUMORI MEZENCHIMALE:

Benigne: leiomiomul și alte tumori mezenchimale benigne;

Maligne: leiomiosarcomul, sarcomul stromal endocervical, sarcomul botrioid (rabdomiosarcomul embrionar), sarcomul alveolar de părți moi, osteosarcomul, alte tumori mezenchimale maligne.

III. ALTE TUMORI: nevul melanocitic, nevul albastru, melanomul malign, limfomul și leucemia, tumori de celule germinale.

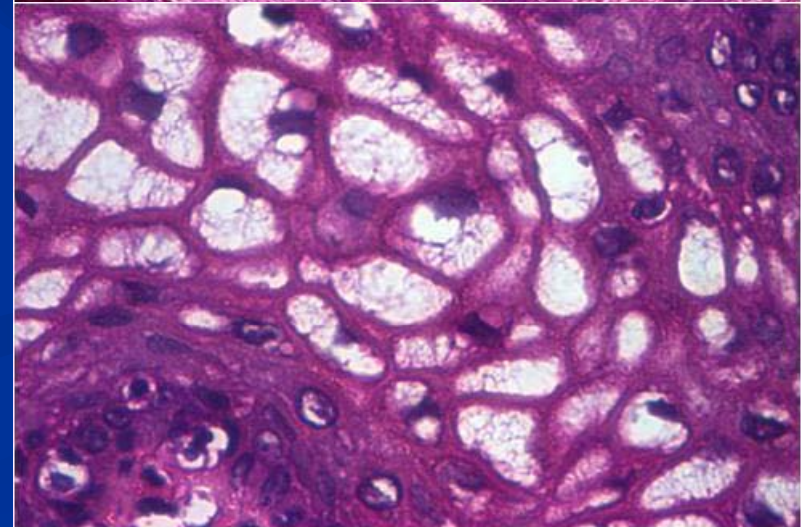
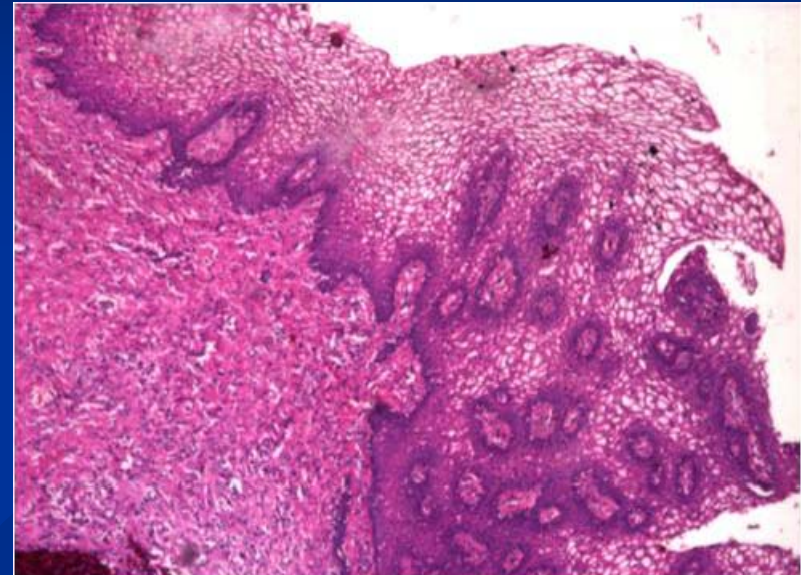
V. TUMORI SECUNDARE

Condilomul acuminat = infecția cu HPV, tipurile 6 și 11.

M: excrescențe albicioase, consistență moale, dimensiuni variabile.

m: axe conjunctivo-vasculare tapetate de epiteliu scuamos acantozic și hipercheratozic.

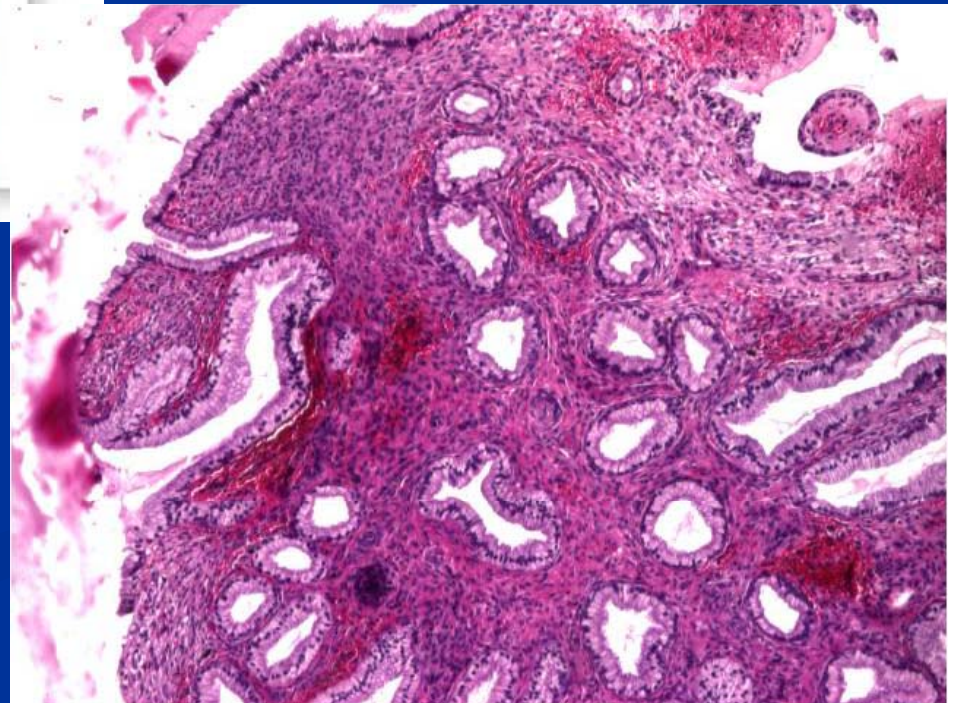
- modificări caracteristice = *atipia coilocitozică* sau coilocitoză.



Polipul cervical

M: formațiune sesila/pedunculată, unică/multiplă, consistență variată și suprafață netedă/mamelonată.

m: ax conjunctivo-vascular acoperit de un epiteliu cilindric sau metaplaziat scuamos.



LEZIUNILE PRECANCEROASE ale epiteliului scuamos cervical = neoplazie intraepitelială cervicală (CIN).

CIN-urile = anomalii ale proliferării și maturării celulare, prezența atipiei nucleare care constituie una cele mai importante trăsături ale leziunii.

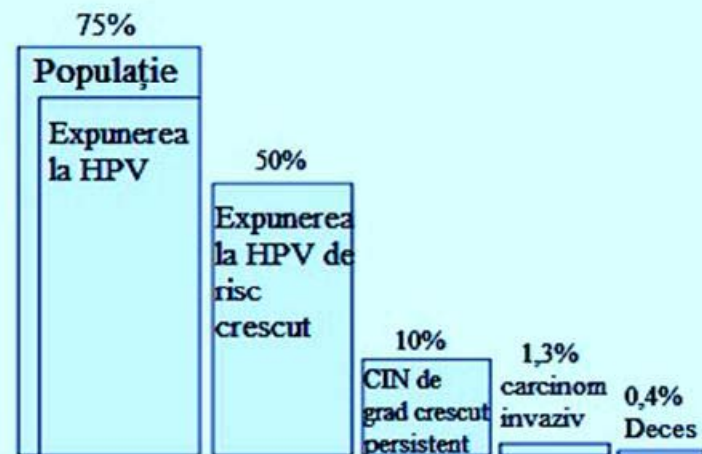
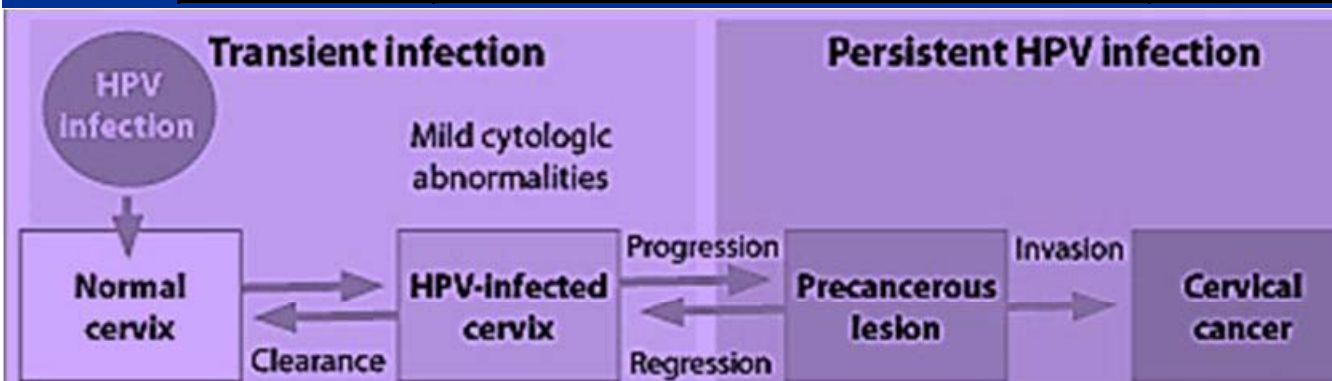
- **Anomaliile de proliferare** = creșterea numărului de celule parabazale imature care se extind în funcție de gradul CIN-ului, prezența de mitoze tipice și atipice.
- **Anomaliile maturării** = pierderea polarității celulare și modificarea morfologiei celulelor displazice.
- **Atipia nucleară** = inversarea raportului N/C, condensarea și distribuția anormală a cromatinei, hiperchromazie și pleiomorfism nuclear.
- **Atipia coilocitozică sau coilocitoza** = marker-ul morfologic al infecției cu HPV: nucleii situați central sau periferic, măriți de volum, hiperchromatici, cromatina dispusă în grămezi; membrana nucleară îngroșată și neregulată; citoplasma prezintă halou clar perinuclear (cavitație).

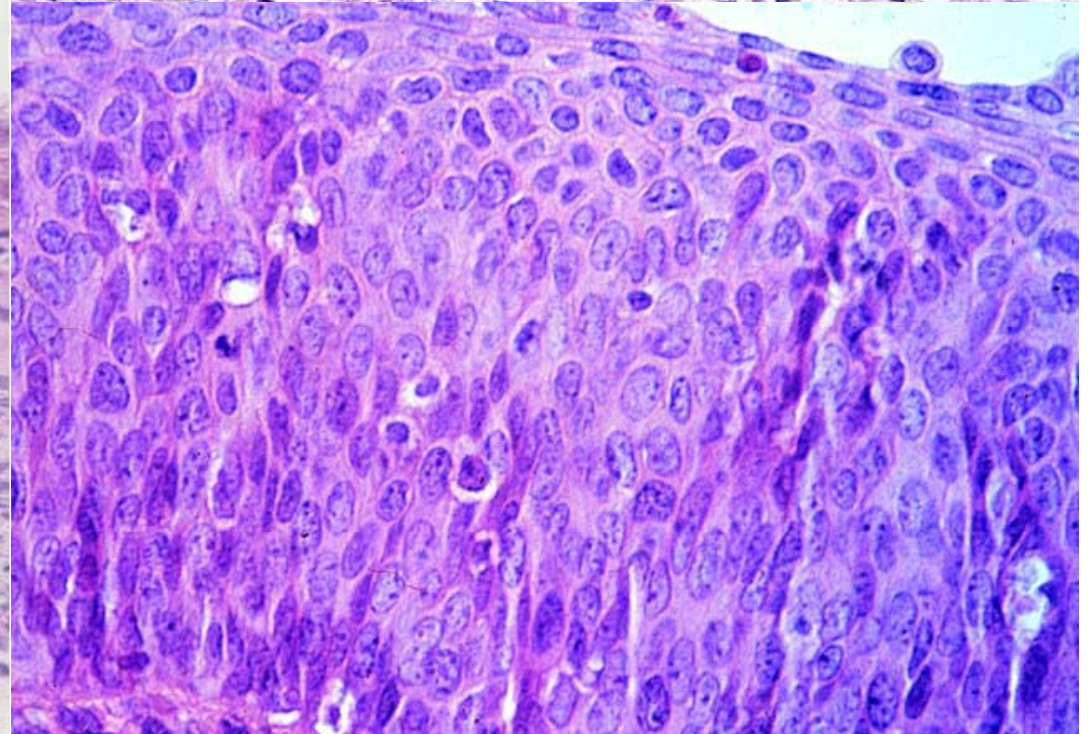
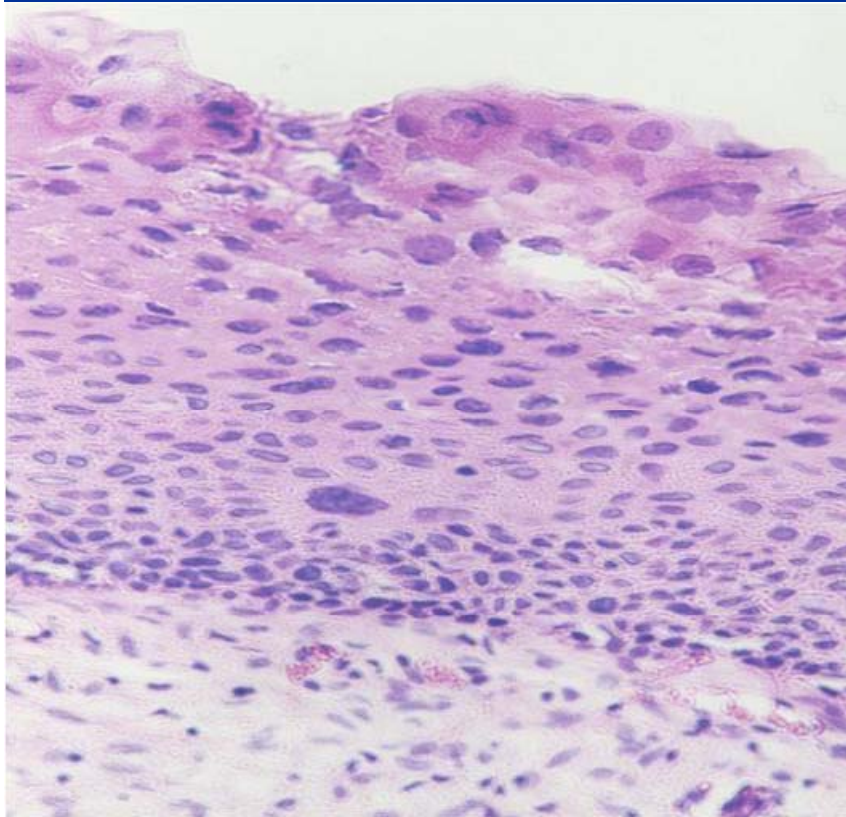
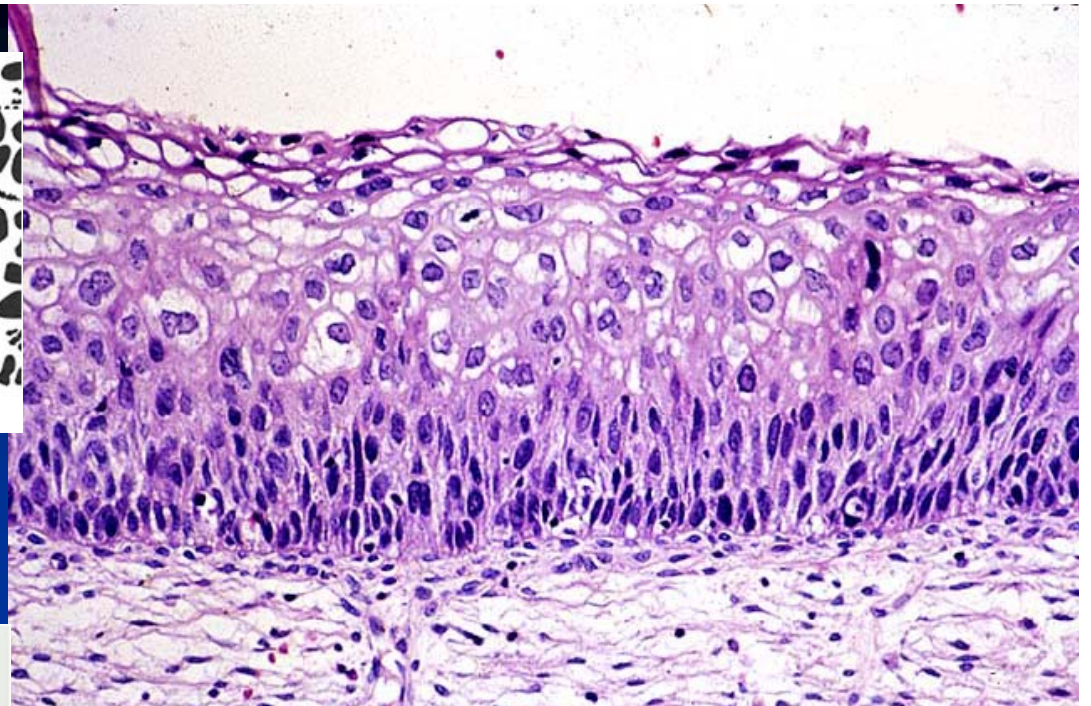
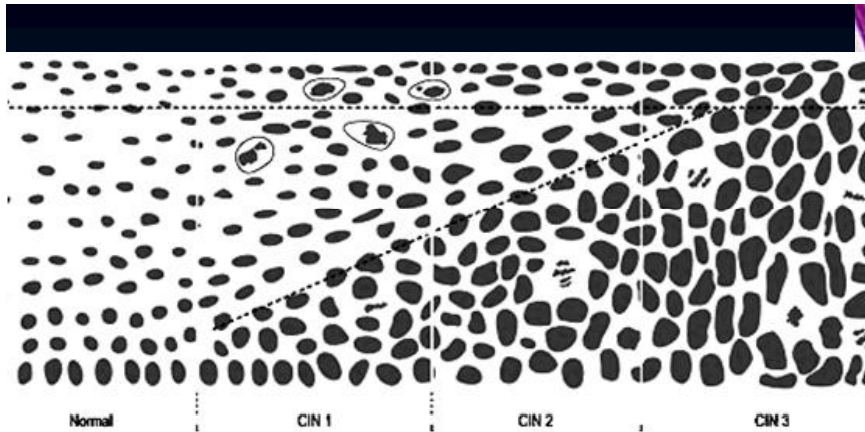
În funcție de gravitatea modificărilor, el descrie trei aspecte ale neoplaziei cervicale intraepiteliale:

- **CIN I** corespunzător displaziei ușoare,
 - **CIN II** corespunzător displaziei moderate
 - **CIN III** care include displazia severă și carcinomul “in situ”.
- datorită posibilității evoluției către un carcinom invaziv, CIN-urile sunt considerate **leziuni precanceroase**, ele prezentând multe dintre caracteristicile morfologice ale carcinoamelor invazive.

