

PATOLOGIA APARATULUI RENO-URINAR ȘI GENITAL MASCULIN

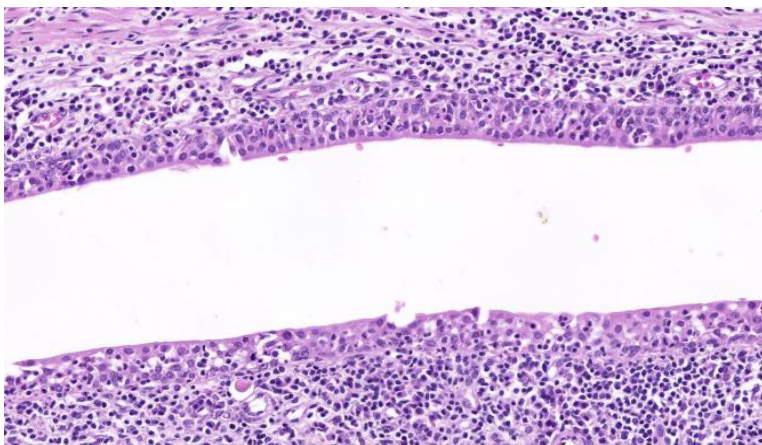
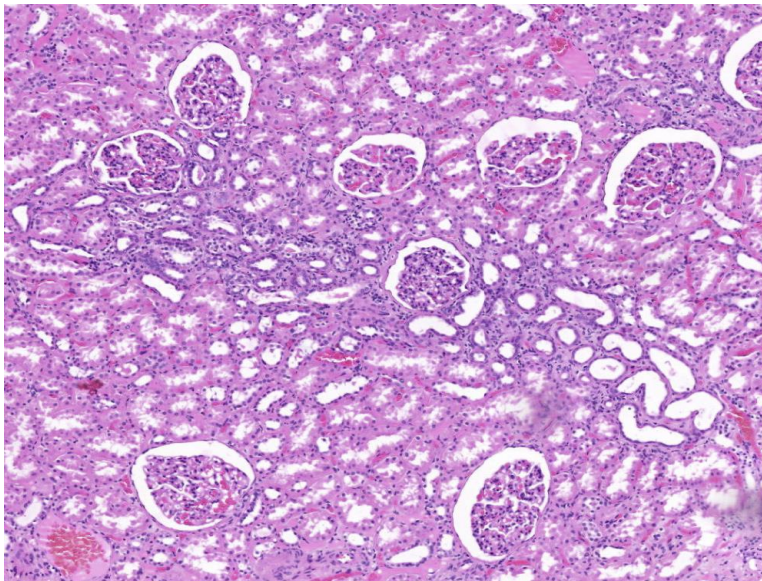
Preparate:

- Pielonefrita cronică
- Carcinomul cu celule renale clare (tumora Grawitz)
- Carcinomul urotelial (cu celule tranziționale)
- Hipertrofia benignă de prostată (hiperplazia nodulară de prostată; adenomul de prostată; fibroleiomiadenomul)
- Adenocarcinomul de prostată

PIELONEFRITA CRONICĂ

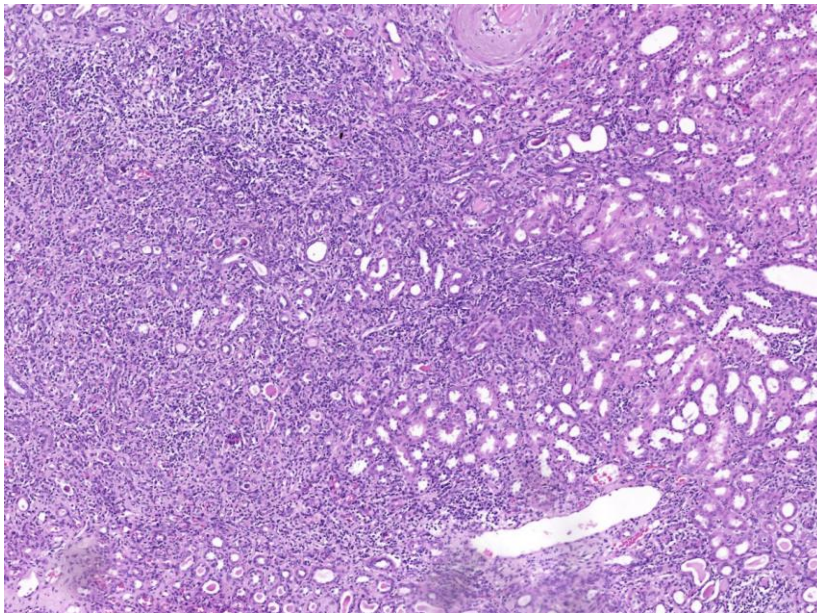
Pielonefrita cronică este o boală renală în care inflamația cronică interstițială și cicatrizările renale se asociază cu interesarea calicelor și bazinetului. Poate fi urmarea unei pielonefrite acute și reprezintă o cauză majoră a insuficienței renale cronice.

Macroscopic, rinichiul este de obicei redus în volum, cu o suprafață neregulată, cu granulații mari, inegale, iar bazinetul este îngroșat, cu mucoasa granulară sau atrofică. În cazul afectării ambilor rinichi, intensitatea modificărilor structurale este inegală.



