

PATOLOGIA APARATULUI GENITAL MASCULIN

LEZIUNI INFLAMATORII

-Inflamațiile testiculului = **orhite**, inflamațiile epididimului = **epididimite**

ORHIEPIDIDIMITELE ACUTE

- **Orhiepididimita gonococică** - propagare canaliculară de la uretră → deferent → coada epididimului.

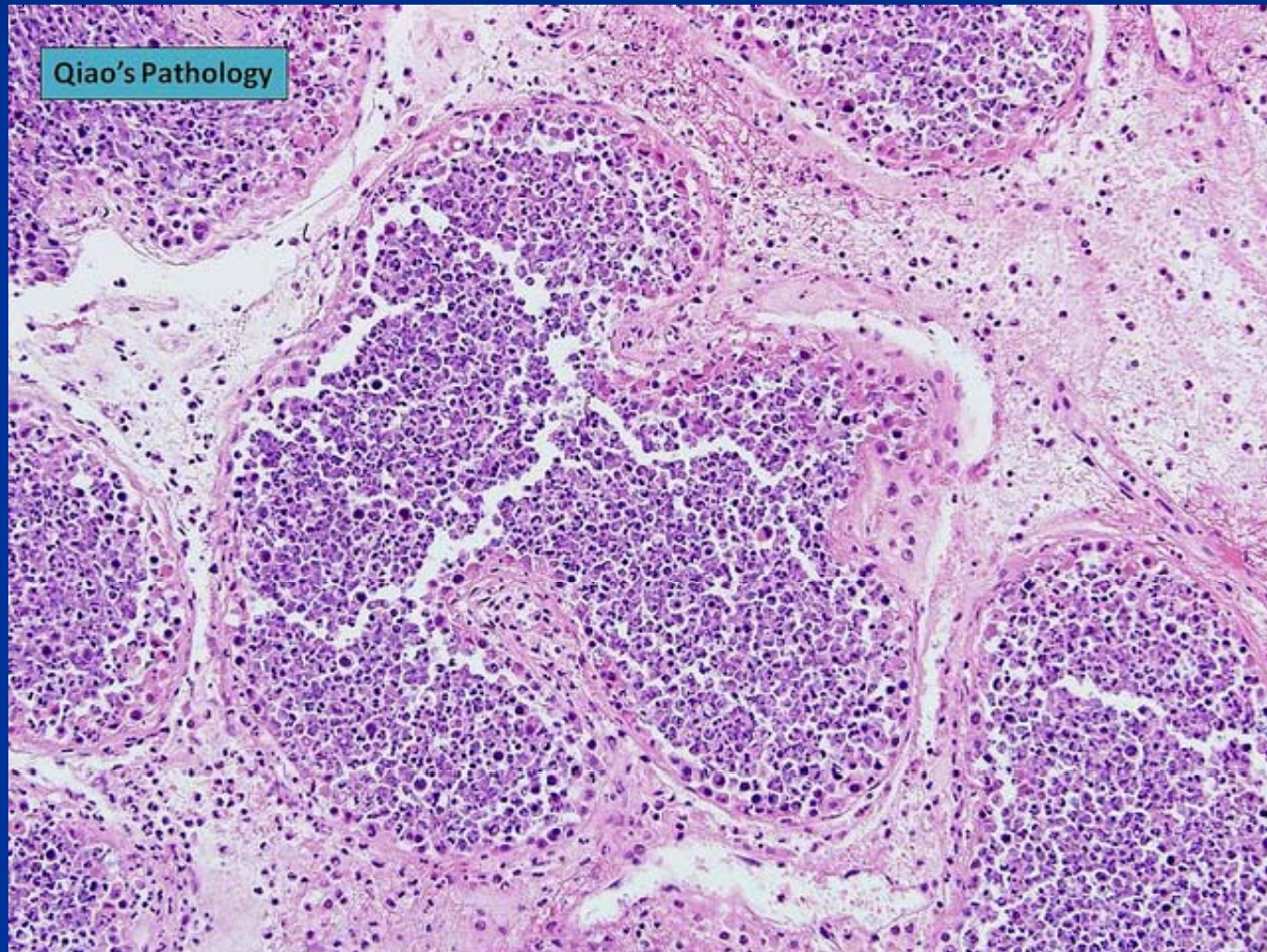
M: epididimul îngroșat și fluctuent prin constituirea de abcese



m:

- epididim - aglomerări de PMN → microabcese → cicatrici fibroase.
- testicul - inflamație interstițială → afectarea spermatogenezei

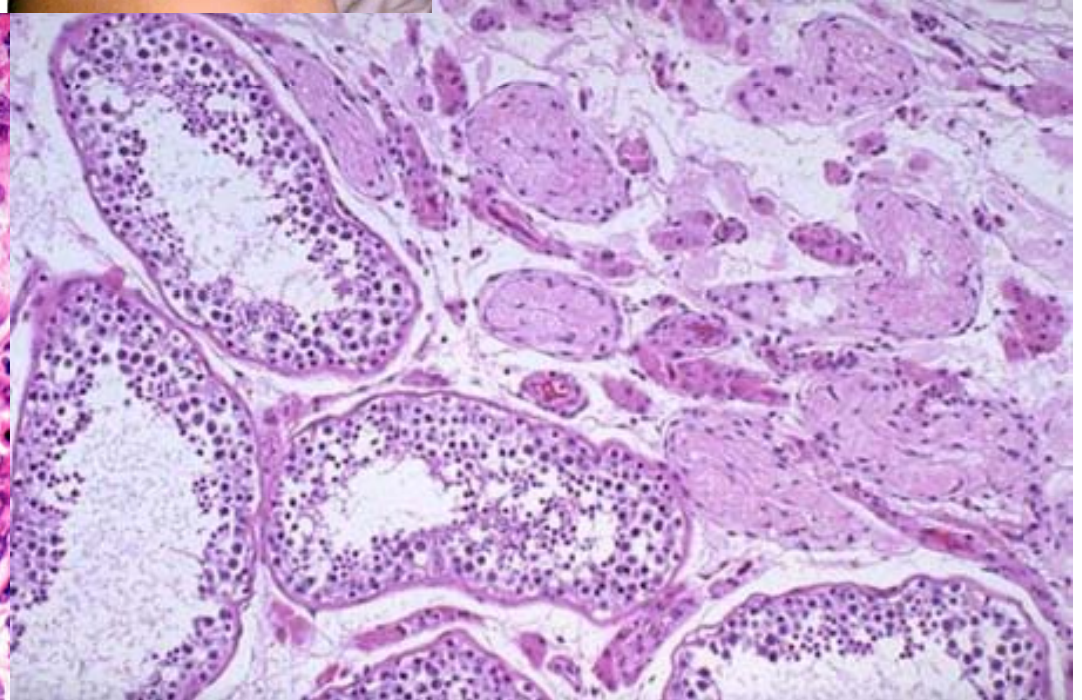
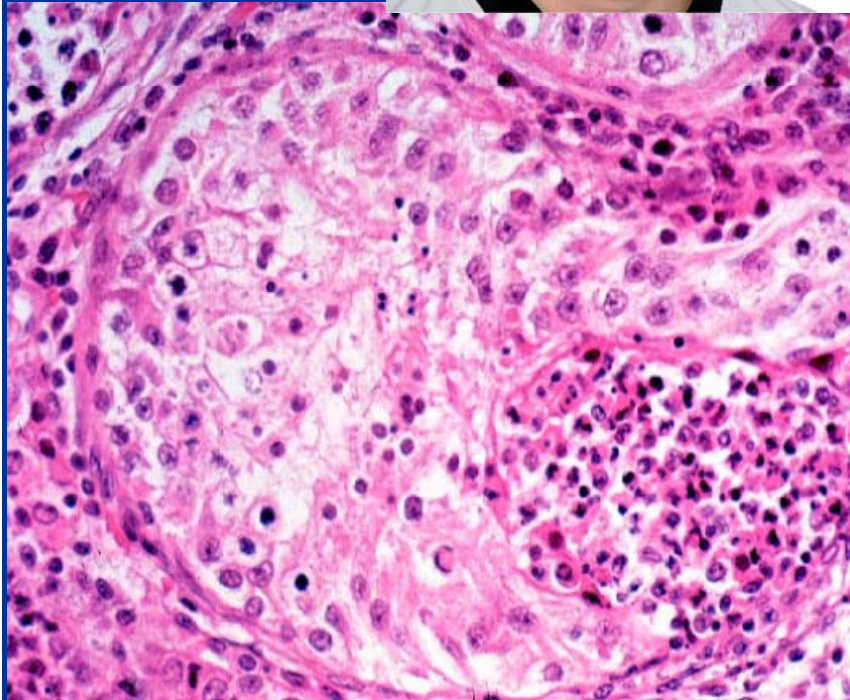
Evoluția - scleroză interstițială → fibroza tubilor seminiferi azoospermie și sterilitate.



- **Orhita urliană** - în cursul evoluției parotiditei epidemice

M: leziuni unilaterale, congestie și edem.

m: hiperemie, edem, infiltrat hemoragic și inflamator; rar leziuni degenerative ale epiteliilor tubulare → atrofie → sterilitate.

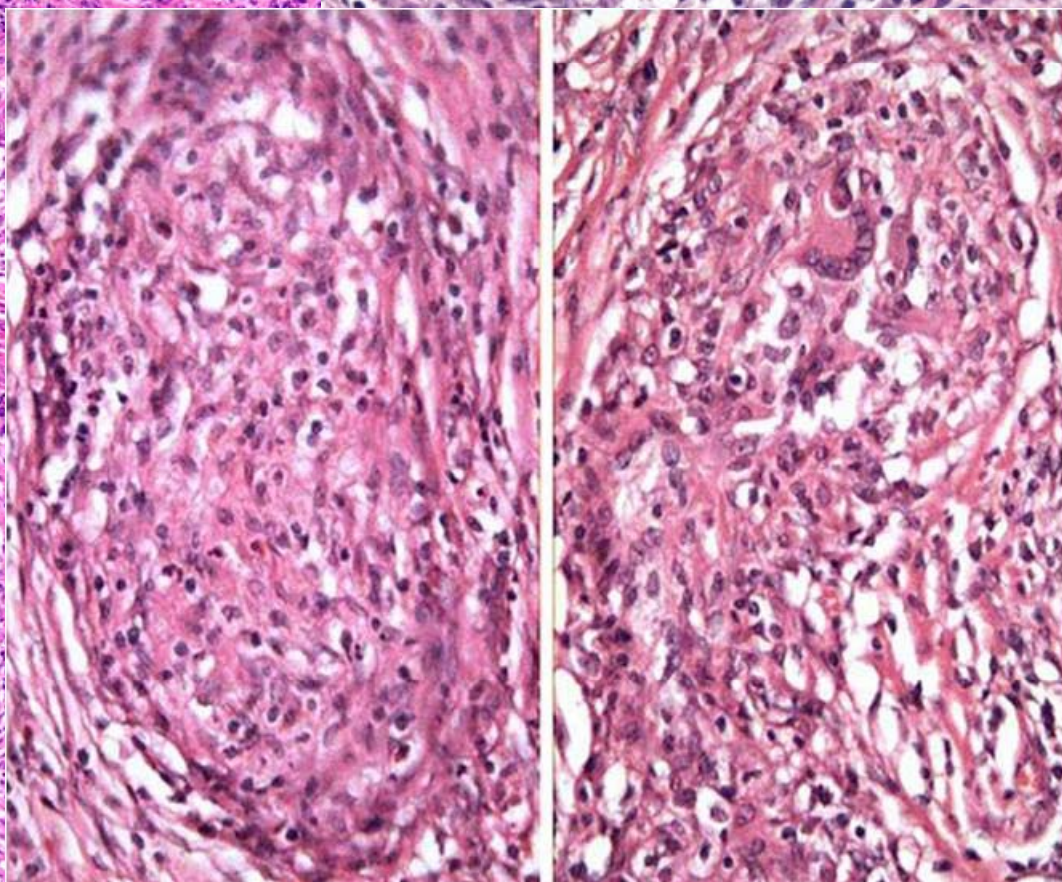
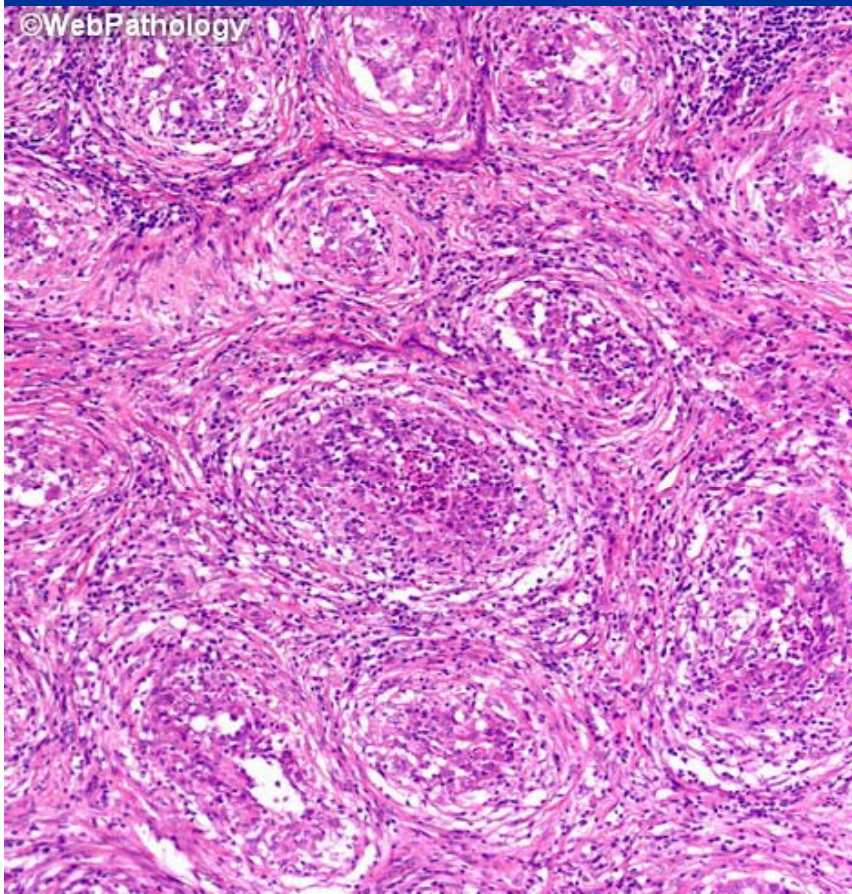
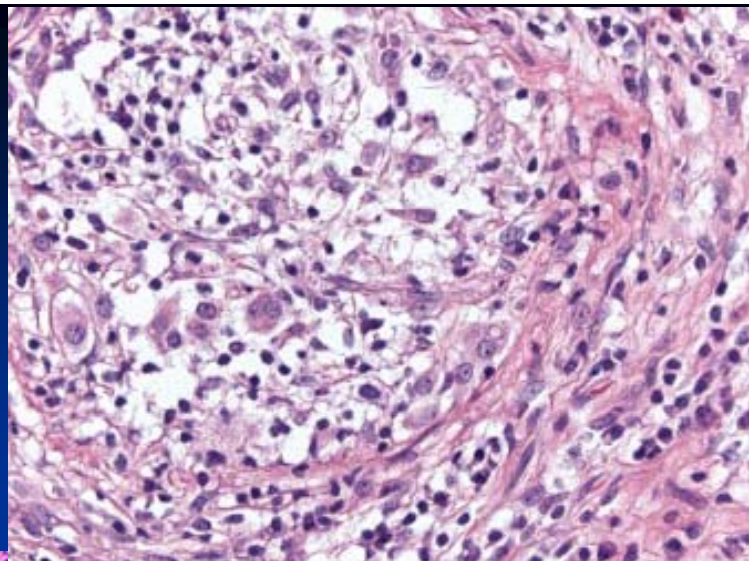


ORHIEPIDIDIMITE CRONICE

- **Orhiepididimite cronice nespecifice** - inflamații cronice granulomatoase.

M: tumefacție testiculară unilaterală.

m: granuloame tuberculoide: celule epitelioides și celule gigante cu citoplasma vacuolară.

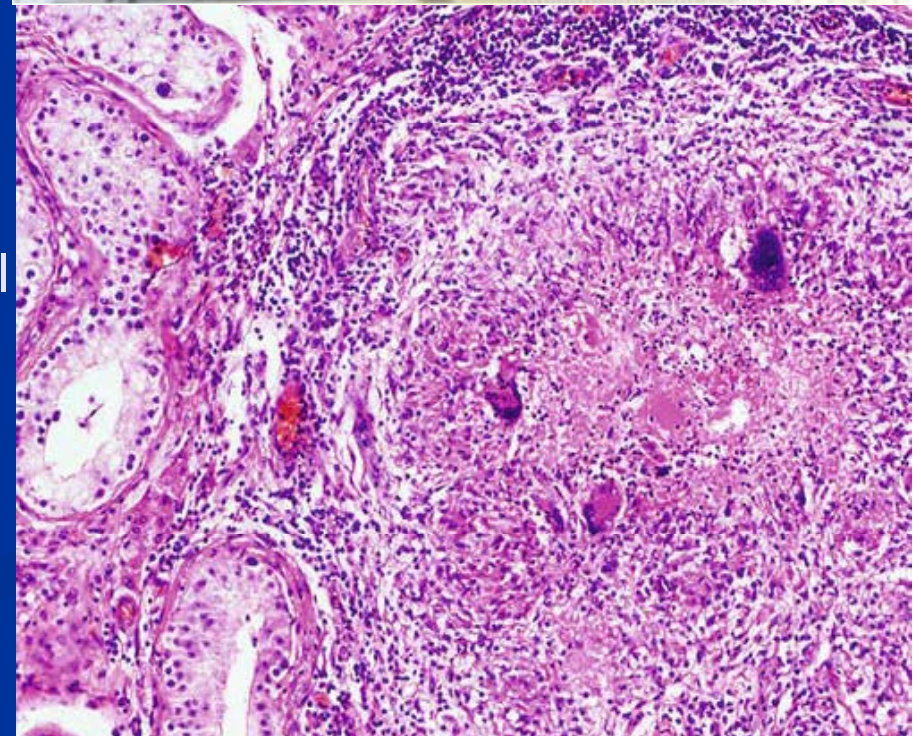
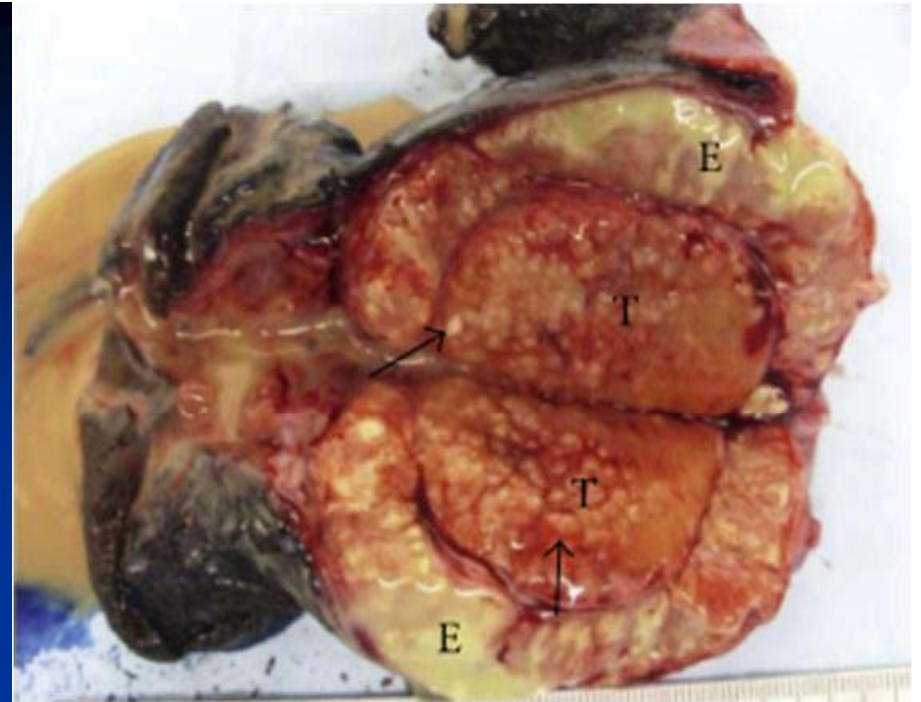


- **Orhiepididimitele cronice specifice:**

Orhiepididimita tuberculoasă -
secundar însămânțării hematogene de
la un focar pulmonar.

M: epididimul îngroșat neregulat, mărit
de volum datorită formațiunilor nodulare
fibro - cazeoase;
- pe secțiune la nivelul capului
epididmului apar zone chistice datorate
cazeificării, iar spre testicul domină
scleroza și nodulii cazeoși → tot organul
poate suferi cazeificare.

m: leziuni caracteristice inflamației
tuberculoase



LEZIUNI TUMORALE

Clasificarea tumorilor testiculare:

- **Tumori germinale:**

- seminom
- carcinom embrionar
- coriocarcinom
- terataoame.

- **Tumorile cordoanelor sexuale si stromale:**

- tumori cu celule Leydig
- tumori cu celule Sertoli
- tumori cu celule de granuloasă si tecale.