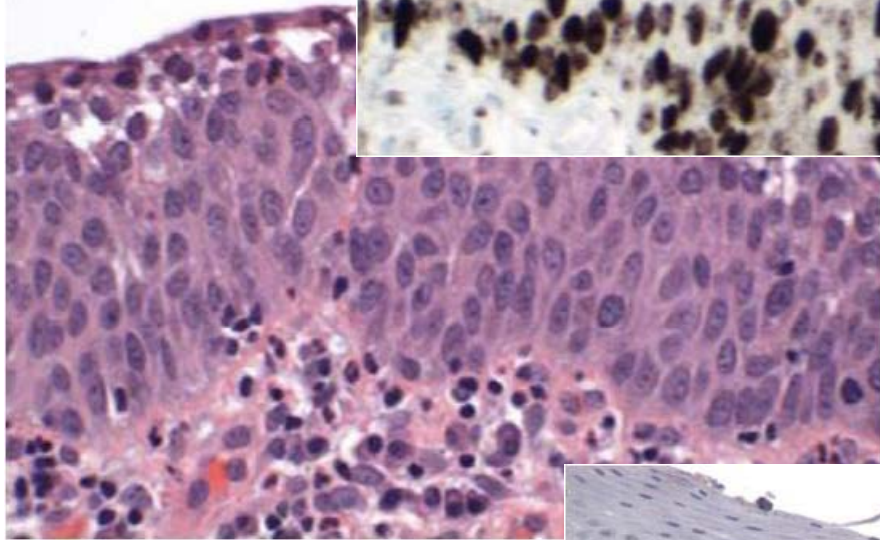
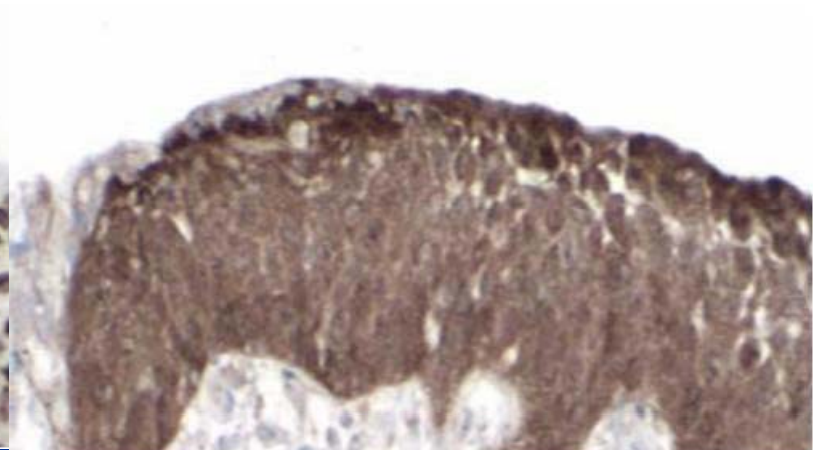
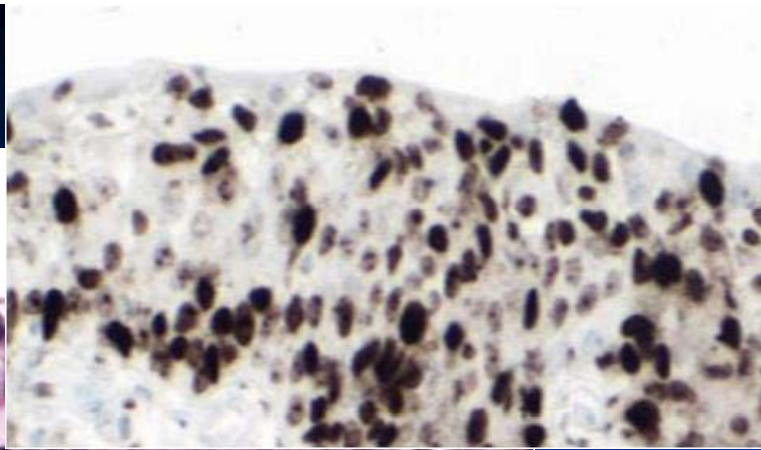
Tipul lezional	Grad lezional			
Displazia	simplă	moderată	severă	carcinom in situ
CIN	I	II	III	
SIL	LSIL	HSIL		

Tipul HPV	LR (risc scăzut) (HPV 6, 11, 42, 44, 54, 61, 70, 72, 81 și CP6108)	HR (risc înalt) (HPV 16, 18, 45, 46, 56, 58, 51, 52, 59, 68, 73 și 82)
Tipul leziunii	- condiloame acuminat - LSIL - excepțional HSIL	- ocazional LSIL - HSIL, AIS - carcinoame scuamoase, adenocarcinoame

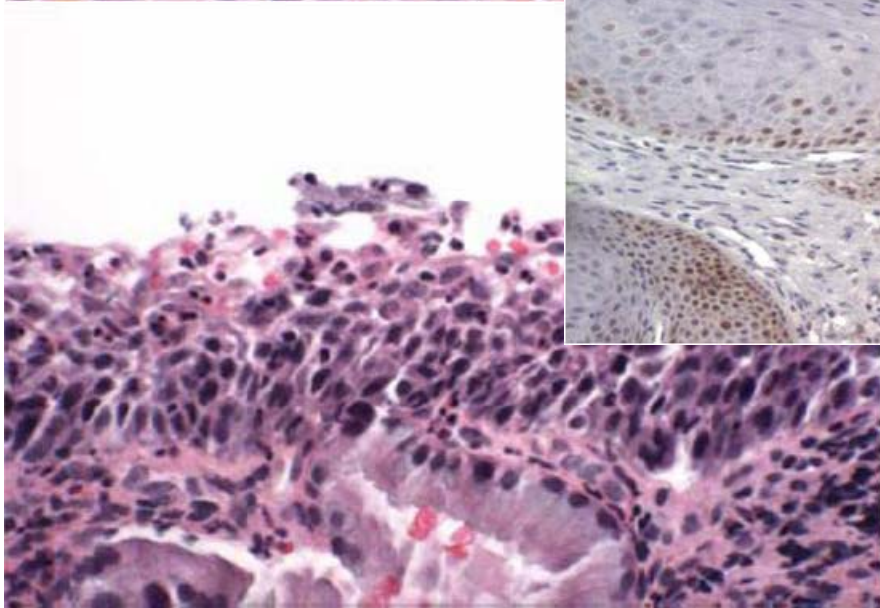
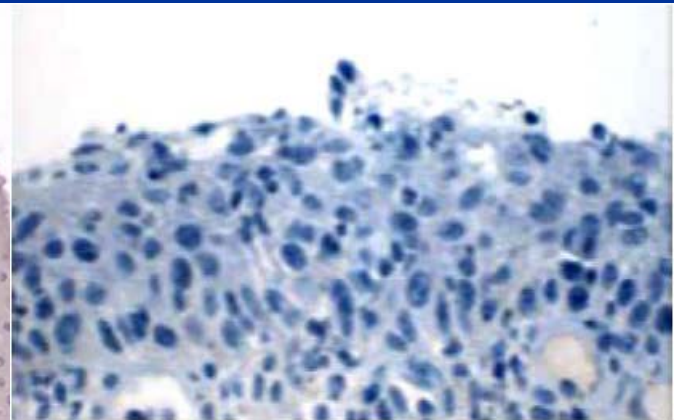
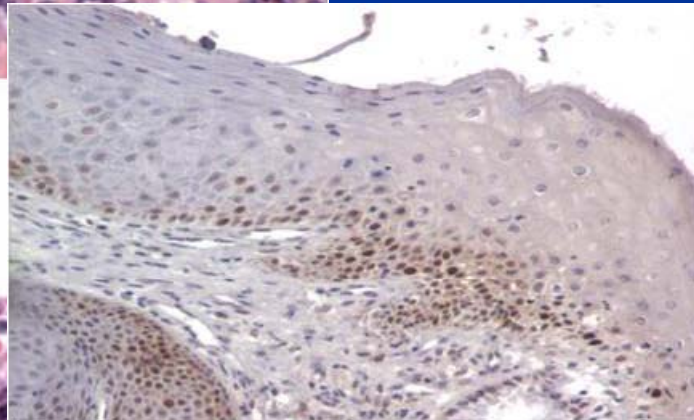




IHC



HSIL: Ki67 / p16



Modificari reactive: Ki67 / p16

TUMORILE MALIGNNE

- **CARCINOAMELE** - carcinoame scuamoase cu originea la nivelul epiteliului scuamos al exocolului / metaplazic scuamos al endocolului.
 - diagnosticate cu incidență maximă la femei cu vârsta cuprinsă între 45-55 de ani, dar pot apărea și sub vârsta de 40 de ani.

Factorii de risc: leziunile scuamoase intraepiteliale (CIN) și infecția cu anumite tipuri de HPV (16, 18, 45, 46, 56 și 58.).

În țările în care au fost implementate programele de screening, rata cancerului cervical a fost redusă cu ~ 80%.

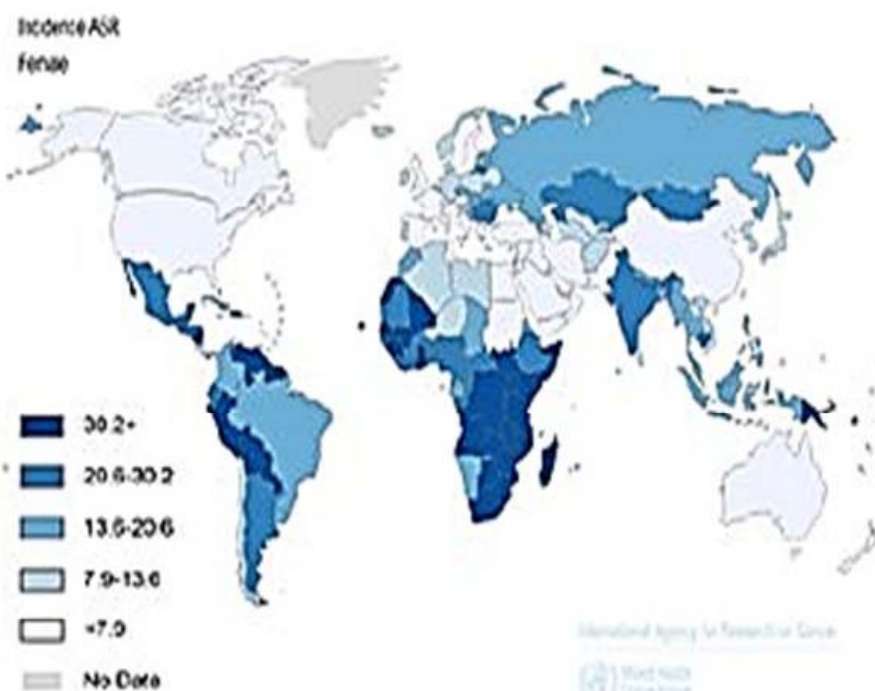
- în SUA punerea în aplicare a screening-ului de rutină a fost unul dintre cele mai de succes programe de supraveghere a cancerului: de la dezvoltarea sa în 1950, screening-ul cervical a redus incidența cc de col uterin cu 75%, iar mortalitatea cu 70% (Wingo PA 2003).

Screening-ul femeilor între 35-64 ani, la fiecare 5 ani → reducere incidentei cancerului de col uterin cu ~ 84%.

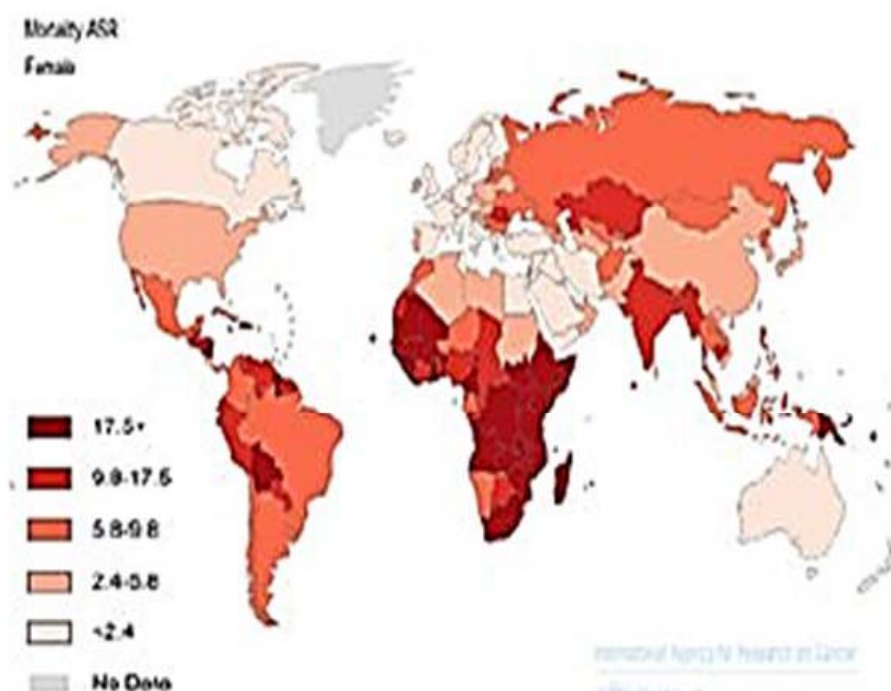
Totuși, în multe țări europene, recomandările nu sunt încă îndeplinite, cancerul de col rămâne o sursă semnificativă de decese (Anttila et al, 2004; IARC, 2005).

2012

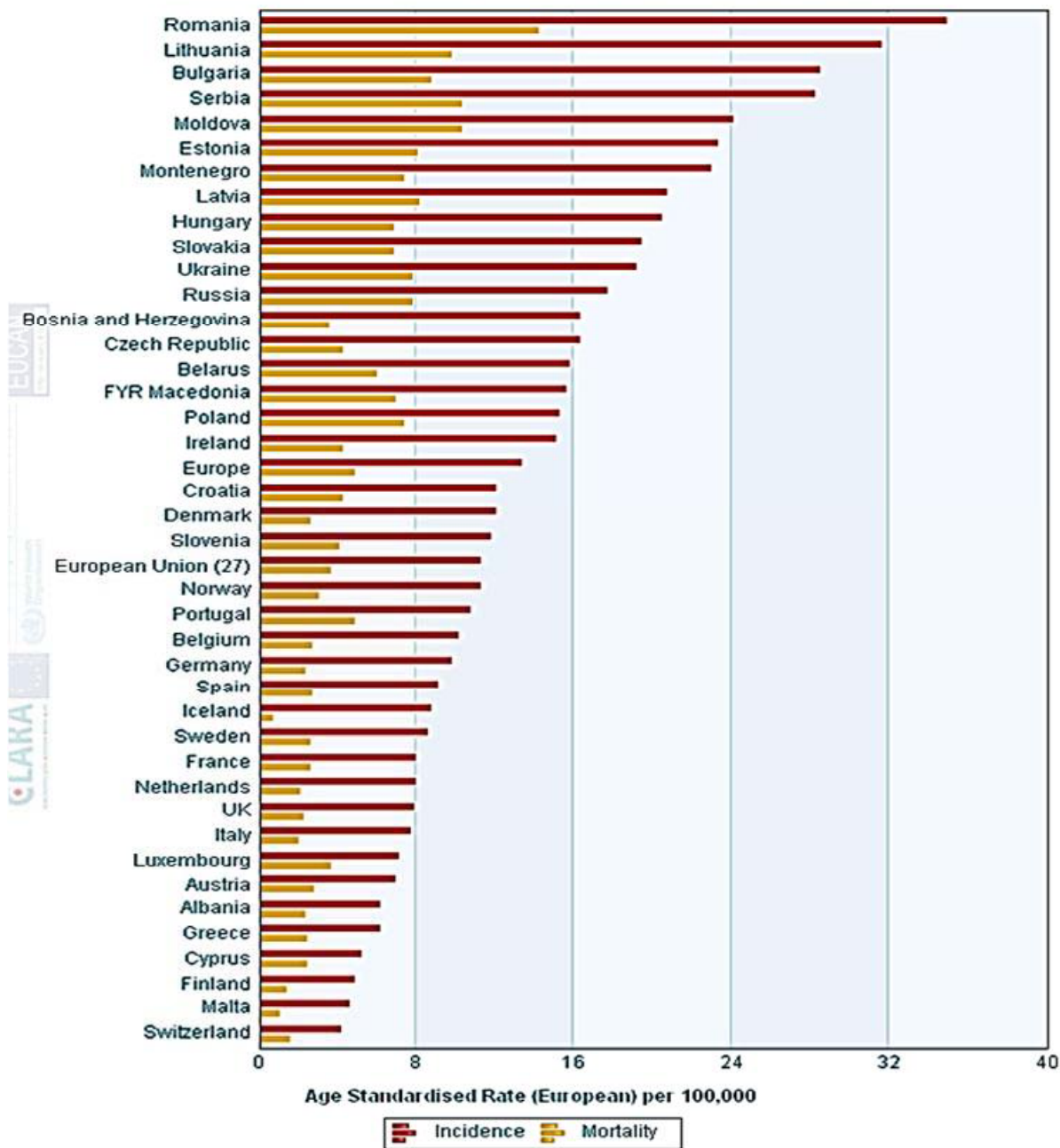
Cervical cancer incidence (527,624 cases)