Diagnostic de organ: rinichi

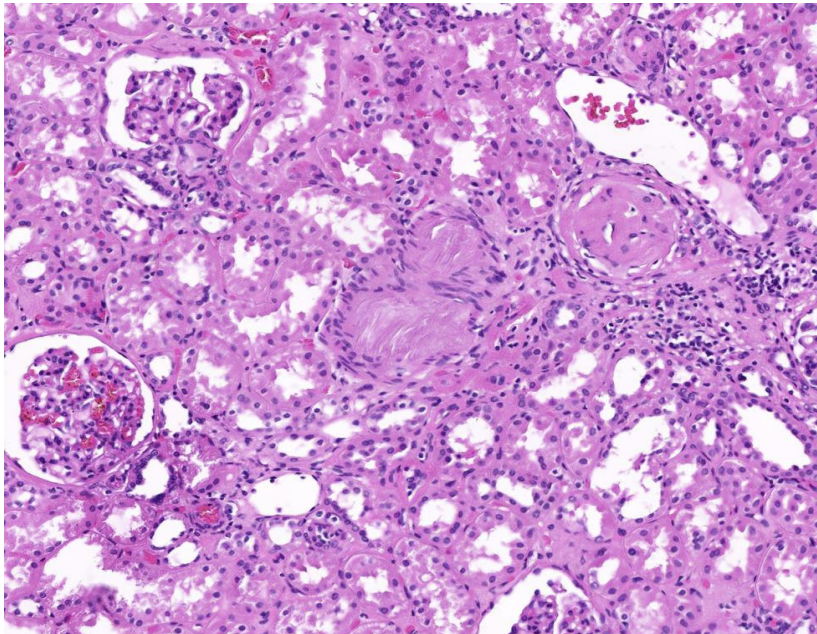
**Diagnostic de organ: pelvis renal -
uroteliu**



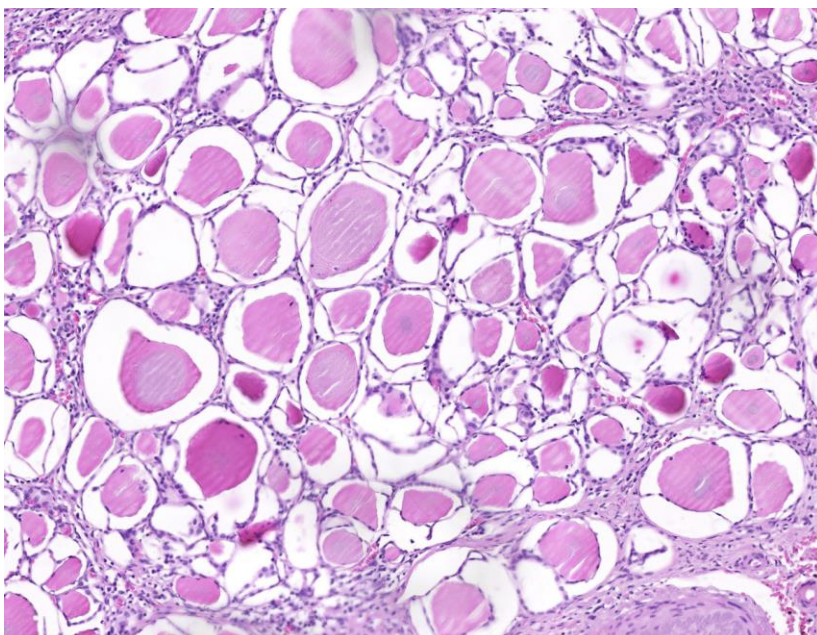
Diagnostic de leziune:

Pielonefrita cronică

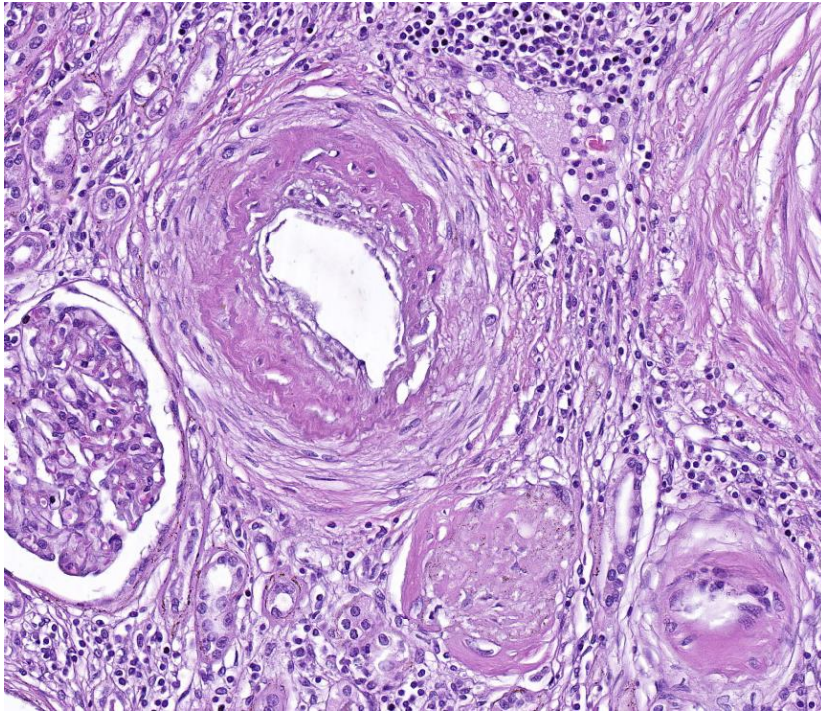
- inflamație interstițială cronică cu distribuție multifocală, focarele de inflamație cronică alternând cu zone de parenchim renal normal;



