

Lucrare practică 5

PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS ȘI ENDOCRIN

Preparate

- Gușa anizofoliculară
- Boala Graves Basedow
- Carcinomul papilar tiroidian
- Meningiomul
- Glioblastomul

PATOLOGIA SISTEMULUI ENDOCRIN

GUȘILE

Prin gușă înțelegem creșterea în volum și greutate a tiroidei.

Gușa simplă (netoxică difuză)

Este consecința unei hipertrofii și hiperplazii compensatorii a epiteliului folicular, secundare unei tulburări în sinteza hormonilor tiroidieni, fie prin aport insuficient de iod, fie prin alterarea activității enzimactice de la nivelul epiteliului tiroidian. Gușa simplă se prezintă sub două forme: gușa coloidă difuză și gușa nodulară.

Gușa coloidă difuză - afectează difuz întreaga glandă.

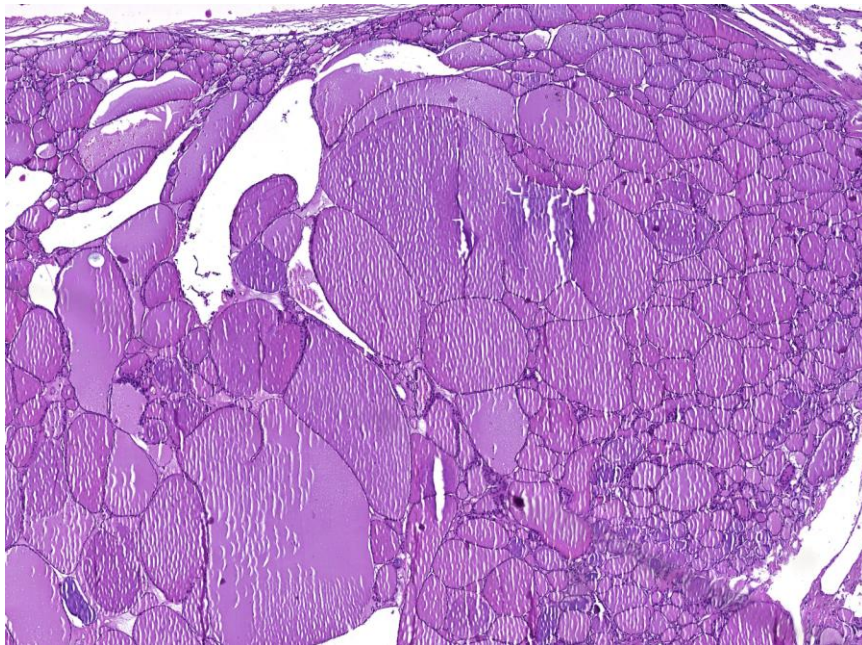
În evoluția gușii coloide difuze se deosebesc două faze:

- *faza hiperplazică*, în care tiroida este moderat mărită ca volum (100-150g), translucidă, de consistență fermă, cu aspect hiperemic. Microscopic, predomină aspectul microfolicular, cu foliculi tiroidieni mici, tapetați de un epiteliu înalt și coloid endoluminal redus cantitativ, palid, apos - *gușă parenchimatoasă*;

- *faza de involuție coloidă* (odată cu creșterea masei de celule foliculare și atingerea stadiului de eutiroidie) cu aplatizarea epiteliului folicular și stocare masivă de coloid - *gușă coloidă*. Tiroida devine marcat mărită de volum (până la 500g), iar acumularea de coloid determină creșterea consistenței, cu aspect translucid, gelatinos pe secțiune.

Microscopic: foliculii apar lărgiți, destinși de coloid omogen, intens colorat și mărginiți de un epiteliu cubic sau turtit inactiv. Acumularea de coloid în foliculi este neuniformă: în timp ce unii foliculi sunt foarte destinși, alții sunt mici și pot prezenta proiecții papilifere intrafoliculare. Prin confluarea foliculilor se pot forma chisturi (gușa coloido-chistică). Unii foliculi sunt inegali ca mărime (gușa anizo-foliculară).