Cervical cancer mortality (265,653 cases)



Estimated incidence and mortality from cervical cancer, 2012

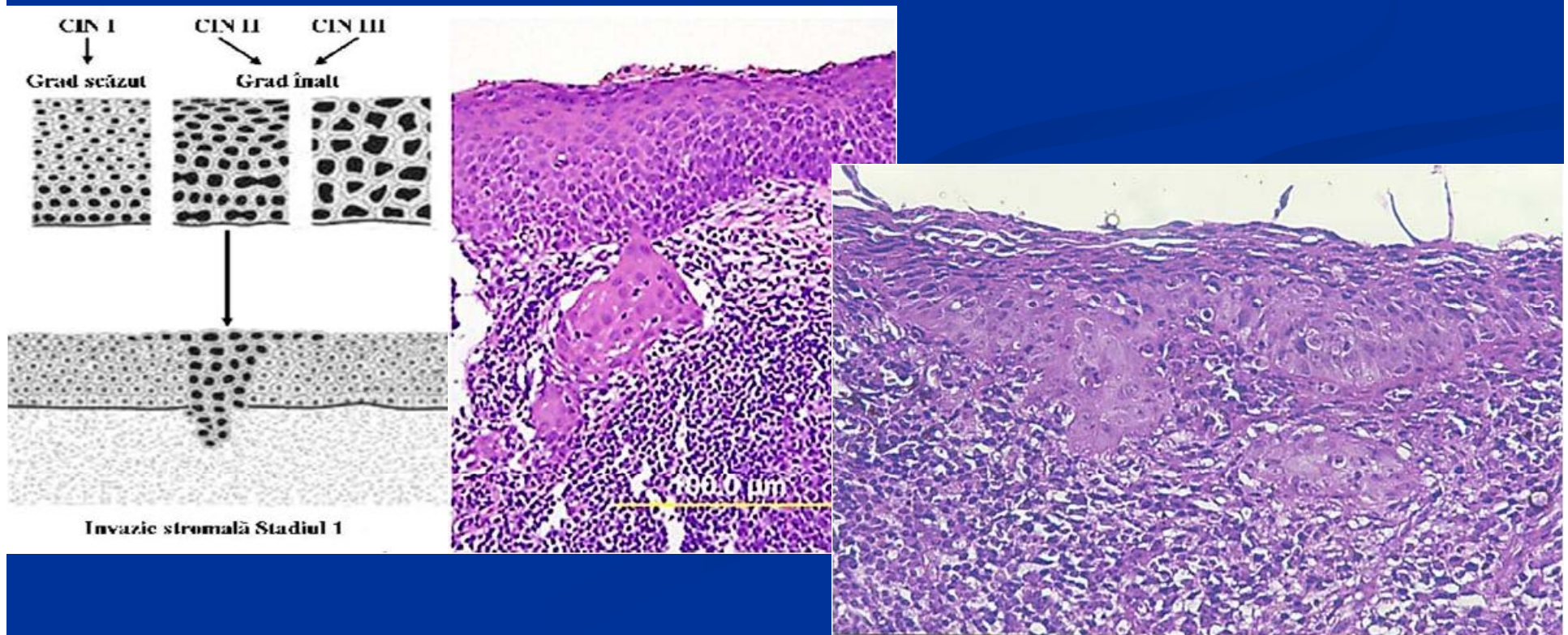


GLOBOSCAN 2012 publicat de
International Agency for Research
into Cancer (IARC) for the World
Health Organisation (WHO 2012)

Microcarcinomul = proliferare neoplazică malignă cu invazie minimă stromală și care *nu* se asociază cu aspecte de invazie vasculară sau limfatică (3mm).

m: -celulele neoplazice maligne la nivel intraepitelial au aspect asemănător cu CIN III.

-invazia stromală are aspectul unor prelungiri neregulate ce pleacă de la baza CIN, celulele invazive au tendința la diferențiere, prezentând o citoplasmă mai abundentă, eozinofilă.

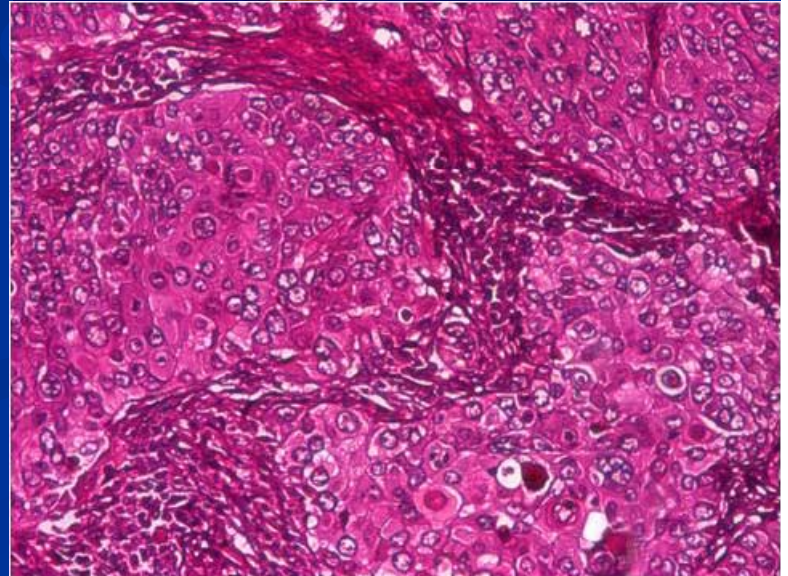
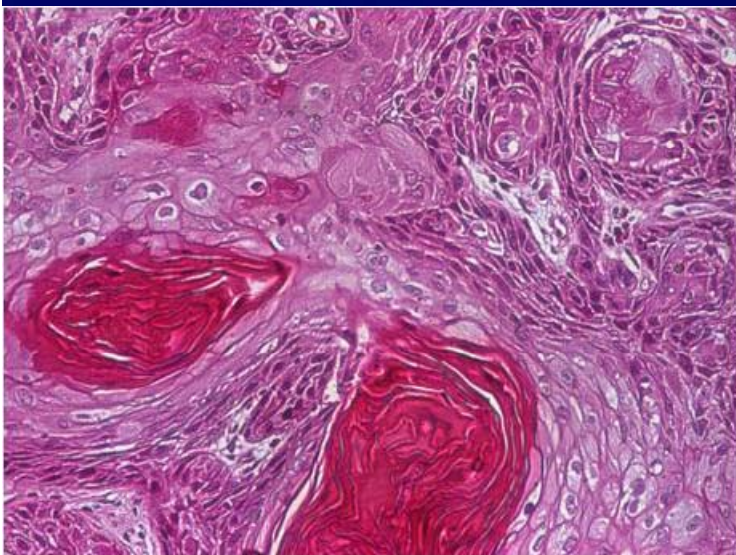


Carcinomul scuamos invaziv

M: vegetant, infiltrant, ulcerat sau forme combinate ale acestora.

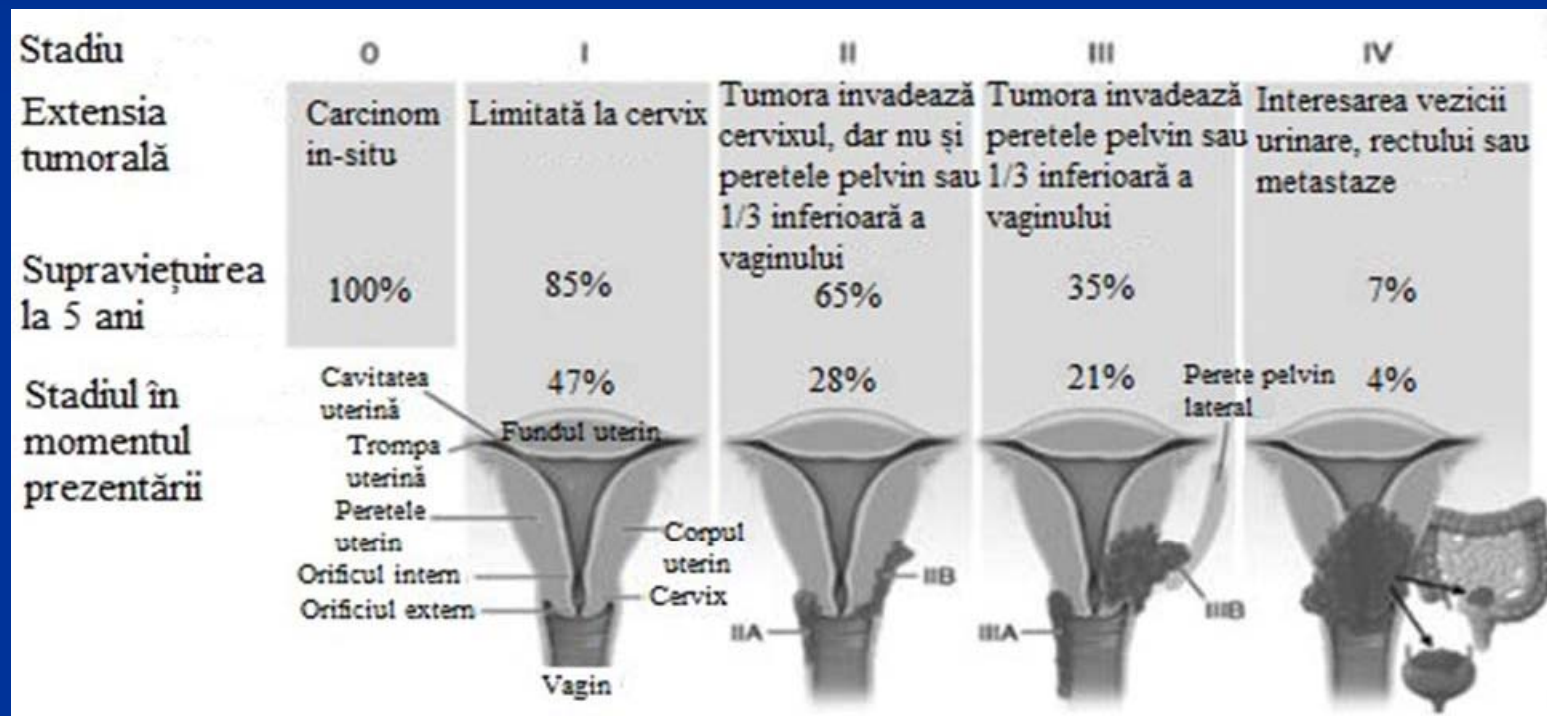
m: carcinomul scuamos cu grade variate de diferențiere

Evoluția - extinderea locală prin invazie directă către peretele vaginal, corpul uterin și parametre → rect, vezica urinară, peritoneu.
-metastaze: ganglioni paracervicali, hipogastriци, obturatori și iliaci.



Supraviețuirea la 5 ani

- 85-100% pentru stadiul I
- 30-65% pentru stadiului II
- 21-35% în stadiul III
- 4-7% pentru stadiul IV.



PATOLOGIA CORPULUI UTERIN

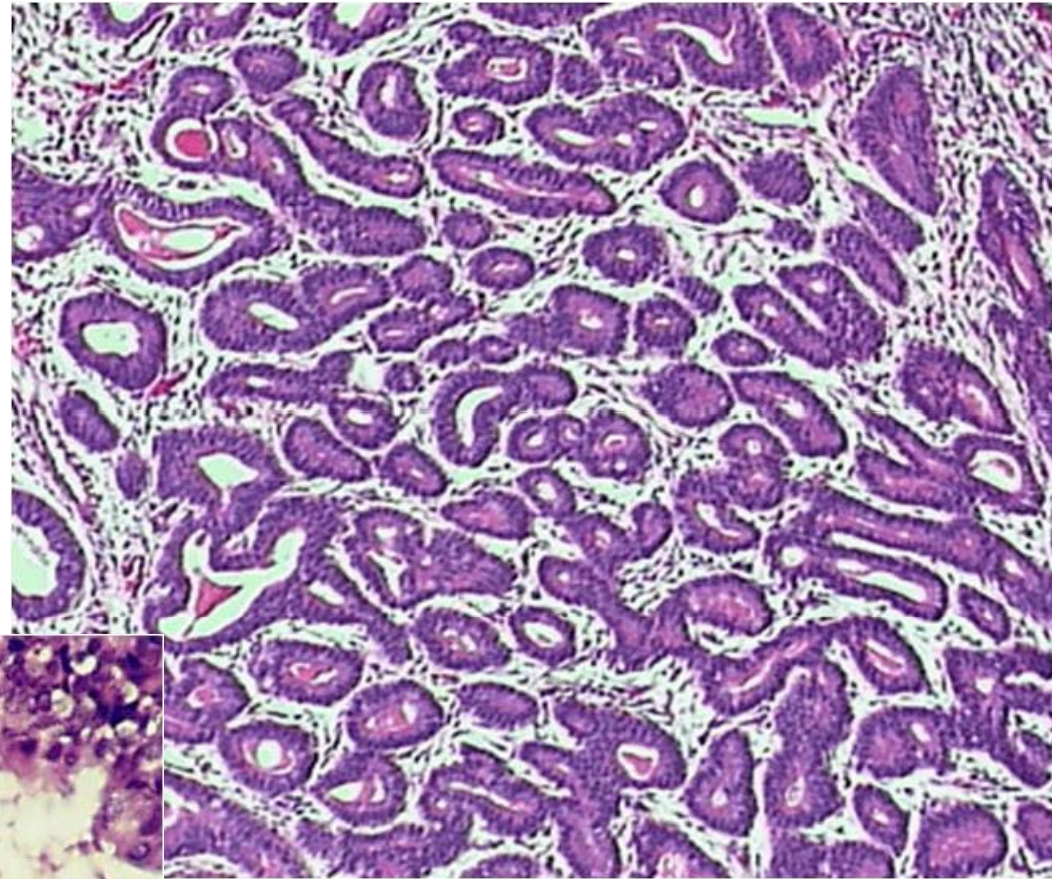
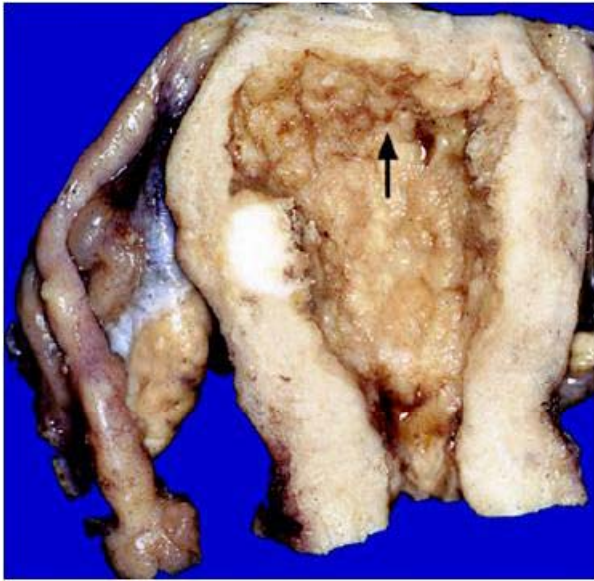
Hiperplaziile endometriale = modalități reacționale ale endometrului la stimularea *estrogenică persistentă*:

- **endogen**: ciclurile anovulatorii repetate, ovarul polichistic, tumori ovariene secretante de estrogeni, femeile obeze la care are loc conversia periferică a androstendiolului în estronă
- **exogen**: terapie estrogenică.
- se dezvoltă de predelecție la femei în perioada perimenopauzală, clinic asociindu-se frecvent cu hemoragia

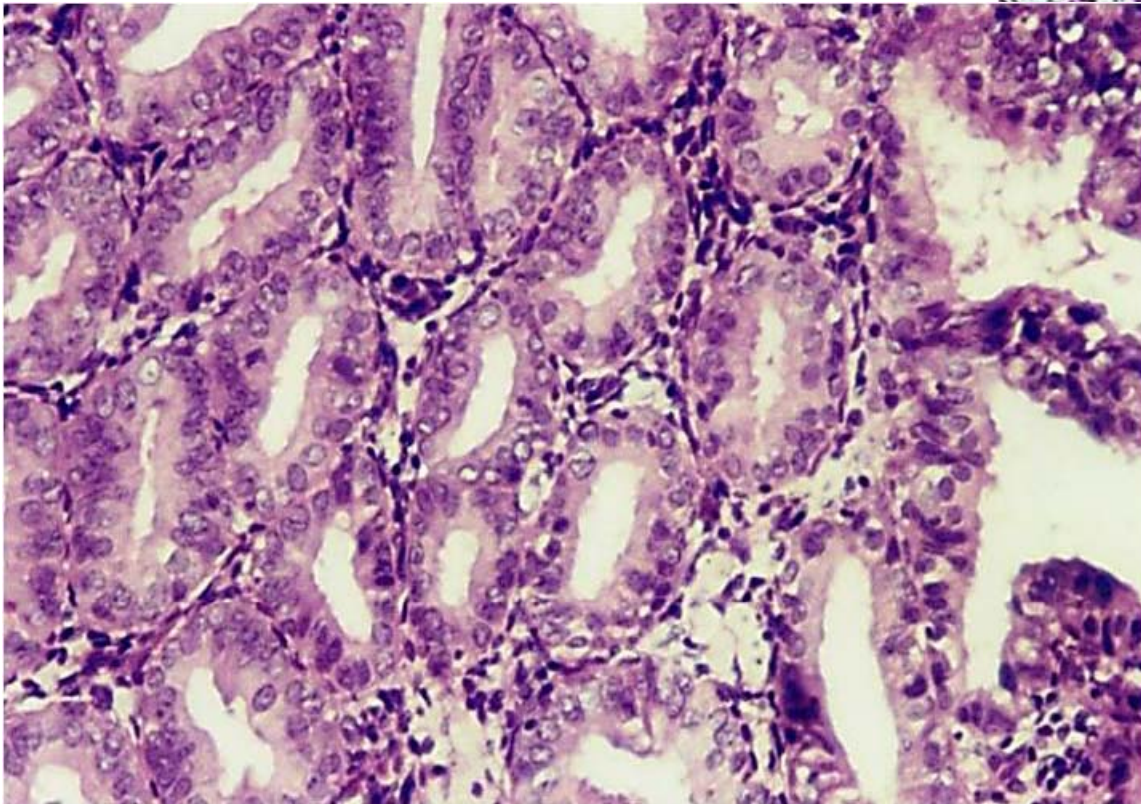
Clasificarea **OMS** - 2 categorii, cărora le acordă semnificație prognostică:

OMS 2003	OMS 2016
Hiperplazie simplă fără atipii	Hiperplazie fără atipii / Hiperplazia benigna
Hiperplazie complexă fără atipii	
Hiperplazie simplă cu atipii	Hiperplazie cu atipii / Neoplazia intraepiteliala endometrială
Hiperplazie complexă cu atipii	

- prezența atipiei pare a fi criteriul cel mai important pentru progresia / coexistența cu adenocarcinomul endometroid.
- coexistența adenocarcinomului endometroid cu HE atipică variază între 13% - 43%.