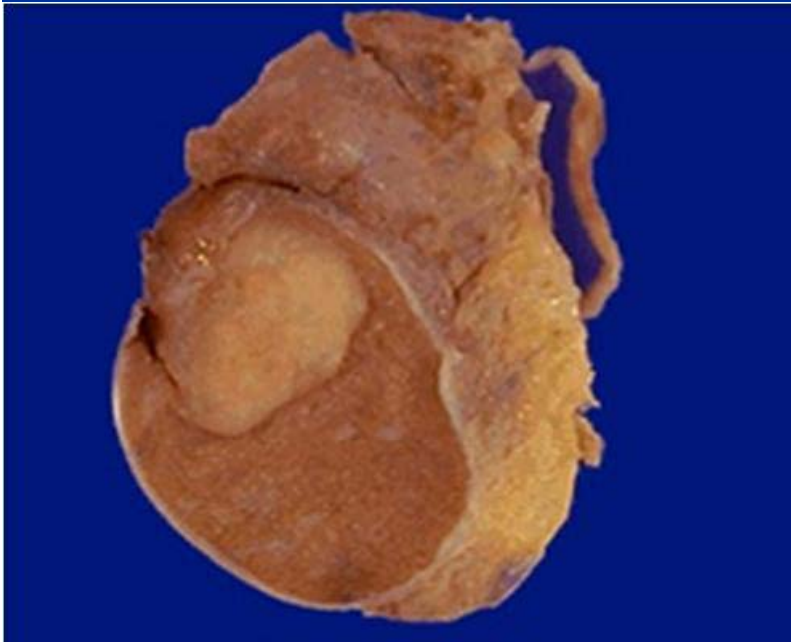
- **Tumori metastatice.**

I. TUMORILE CELULELOR GERMINALE

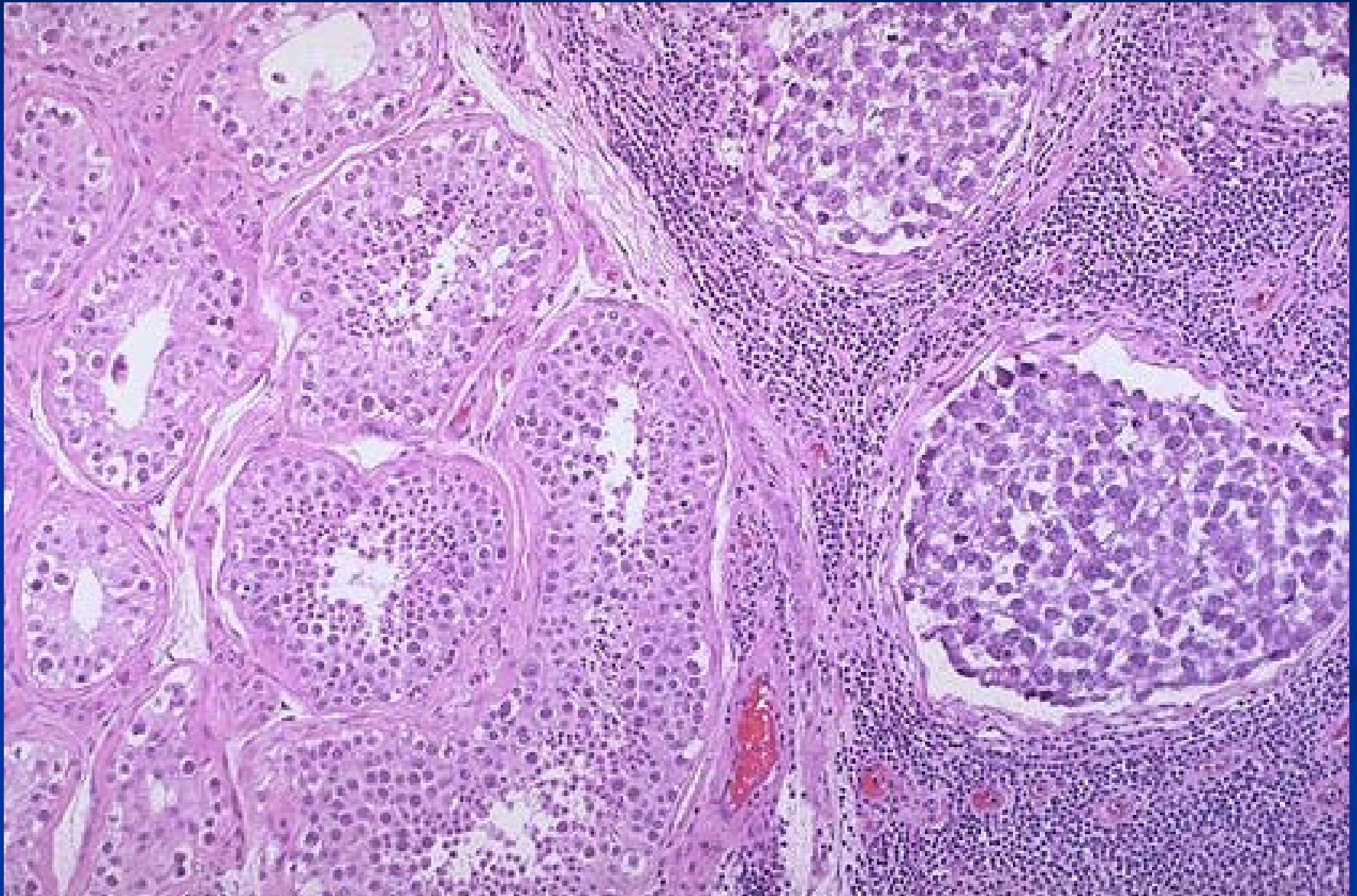
Seminomul

- cea mai frecventă tumoră cu originea la nivelul celulele germinale,
- incidența maximă în jurul vârstei de 40 de ani.

M: formațiune nodulară, consistență crescută, net delimitată de structura sănătoasă; pe secțiune culoare cenusie cu zone de necroză si hemoragie.



m: celule cu aspect monomorf, cu citolasma clară și nuclei ovalari, hipercromi, ce conțin 1-2 nucleoli, dispuse sub formă de cordoane și insule compacte.



Carcinom embrionar - evoluție agresivă, incidență max 20-30 ani.

- **Tip adult** - locul II în cadrul tumorilor testiculare ale adultului.

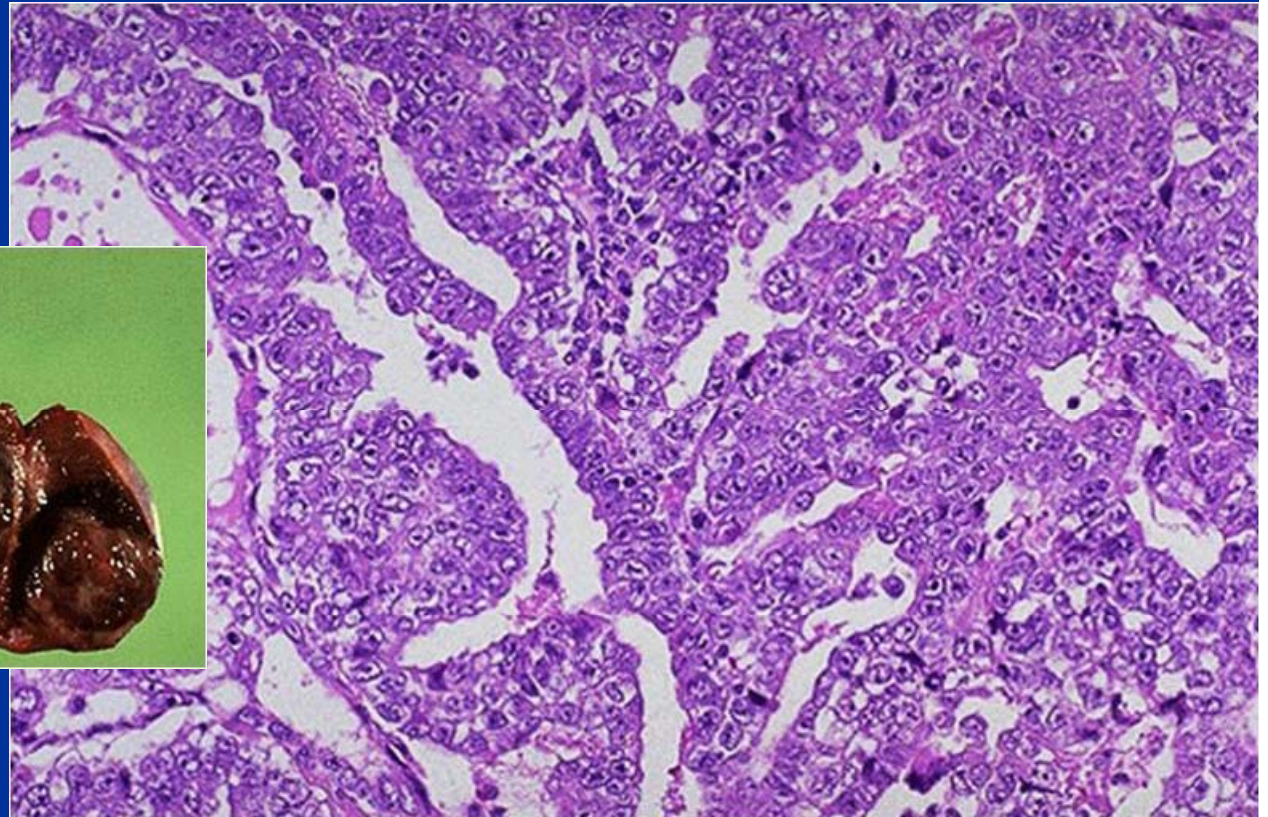
M: formațiune imprecis delimitată, dimensiuni reduse

m: celulele cu pleiomorfism și anaplazie accentuate, dispuse insular / compact, papilar / pseudoglandular.

- **Tip infantil** - cea mai frecventă tumoră testiculară a copilului.

M: imprecis delimitată; pe secțiune albicioasă-gălbuie cu zone mucinoase.

m: celule cubice și fusiforme cu o dispoziție predominant papiliferă.

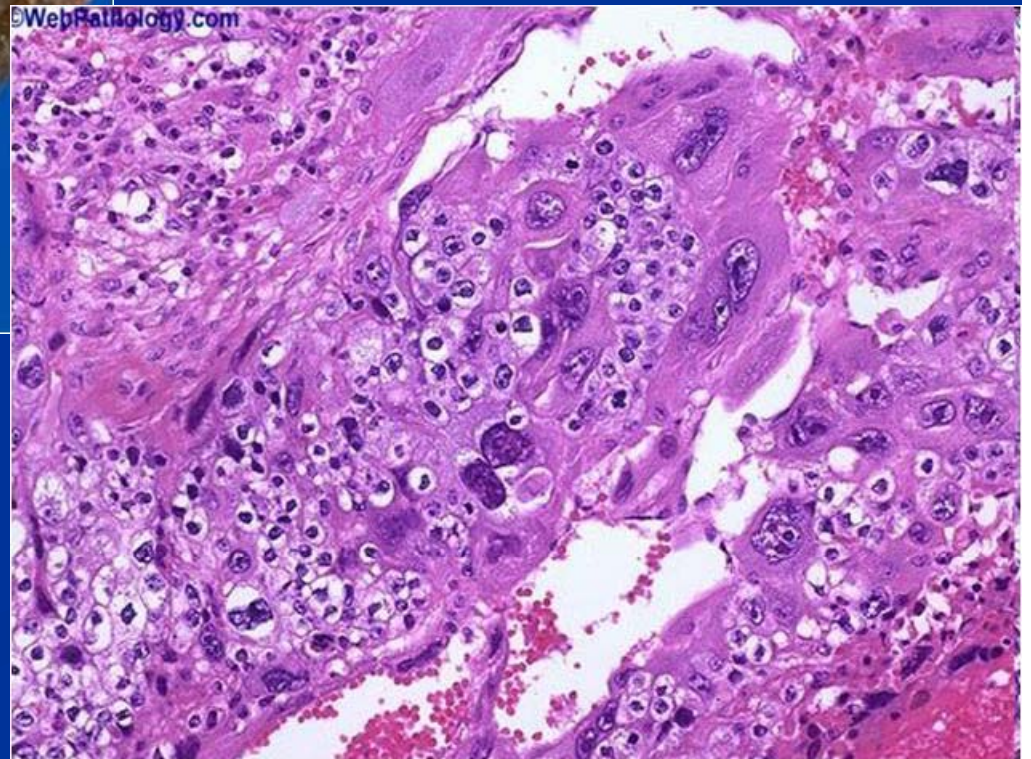


Coriocarcinomul - gradul cel mai înalt de malignitate între tumorile testiculare.

M: dimensiuni mici, cu zone de necroză și hemoragie.

m: proliferări de celule cu aspect sincițio și citotrofoblastic.

Evoluția - locală infiltrativă, metastazele la distanță → pe cale hematogenă → ficat și plămâni.



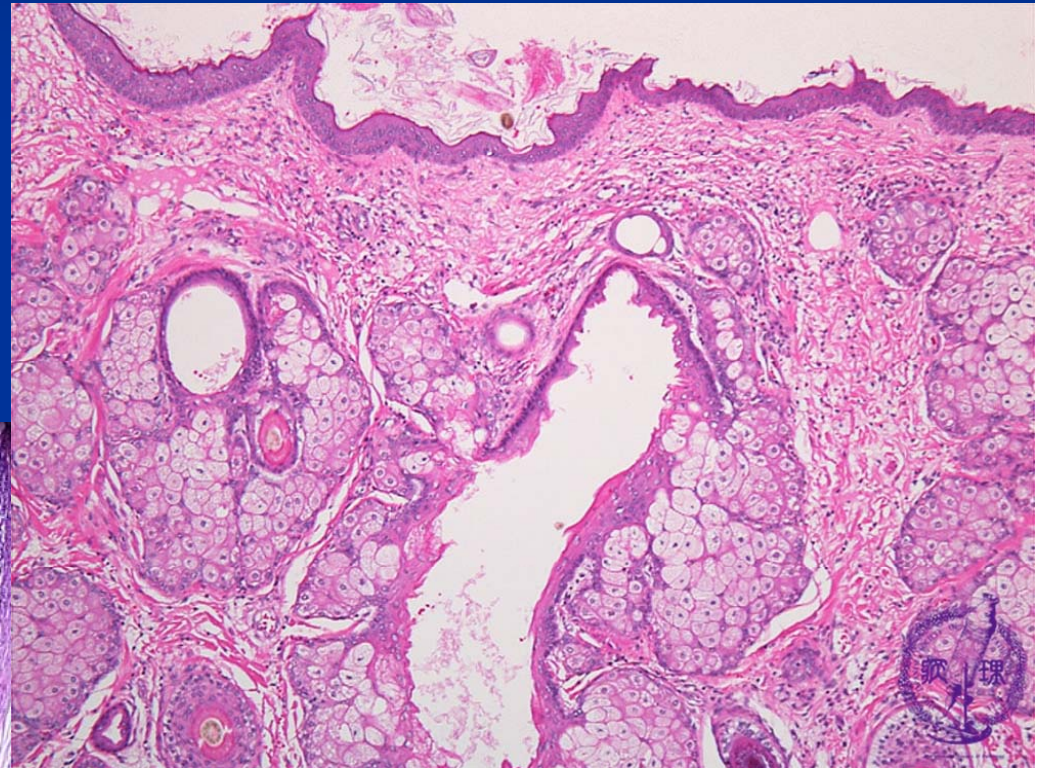
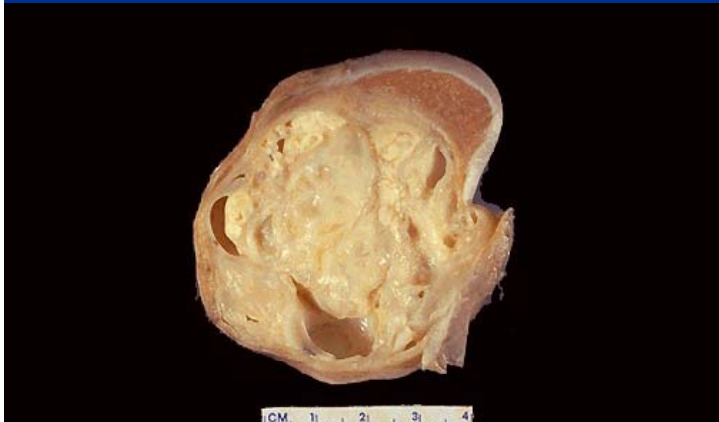
Teratoame - apare la orice vârstă și sunt în general tumori benigne.

M: dimensiuni mari, solide sau chistice, cu zone de cartilagii și calcificări.

m:

-**Teratoame mature** - structuri diferențiate, organoide, de tip cartilaginos, muscular, nervos, epitelial

-**Teratoame imature** - structuri embrionare slab diferențiate, cu aspect de mezenchim, prezentând zone de tranziție spre structuri condroide, neurale, etc.



II. TUMORILE CORDOANELOR SEXUALE ȘI STROMALE

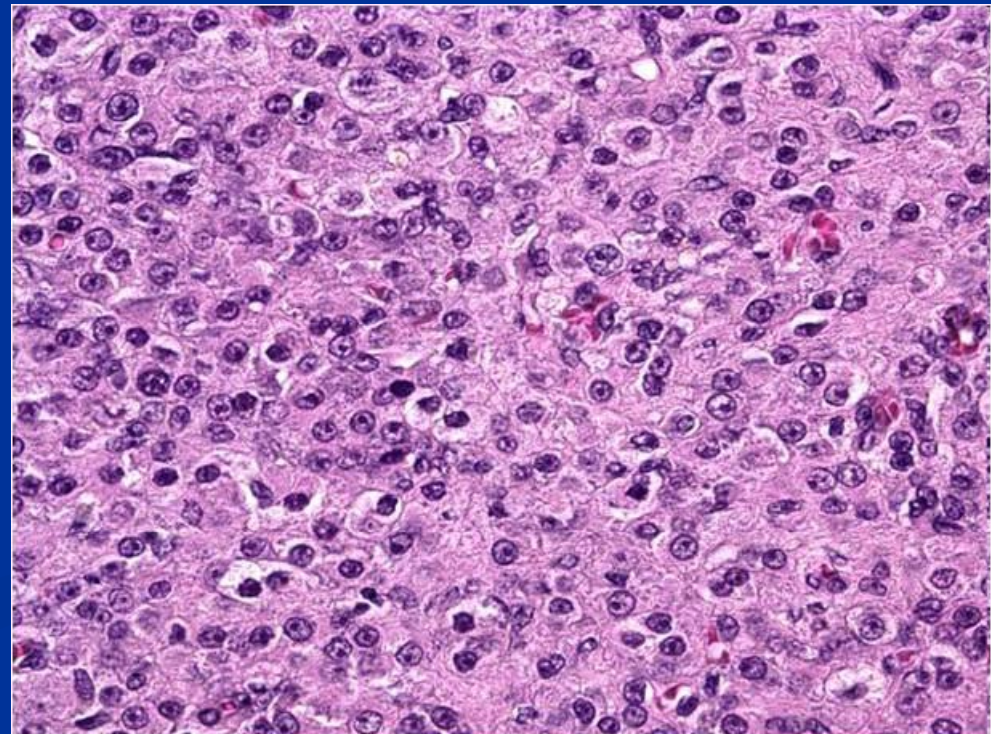
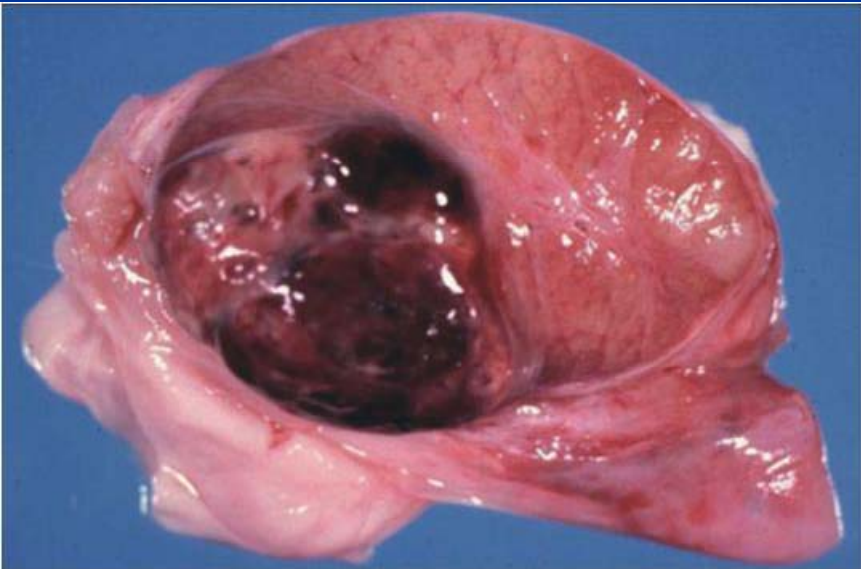
Tumora cu celule Leydig (leydigiomul) - foarte rară, poate apărea la orice vârstă.

- tumoră activă hormonal ce secreta androgeni, estrogeni și coticosteroizi.

M: nodul cu dimensiuni reduse, culoare gălbuie cu zone brun-roșietice.

m: celule voluminoase cu citoplasma granulară / vacuolară, nuclei veziculoși, dispuse în cordoane sau lobuli

Evoluția ~ 10 % din cazuri invazie tumorală / metastaze la distanță.

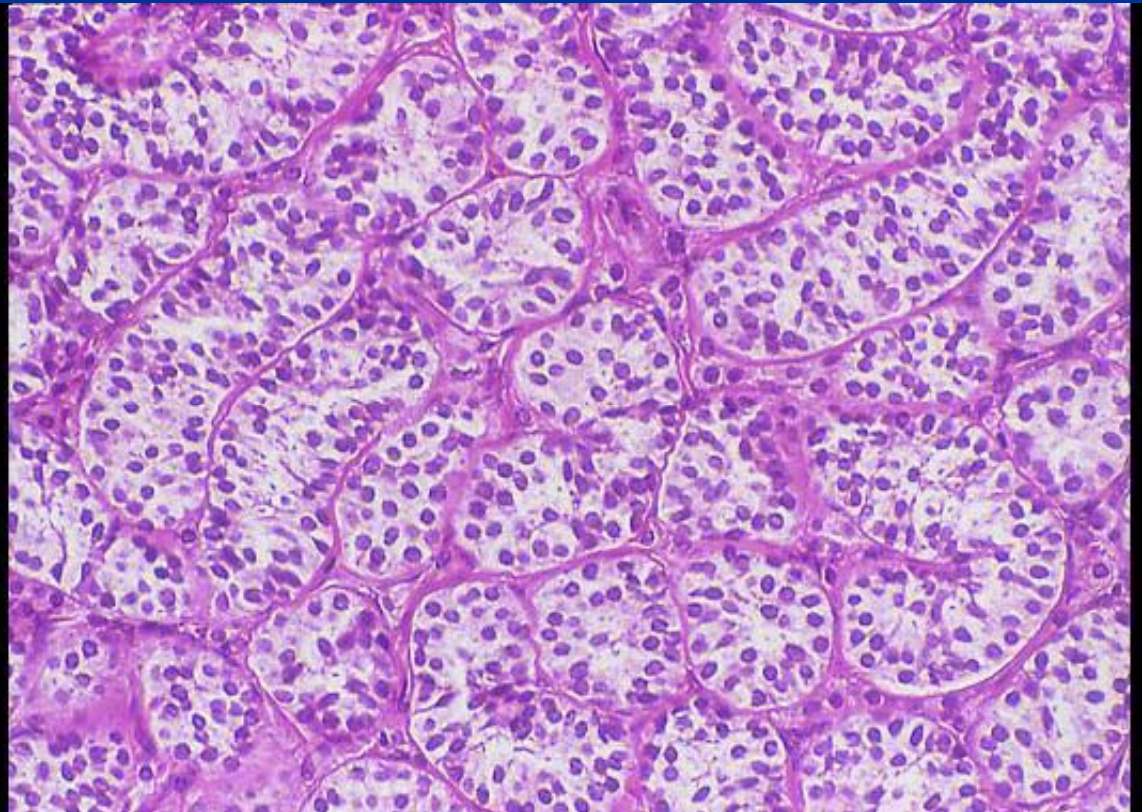


Tumora cu celule Sertoli (androblastomul) - tumoră cu activitate hormonală redusă, rareori determinând manifestări clinice.

M: nodul de dimensiuni reduse, culoare albicioasă / gălbuie.

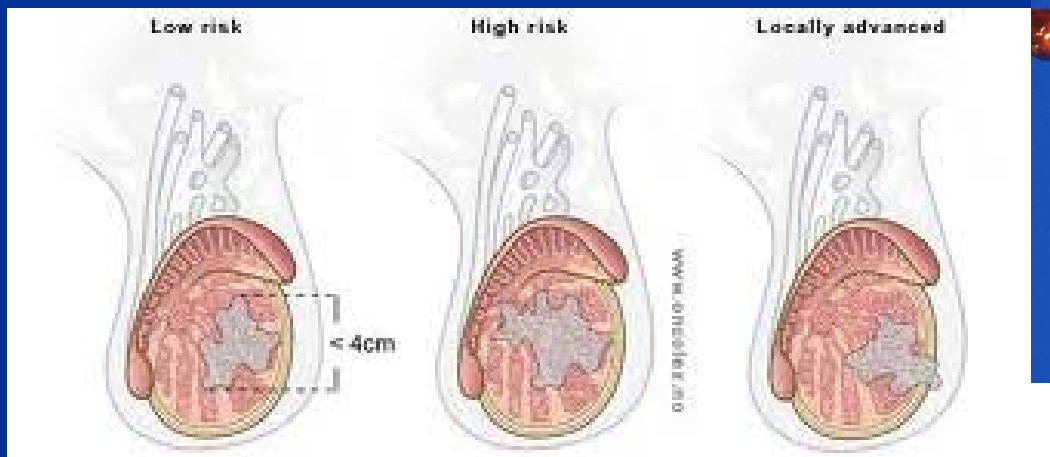
m: celule neoplazice dispuse sub formă de structuri ce amintesc de tubii seminiferi imaturi.