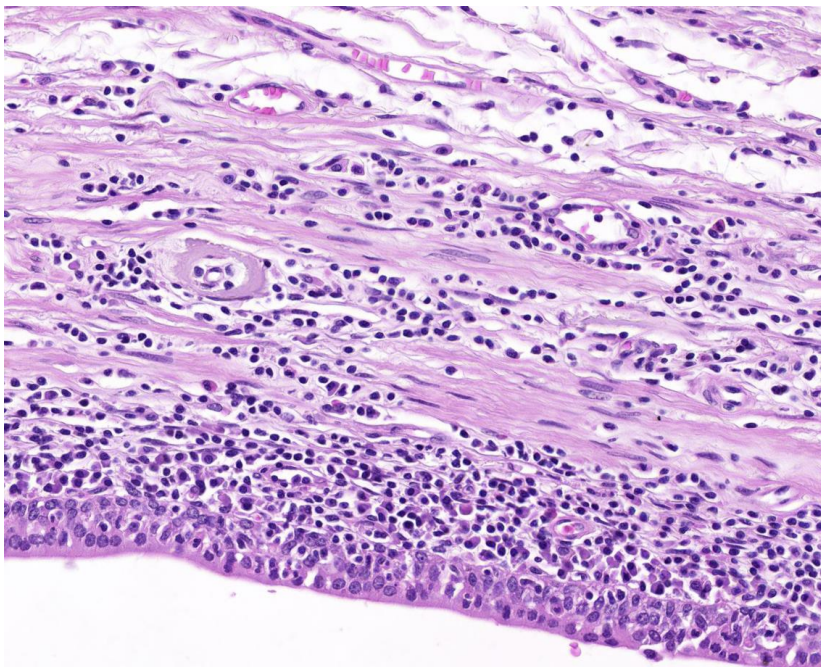
- glomeruli cu leziuni secundare: fibroze periglomerulare, scleroza parțială sau completă a ghemului de capilare;



- tubi atrofiați sau dispăruți; în lumenul unor tubi - frecvenți cilindri hialini → *imagini pseudotiroidiene*; alți tubi conțin în lumen cilindri leucocitari;



- vase cu lumenul deformat și pereții îngroșați prin scleroză intimală obliterativă sau prin hialinizare, în cazul pacienților hipertensivi;

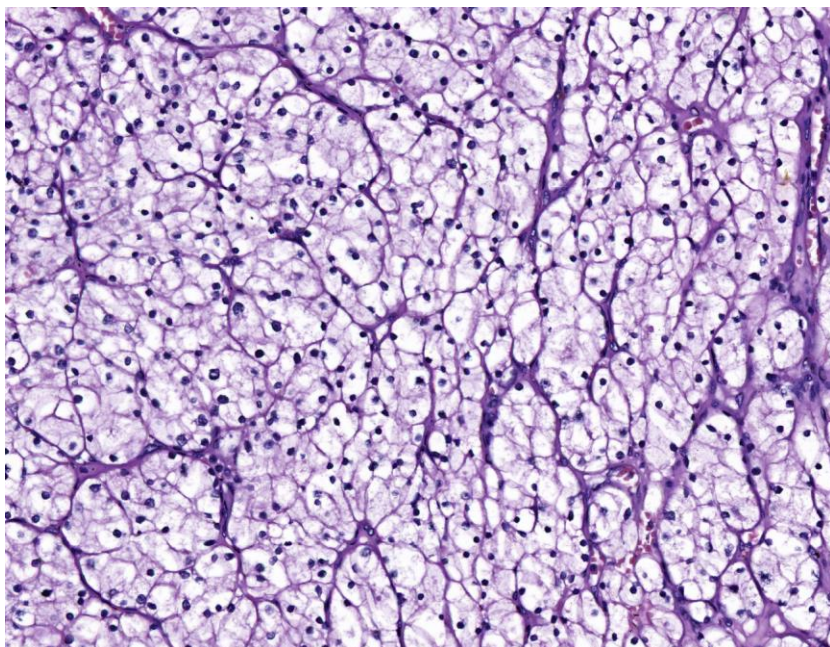
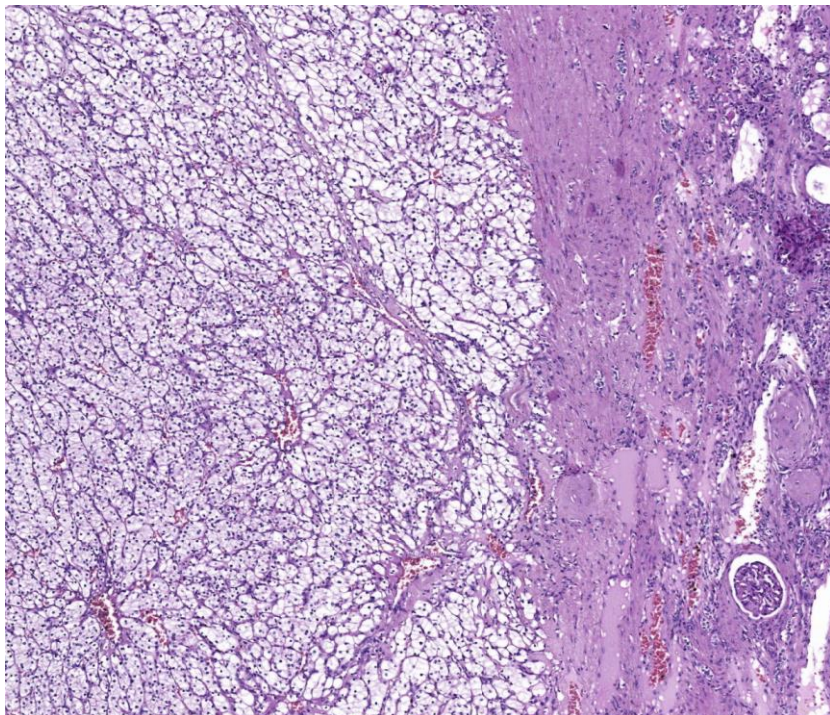