HIPERPLAZIE fara atipii



HIPERPLAZIE cu atipii

LEZIUNI INFLAMATORII

Leziunile inflamatorii ale corpului uterin = metrite.

-afectează numai endometrul =
endometrită,

-localizate la nivelul miometrului =
miometritele.

ENDOMETRITE ACUTE:

- Endometrita acută catarală

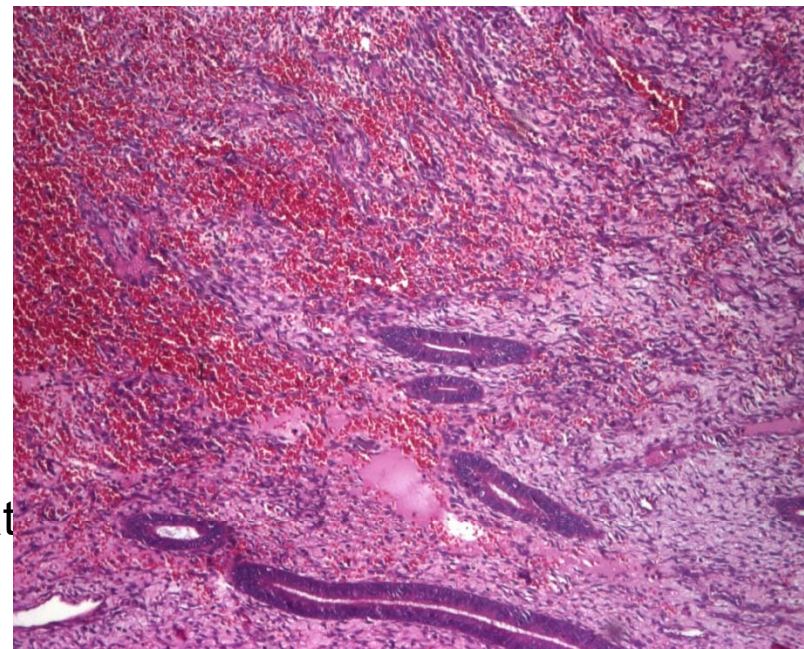
M: endometru tumefiat, hiperemic, cu zone hemoragice.

m: edem, hiperemie, descuamări epiteliale și infiltrat PMN în lumenul glandelor.

- Endometrita acută hemoragică

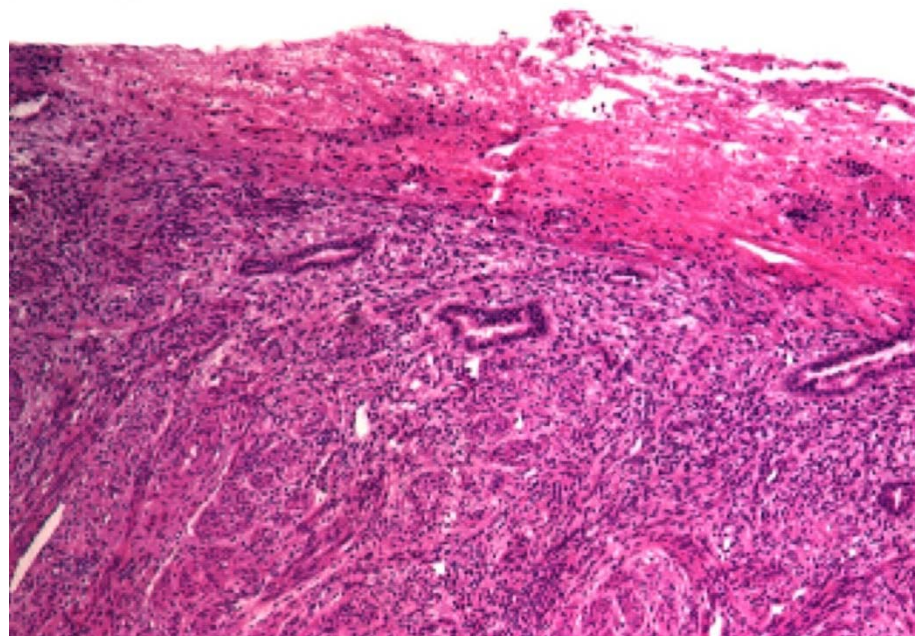
M: endometrul apare tumefiat, cu zone întinse hemoragice.

m: edem, infiltrat cu polimorfonucleare și zone de hemoragie în corion.



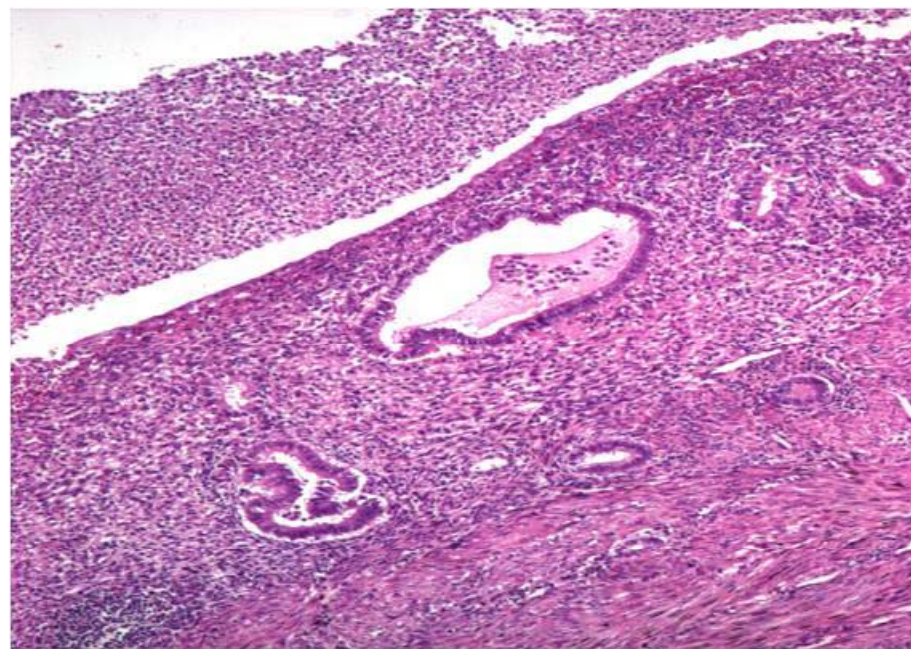
Endometrita acută pseudomembranoasă

M: prezența de pseudomembrane care acoperă suprafața endometrului.
m: falsele membrane cu structură fibrino-leucocitară, în endometru infiltrat inflamator cu polimorfonucleare și zone de necroză.



Endometrita acută purulentă

M: zone de necroză și exsudat purulent în cavitatea uterină.
m: infiltrat inflamator abundent de tip leucocitar și zone întinse de necroză purulentă ale endometrului.



ENDOMETRITE CRONICE

- Endometritele cronice nespecifice.

- Endometrita cronică hipertrofică

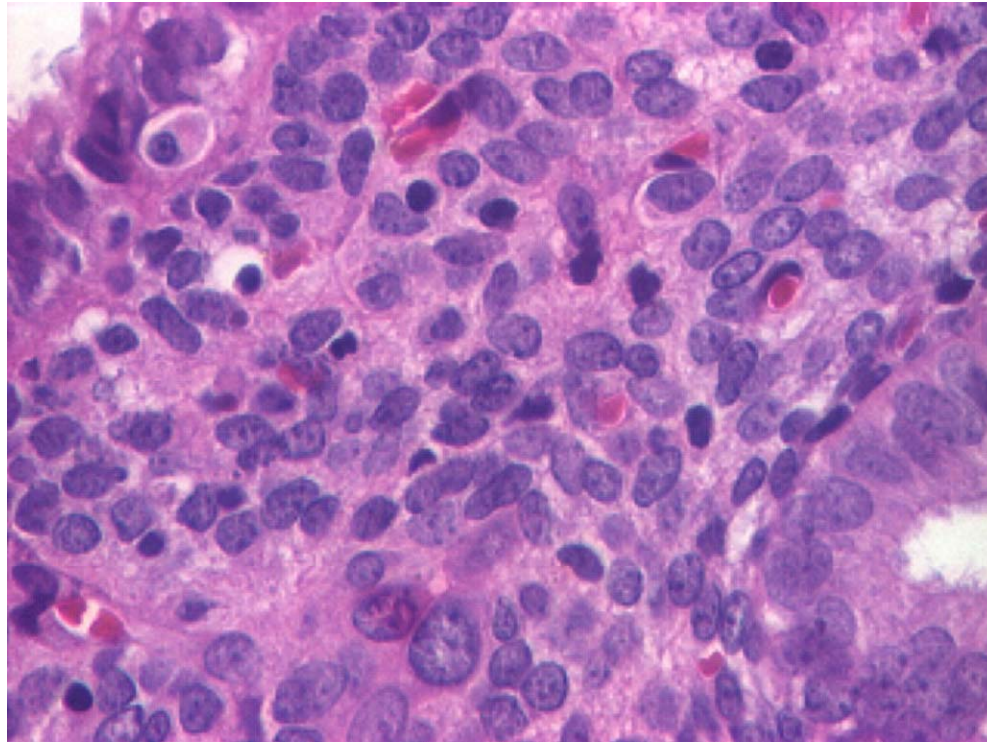
M: endometru îngroșat, frecvent cu aspect micropolipos.

m: infiltrat inflamator difuz de tip limfo-plasmocitar și glande endometriale de dimensiuni inegale, unele cu aspect chistic.

- Endometrita cronică atrofică

M: mucoasa endometrială apare subțire.

m: reducerea grosimii corionului și a glandelor endometriale care sunt tapetate de epiteliu atrofic, infiltrat inflamator cronic difuz și fibroza.



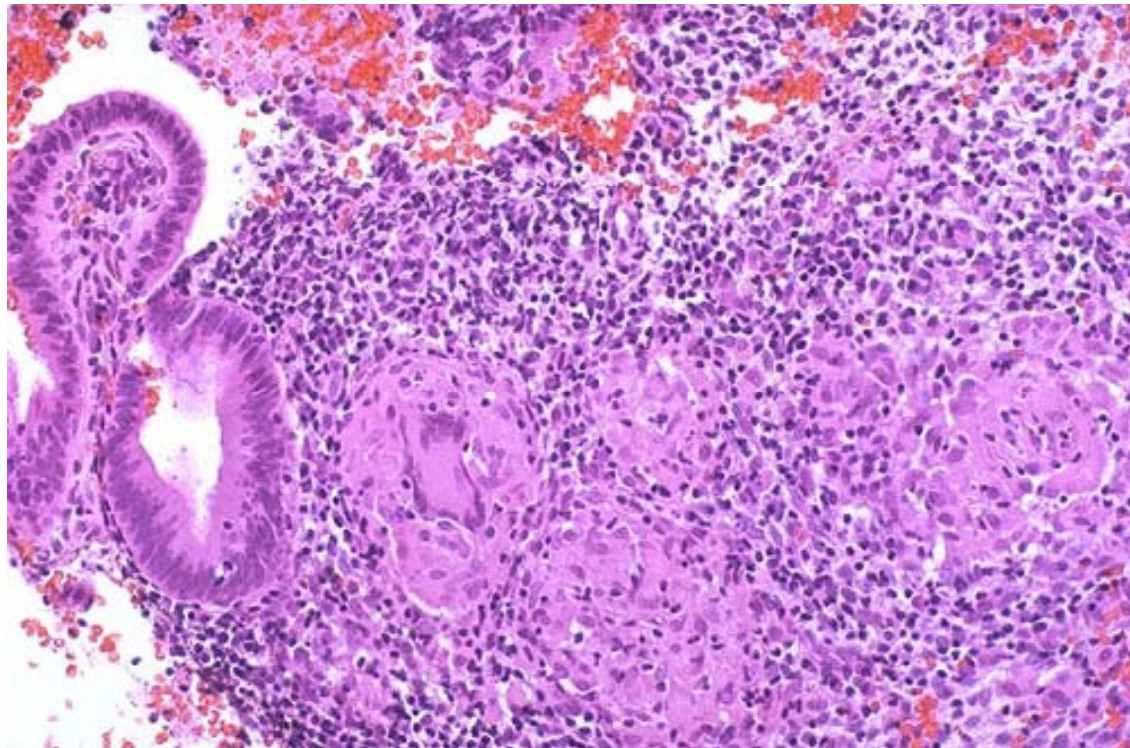
● Endometritele cronice specifice.

- **Endometrita tuberculoasă** apare frecvent secundar, prin diseminarea infecției de la o salpingită tuberculoasă.

M: miliar, vegetant sau ulcero-cazeos.

m: foliculi tuberculoși în lumenul glandelor endometriale, necroza de cazeificare

- **Endometrita sifilitică** este foarte rară și se manifestă doar în cursul sifilisului terțiar prin formarea de gome.



LEZIUNI TUMORALE

TUMORILE ENDOMETRULUI

TUMORILE BENIGNE: polipii endometriali, hemangioame, neurofibroame.

- **Polipii endometriali** - hiperplazii limitate ale mucoasei endometriale.

M: formațiuni sesile sau pediculate, unice/multiple, consistența moale și dimensiuni 0,5-3 cm.

m: aspectul endometrului functional / hiperplazic



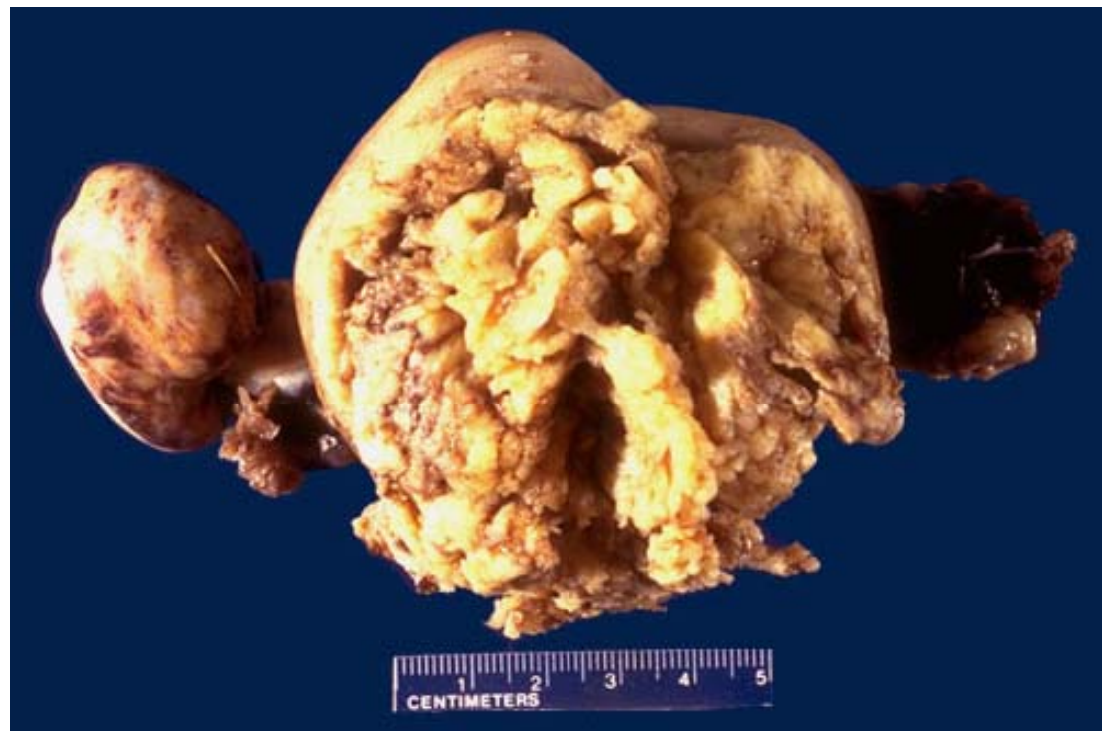
TUMORILE MALIGNE

●Carcinoamele endometriale

- perioada postmenopauzală, incidența maximă între 55-65 de ani.
- adesea se dezvoltă în legătură cu o serie de *leziuni induse de estrogenismul persistent*, cum sunt *hiperplaziile endometriale*.