Evoluția - asemănătoare cu cea a tumorilor leydigiene → procentaj redus invazie în structurile adiacente și diseminări metastatice.



Evoluția

- local infiltrativă : înlocuiește parenchimul testicular, îl poate depăși → invaziv către epididim și cordonul spermatic
- însămânțări metastatice: ggl lombo-aortici, mai rar ficat și plămâni.



(c) 2012, Richard M. Jakowski, DVM, PhD, DACVP

Supraviețuirea la 5 ani este de:

- 100% în stadiul I
- 95% stadiul II.
- 80% stadiul III
- 15-18% stadiul IV.

PATOLOGIA PROSTATEI

MALFORMAȚII

- **Agenezia prostatei** = absența organului, se asociază cu alte malformații severe ale aparatului genital.
- **Diverticuli congenitali** = dilatații chistice ale glandelor prostatice / canalelor prostatice / utriculei prostatice, care comunică cu uretra prostatică.

LEZIUNI INFLAMATORII

Leziunile inflamatorii = **prostatite**.

Etiologia - adesea infecțioasă: E. coli, enterococi, stafilococi.

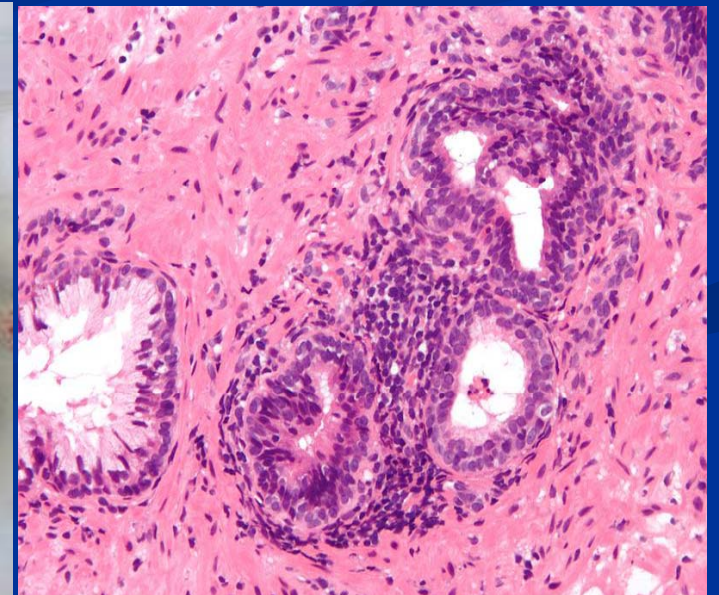
Calea de însămânțare - canaliculară ca o consecință refluxului urinar (uretra posterioară, vezica urinară) / rar diseminare limfo-hematogenă.

PROSTATITELE ACUTE

- **Prostatita acută catarală**

M: tumefierea glandei care la presiune exprimă o secreție vâscoasă.

m: congestie, edem, infiltrat cu PMN și descuamări ale celulelor epiteliale.

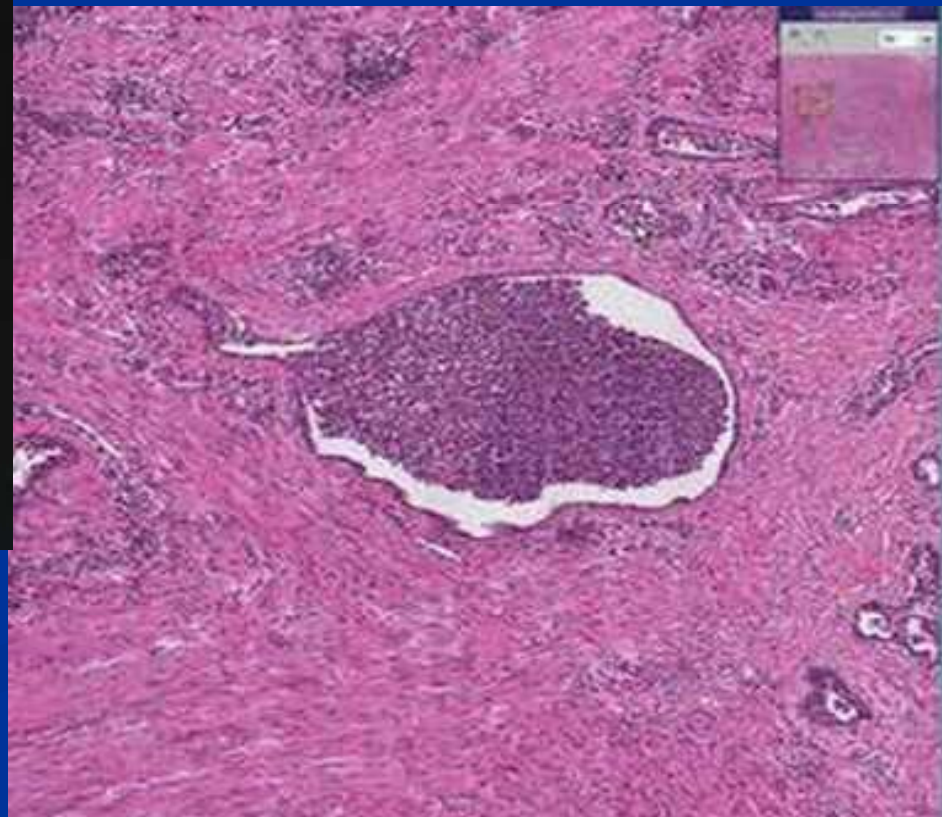
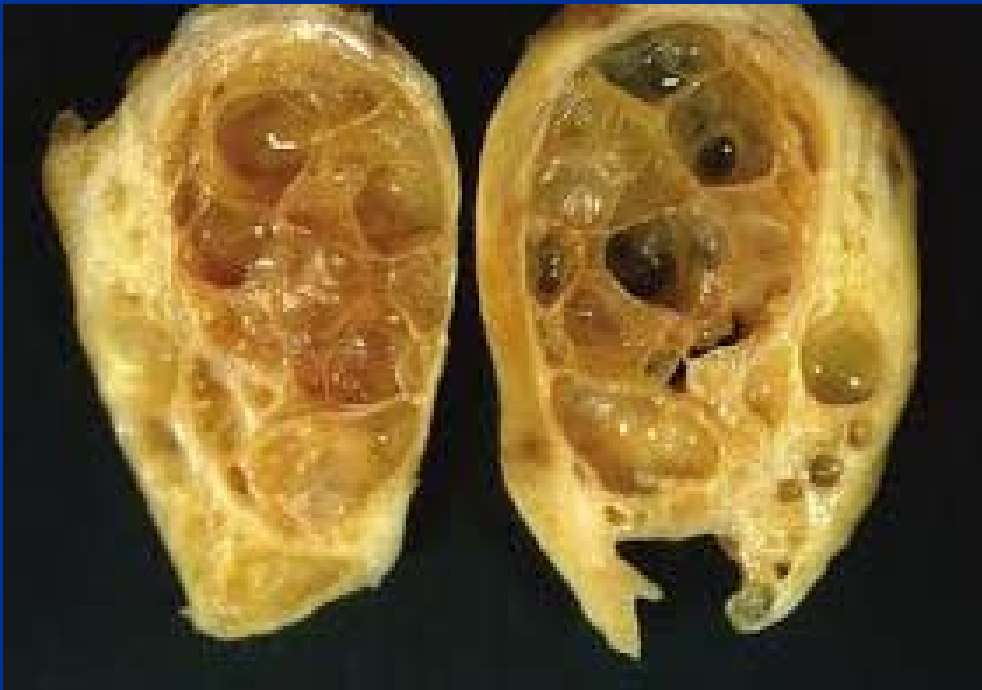


- **Prostatita acută supurată**

M: glanda este mărită de volum, pe secțiune zone de circumscrise de necroză purulentă.

m: infiltrat cu PMN → microabcese centrate de necroză purulentă.

Evoluția: - apariția complicațiilor: extinderea periprostatic → periprostatite acute → flegmon pelvin sau perineal.



PROSTATITELE CRONICE

- **Prostatite cronice nespecifice**

M: glanda mărită / micșorată de volum, consistența crescută.

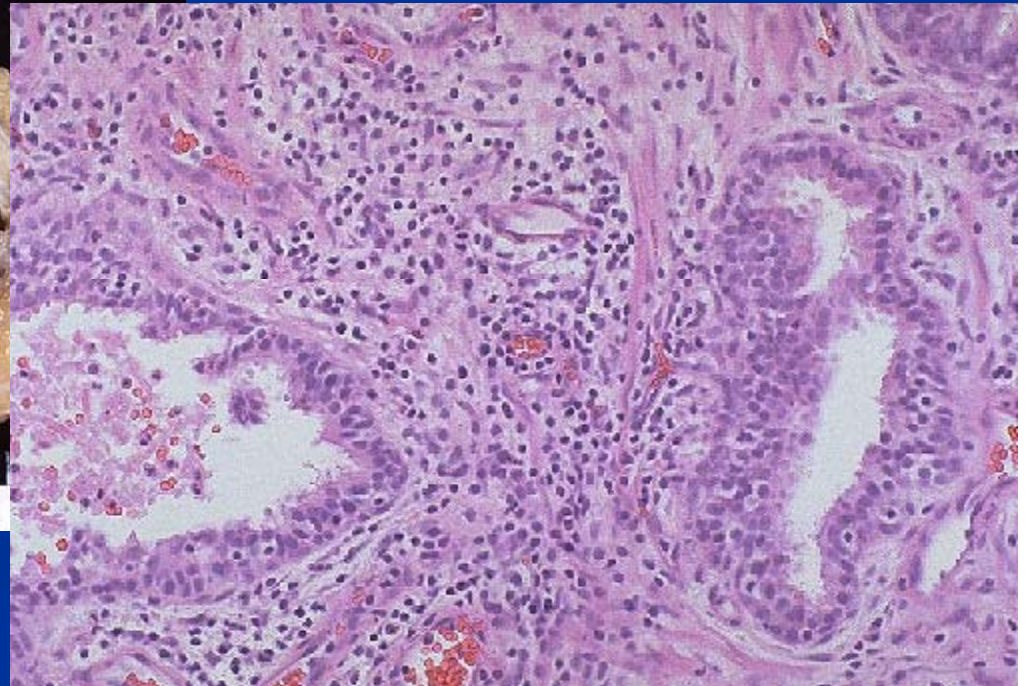
m: fibroză difuză + infiltrat LP difuz / periglandular.

- **Prostatite cronice specifice - prostatita TBC**

- cea mai frecventă localizare a TBC la nivelul aparatului genital masculin.

M: forme nodulare / cavitare / fibro-cazeoase.

m: aspect similar cu cel întâlnit și în alte localizări.



HIPERPLAZIA NODULARA A PROSTATEI

- cea mai frecventă leziune a prostatei
- diagnosticată în general > 40 de ani.
- incidență care crește progresiv cu vârsta,

Cauza

- **dezechilibru endocrin:** rol esențial - **dihidrotestosteron** care din motive puțin cunoscute se acumulează cu vârsta → hiperplazie prostatică
- **estrogeni** stimulează acțiunea hiperplazică a dihidrotestosteronului.

M: prostata mărită de volum și greutate (≥ 300 g), pe secțiune aspect de noduli unici/multipli, bine delimitați, dimensiuni variabile și culoare cenușie sau cenușie-gălbuie.

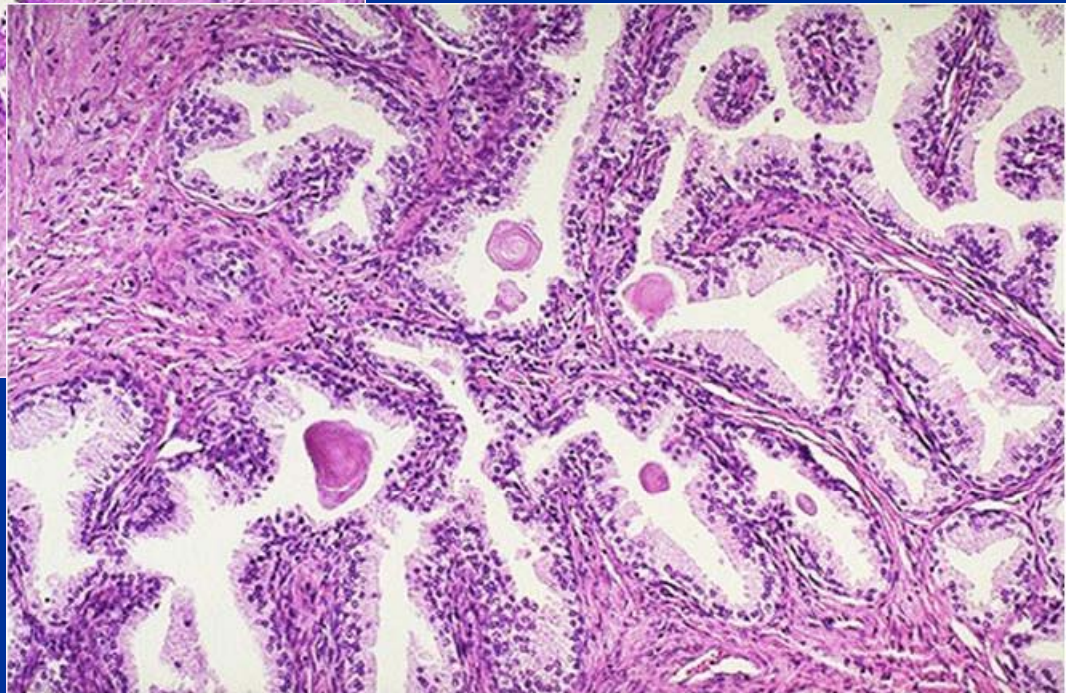
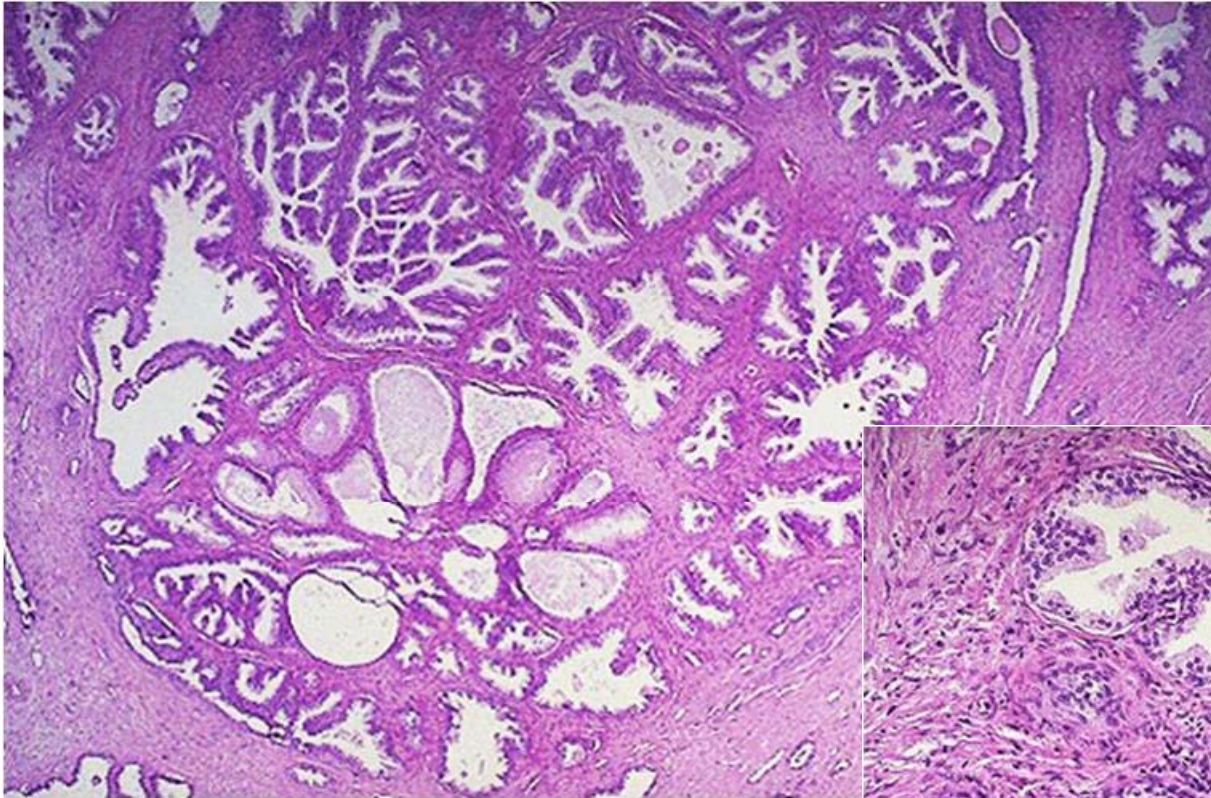


Normal Prostate

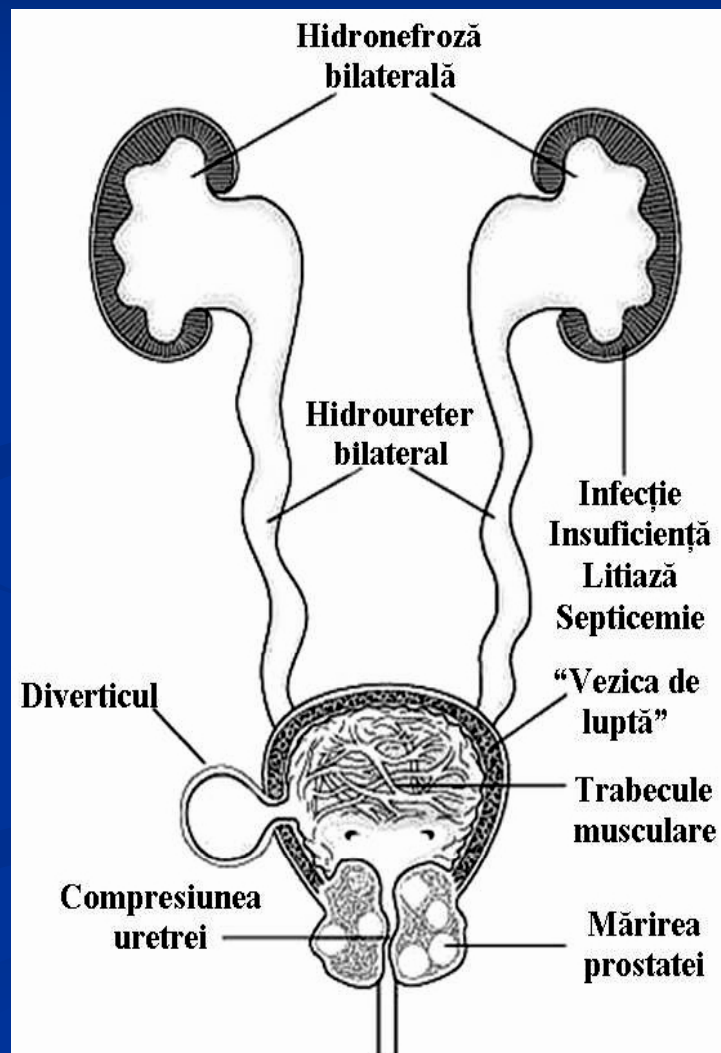
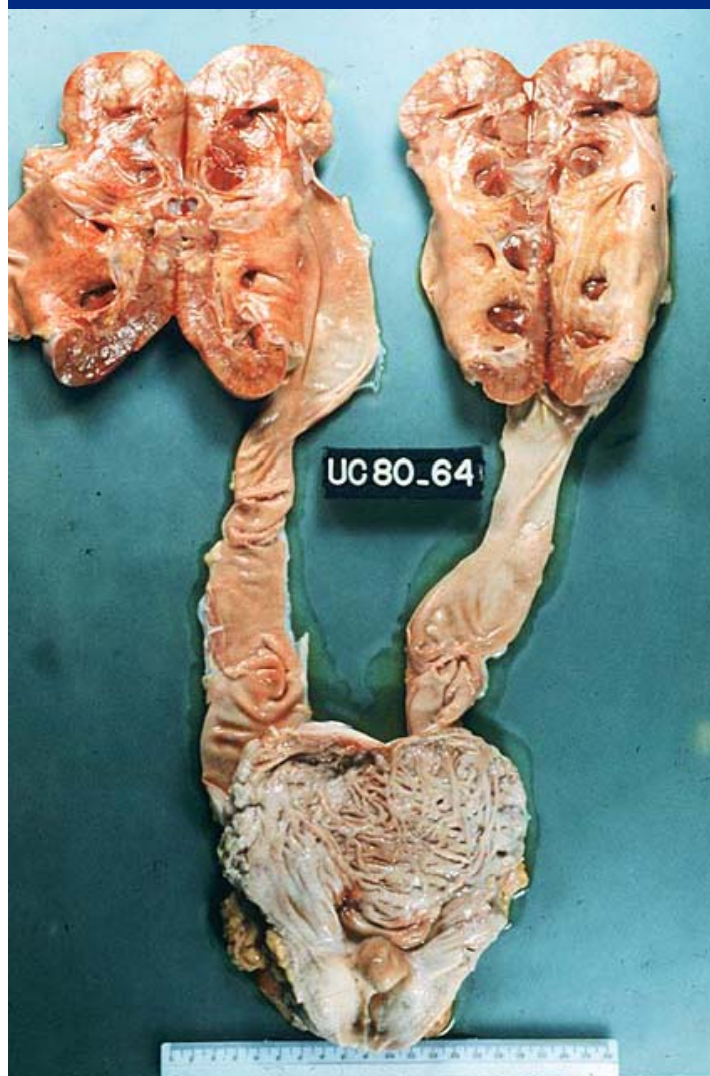


Enlarged Prostate

m: - proliferare glandulara + proliferarea țesutului fibros + muscular
- glandele prostatice crescute numeric, cu dilatări chistice și produși de secreție și simpexioni; tapetate de epiteliu cubice / cilindrice, cu proliferări papilifere intraluminale („frunza de ferigă”)



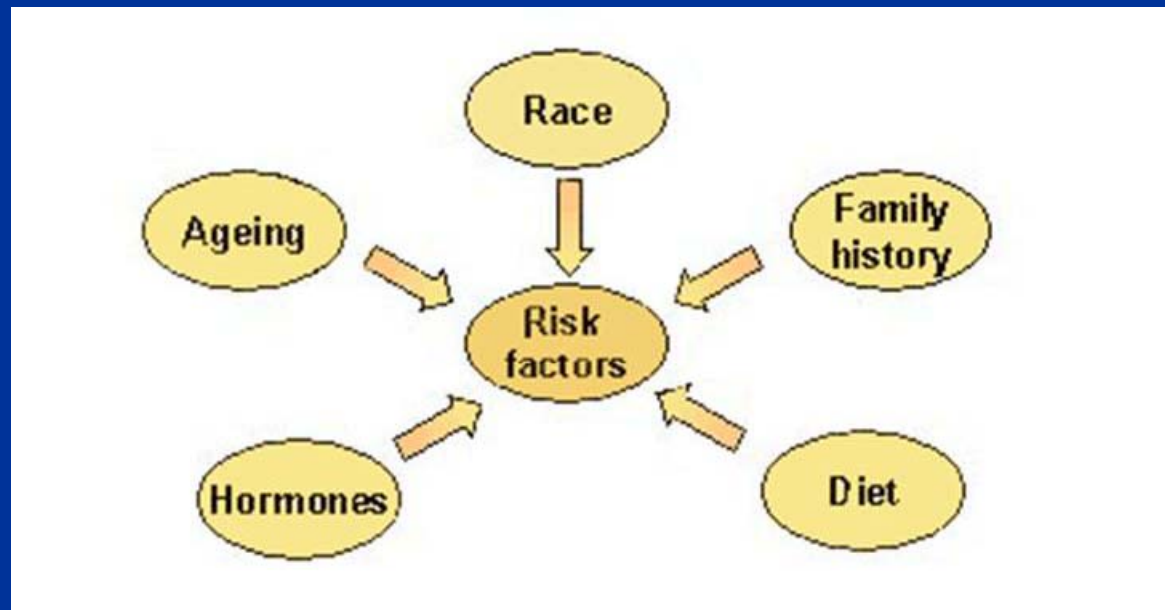
Complicații: staza urinară → infecții și formarea calculilor urinari → ca urmare a creșterii volumului rezidual → „vezica de luptă”, → uretero-hidronefreza.