- mucoasa caliceală - fibroză și infiltrat inflamator cronic.

CARCINOMUL CU CELULE RENALE CLARE (TUMORA GRAWITZ)

Carcinomul cu celule renale este cea mai frecventă tumoră renală primară la adult. Se manifestă clinic prin hematurie.

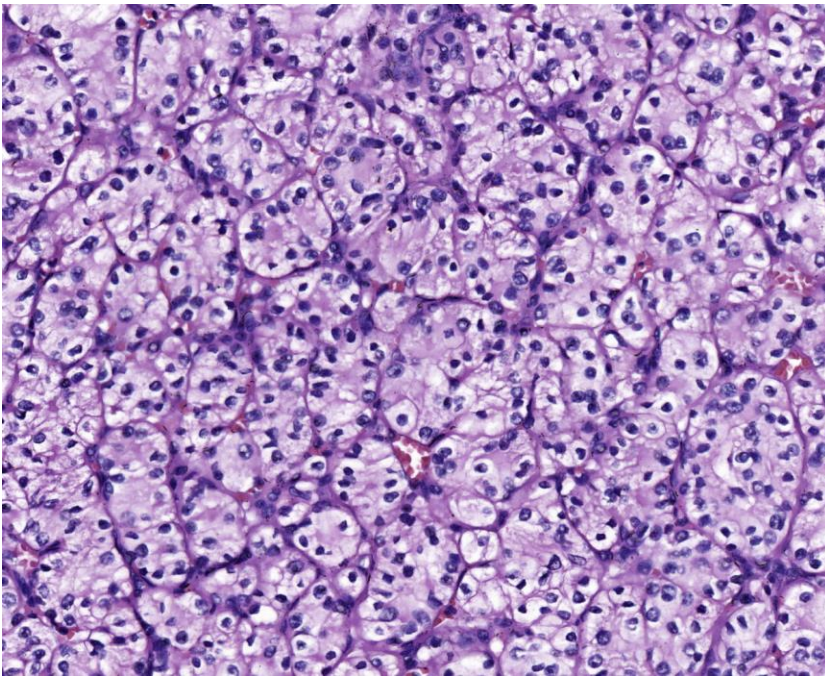
Macroscopic, tumora, de obicei unică, se poate dezvolta în orice porțiune a rinichiului, dar mai frecvent la polul superior. Apare ca o masă de dimensiuni variabile, rotunjită sau lobulată, care proemină pe suprafața rinichiului și este bine demarcată sau invadează țesutul renal. Dă falsa impresie de încapsulare prin comprimarea țesutului renal învecinat.



Diagnostic de leziune:

Carcinomul cu celule renale clare

- celule tumorale cu dispoziție tubulară, alveolară, chistică, în travee și cordoane, separate prin septuri conjunctive subțiri, bogat vascularizate;
- celulele tumorale au citoplasma clară (bogată în lipide și glicogen care se dizolvă în cursul procesării prin includere la parafină), nuclei mici, rotunzi, cu mitoze rare;
- există și forme cu pleomorfism nuclear marcat și activitate mitotică evidentă;