M: localizarea de predilecție a leziunii este la nivelul fundului uterin/implantarea al trompelor uterine.

- formațiuni vegetante/infiltrante → canalul cervical și în profunzime până la seroasă → structurile învecinate.



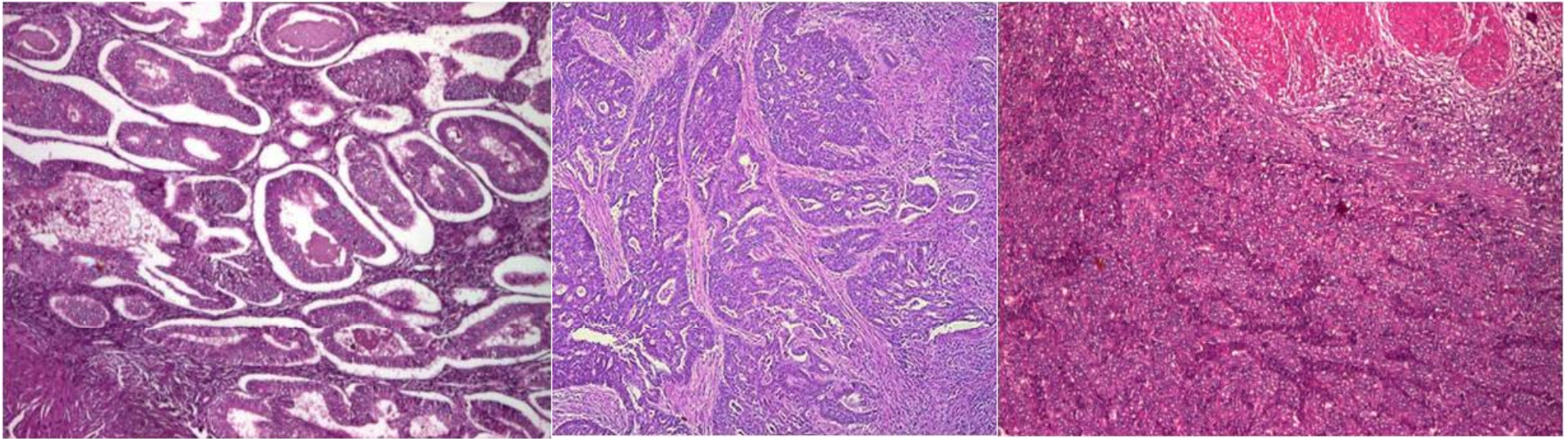
- **Carcinom tip I**

- dezechilibrele hormonale,
- asociate cu hiperlipidemia, obezitatea, hiperestrogenism (sângerarea anovulatorie, infertilitatea, menopauza tardivă, și hiperplazia endometrială)
- se dezvoltă de obicei la femei în perioada perimenopauzală.
- **m**: carcinomul endometroid cu grade variate de diferențiere

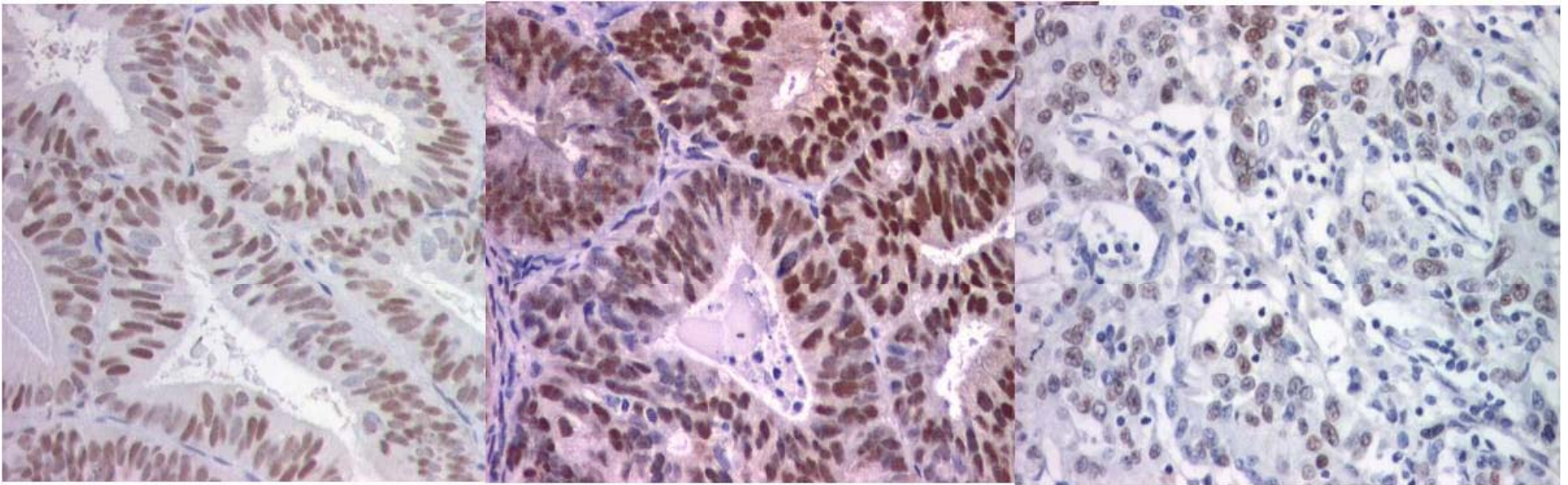
- **Carcinom tip II**

- nu par să aibă legătură cu estrogenii,
- se comporta agresiv și nu reacționează la terapia progesterică.
- apar la femeile mai în vârstă, fiind ocazional observate în polipii endometriali și în endometrul atrofic.
- **m**: carcinomul seros, cu celule clare, adenocarcinom și nediferențiat.

MARKERI CHEIE	CARCINOAME TIP I	CARCINOAME TIP II
CK7	+	+
CK20	-	-
P53	-/+	+
P16	-/+	+
ER	+	-
PR	+	-



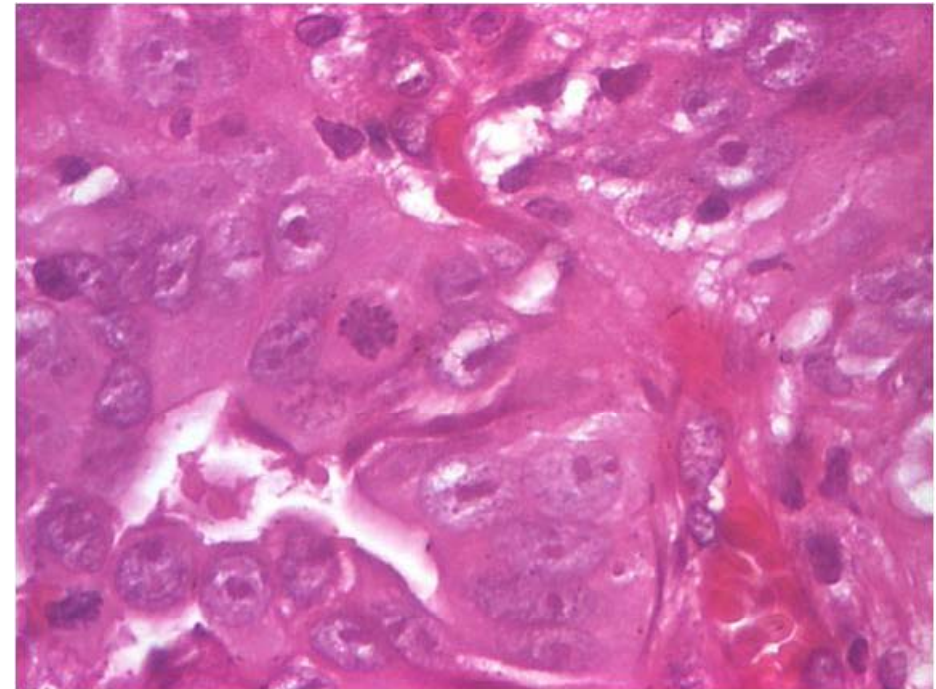
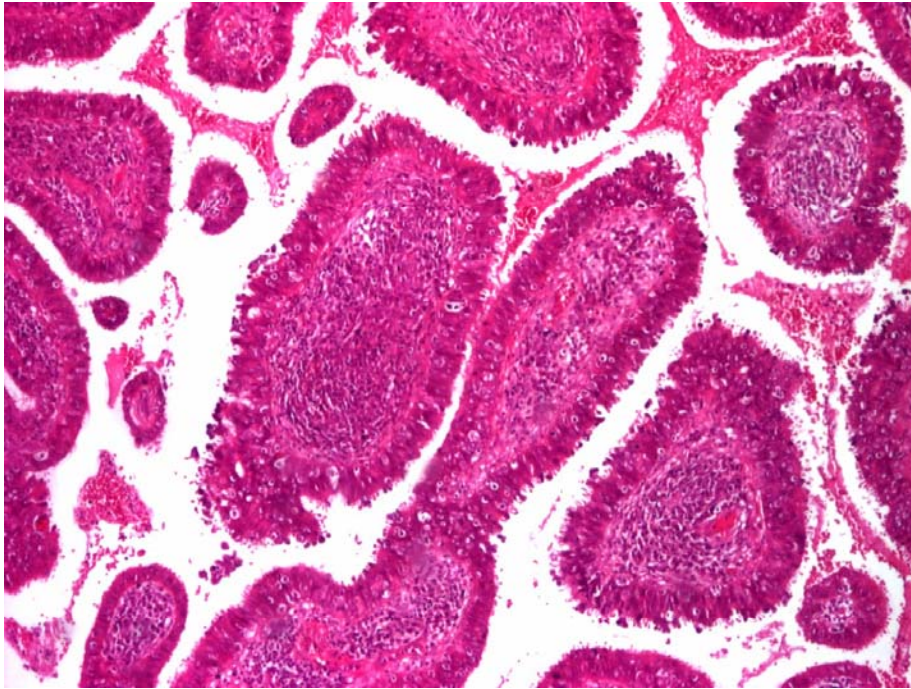
Carcinom tip I – Carcinom endometroid



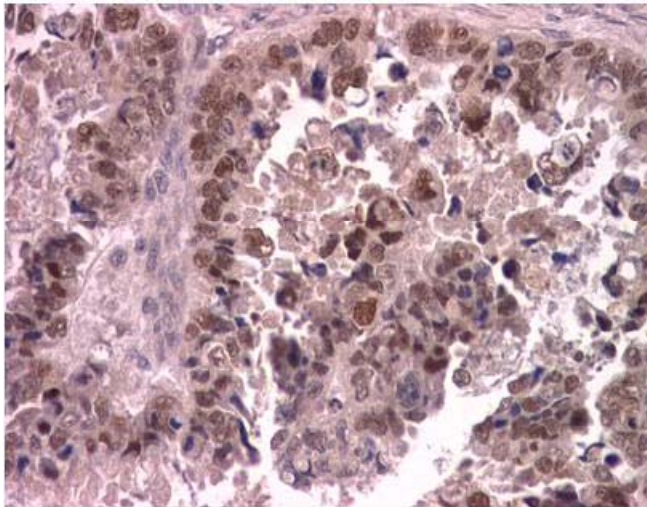
ER

PR

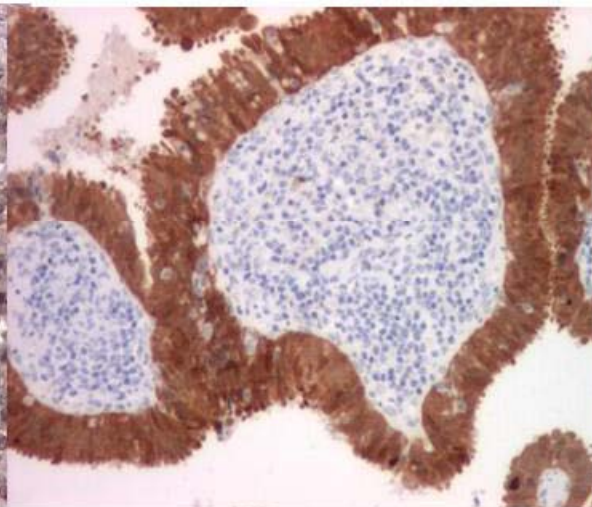
p53



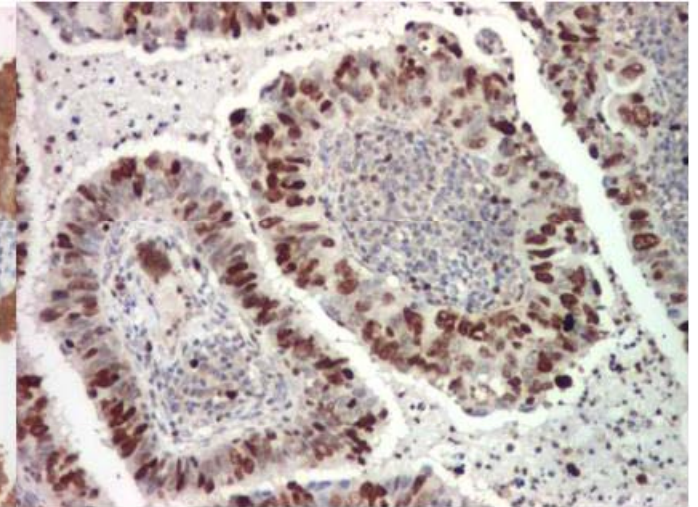
Carcinom tip II – Carcinom seros



p53



p16

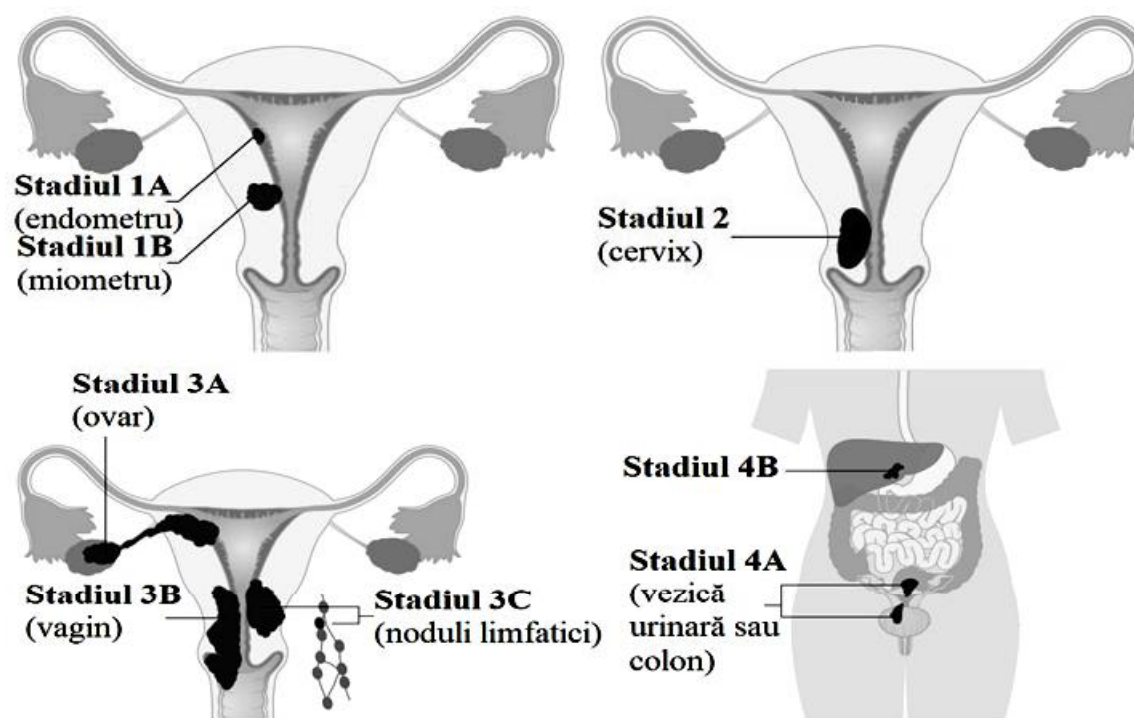


KI67

Evoluția - extensie infiltrativă locală către seroasa uterină, iar după depășirea acesteia către organele adiacente (colul, ovarul, vaginul, vulva, trompele și tardiv structurile pelvine - vezică, rect, peritoneu).

Supraviețuirea la 5 ani este de

- 85% pentru stadiul I
- 75% pentru stadiului II.
- 45% pentru stadiul III
- 25% pentru stadiul IV.



- **SARCOAMELE
ENDOMETRIALE**

- **Sarcomul stromei endometriale** -

se dezvoltă din celulele stromale ale endometrului.

M: formațiune voluminoasă, consistență moale și culoare cenușie-albicioasă, localizată la nivelul fundului uterin.

m: proliferare de celule fusiforme, asemănătoare cu cele ale stromei endometrului, cu nucleu hiperchromatic, atipic.