GUȘA COLOIDĂ

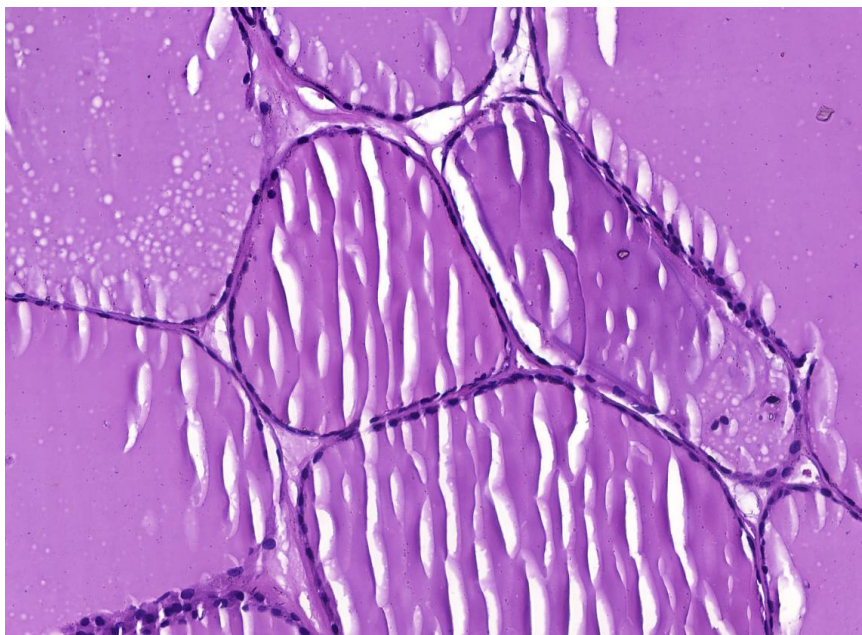


Diagnostic de organ: tiroidă

Diagnostic de leziune:

Gușă anizofoliculară

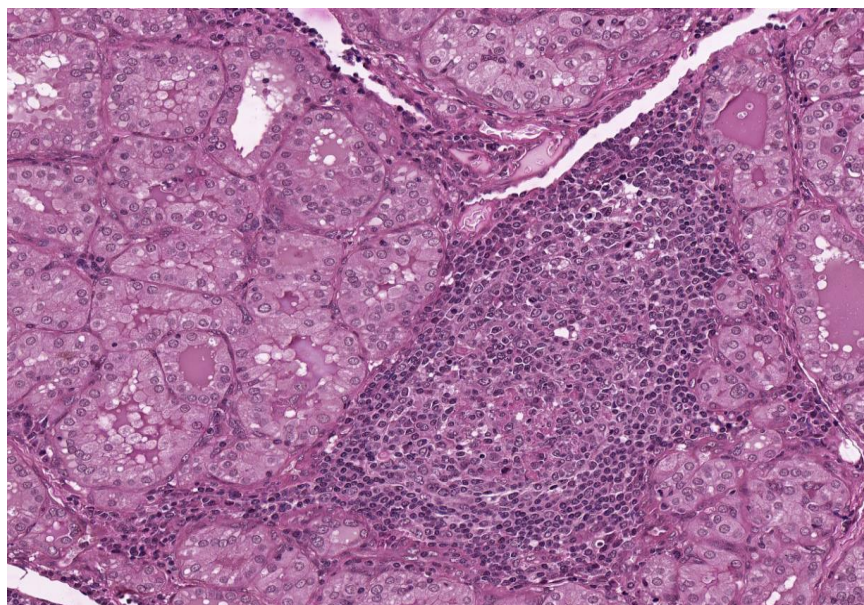
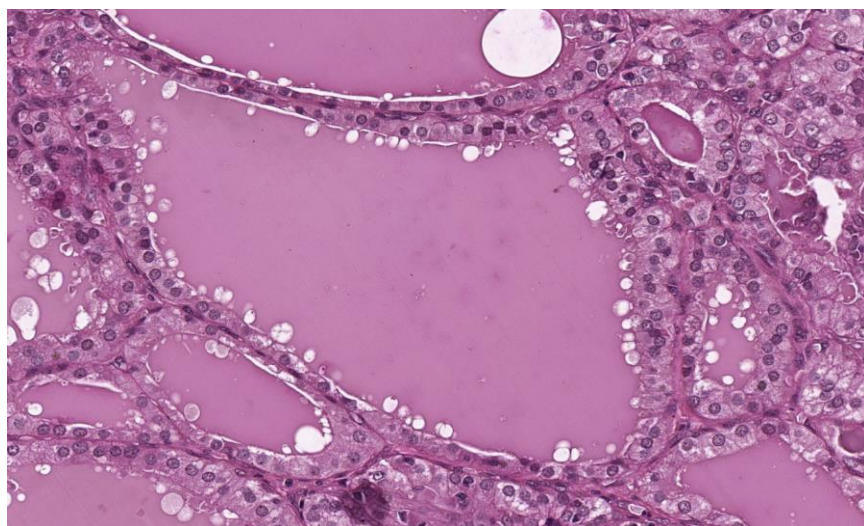
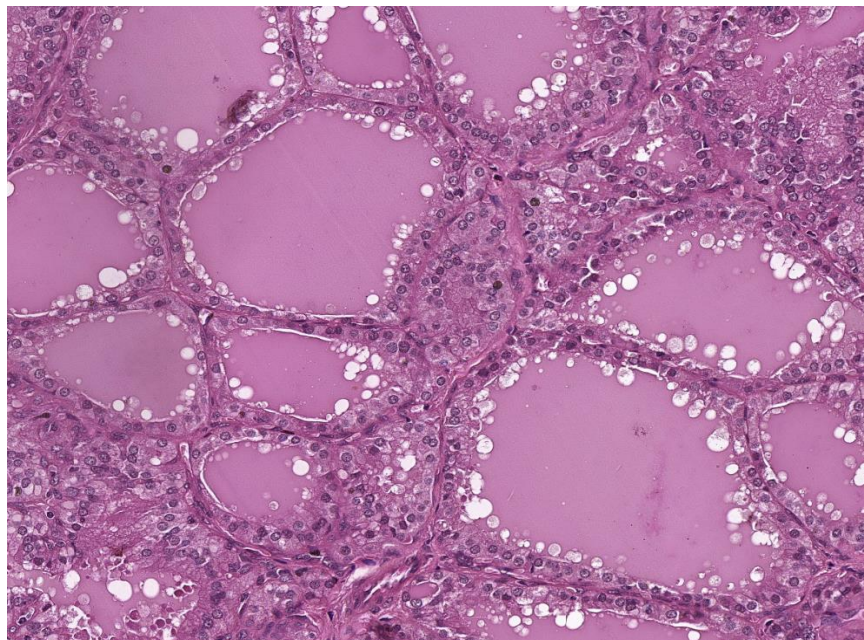
- foliculii apar lărgiți, destinși de un coloid omogen, intens colorat și mărginiți de un epiteliu cubic sau turtit inactiv;
- prin confluarea foliculilor se pot forma chisturi (gușă coloido-chistică);
- unii foliculi sunt inegali ca mărime (gușă anizofoliculară).



BOALA GRAVES BASEDOW

Gușă exoftalmică (boala Graves - Basedow) reprezintă forma cea mai frecventă de hipertiroidism (80%) determinat de hiperplazia difuză a tiroidei asociată, inconstant, cu oftalmopatie și dermatopatie infiltrativă. Afecțiunea este mai frecventă la femei în perioadele de dezechilibru hormonal: pubertate, sarcină, menopauză. Boala Basedow este o boală autoimună specifică tiroidei, cauzată de producerea excesivă de autoanticorpi care se leagă de receptorii TSH ai celulelor epiteliale ale foliculilor tiroidieni, având ca rezultat stimularea excesivă a epiteliului folicular cu hiperproducție de hormoni tiroidieni (T3 și T4), inhibarea secreției de TSH a hipofizei și manifestări clinice de hipertiroidism.