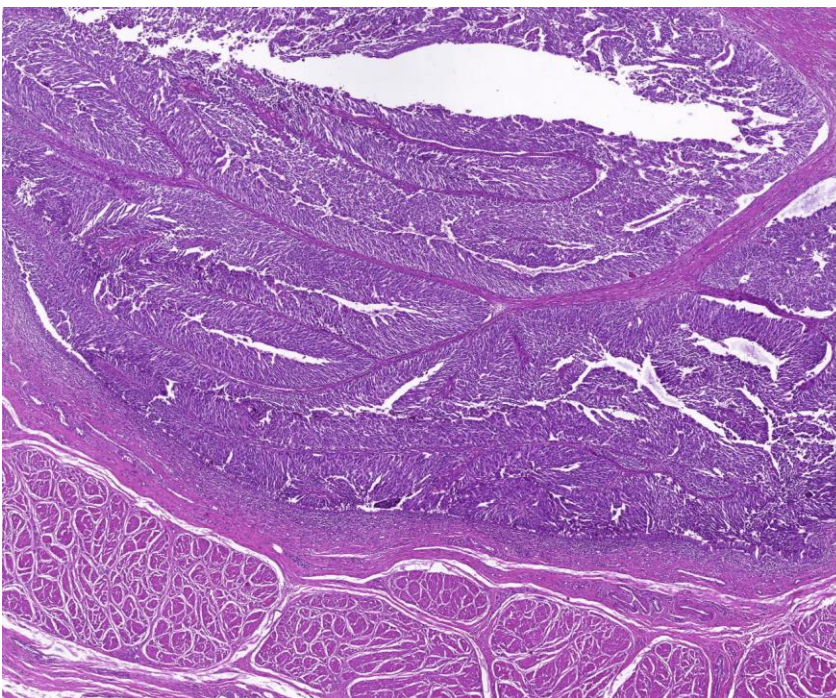


- tumora: număr variabil de celule cu citoplasma eozinofilă, granulară (cantități reduse de lipide și glicogen și numeroase mitocondrii).

CARCINOMUL UROTELIAL (CU CELULE TRANZIȚIONALE)

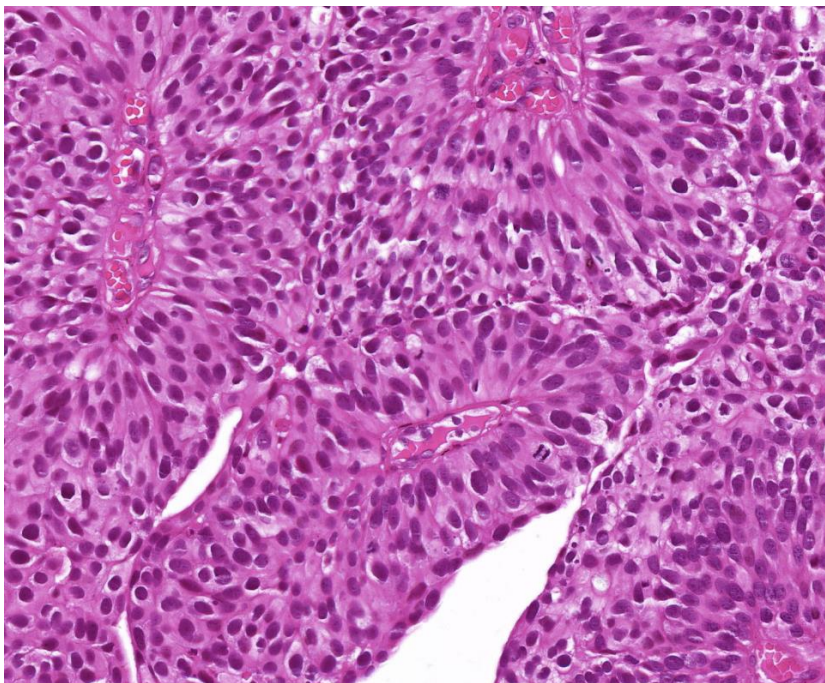
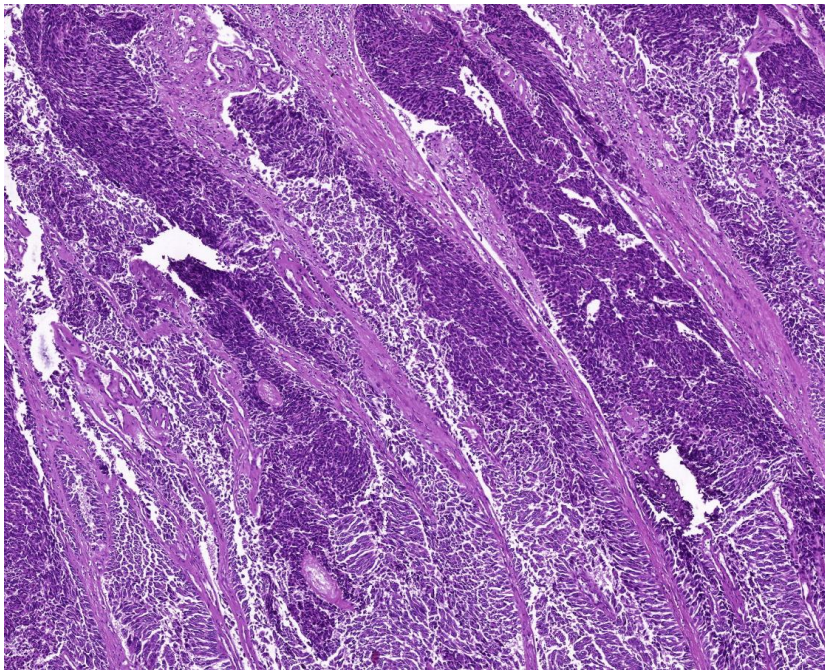
Majoritatea tumorilor căilor urinare se dezvoltă din uroteliu (epiteliul de tranziție), localizările cele mai frecvente fiind vezica urinară, bazinetul și ureterul. Peste 90% din tumorile tractului urinar inferior sunt **carcinoame uroteliale**, cu predominanța subtipului papilar (70%). Clasificarea ISUP (Societatea Internațională de Patologie Urologică) clasifică tumorile uroteliale maligne papilare în:

- carcinoame uroteliale papilare de grad jos;
- carcinoame uroteliale papilare de grad înalt.