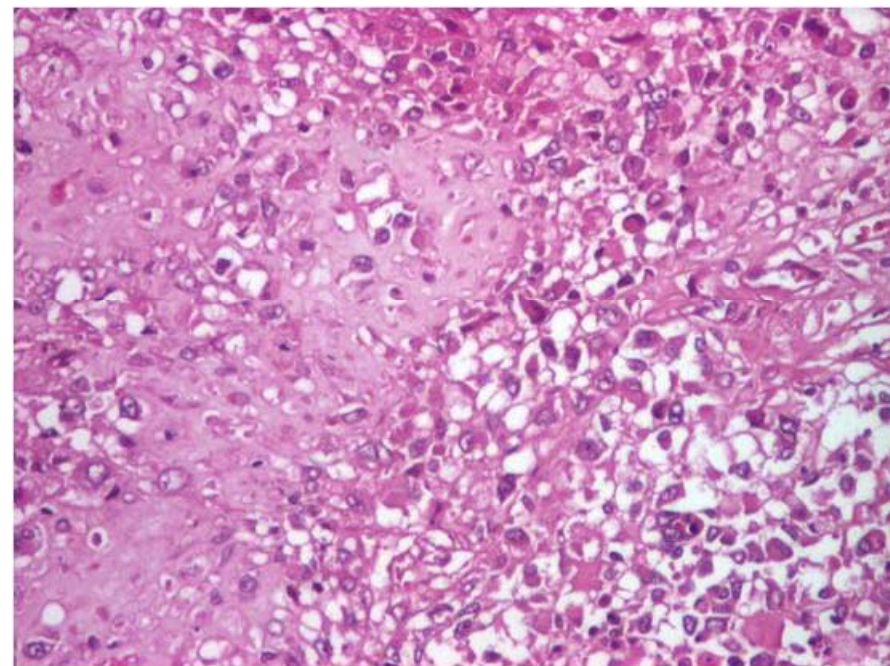
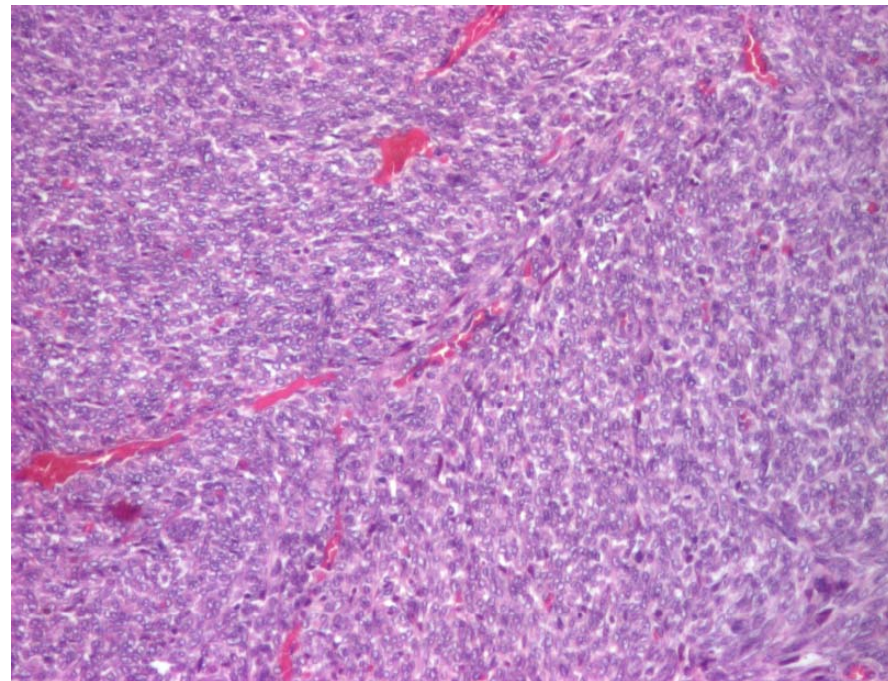
- **Evoluția**

-infiltrativă și distructivă → seroasa uterului, structurile adiacente.

-metastaze limfo-hematogene → ficat și plămâni.

- **TUMORILE MIXTE**

MULLERIENE - carcinosarcoamele sunt alcătuite dintr-o componentă carcinomatoasă și o componentă sarcomatoasă



TUMORILE MIOMETRULUI

TUMORILE BENIGNE: leiomiome, hemangioame, neurofibroame, etc.

- **Leiomiomul** - cea mai frecventă leziune tumorală a femeilor de vârstă reproductivă, dimensiunile ei variind cu nivelul estrogenilor.

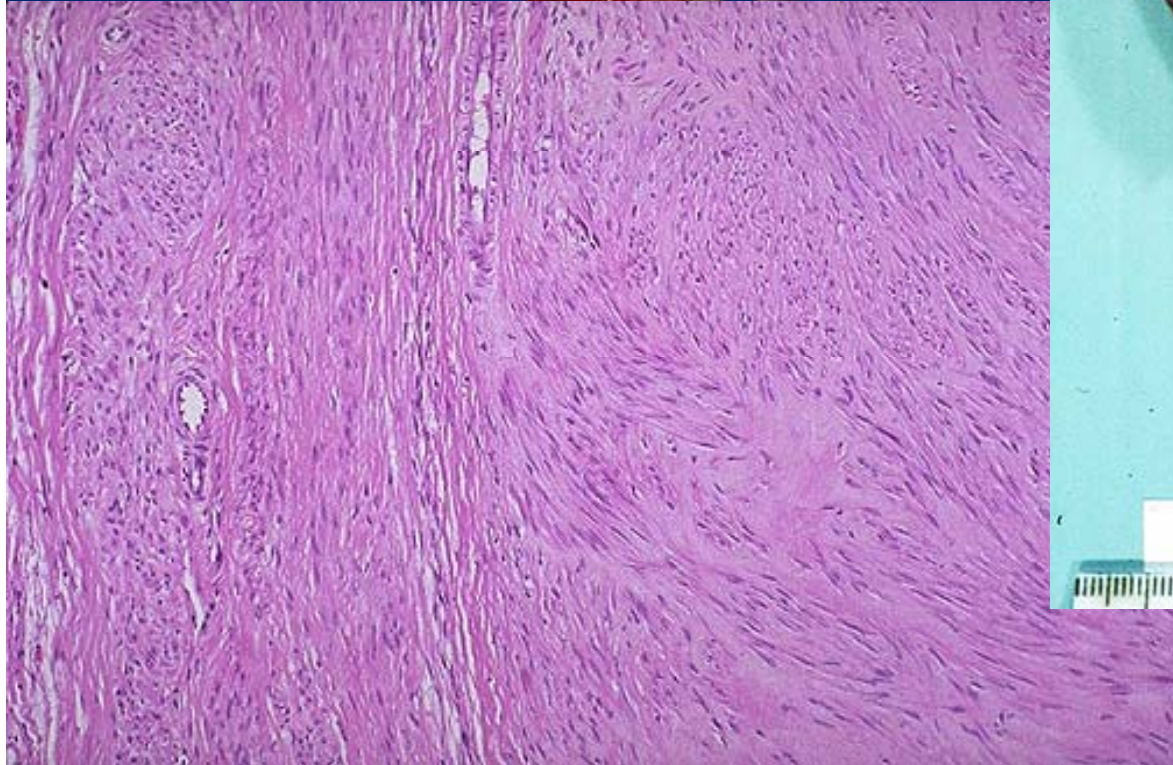
M: formă nodulară, unică/multiplă, localizată subseros / intramural / submucos, delimitat de o pseudocapsulă, cu dimensiuni de la mm la mai mulți cm.

- consistență fermă, culoare albicioasă-sidefie și dispoziție în vârtejuri
- zone de transformare chistică, zone de necroză și hemoragie, aspecte de degenerescență hialină sau edematoasă.

m: celule fusiforme asemănătoare fibrelor miometriale dar mai scurte, dispuse intercalat cu fibre conjunctive, realizând aspectul caracteristic sub formă de vârtejuri.

- zone de degenerescență hialină și edematoasă, zone de calcificare, hemoragii sau necroze.

Evoluția: - apariția complicațiilor (hidronefroze, infecții urinare).

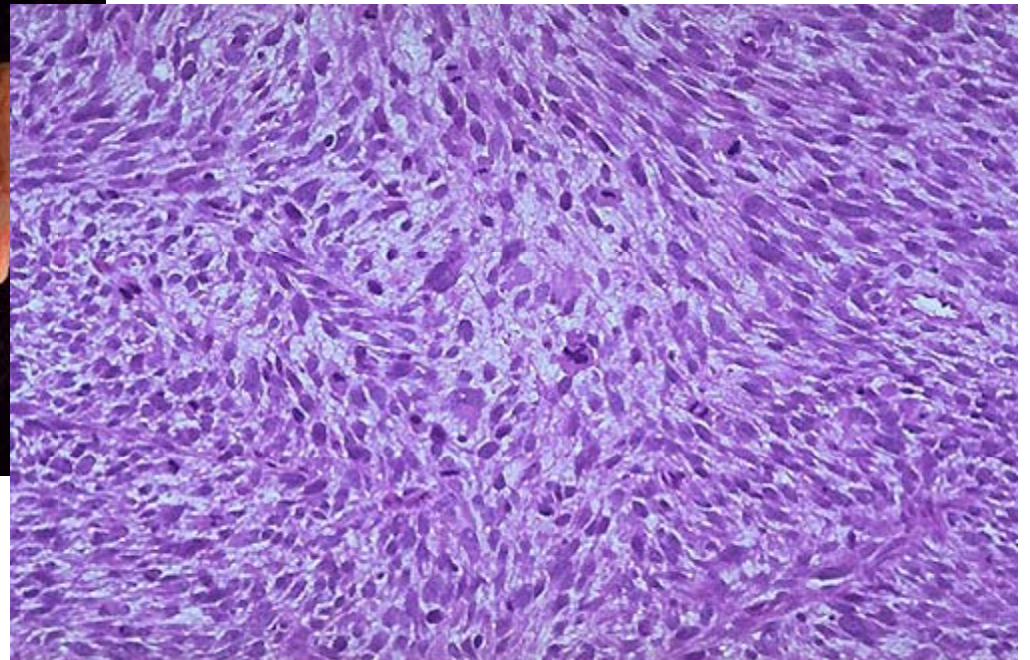
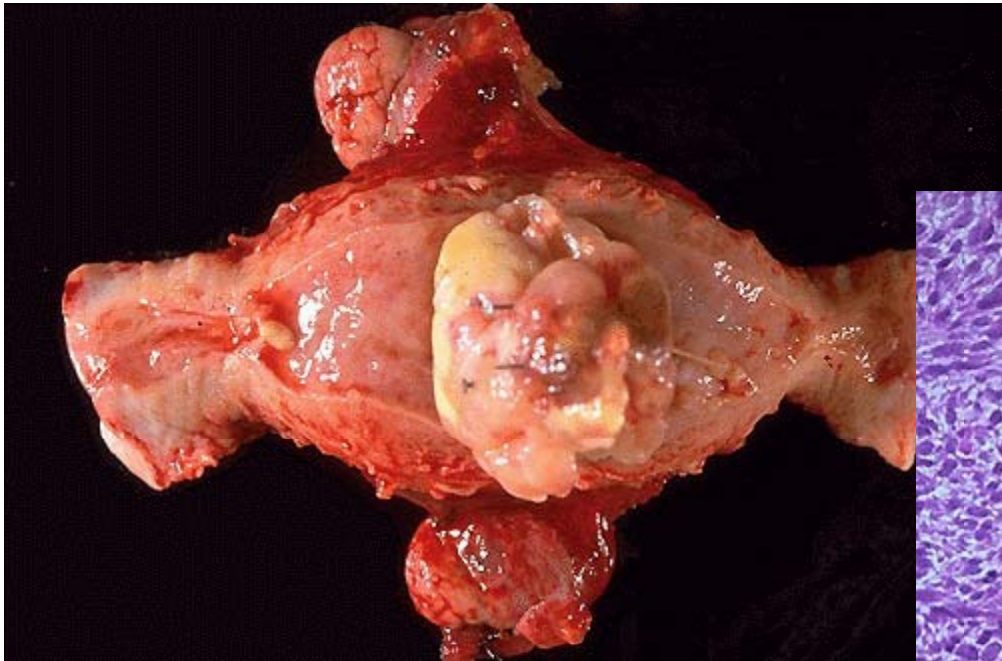


TUMORILE MALIGNE leiomiosarcoame, fibrosarcoame, angiosarcoame, schwanoame maligne.

- **Leiomiosarcomul** - tumoră rară, ~4 % din neoplaziile maligne ale uterului.

M: formațiune nodulară unică, de consistență moale și culoare albicioasă-roșietică → extensie infiltrativă în peretele uterin și apoi către organele din jur.

m: tumora dens celulară, formată din celule alungite asemănătoare fibrelor musculare netede, cu atipii celulare și mitoze atipice.



PATOLOGIA TROMPELOR UTERINE

LEZIUNI INFLAMATORII

Inflamațiile trompelor uterine = **salpingite**.

Cauza - infecțioasă: streptococul, stafilococul, colibacilul, gonococul, etc.

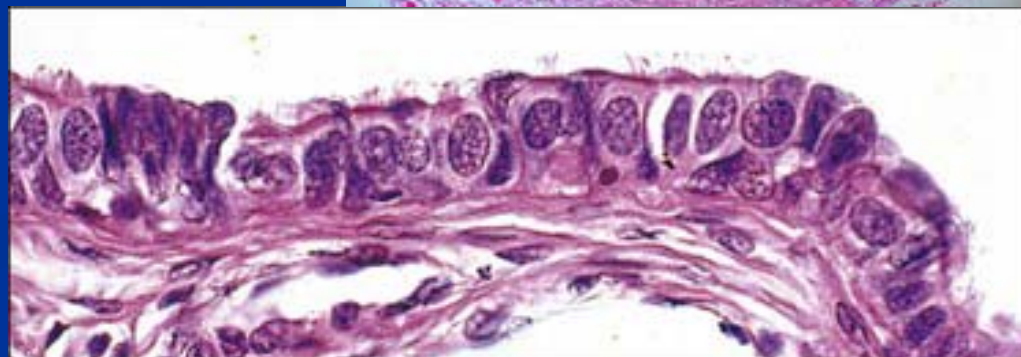
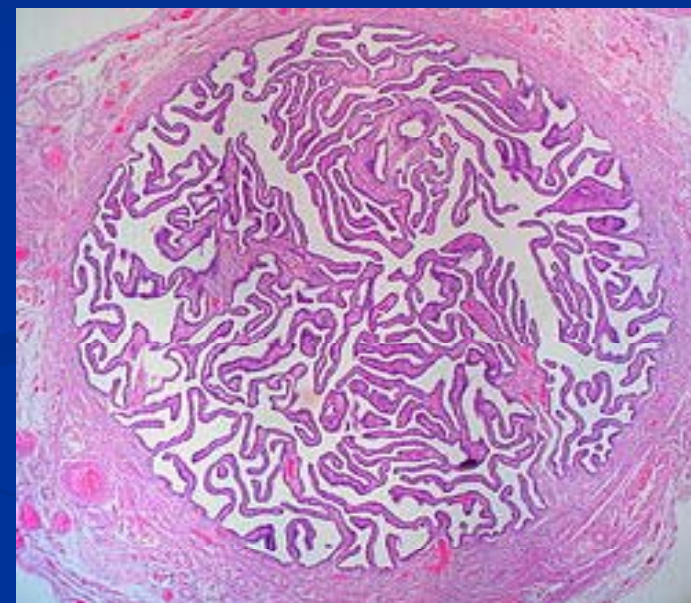