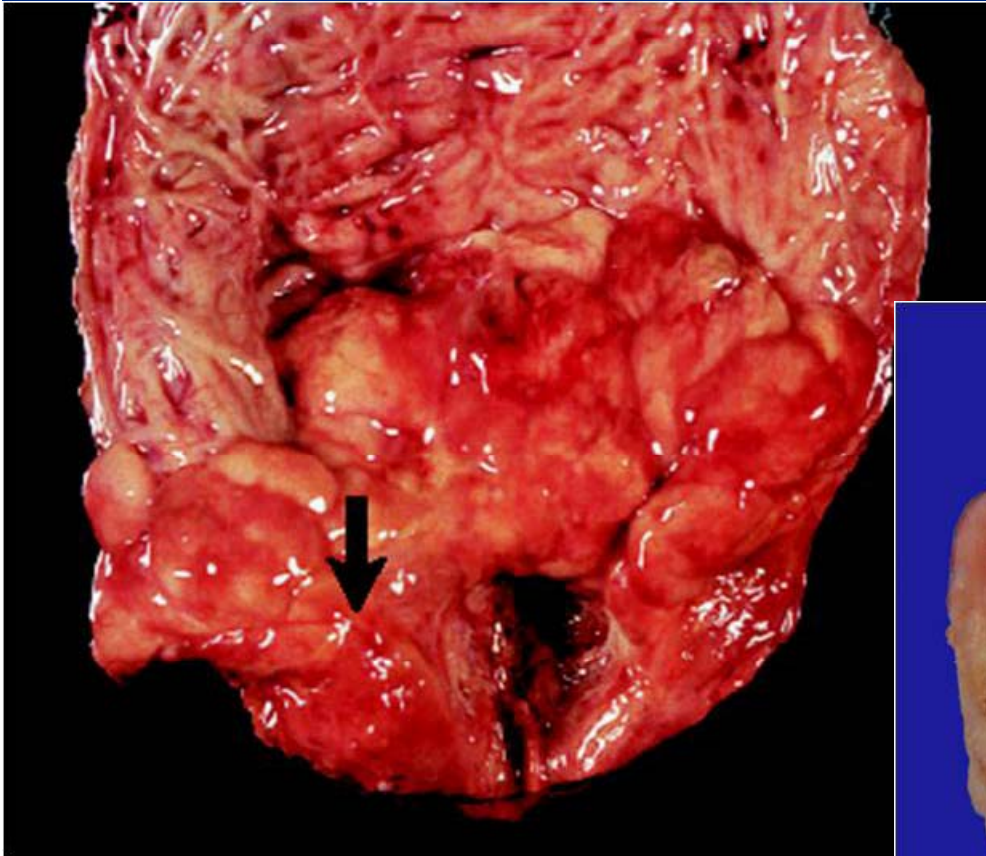
LEZIUNI TUMORALE

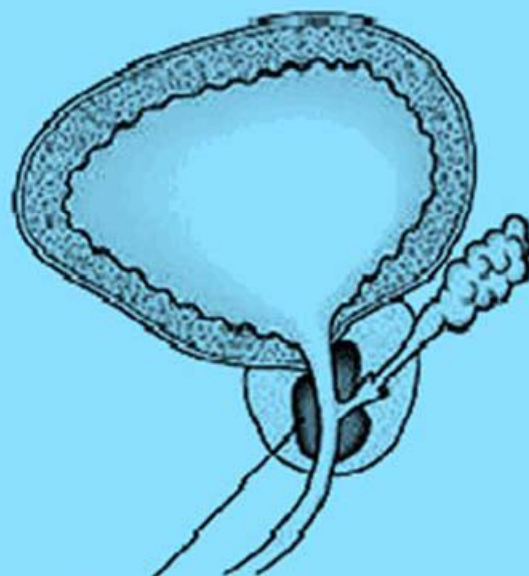
Tumorile maligne - carcinoamele prostatei

- cele mai frecvente tumori maligne în patologia oncologica a bărbatului.
- dg. > 50 de ani, incidența crescând progresiv cu vârsta.

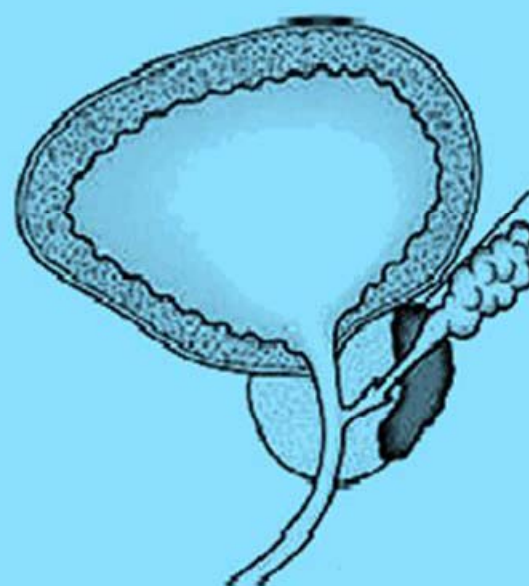


M: nodul cu dimensiuni reduse, slab delimitat, cu diametrul în jur de câțiva mm, situat în apropierea capsulei prostatice; pe secțiune culoare albicioasă-cenușie sau cenușie-gălbuie.



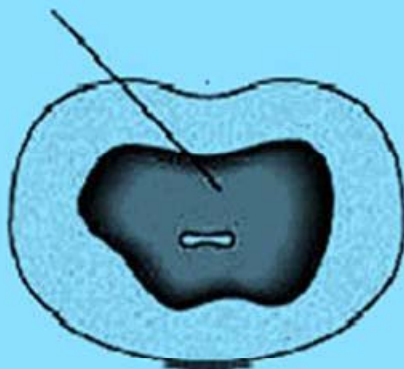


Secțiune
sagitală

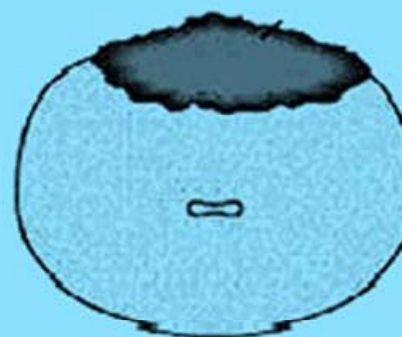


Localizare
subcapsulară a
carcinomului

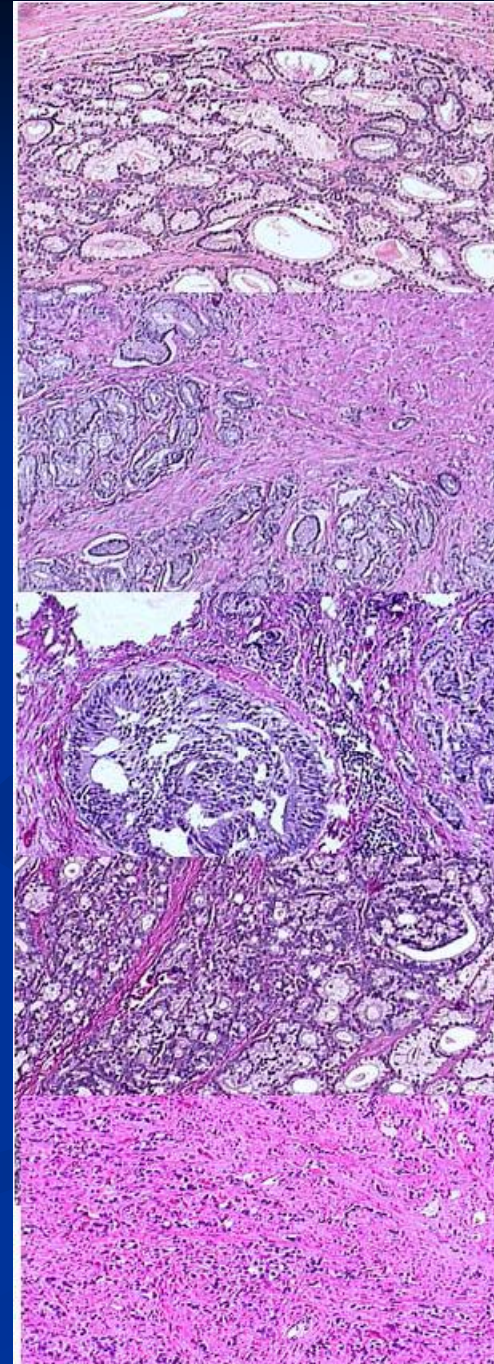
Hiperplazia ariei
periuretrale

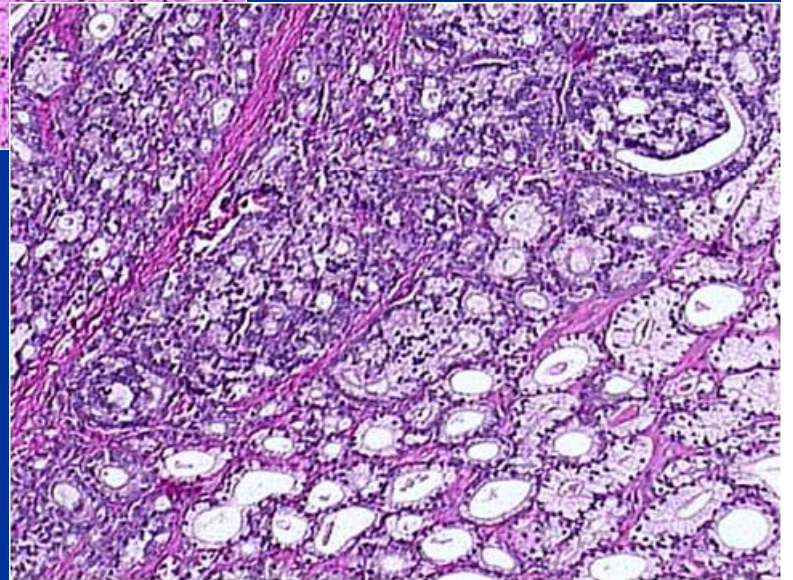
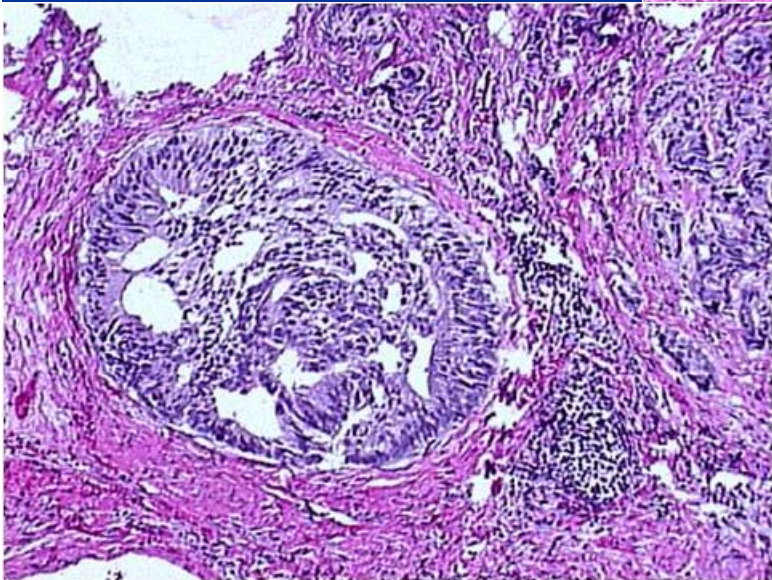
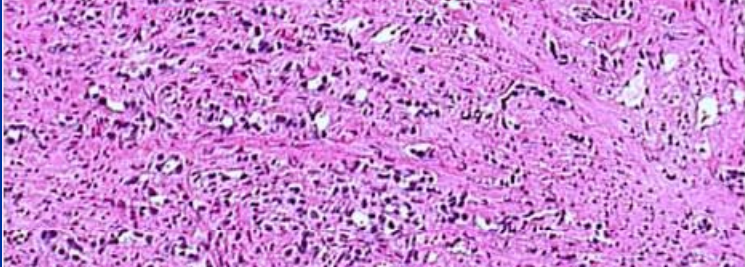
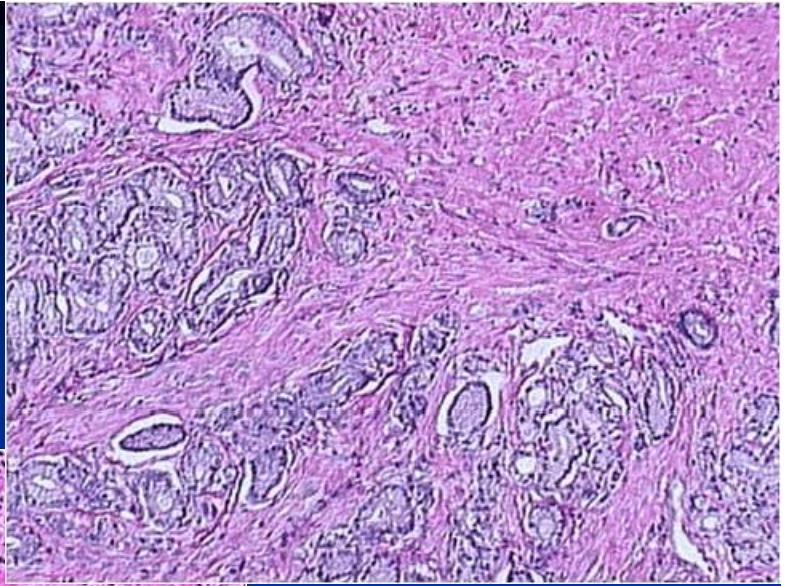
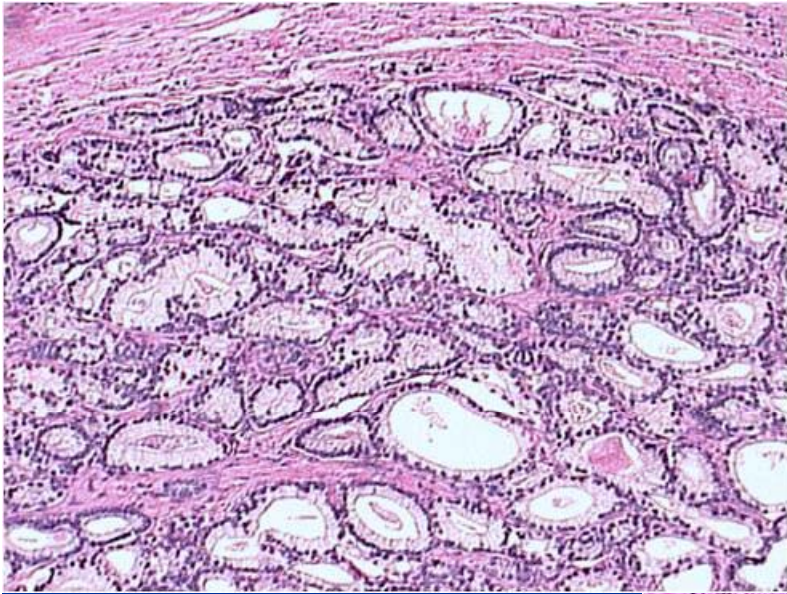


Secțiune
transversală

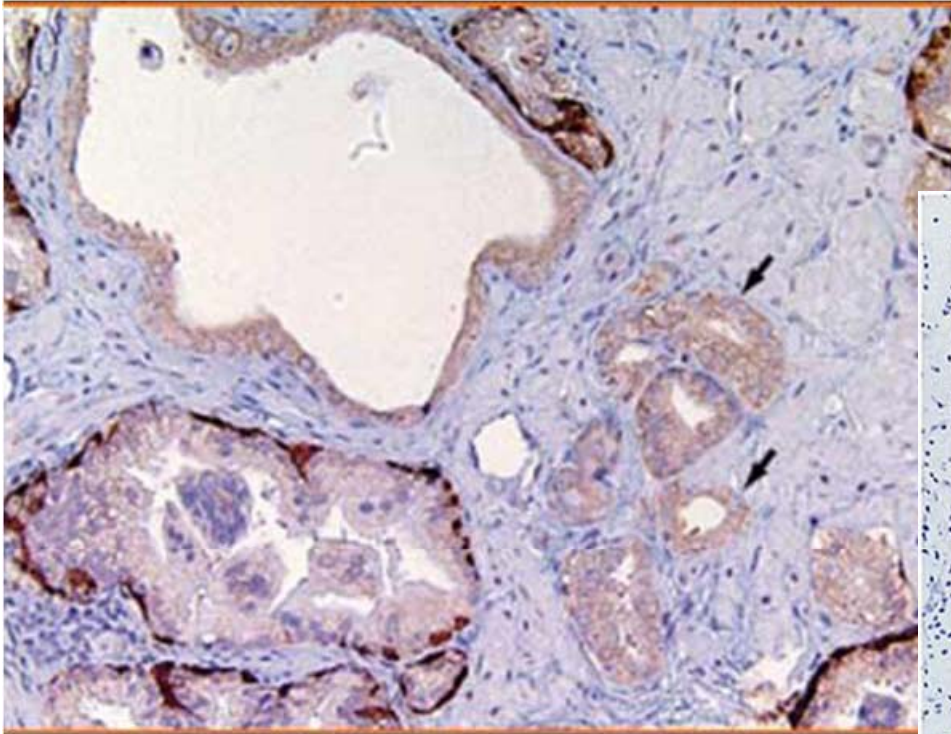


m: adenocarcinoame cu grade variate de diferențiere.

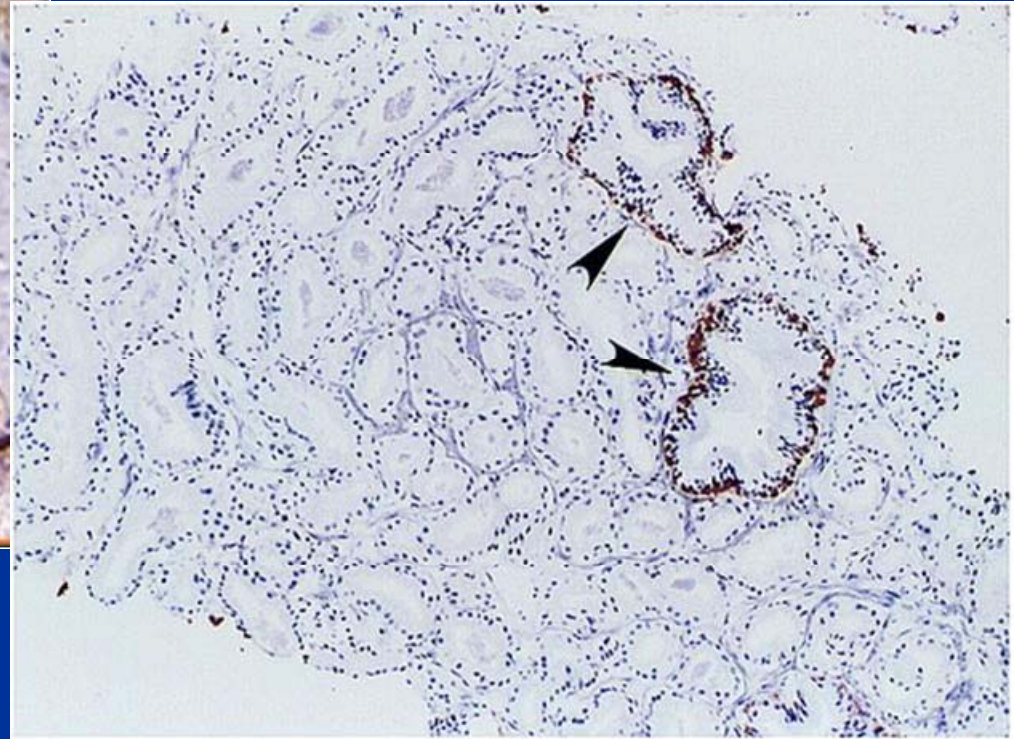




IHC: pozitivitate pentru P504S (AMACR - α -methylacyl coenzyme A racemase) și cocktailul CK 34 β E12.



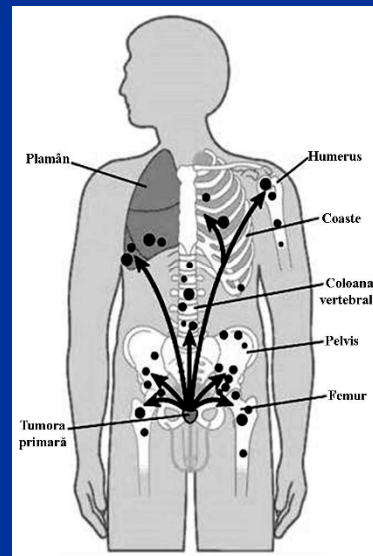
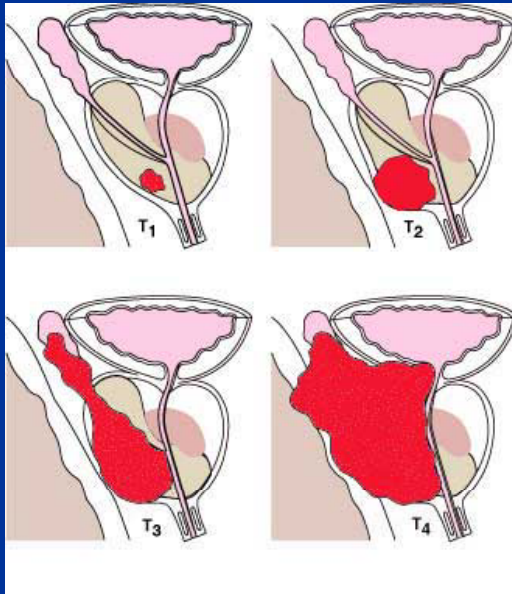
AMACR



34 β E12

Evoluția:

- local - interesează veziculele seminale, uretra și vezica urinară.
- diseminare metastatică
 - limfatică: ggl.obturatorii, perivezicali, hipogastrici, iliaci, presacrați, periaortici.
 - hematogenă: metastaze osoase la nivelul coloanei vertebrale, femurului, pelvisului, coastelor.



Supraviețuirea la 5 ani este bună pînă în stadiile avansate:

- ~ 100% pentru pacienții în stadiul I, II, III
- 29% - stadiul IV .

PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS MALFORMATII

ANOMALII ALE FORMĂRII TUBULUI NEURAL

- anencefalie,
- cefalocel
- spina bifida / spina bifida occulta.

ANOMALII REGIONALE

- holoprozencefalia - lipsa separării prozencefalului în două emisfere cerebrale.
- aplazia olfactivă

ANOMALII DE DEZVOLTARE ALE CORTEXULUI

- microcefalie
- megalencefalia
- agiria-pahigiria (lissencefalia)
- heterotopia
- polimicrogria (microgria)

MALFORMATII CEREBRALE COMBinate

- agenezia corpusului calos
- porencefalie
- schizencefalie

MALFORMATII ALE STRUCTURILOR FOSEI POSTERIOARE

- aplazia / hipoplazia emisferelor cerebeloase ($\pm$ anomalii ale creierului).