Diagnostic de organ: Vezică urinară

- mucoasa: epiteliu tranzițional
- submucoasa
- stratul muscular



Diagnostic de leziune:

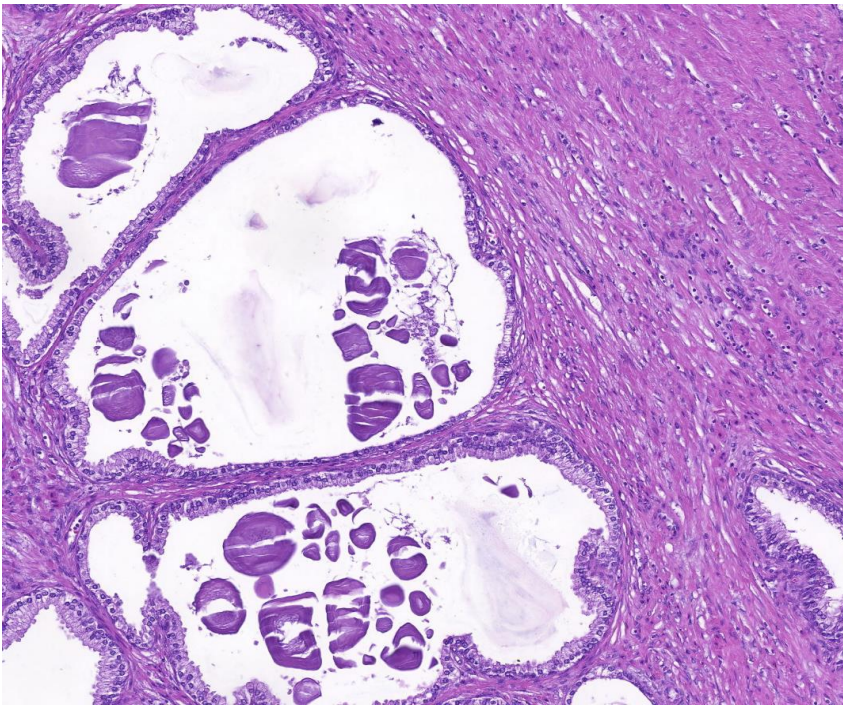
Carcinom urotelial

- papile cu ax conjunctivo-vascular tapetate de celule uroteliale proliferate tumoral, cu pleomorfism nuclear și activitate mitotică prezentă.

HIPERPLAZIA NODULARĂ A PROSTATEI (HIPERTROFIA PROSTATICĂ BENIGNĂ - HPB), „ADENOMUL DE PROSTATĂ”

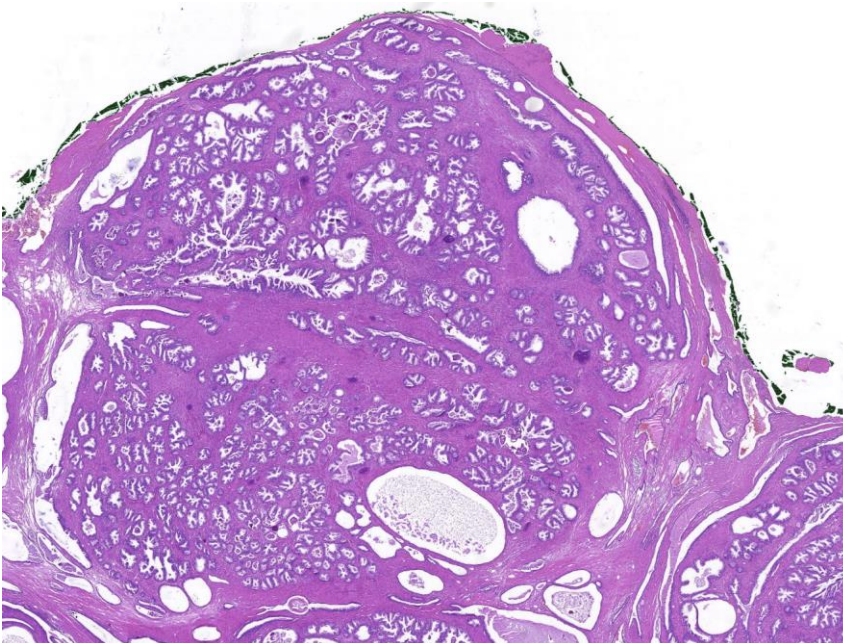
Creșterea volumului prostatei, de natură benignă, însoțită de tulburări în evacuarea vezicii urinare este o leziune comună, care se dezvoltă în general după 50 de ani, incidența sa sporind odată cu înaintarea în vârstă. Leziunile debutează în zona submucoasă a uretrei proximale (zonă de tranziție) prin hiperplazia, în grade variate, a țesutului glandular și a stromei fibromusculare.

Prostata este mărită în volum și greutate, uneori depășind 300g, de aspect nodular și consistență fermă. În cazul în care predomină hiperplazia fibromusculară, aspectul este de mărire difuză, fără nodularitate.