SALPINGITELE ACUTE

Forma catarală

Forma purulentă

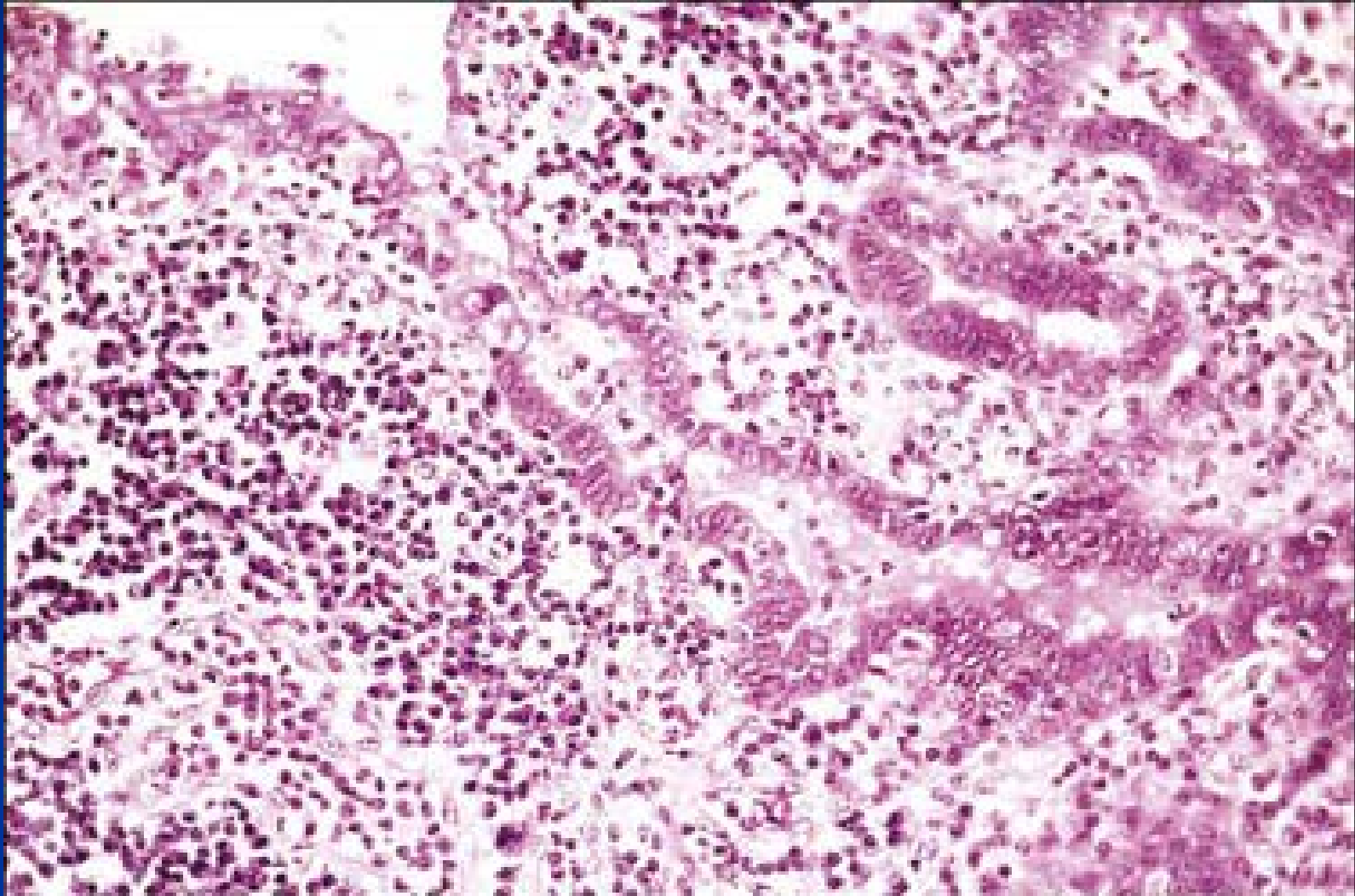
Piosalpinxul



Forma catarală

M: trompa îngroșată, hiperemică, cu exsudat seros

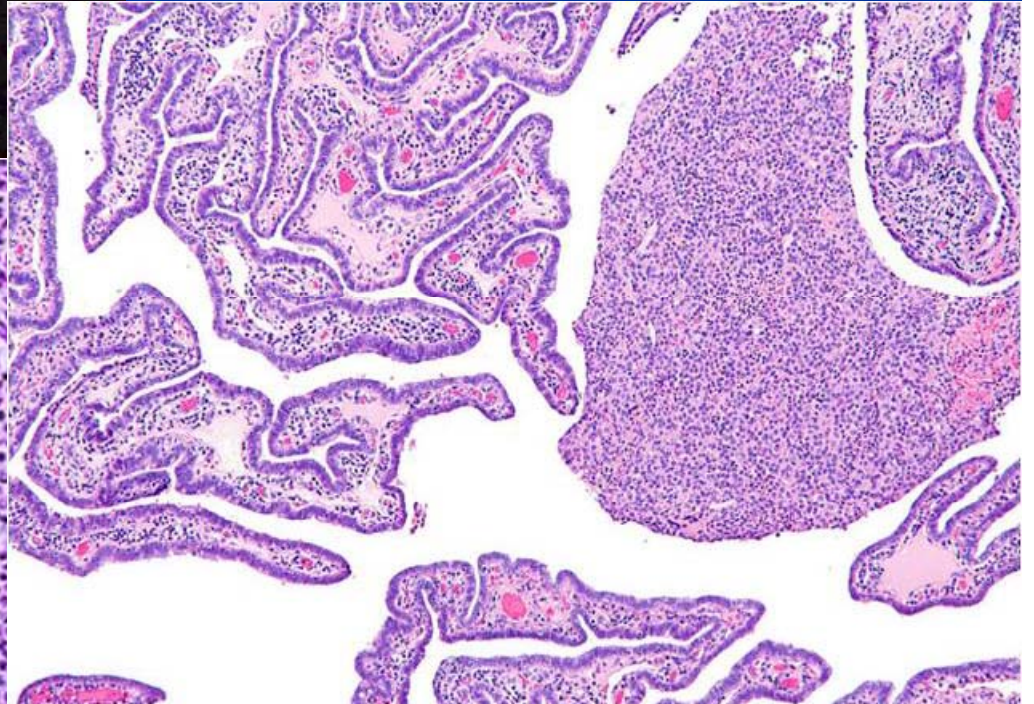
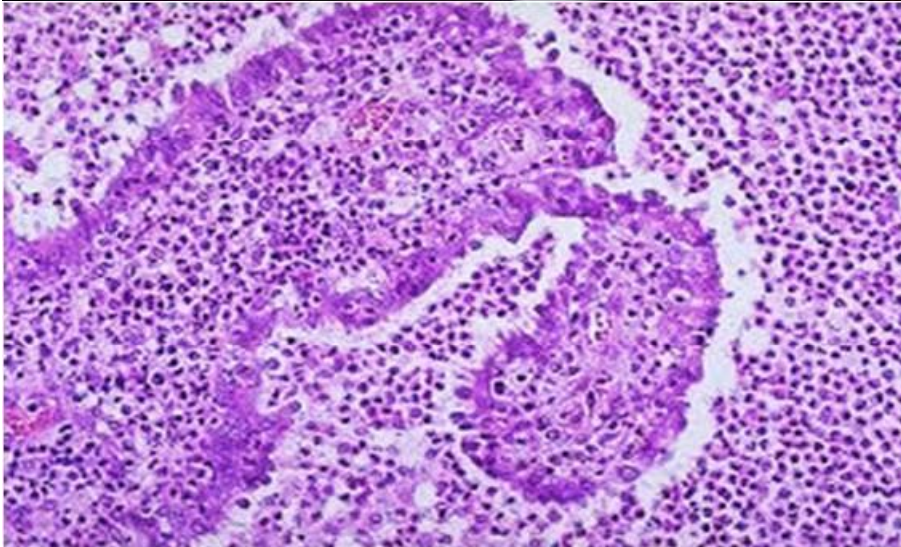
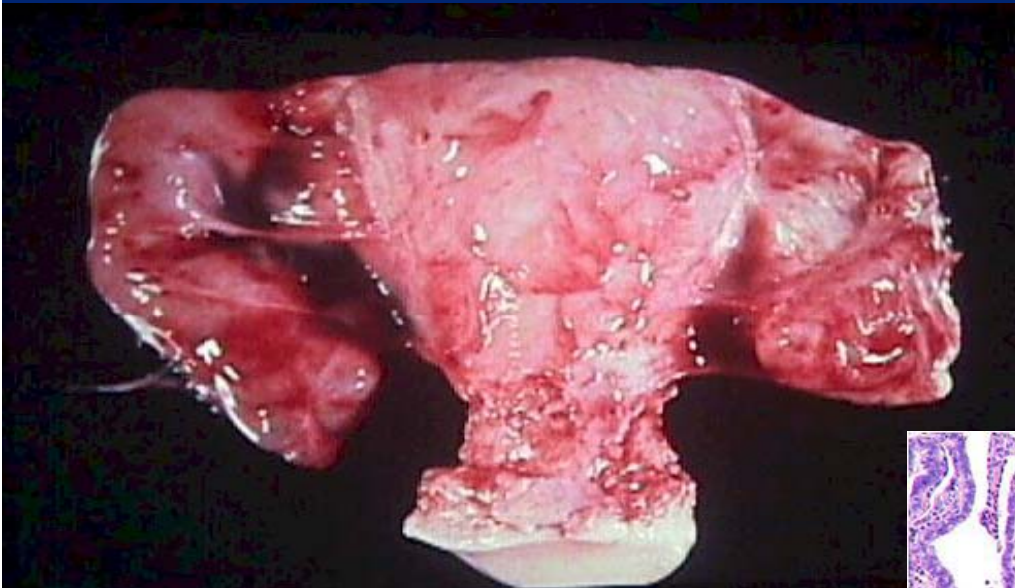
m: hiperemie, edem, infiltrat PMN, descuamări ale epiteliului tubar.



Forma purulentă

M: mărirea de volum a trompei, aderențe fibrinoase ale seroasei, congestie mucoasă și exsudat purulent în lumen.

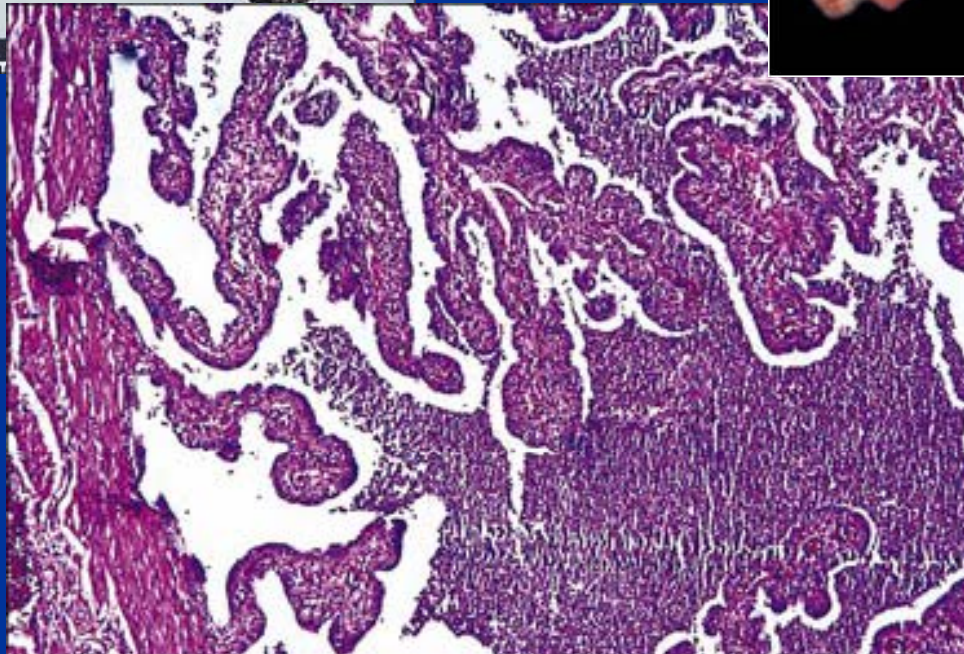
m: hiperemie, edem, infiltrat inflamator abundent cu PMN: mucoasa tubară este denudată și acoperită cu exsudat purulent.



Piosalpinxul

M: dilatații neregulate ale trompei, perete îngroșat și lumenul plin cu puroi de ml - sute de ml.

m: inflamație acută purulentă care interesează organul în totalitate.



SALPINGITELE CRONICE:

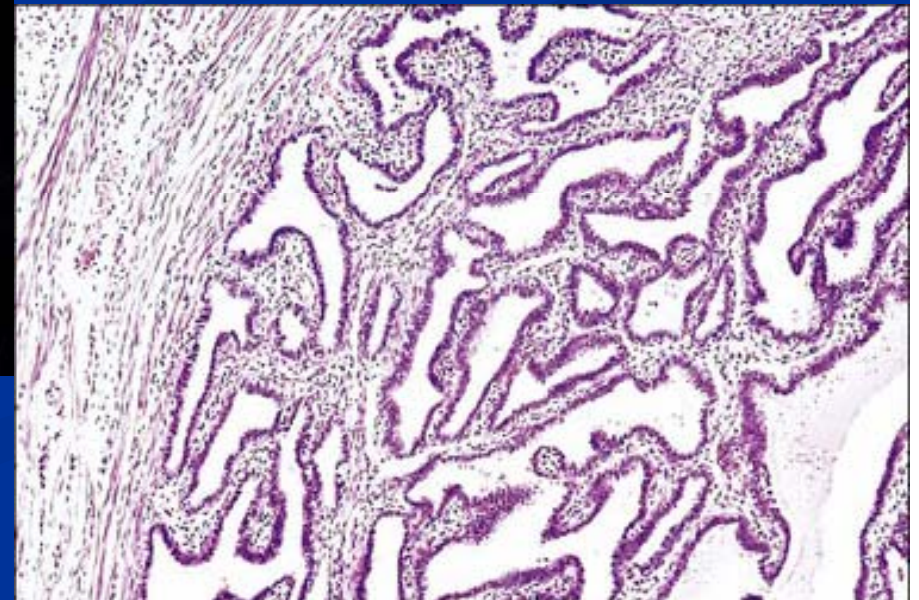
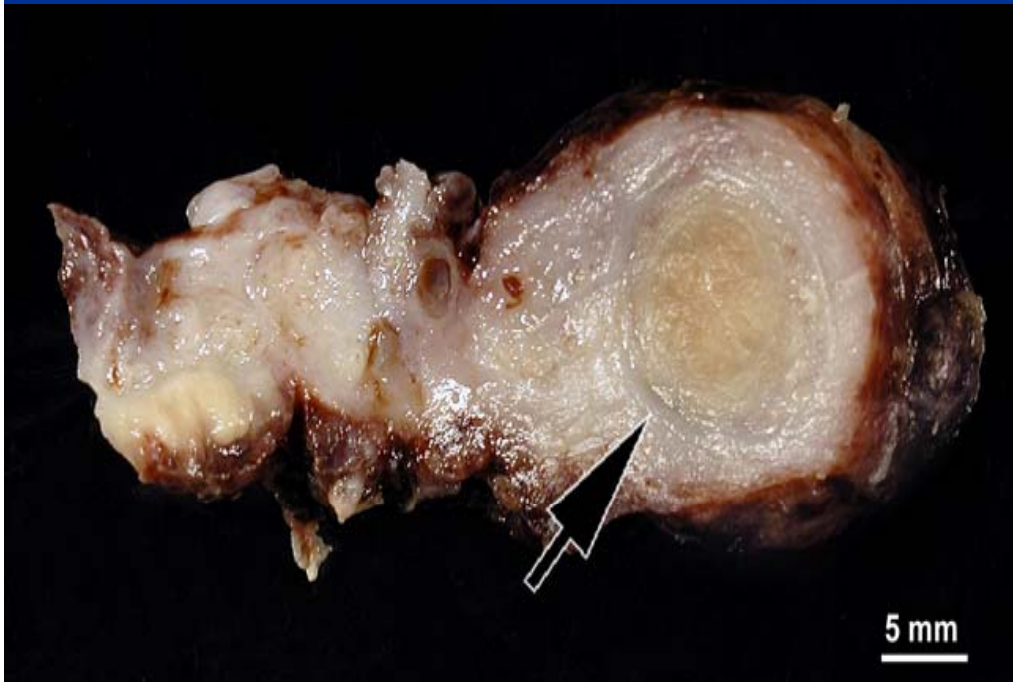
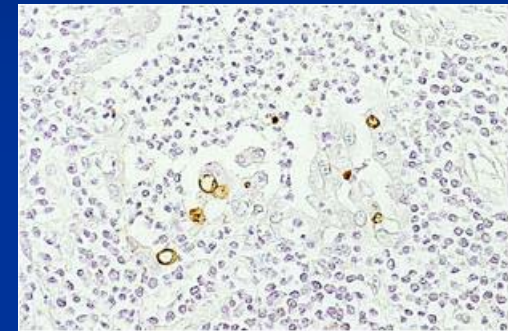
- Salpingite cronice nespecifice

- Forma hipertrofică

M: peretele trompei îngroșat, lumenul prezintă dilatație ce alternează cu stricturi.

m: fibroză și infiltrat inflamator LP; franjurile tubare aderente între ele → obstrucția lumenului tubar.

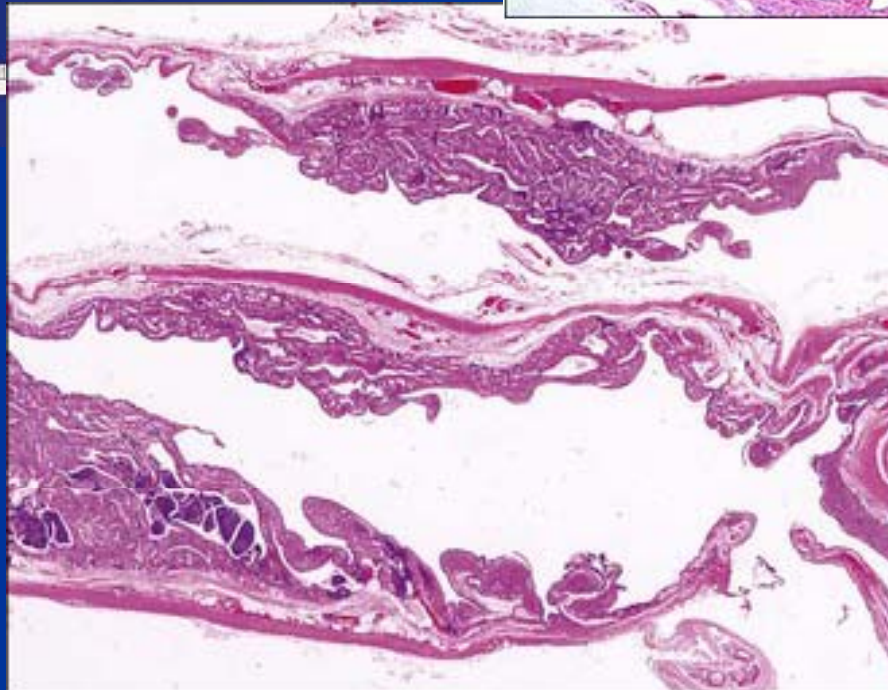
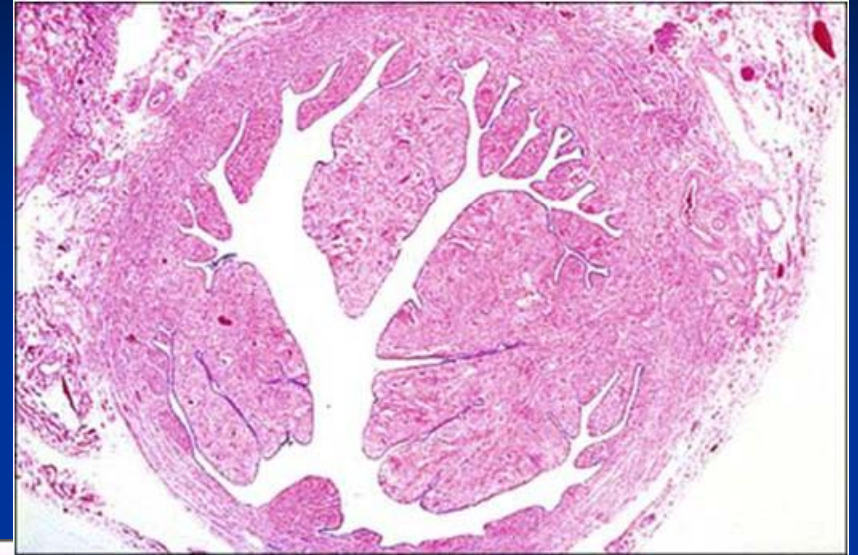
chlamidya



Forma atrofică

M: trompa micșorată de volum, scleroasă, cu mucoasa atrofică.