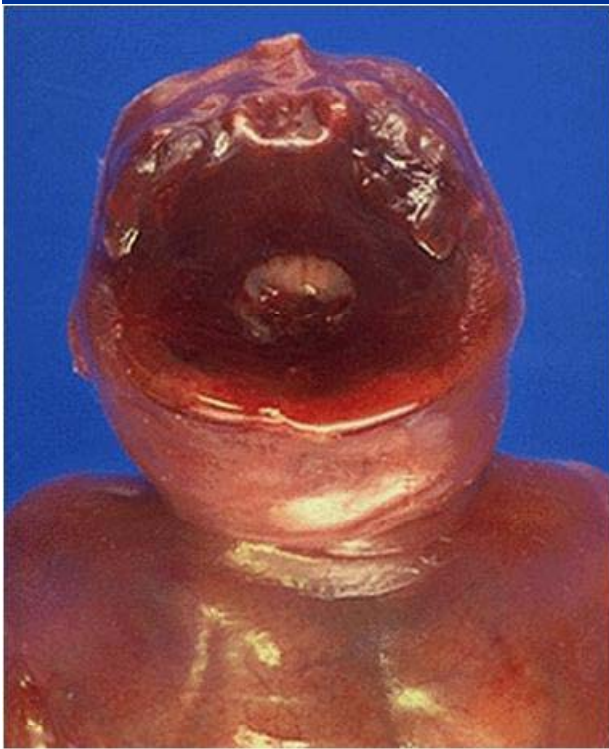
I. ANOMALII ALE FORMĂRII TUBULUI NEURAL

- tubul neural se formează la 18-26 de zile după ovulație.
- anomalii
 - apar prin lipsa de închidere a tubului neural / redeschiderea unei porțiuni a acestuia.
 - sunt printre cele mai frecvente dintre anomaliiile congenitale
 - afectează creierul și măduva spinării

Varietati:

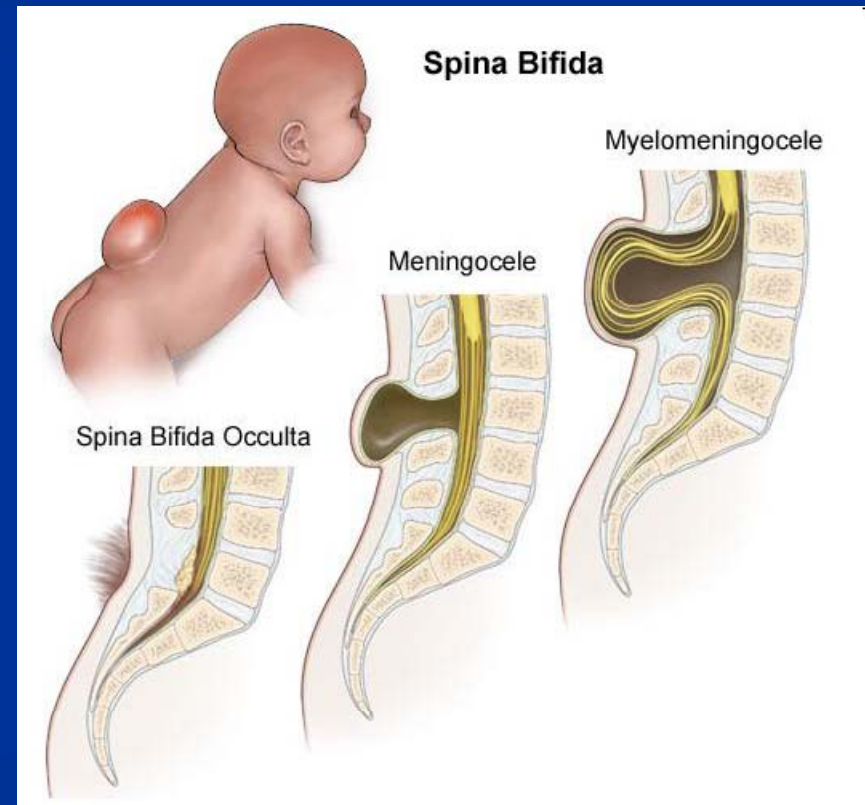
- anencefalia
- cefalocel
- spina bifida

ANENCEFALIA = absența totală / parțială a creierului și calvariei → monstrul cu cap de “broască” și ochi protruzionați.
- creierul protuzionat printr-un defect în bolta craniană (exencefalie)



SPINA BIFIDA

- set de malformații ale măduvei spinării cauzat de lipsa închiderii tubului neural, lipsa fuziunii arcadelor vertebrale, a țesuturilor moi și a tegumentelor spatelui.
- leziunea este de obicei în zona lombosacrată, dar poate fi și mai extinsă și poate implica întreaga măduvă spinării



ENCEFALOCELUL

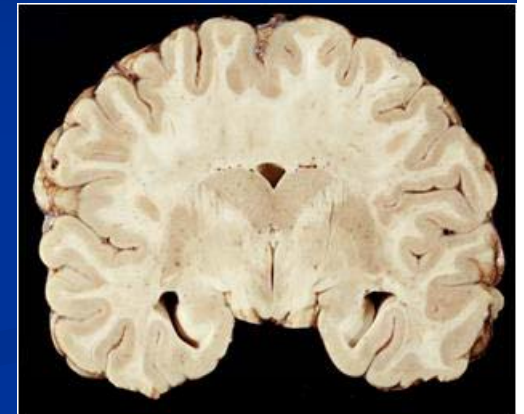
- proeminarea creierului printr-un defect al craniului, de obicei occipital
- partea proeminentă este distrusă din cauza agresiunilor mecanice și a ischemiei.
- encefalocelul occipital mare este incompatibil cu viața din cauza deteriorării trunchiului cerebral.



II. ANOMALII REGIONALE

- dezvoltare anormală a porțiunii anterioare a tubului neural (proencefalul) și a structurilor asociate → anomalii ale creierului și feței.

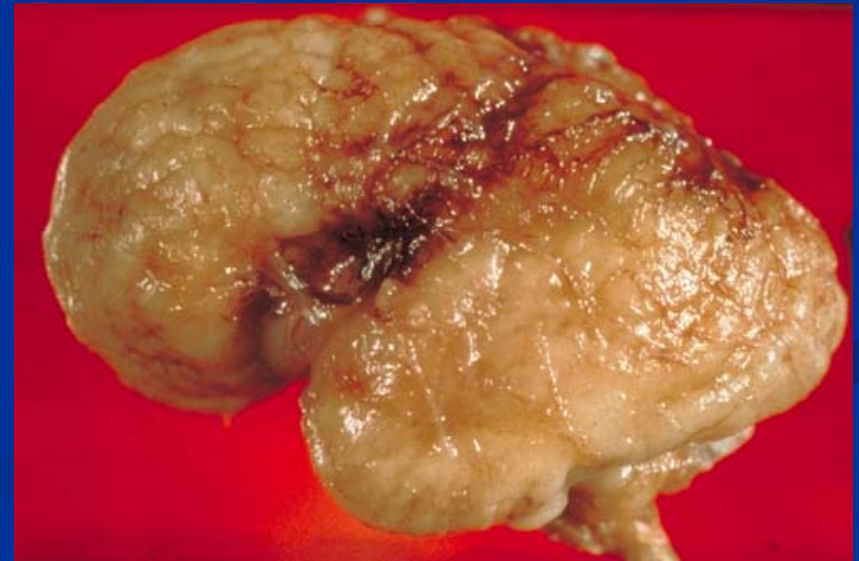
- **HOLOPROZENCEFALIA** - lipsa separării proencefalului în două emisfere cerebrale.
 - **alobara** - forma cea mai severă, în care ventriculii sunt fuzionați (monoventricular) = creier "în potcoavă", ± anomalii craniofaciale severe
 - **semilobara** - lobii frontali fuzionați de-a lungul liniei mediane, fără fisură interemisferică
 - **lobară**



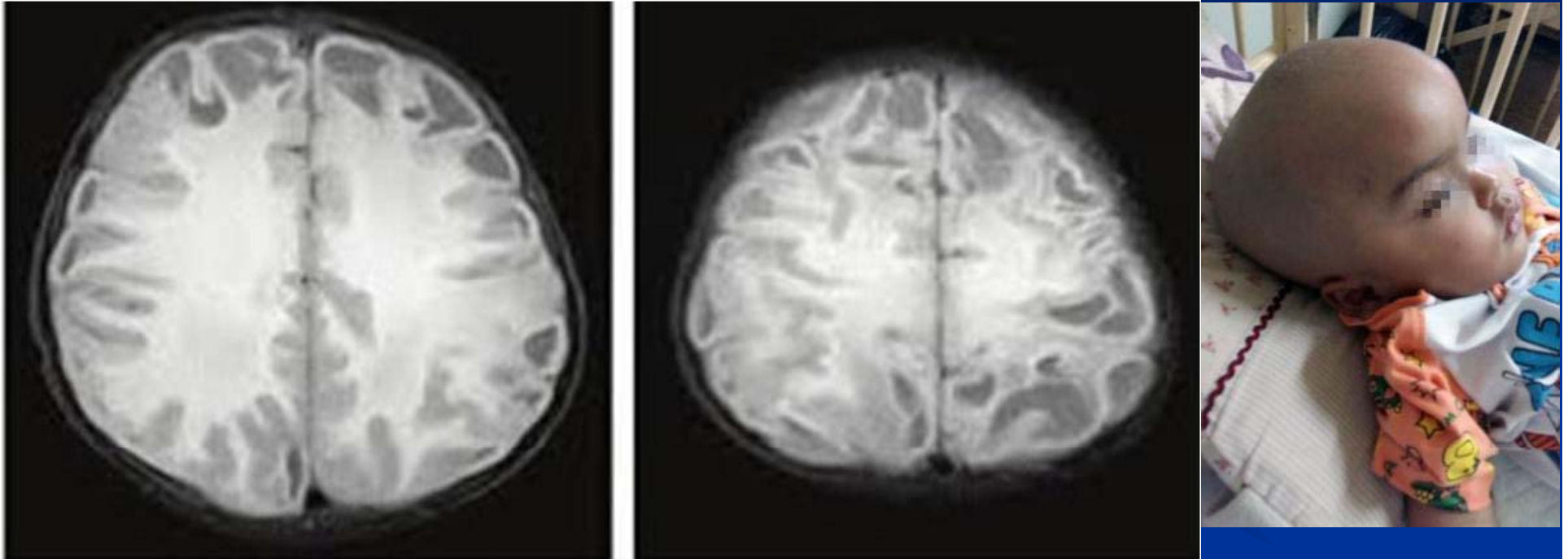
III. ANOMALII DE DEZVOLTARE ALE CORTEXULUI

- **Microcefalie** - circumferință anormal de mică a capului, care este disproporționat de mic în raport cu restul corpului → creștere anormală a creierului.
- **Megalencefalia** - dimensiune crescută a creierului
- **Agiria / pahigiria (liscencefalia)**
 - **Agiria (liscencefalia)** = lipsa circumvoluțiilor cerebrale
 - **Pahigiria** = număr redus de girusuri, care sunt largi și plate
- **Heterotopia** - colecții anormale de neuroni în regiunea subependimă
- pot face parte dintr-un complex de malformații / pot fi izolate.
- **Polimicrogria (microgria)**
 - perturbarea dezvoltării după a cincea lună de sarcină
 - dezvoltarea incompletă a unui grup de circumvoluțiuni cerebrale.

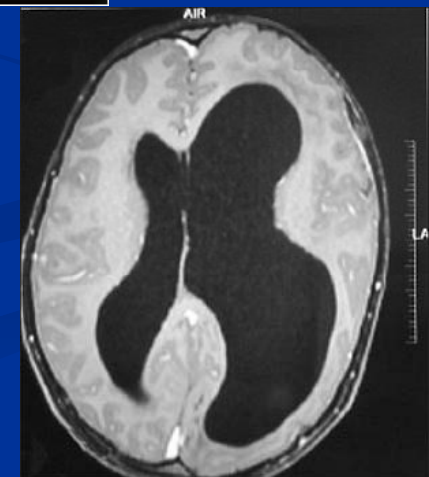
MICROCEFALIA - circumferință anormal de mică a capului, care este disproporționat de mic în raport cu restul corpului → creștere anormală a creierului.
- risc semnificativ de întârziere a dezvoltării → invaliditate inclusiv intelectuală



MEGALENCEFALIA (MACROCEFALIA) = creștere în volum și greutate a creierului, de 2,5 ori peste media standardul general (≥ 1900 - 2850 g la adulți).



Hemimegalencefalia - formă foarte rară de macrocefalie, caracterizată prin dezvoltare inegală a emisferelor cerebrale (o jumătate a creierului este mai mare decât cealaltă)



AGIRIA (LISENCEFALIA) = lipsa circumvoluțiunilor cerebrale

- **Agiria (lisencefalia)** = lipsa circumvoluțiunilor cerebrale

- **Pahigia** = număr redus de girusuri, care sunt largi și plate



MALFORMATII CEREBRALE COMBinate

- reprezintă o suprapunere între diferitele clase de malformații, deoarece perioadele teratogene sunt apropiate
- sunt susceptibile de a avea o cauză de mediu.

Varietati:

- **agenezia corpusului calos**
- **porencefalie** - cavități ale substanței albe, cu baza la periferia creierului
- **schizencefalie** - fisuri care traversează întreaga grosime a emisferei, conectând ventriculul la spațiul subarahnoid

AGENEZIA CORPUSULUI CALOS

- **N:**

- la ~10 săptămâni de gestație, se formează un pod glial (massa commissuralis) între cele două emisfere, prin care trec axonii → corpus callosum.

- procesul este finalizat la 18 - 20 de săptămâni de gestație.

- **Agenezia corpului calos** apare fie în cazul în care podul nu se formează / fie în cazul în care axonii nu reușesc să-l traverseze.



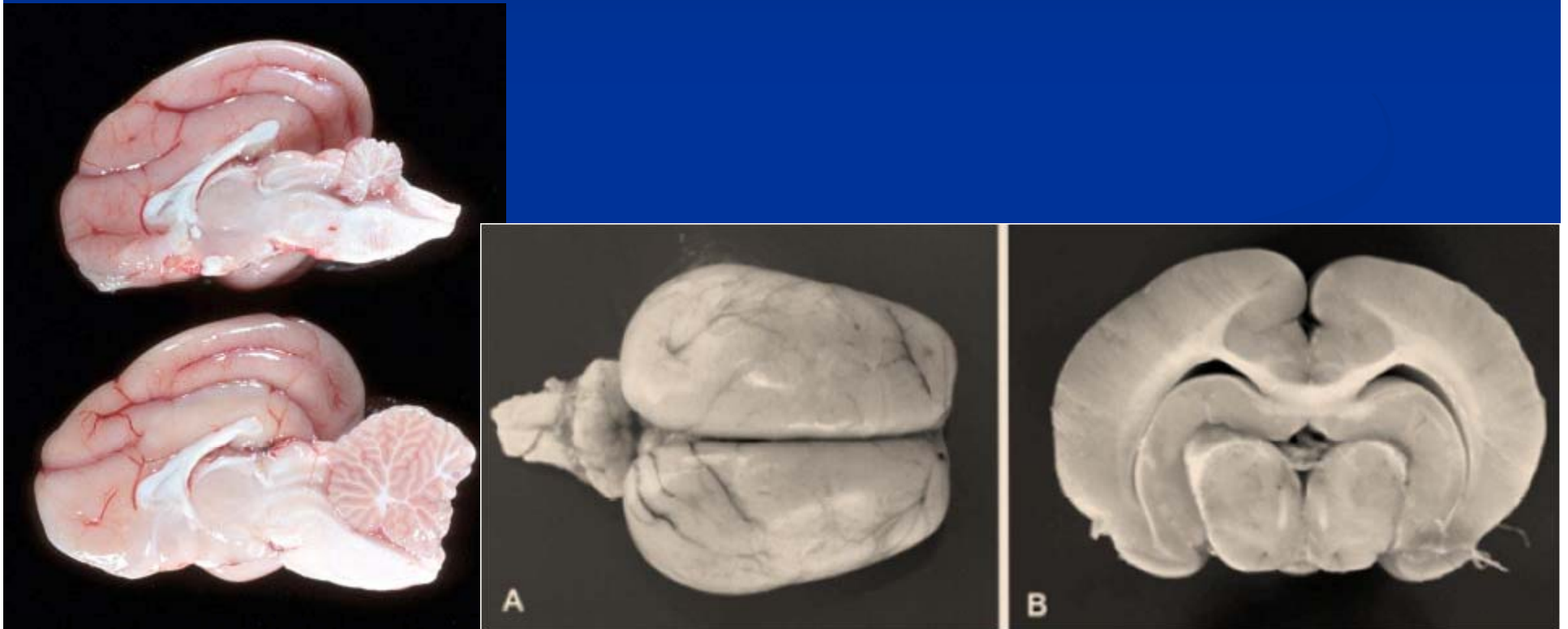
PORENCEFALIA = cavități ale substanței albe, cu baza la periferia creierului



cavitate mare în distribuția a. cerebrale mijlocii,
datorată ocluziei totale / parțiale în timpul vieții intrauterine.

MALFORMATII ALE STRUCTURILOR FOSEI POSTERIOARE

- aplazia / hipoplazia emisferelor cerebeloase ± anomalii ale creierului.



lissencefalia + hipoplazia emisferelor cerebeloase

LEZIUNI CIRCULATORII

- cele mai frecvente afecțiuni ale SNC întâlnite în practica medicală.
 - au caracter:
 - **pasager** - congestia, staza, anemia cerebrală
 - **persistent** - hemoragia, infarctul, edemul cerebral.
 - particularitățile acestor leziuni decurg din faptul că țesutul nervos este caracterizat prin:
 - bogată vascularizație
 - mare sensibilitate la anoxie
- ischemia ~ 7-8 minute → **leziuni cerebrale ireversibile.**

1. HEMORAGIILE MENINGO-CEREBRALE

I. Hemoragia subarahnoidiană

II. Hemoragia intraparechimotoasă

- Hemoragii mici multiple
- Hemoragiile masive cerebrale

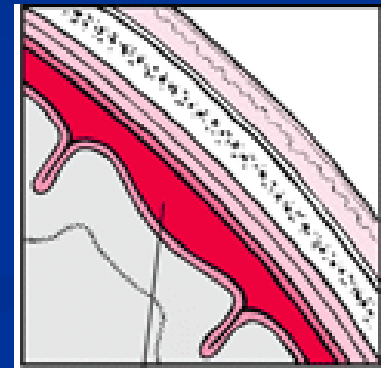
2. RAMOLISMENTUL CEREBRAL

HEMORAGIILE MENINGO-CEREBRALE

I. Hemoragia subarahnoidiană

Cauza:

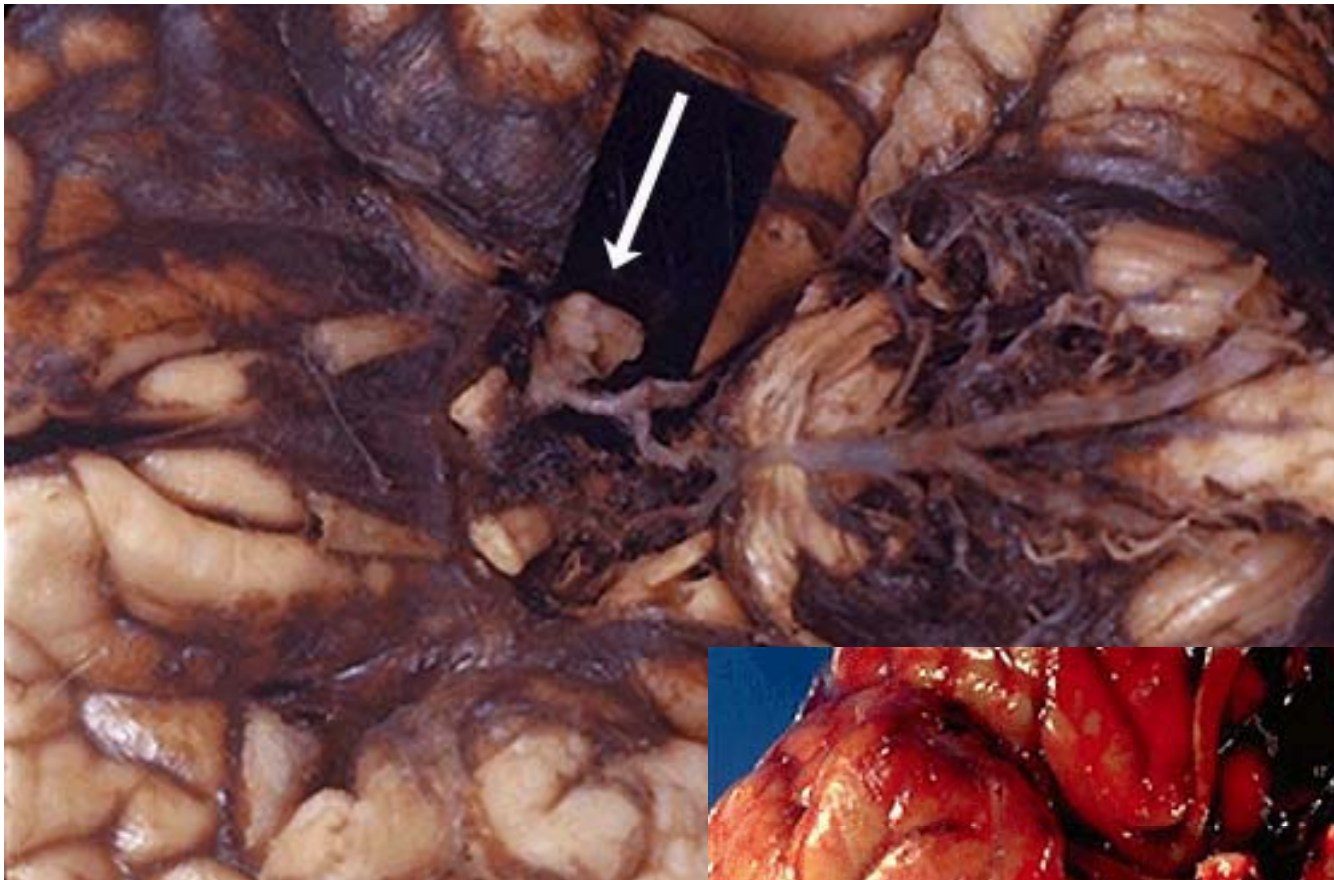
- ruptura unor anevrisme / hemangioame congenitale - dobândite,
- arterite imune (panarterita nodoasă),
- tumori cerebrale,
- discrazii sanghine.