Diagnostic de organ: Prostată

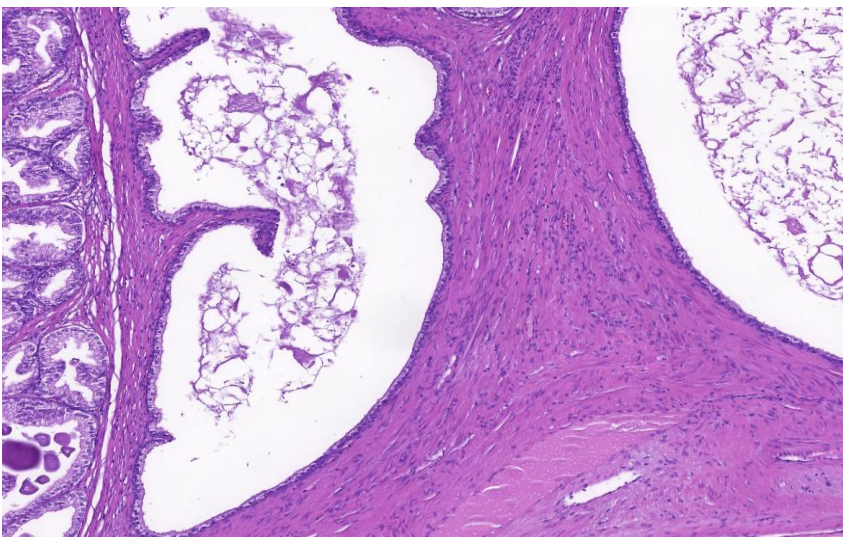
- acini glandulari mărginiți de două rânduri de celule:
 - stratul intern - celule luminale (principale) și
 - stratul extern - celule bazale;
- stroma fibromusculară;
- ocazional, simpexioni (corpi amilacei) intraluminal.



Diagnostic de leziune:

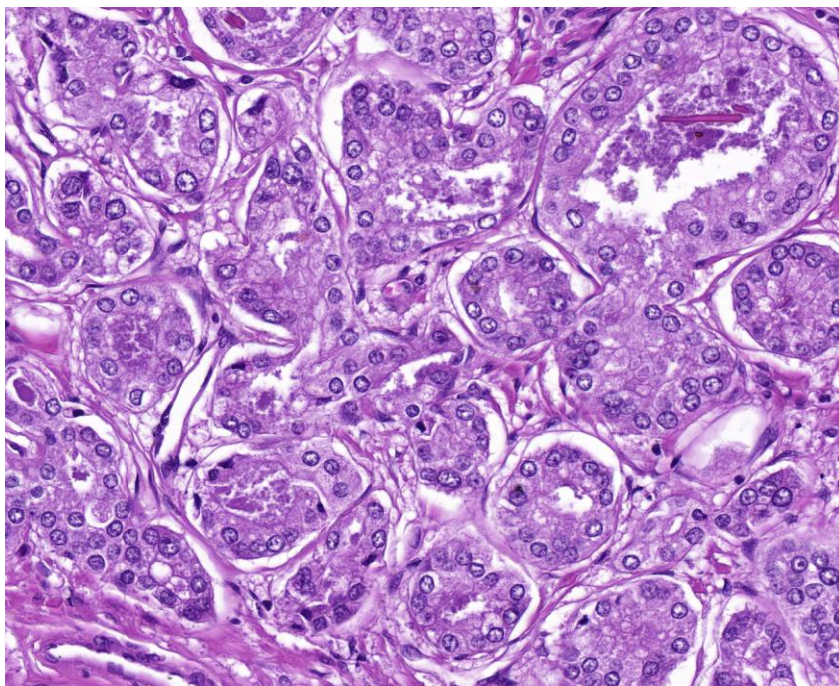
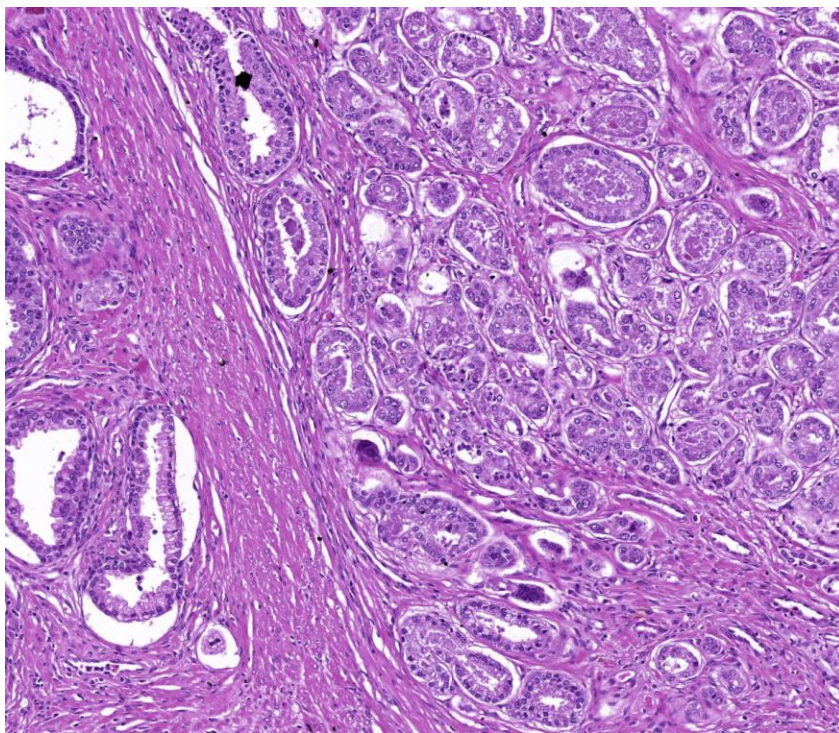
Hiperplazie benignă de prostată

- acini mărginiți de un strat epitelial dublu cu proiecții papilare conjunctivo-epiteliale:
 - stratul intern - celule cilindrice înalte (celule luminale, principale);
 - stratul extern - celule bazale, interpusă între celulele luminale și membrana bazală;
- ocazional, infiltrat inflamator cronic, uneori și acut, glande dilatate chistic și corpi amilacei (concrețiuni concentrice intraglandulare constituite din produși de secreție și celule epiteliale descumate).