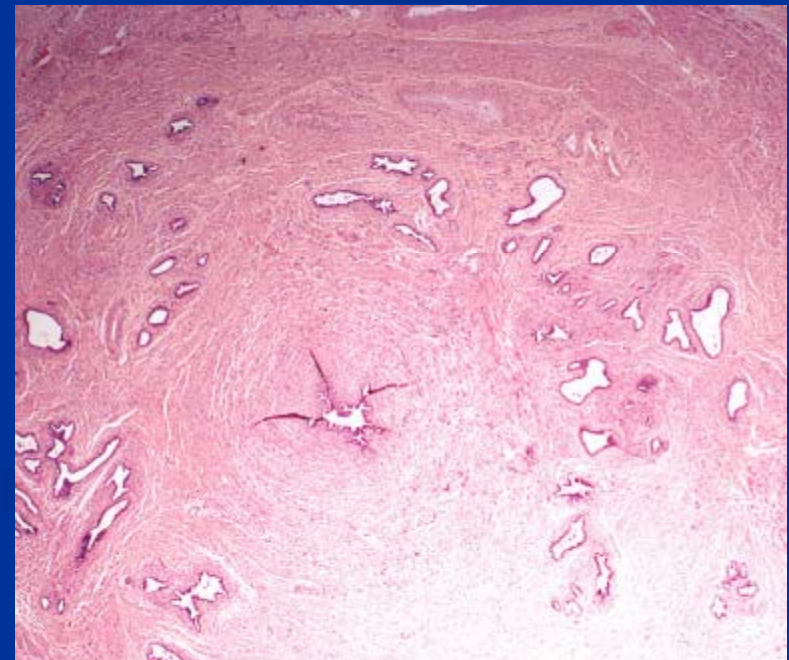
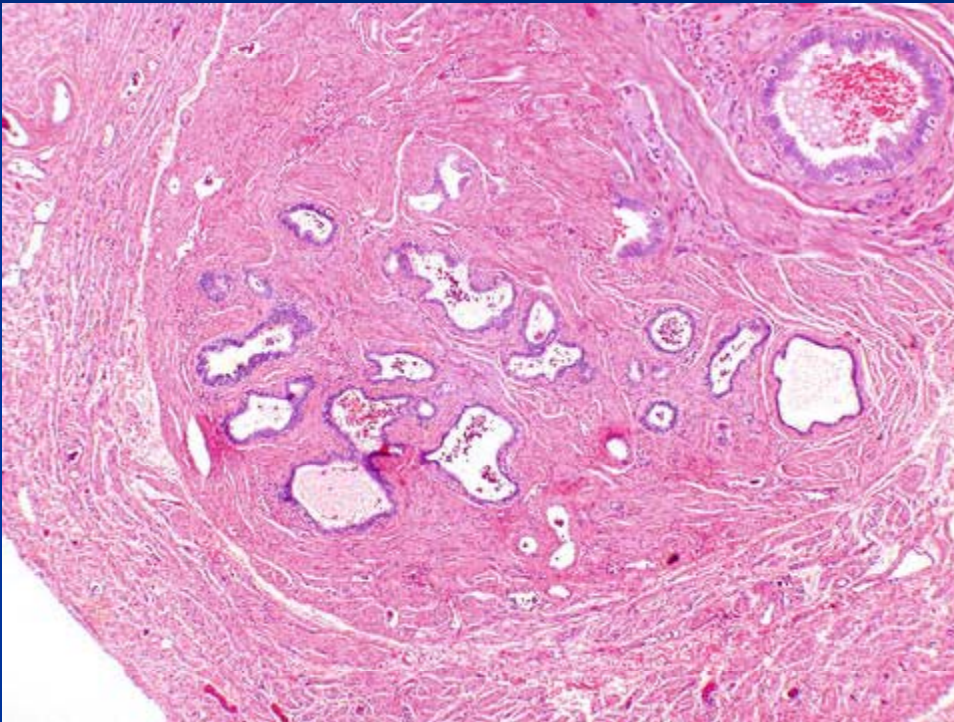
m: scleroză difuză și atrofia peretelui tubar, la nivelul mucoasei fiind prezent un infiltrat inflamator cronic



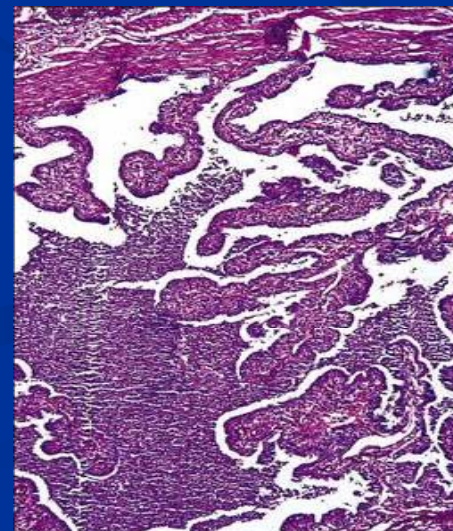
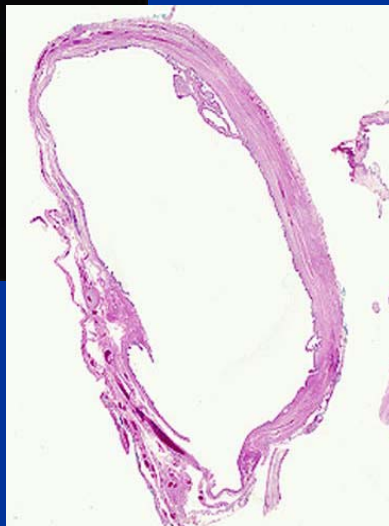
Forma istmică nodulară

M: formațiuni nodulare cu localizare intramurală.

m: structurile nodulare sunt glande înconjurate de fibre musculare hiperplaziate și hipertrofiate.



Complicații: hidrosalpinxul, piosalpinxul, hematosalpinxul, sarcina tubara, sterilitatea.



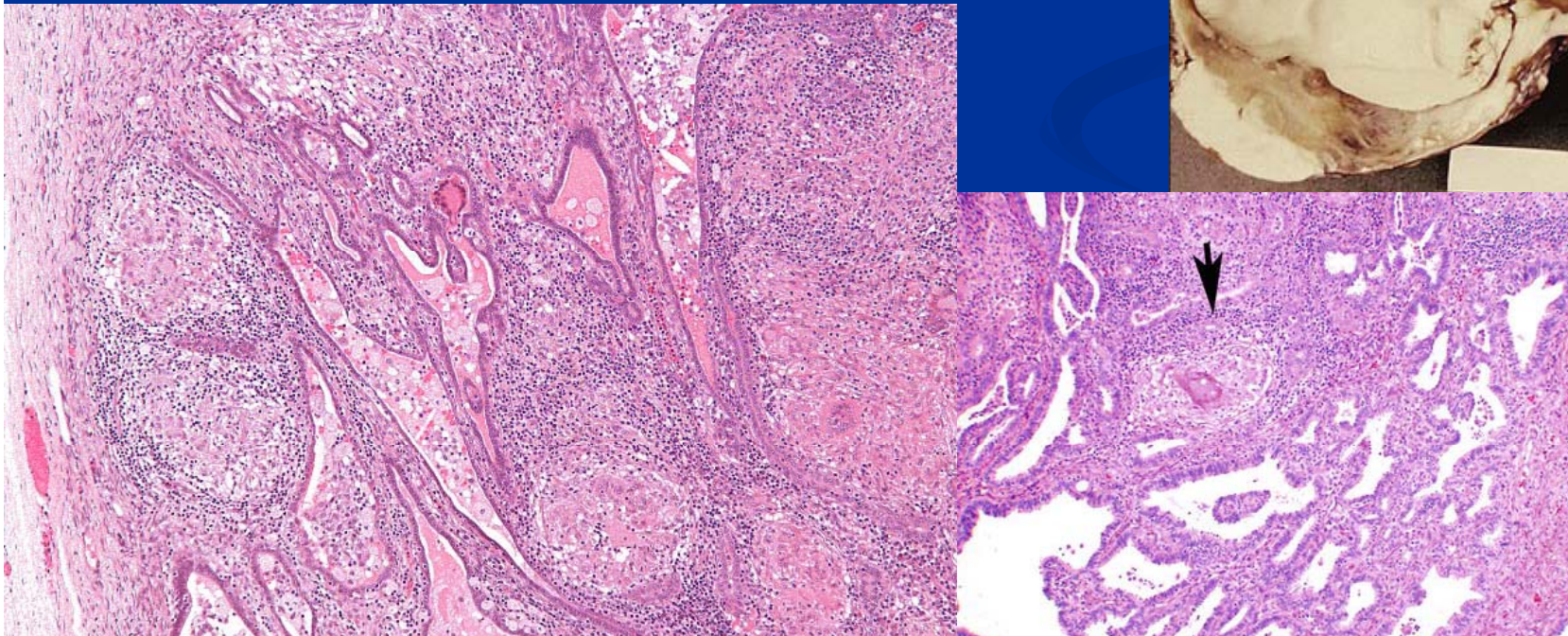
- **Salpingite cronice specifice** -
salpingita tuberculoasă - localizarea cea mai frecventă a TBC genitale a femeii
- leziuni bilaterale, infecția propagându-se pe cale hematogenă de la un focar de TBC pulmonar / extrapulmonar.

M: forme miliare / ulcero-cazeoase.

m: foliculi tuberculoși și necroza de cazeificare

Complicații:

- diseminarea infecției către alte structuri → blocuri aderențiale cu structurile învecinate,
- peritonite localizata / generalizata.



LEZIUNI TUMORALE

TUMORILE BENIGNE

- **Tumore benigne epiteliale:** adenomul papilar și papilomul tubar.
- **Tumore benigne mezenchimale:** fibrom, leiomiom, lipom, condrom, hemangiom.

TUMORILE MALIGNE

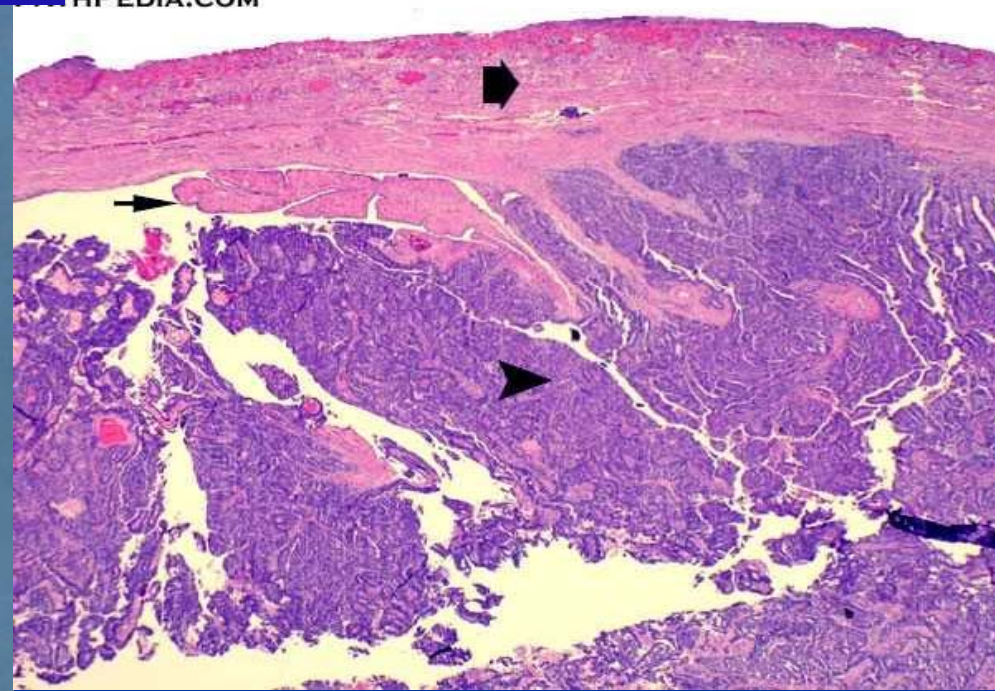
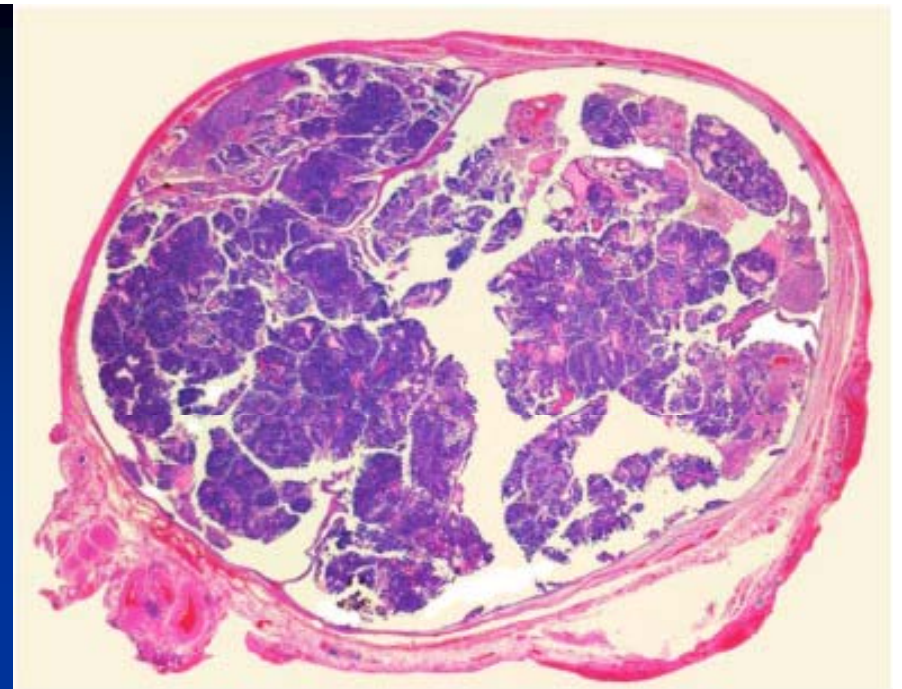
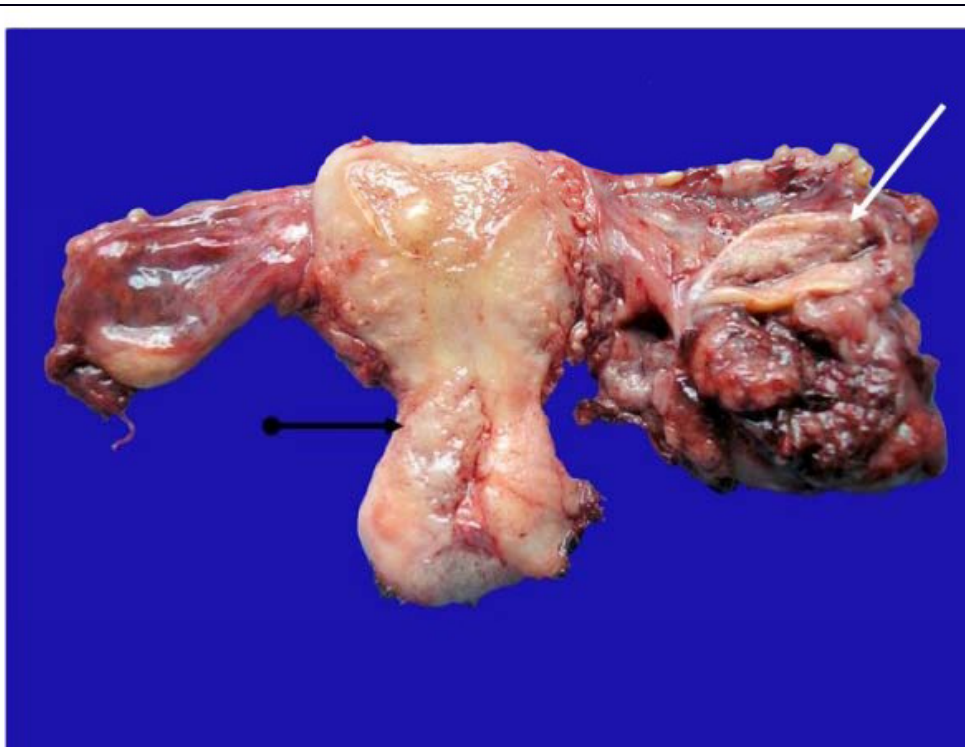
– **adenocarcinoame** ~ 0,5-1 % din tumorile maligne ale aparatului genital feminin.

M: formațiuni nodulare / vegetante care obstruează lumenul tubar și care se dezvoltă infiltrativ către structurile adiacente.

m: carcinom endometroid / seros.

Evoluția

- locală se face infiltrativ și distructiv către organele adiacente
- metastazele la distanță - pe cale limfo-hematogenă → vagin.



HPEDIA.COM