M: la nivelul arterelor poligonului Willis

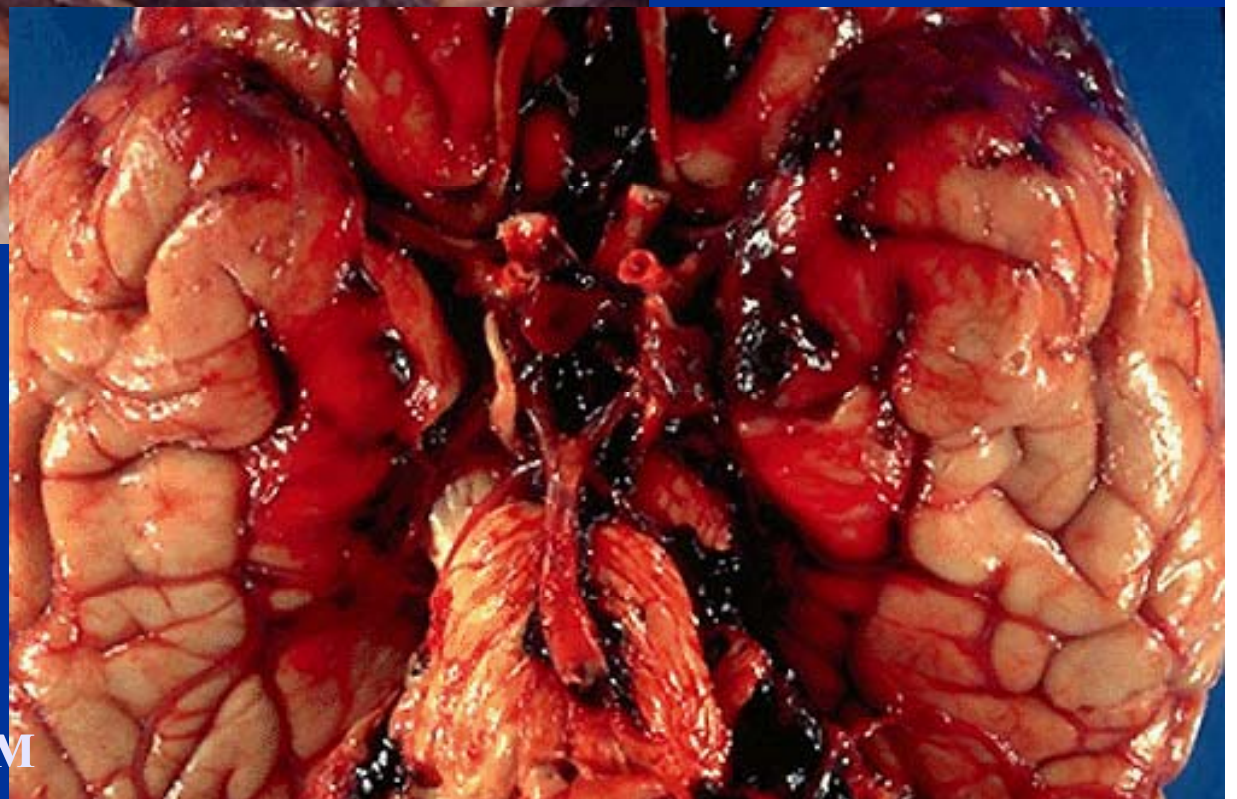
- anevrisme saculare cu perete subțire și lucios, - plăci ateromatoase ± calcificări
- tromboze anevrismale.

m: sacul anevrismal cu peretele muscular și lamina elastică fragmentate/absente.



RUPTURA ANEVRI SMULUI

**HEMORAGIE
SUBARAHNOIDIANA
PRIN RUPTURA DE ANEVRI SM**

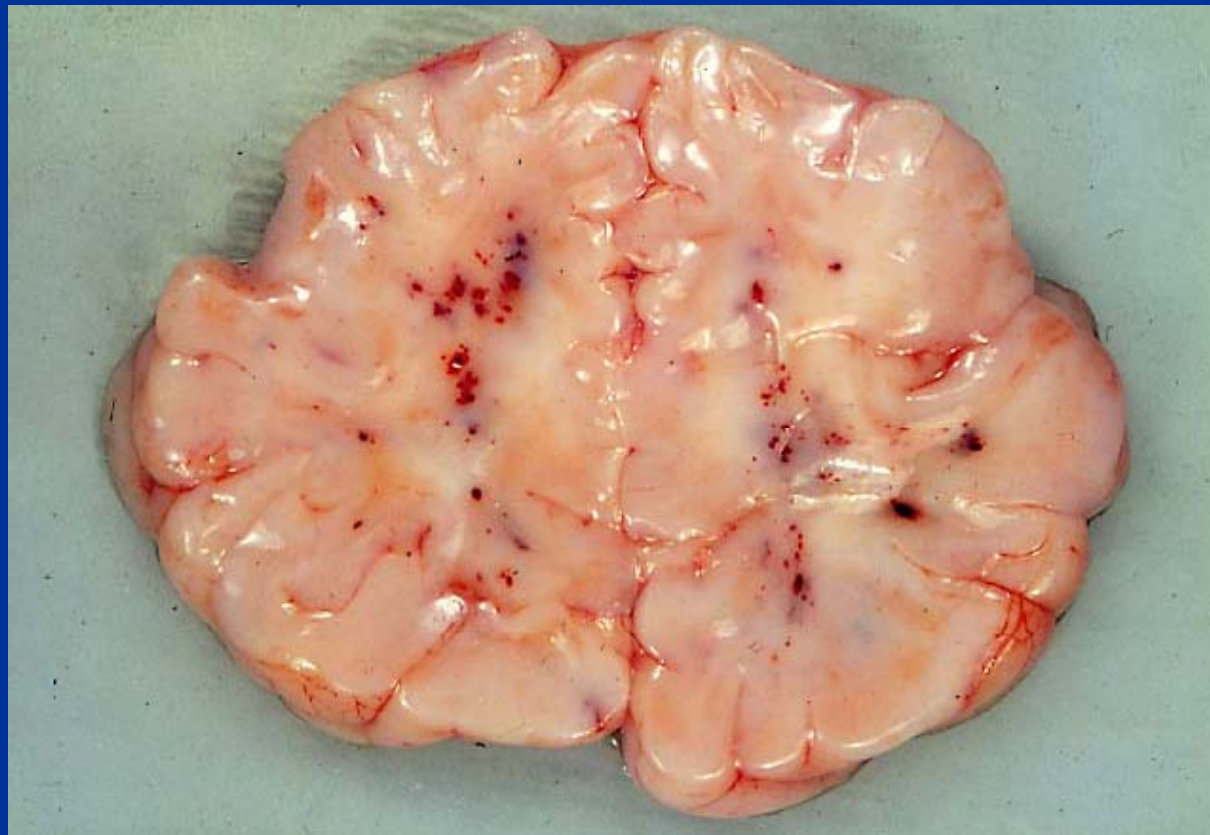


II. Hemoragia intraparechimatoasă

- **Hemoragii mici multiple** - cauzate de diatezele hemoragice, arterite, intoxicații cu CO, tumori cerebrale.

M: purpura cerebrala / hemoragii peteșiale la nivelul substanței albe și leptomeningelor.

m: vase mici de tip capilar înconjurate de manșoane de hematii, extravazate prin diapedeză.

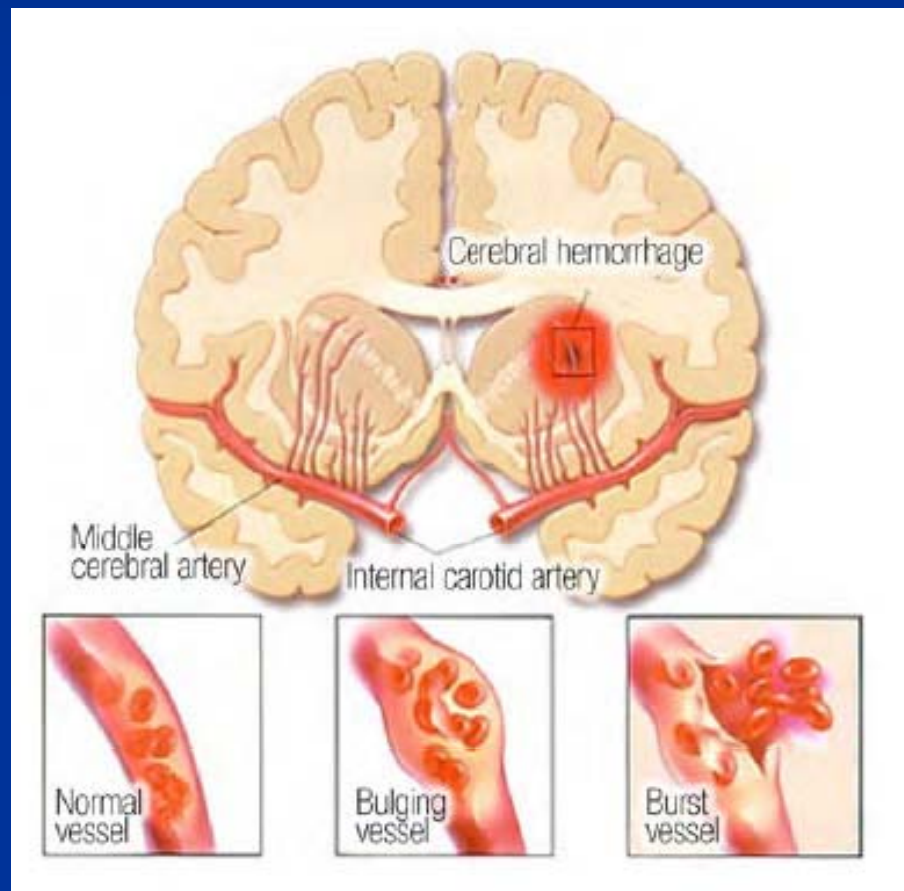


• Hemoragiile cerebrale masive

– frecvent la pacienții hipertensivi > 50 de ani.

- **artere preferențial implicate:**

- a. nucleilor bazali (artera lenticulo-striată = artera hemoragiei cerebrale)
- a. diencefalului.



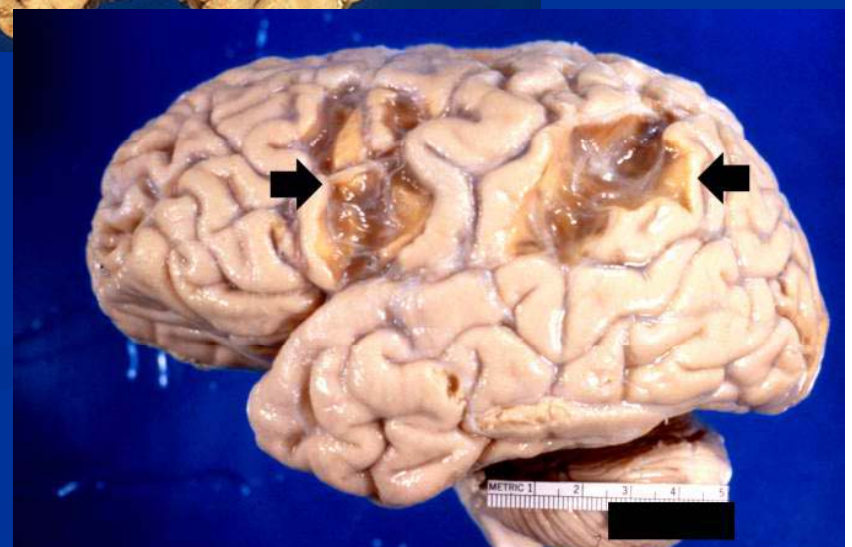
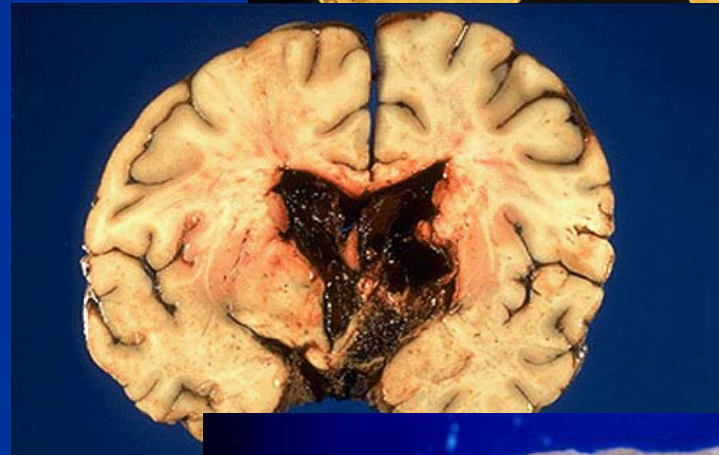
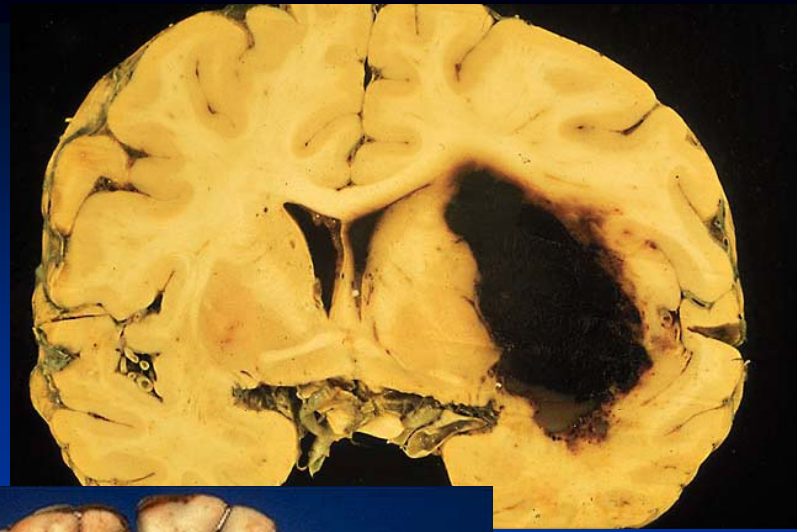
M:

- **hemoragia cerebrală recentă recentă** - zona sanghina delimitată / difuza, unica / multiplă, consistență lichidiană / coagulată, dilacerarea substanței nervoase.

- **după câteva zile** - substanța nervoasă din jur conține mici puncte hemoragice.

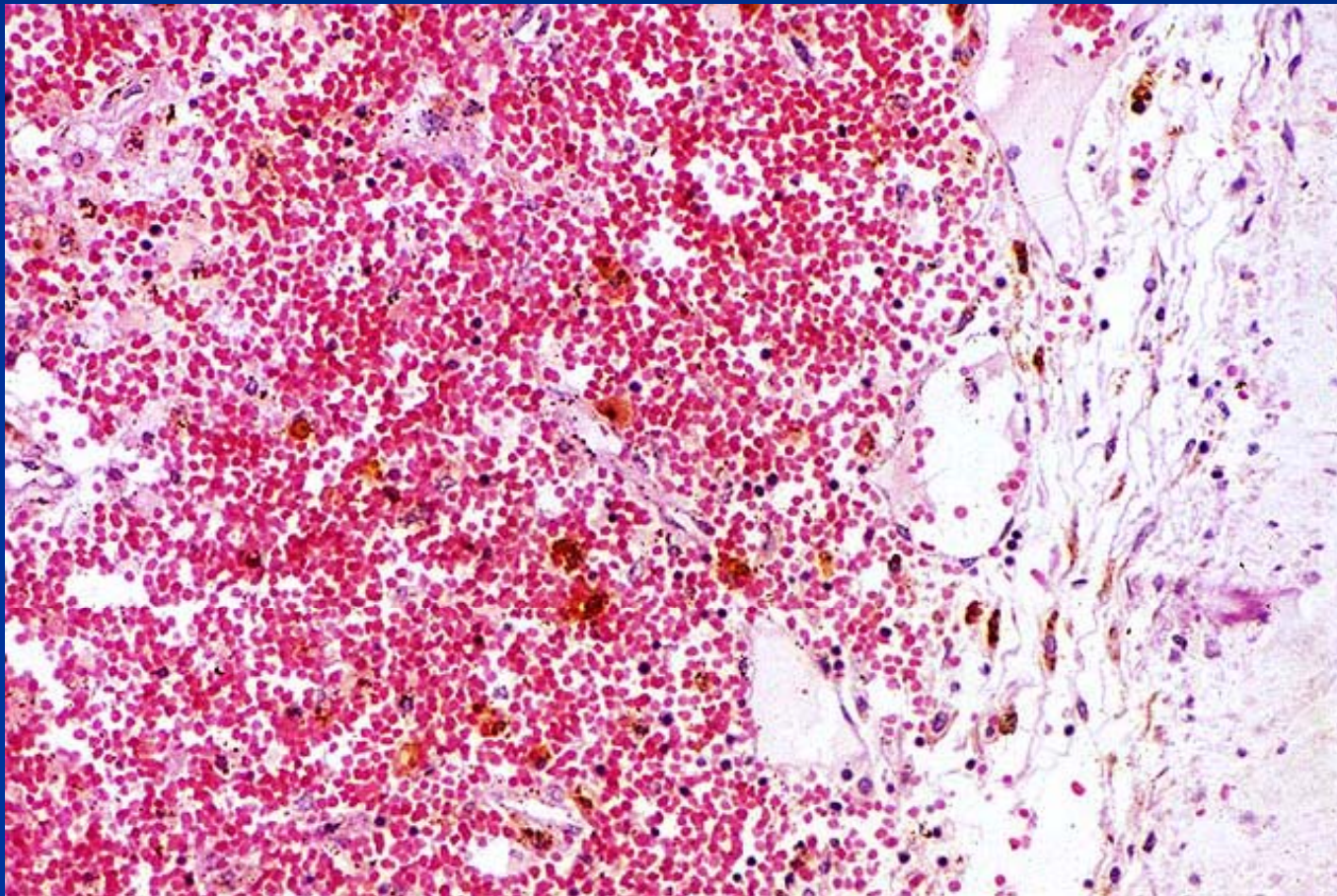
- **hemoragia cerebrală cu inundație ventriculară** - mărirea emisferei respective → deformarea ventriculului și împingerea nucleilor centrali

- **hemoragiile cerebrale vechi** (câteva luni) zona afectată → pseudochistică / chistică, plină cu lichid sero-citrin/ruginiu, delimitată de perete cicatricial ruginiu.



m: hemoragiile recente

- zona centrală hemoragia masivă,
- substanța nervoasă: edem, necroză și extravazări sanghine, reacții ale nevroglii învecinate urmate de rezorbția hemoragiei.



RAMOLISMENTUL CEREBRAL (infarctul cerebral)

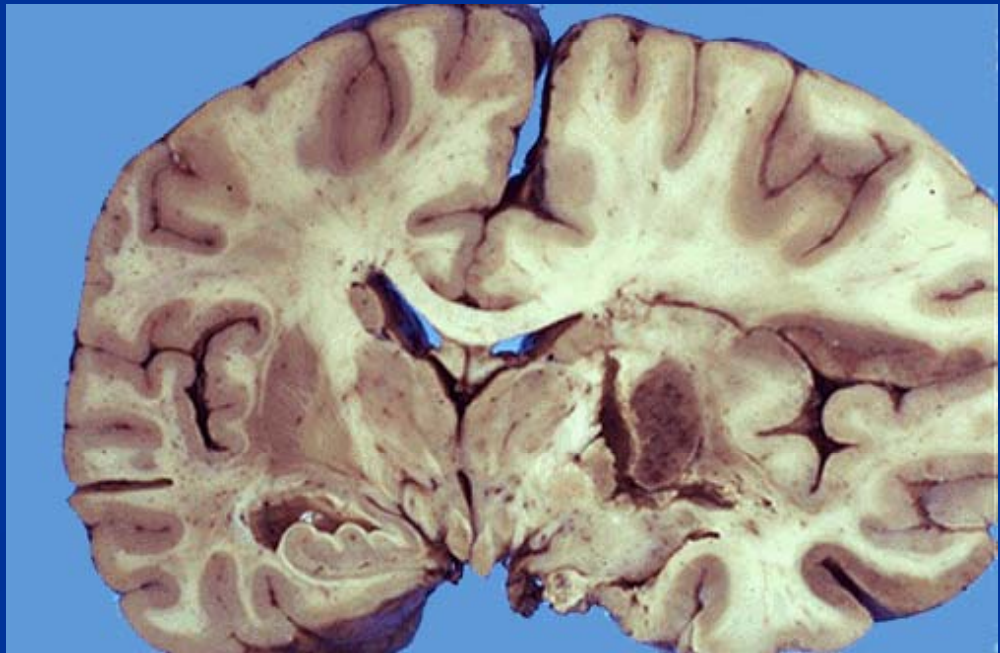
- cea mai comună leziune a SNC.

Cauze: tromboza / embolia a cerebrale, arterite, anevrisme, policitemie, etc.

M:

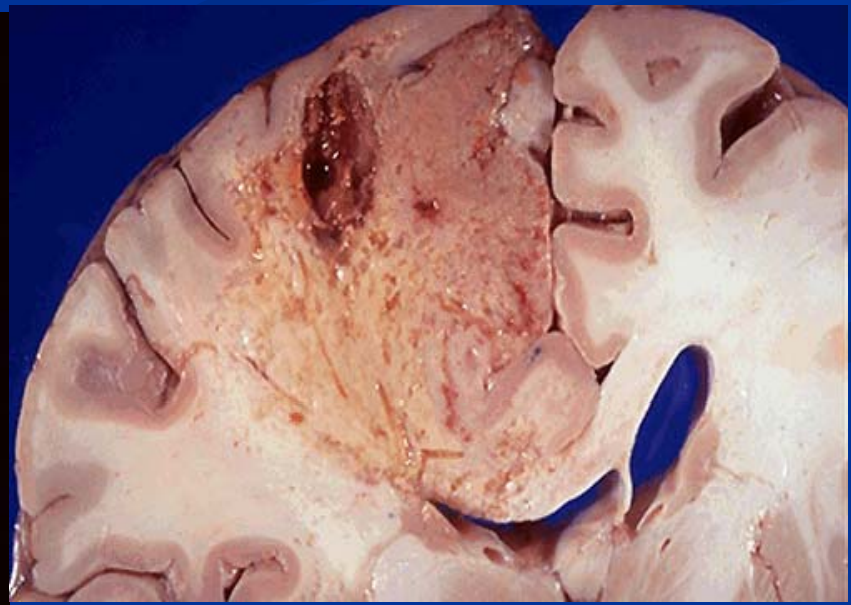
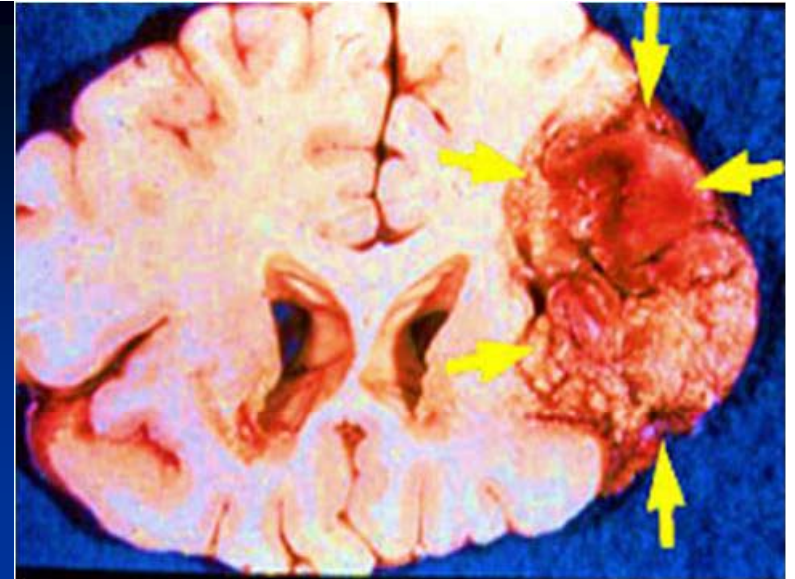
- **ramolismamentul precoce** - substanța cerebrală cu consistență moale și de culoare roz-deschisă (în cazul morților subite).

- **ramolismamentul recent (10-20 ore)** zona afectată are consistență redusă (terci), culoare albicioasă și se îndepărtează ușor prin spălare cu jet de apă = **ramolismamentul alb**.