ADENOCARCINOMUL DE PROSTATĂ

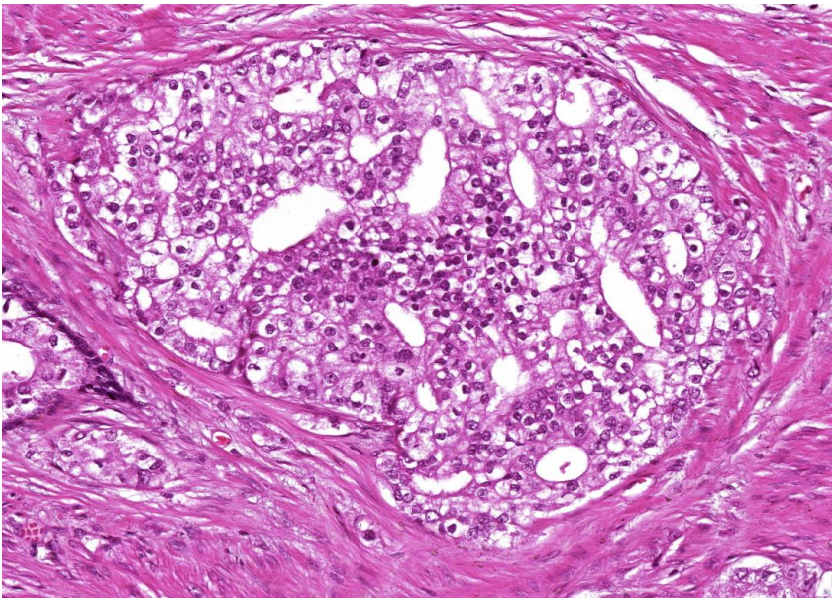
Cancerul prostatei se dezvoltă de obicei după vârsta de 50 de ani, frecvența sa crescând apoi progresiv, astfel că vârful de incidență se situează între 65 și 75 de ani. Tumorile maligne ale prostatei sunt reprezentate în esență de adenocarcinoame (95%).



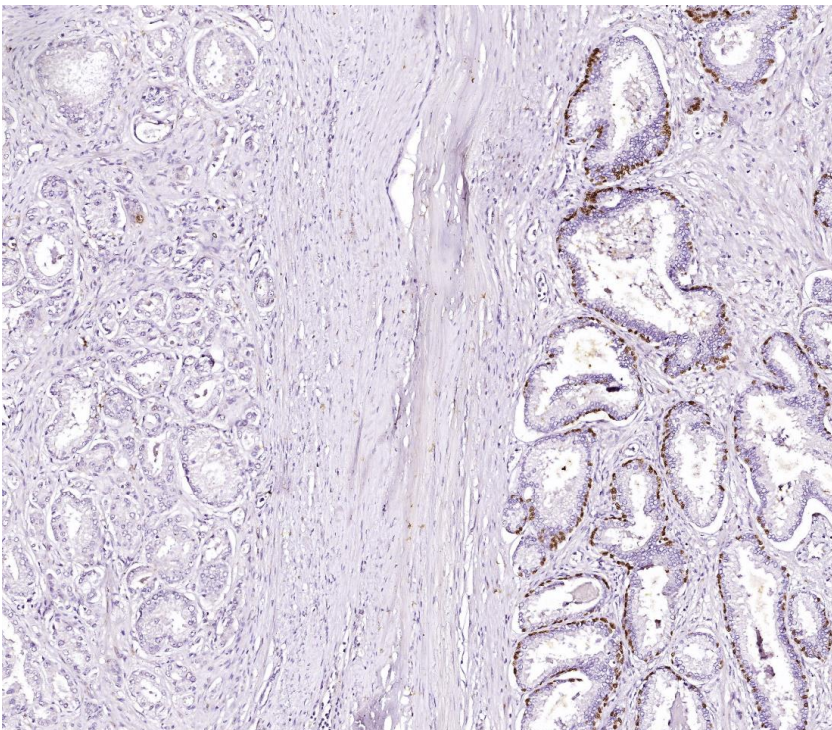
Diagnostic de leziune:

Adenocarcinomul de prostată

- acini mici sau mari și/sau agregate cribriforme, zone trabeculare, solide +/- focare de comedonecroză, celule individuale infiltrative;
- Criterii sugestive pentru diagnostic:
 - prezența de acini neoplazici mărginiți de un singur strat de celule cuboidale,
 - nuclei cu nucleoli proeminenți,
 - invazia stromei.



- pattern cribriform;



- absența marcajului imuno-histochimic pentru p63, la nivelul glandelor tumorale (stânga) vs prezența lui la nivelul glandelor netumorale (dreapta) => lipsa stratului bazal în glandele tumorale.