- **ulterior**, apar hemoragii punctiforme la periferia zonei de ramolism alb → consistență moale și culoare roșietică = **ramolismul roșu**

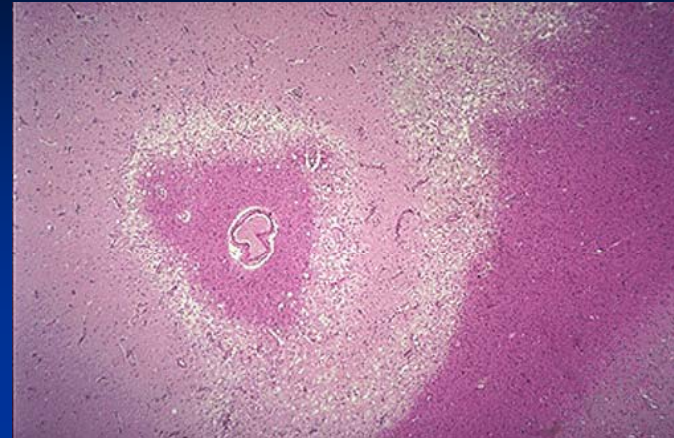
- **după câteva zile** - zona ramolită devine galbenă sau galben-cărămizie de consistență scăzută = **ramolism galben**.



ramolismenul cerebral vechi (câteva luni) - cavități chistice cu formă și dimensiuni variabile, pline cu LCR xantocromatic = *transformarea pseudochistică*.



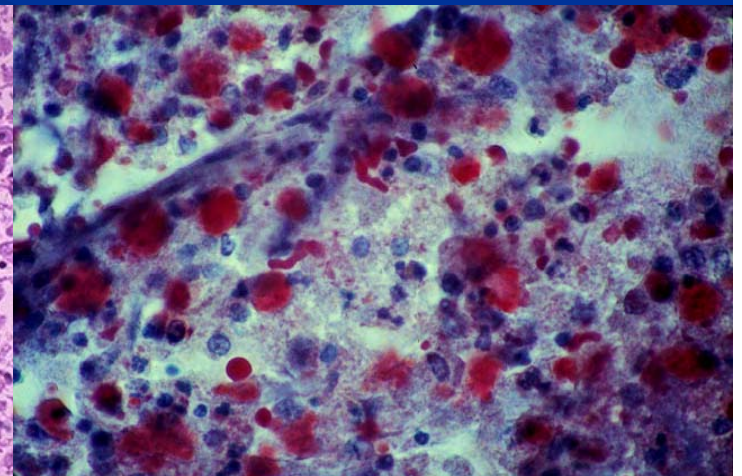
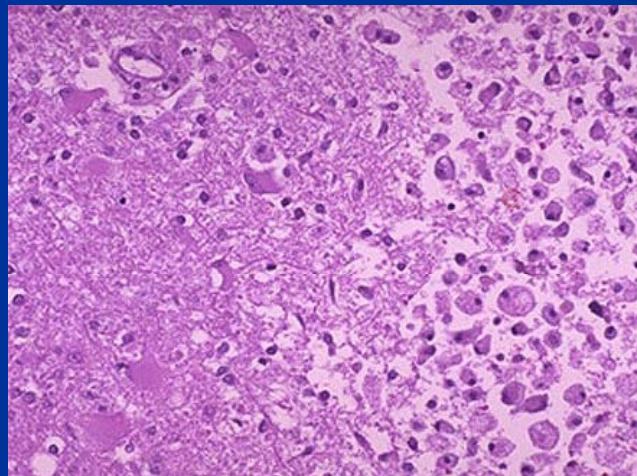
m: - primele 12 ore: edem cerebral și leziuni ischemice neuronale (vacuolizare și eozinofilie citoplasmatică, picnoza și rexa nucleară).



- 2 zile:

- aflux masiv de PMN care dispar rapid, apoi apar celule fagocitare (monocite, histiocite adventiciale, microglii) timp de 2-3 săptămâni;
- prezența *corpilor granuloși* = celule macrofagice cu produși de dezintegrare mielinică și pigment hemosiderinic.

- citeva luni: peretele cavităților chistice format din rețea de fibre gliale și fibre conjunctive dispuse perivascular.



LEZIUNI INFLAMATORII

Leziunile inflamatorii ale SNC:

- **meningite** = proces inflamator interesează meningele,
- **encefalite** = proces inflamator interesează substanța cerebrală
- **meningoencefalite** = interesează meningele și substanța cerebrală adiacentă.

MENINGITELE

Etiologie

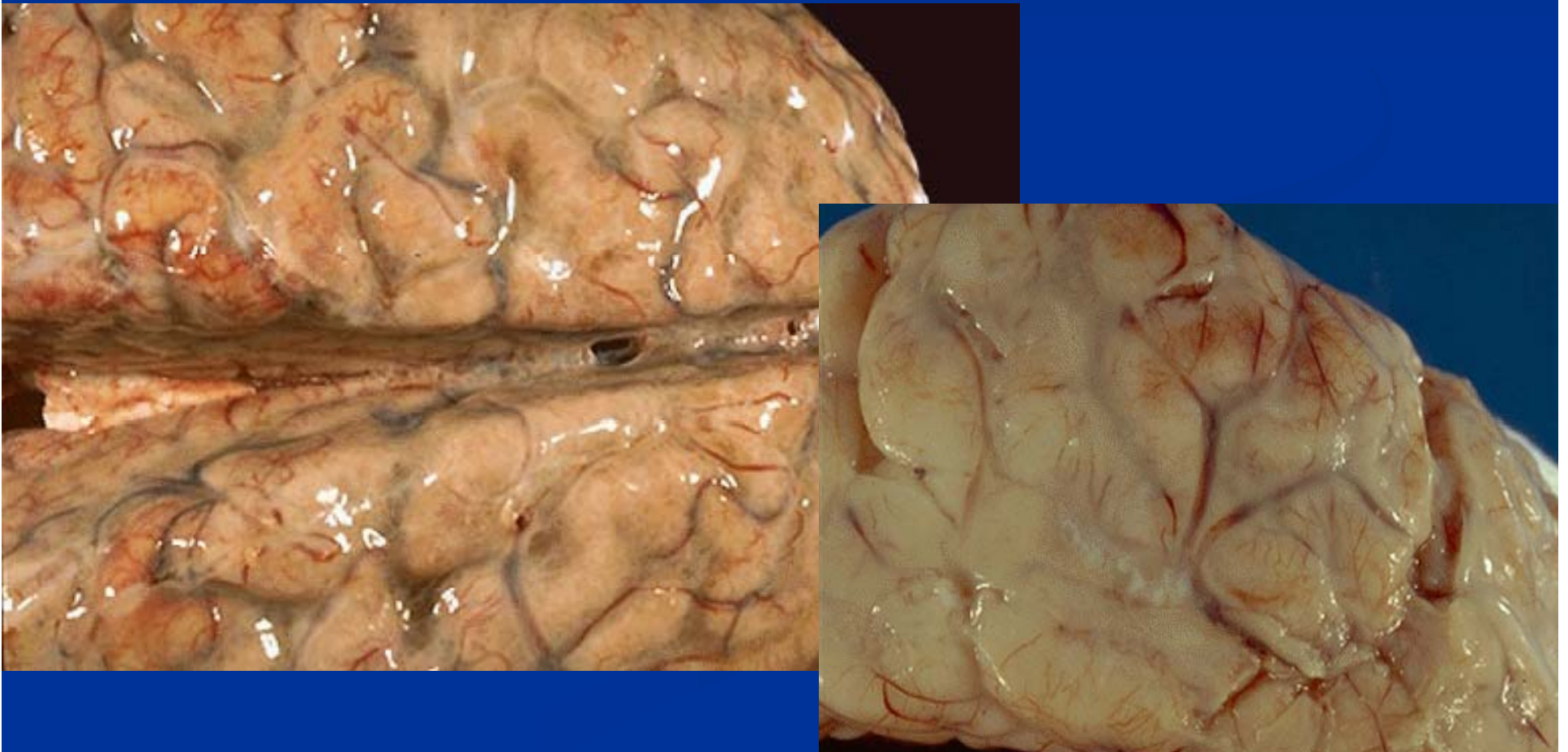
- **infecțioasă** : bacterii (streptococul, stafilococul, meningococul), virusuri (enterovirusuri, arbovirusuri, mixovirusuri, herpesvirusurile, etc), clamydii și fungii.
- **neinfecțioasă** substanțele chimice (streptomycină, penicilină), agenți fizici (căldura, traumatismele).

LEPTOMENINGITE ACUTE

Leptomeningita seroasă - etiologie virală, toxică medicamentoasă sau formă de debut al altor tipuri de meningite.

M: cavitățile ventriculare și cisternele subarahnoidiene sunt dilatate datorită hipersecreției de LCR.

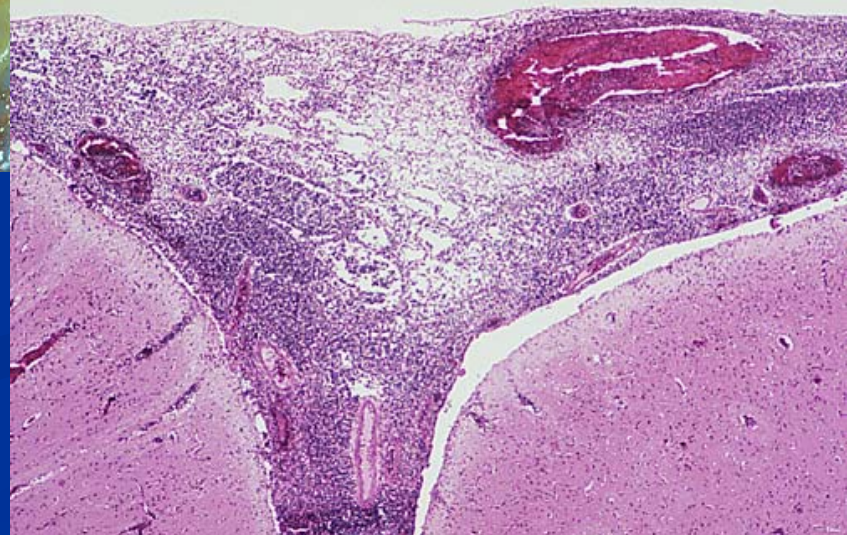
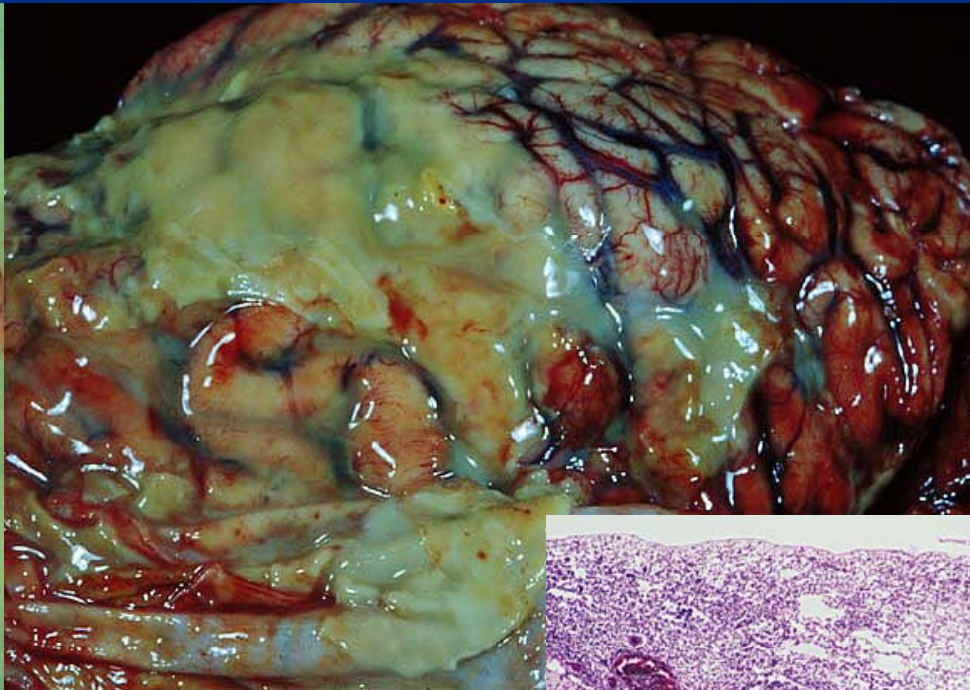
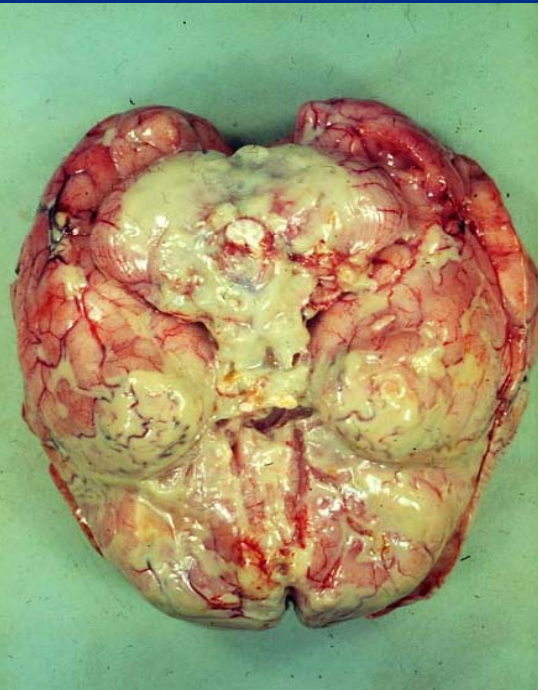
m: leptomeningele prezintă un infiltrat neutrofilic.



Leptomeningita purulentă - infecția cu coci piogeni.

M: exudat purulent, inițial la nivelul vaselor de sânge, a cisternelor și sinusului longitudinal superior → puroiul are aspectul unui înveliș continuu la nivelul creierului și în cavitățile ventriculare.

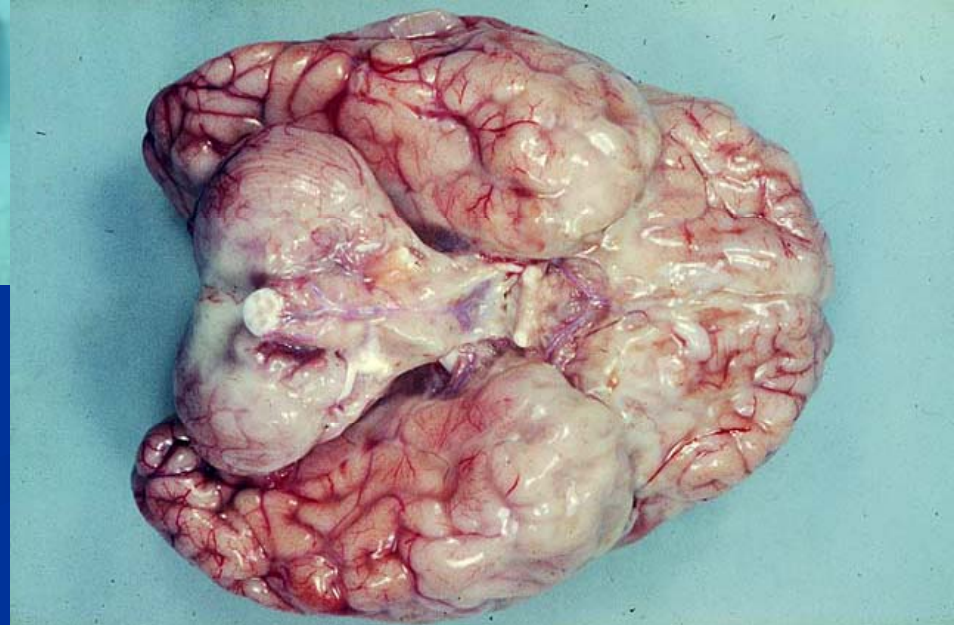
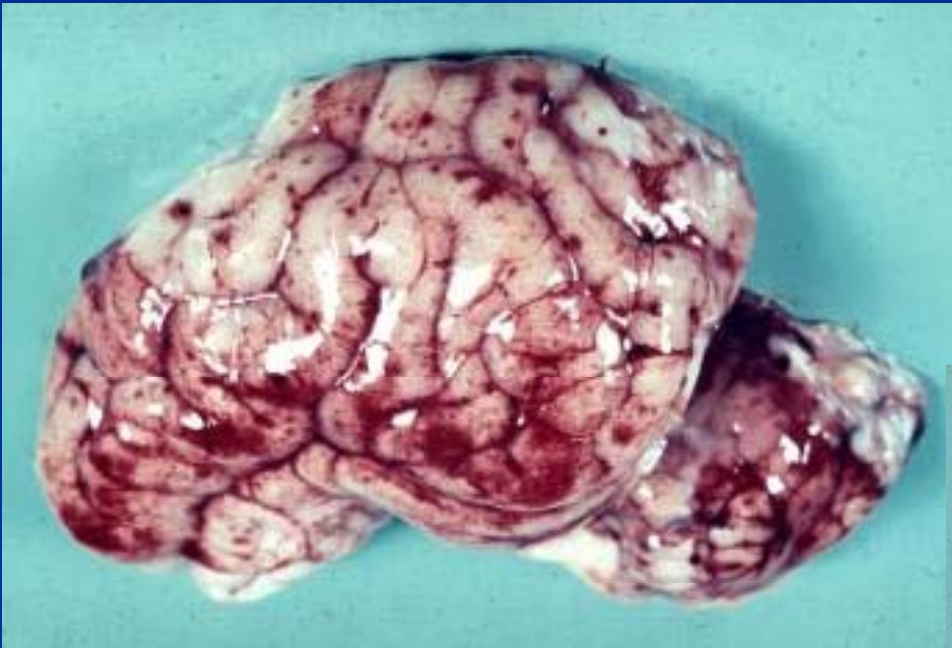
m: hiperemie, edem și infiltrat cu PMN predominant perivascular / difuz.



Leptomeningita hemoragică - infecții cu bacil cărbunos, pot însoți carcinoamele meningeale.

M: exsudat hemoragic care acoperă leptomeningele la nivelul convexității.

m: în vase și spațiile perivascularare se pot identifica agenții etiologici.

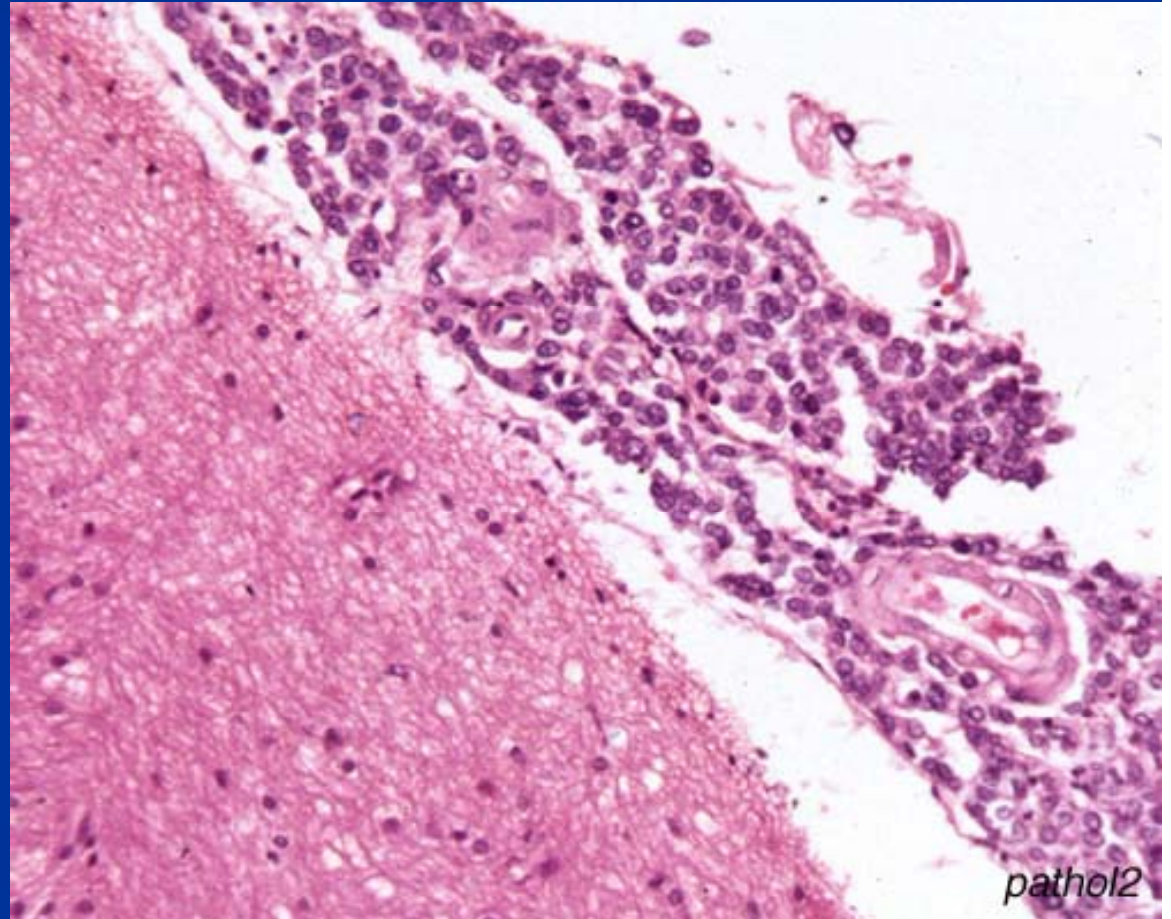


LEPTOMENINGITELE CRONICE:

- **Leptomeningitele cronice nespecifice** - cronicizarea formelor acute / primitive de etiologie infecțioasă, toxică și imună.

M: zone de culoare albicioasă, mai frecvent pe convexitate / la bază.

m: infiltrate inflamatorii LP

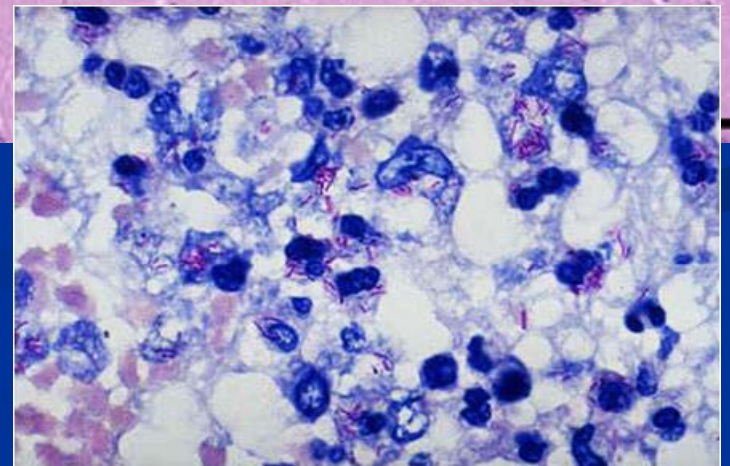
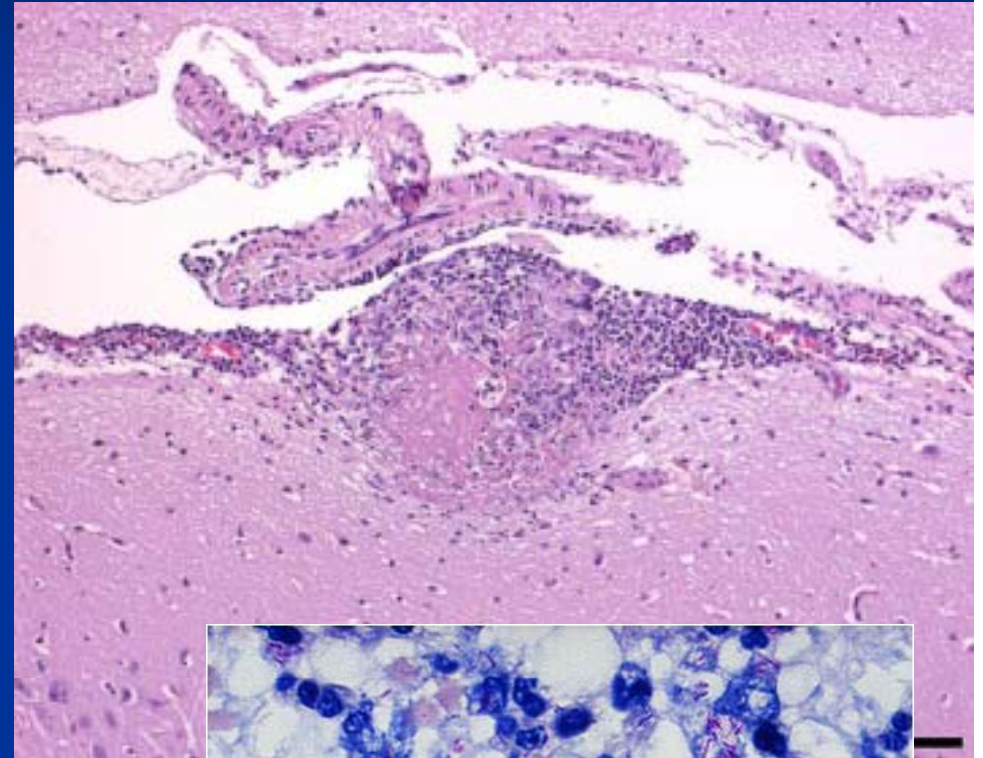
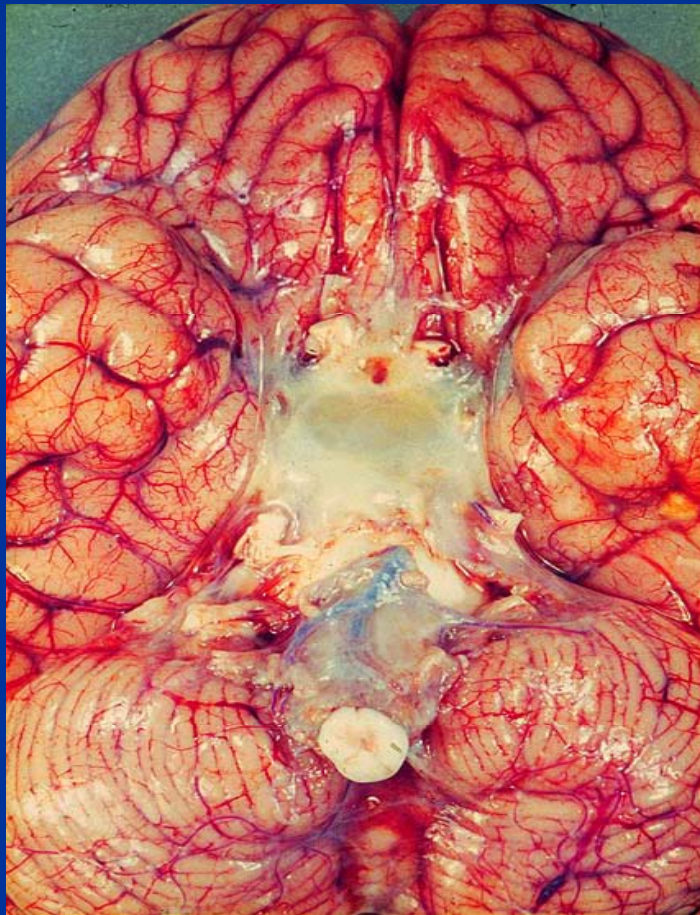


Leptomeningite cronice specifice :

Leptomeningita tuberculoasă - diseminare hematogenă de la TBC pulmonară / osoasă / genitală

M: exsudat gelatinos / fibrinos cu localizare bazilară care înglobează vasele poligonului Willis.

m: cazeificare + foliculi tuberculoși.



TUMORILE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

- Tumori meningeale: **meningiom**
- Tumori gliale (glioamele): **astrocitom, oligodendrogliom**
- Tumori neuronale: **gangliocitom**
- Tumori neuroepiteliale: **ependimom**
- Tumori ale nervilor cranieni: **neurinom**
- Tumori pineale și hipofizare: **craniofaringiom**
- Tumori disembrioplazice: **teratoame**
- Tumori metastatice

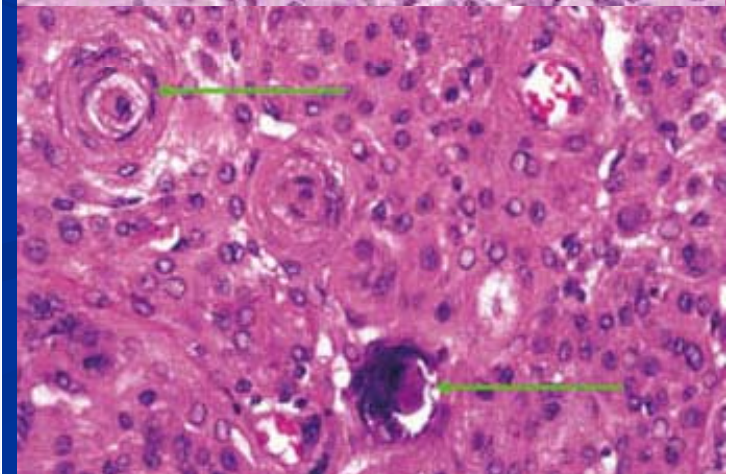
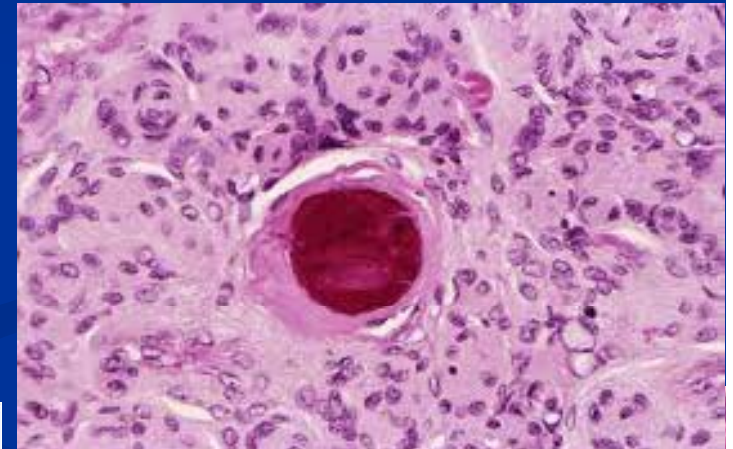
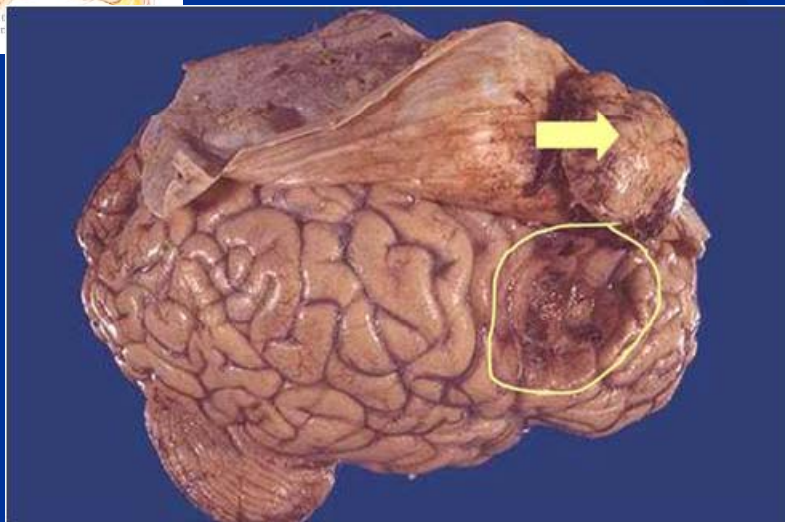
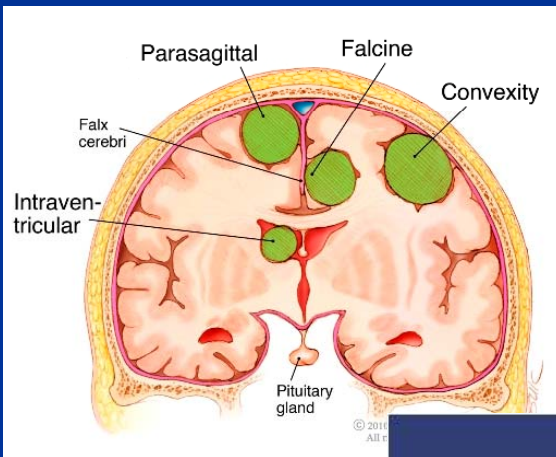
MENINGIOM - origine în celulele meningoteliale ale arahnoidei, localizarea de predilecție fiind convexitatea creierului.

M: formațiuni nodulare ce compimă țesutul nervos subjacent fără să-l invadeze.

m: varietăți: sincițial, fibroblastic, tranzițional, psamomatos, secretor, microchistic.

Tipul cel mai frecvent - meningiomul endoteliomatos (sincițial) - celule poligonale imprecis delimitate, cu citoplasma fin granulară și nucleu sferic situați central ± corpi psamomatosi

Evoluția - creștere lentă, tendință la recidive după extirpare.



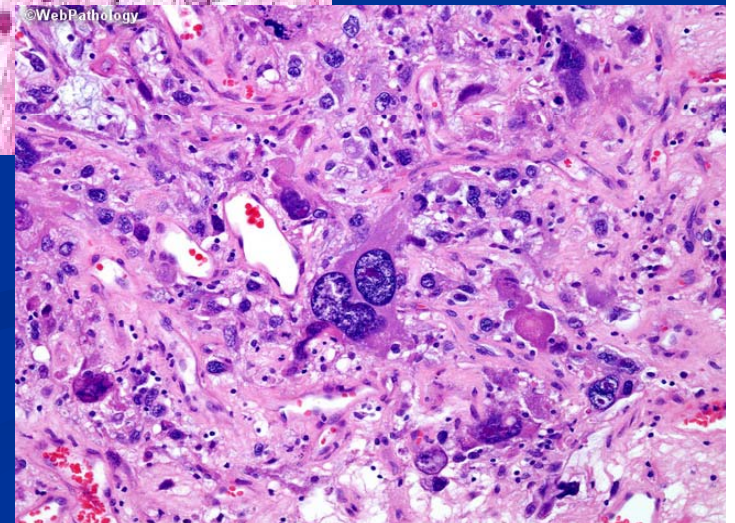
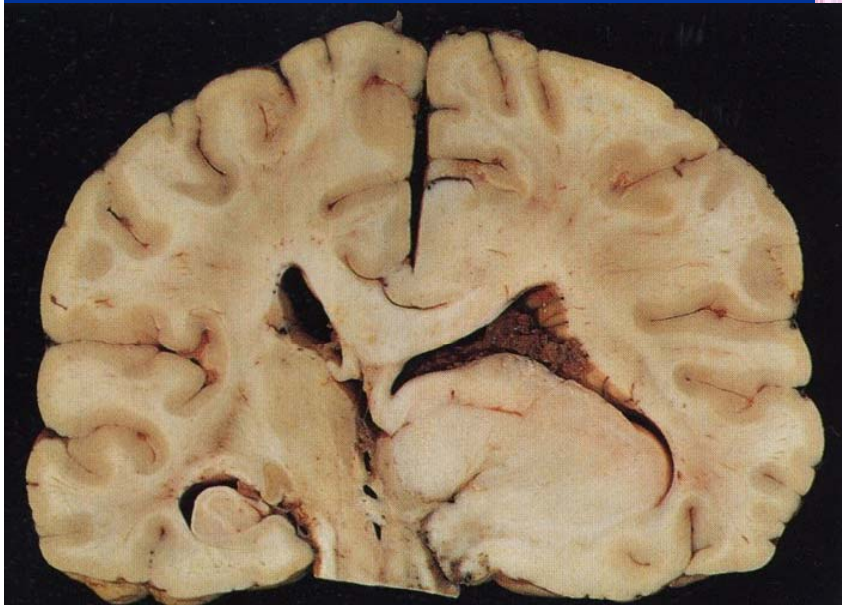
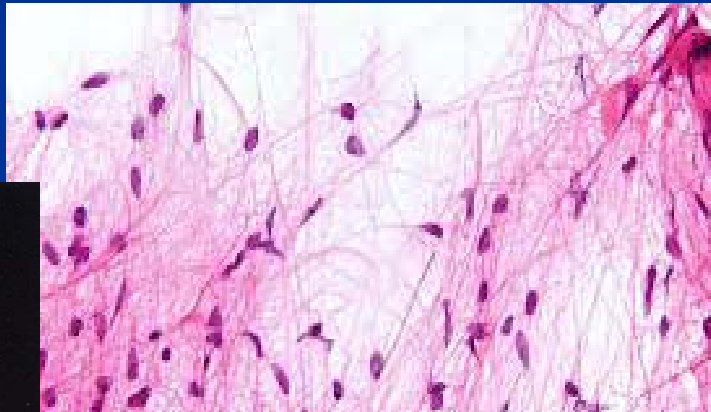
ASTROCITOM ~ 2/3 din gliomele cerebrale și 1/4 din tumorile intracraniene.

M: formațiuni imprecis delimitate, albicioase; pe secțiune cu microchiste, zone de necroză și hemoragii.

m: aspect diferit în funcție de gradul de diferențiere:

- **T diferențiate** - celule asemănătoare astrocitelor + procese astrocitare.
- **T slab diferențiate** - celule cu anaplazie marcată + proliferarea vasculară

Evoluția tumorilor diferențiate este lentă, fără tendință de recidiva după extirpare.

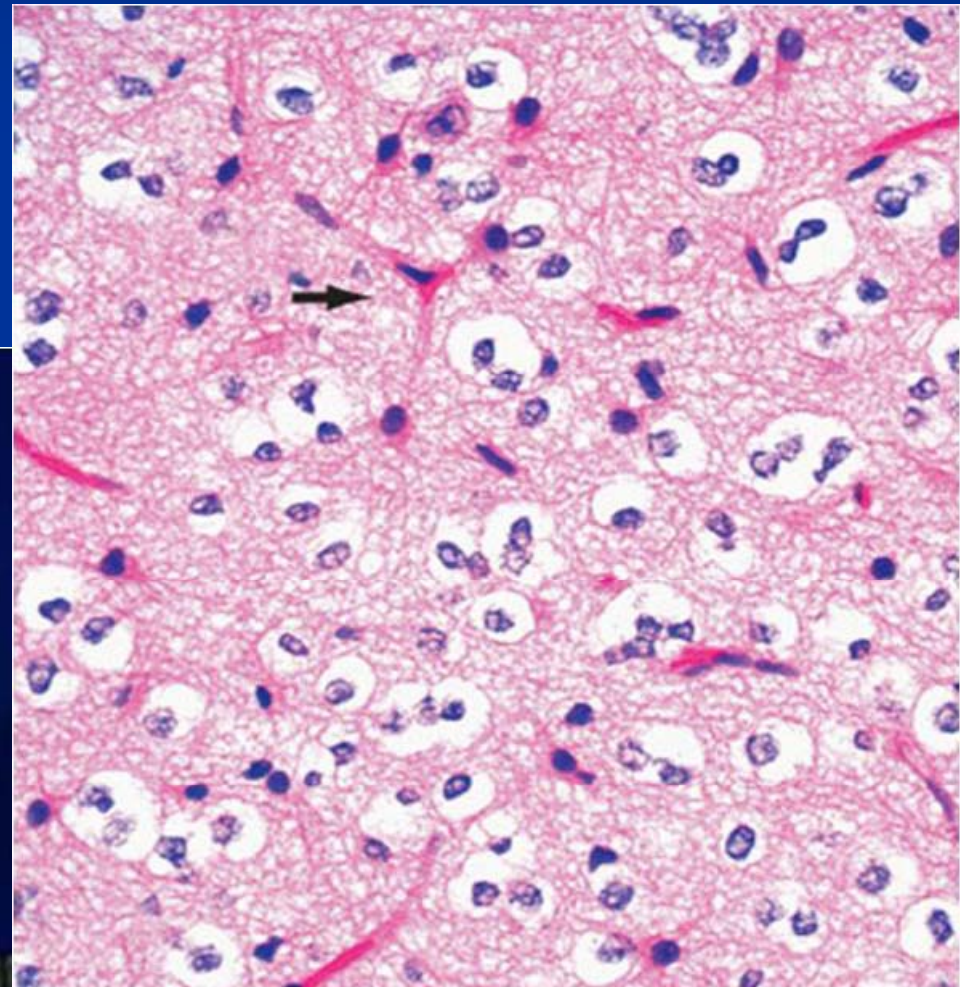
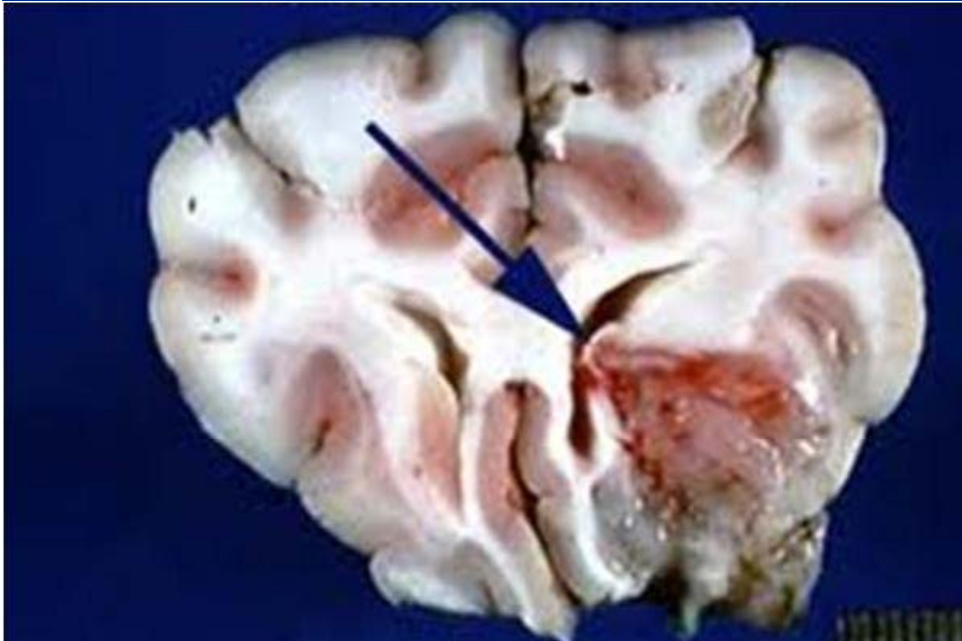


OLIGODENDROGLIOM - tumori rare, localizate la nivelul substanței albe.

M: formațiuni circumscrise cu consistență redusă, gelatinoasă, pe secțiune zone chistice, calcificari, necroze și hemoragii.

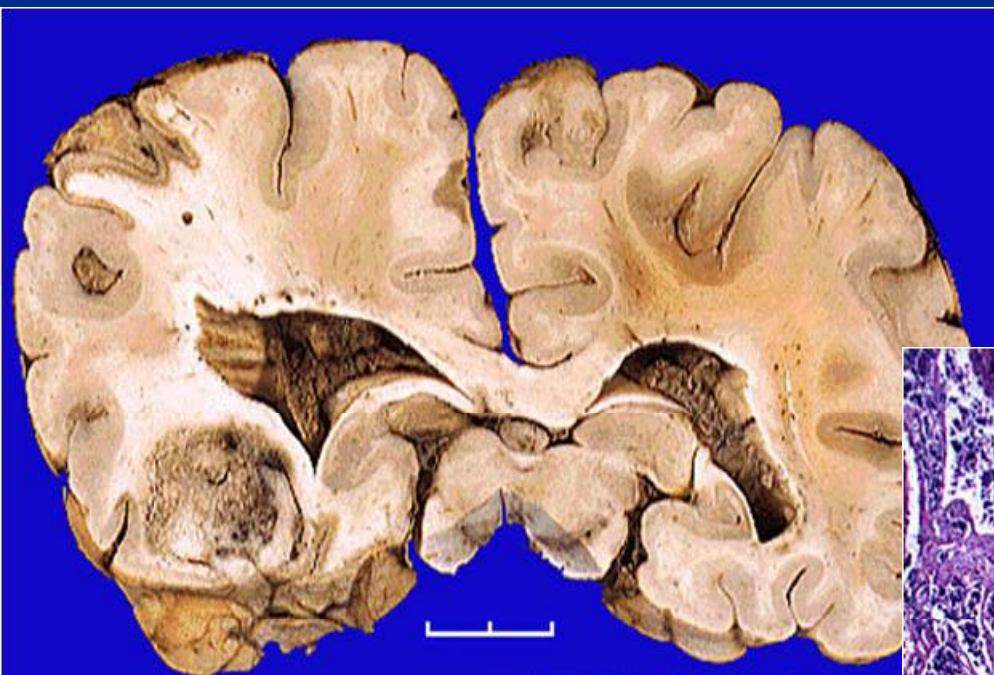
m: celule rotund-ovalare cu nucleu hipercromi, înconjurați de un halou citoplasmatic clar.

Evoluția - dezvoltare lentă, cu tendință crescută la recidivă după extirpare chirurgicală; transformarea malignă este rară.

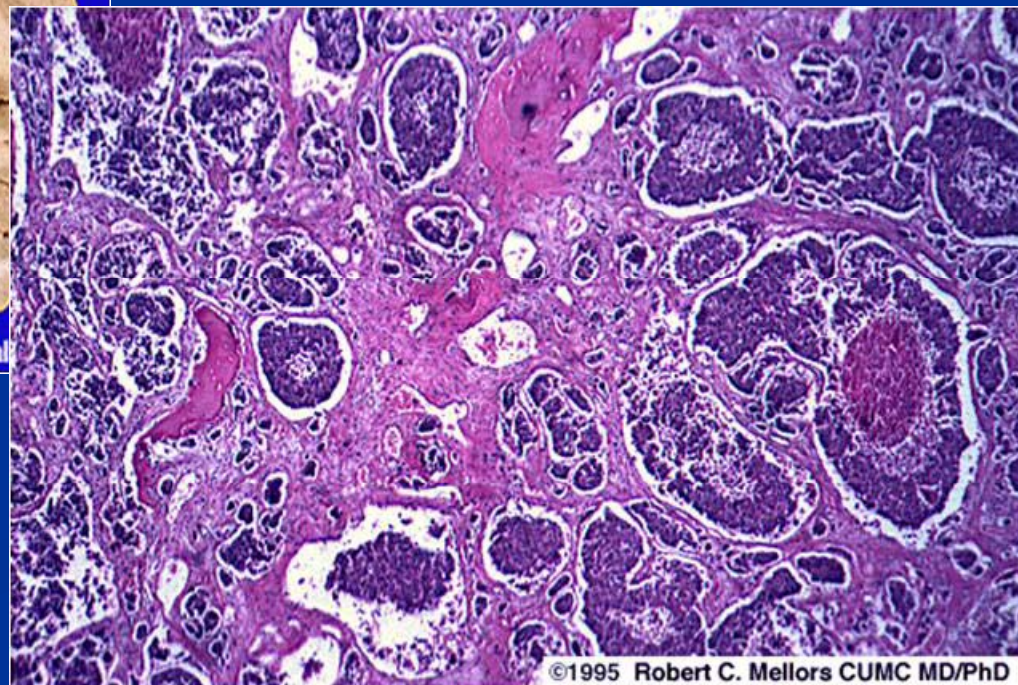


METASTAZE - cele mai frecvente neoplazii intracraniene.

La nivel cerebral metastazează mai frecvent carcinoamele **plămânului**, sânului, rinichiului, tractului gastro-intestinal, precum și melanoamele tegumentare.



©1995 Cornell University Medical



©1995 Robert C. Mellors CUMC MD/PhD