Macroscopic, tiroida este moderat și simetric mărită de volum (sub 100g), cu capsulă intactă, neaderentă; pe secțiune are aspect omogen, roșietic-cărnos, intens lobulat.



Diagnostic de organ: tiroidă

Diagnostic de leziune:

Boala Basedow

- foliculii tiroidieni hiperplaziați sunt tapetați de un epiteliu cilindric înalt, cu proiecții papilare în general neramificate, lipsite de ax fibrovascular;
- coloidul în cantitate redusă este palid, apos, cu vacuole de resorbție situate la polul apical al celulelor;
- stroma interfoliculară cu agregate de limfocite care pot forma foliculi limfoizi cu centri germinativi.

CANCERUL TIROIDIAN

Cancerul tiroidian reprezintă 1% din totalitatea cancerelor din organism. Este cea mai frecventă tumoră malignă endocrină, având o mare predilecție pentru femei (mai ales în decada a 3-a și a 7-a de viață) și reprezintă una dintre cele mai frecvente forme de cancer la adolescenți.

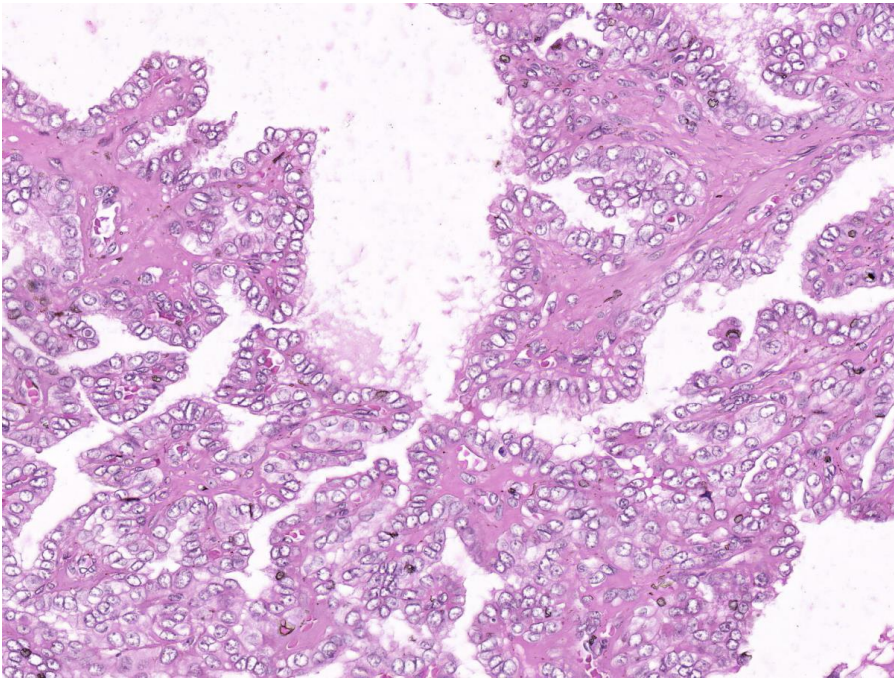
Tipuri histologice de cancer tiroidian:

- cu origine foliculară:
 - **Carcinomul papilar**
 - **Carcinomul folicular**
 - **Carcinomul anaplazic** (nediferențiat)
- cu origine în celulele C (parafoliculare), care secretă calcitonină.
 - **Carcinomul medular**

CARCINOMUL PAPILAR TIROIDIAN

Reprezintă cel mai frecvent tip de cancer tiroidian (70%). Tumora apare la orice vârstă, inclusiv la copii, dar este identificată mai adesea în decadele 3-5 de viață, cu preponderență la femei (2-3/1).

Macroscopic, tumora are dimensiuni variabile, de la leziuni mici, sub 1 cm diametru (microcarcinomul papilar), până la mase tumorale mari (de 7-10 cm diametru), solide sau chistice, adeseori infiltrative; pe secțiune prezintă culoare albicioasă, consistență fermă, cu frecvente cavități chistice și focare de calcificare.

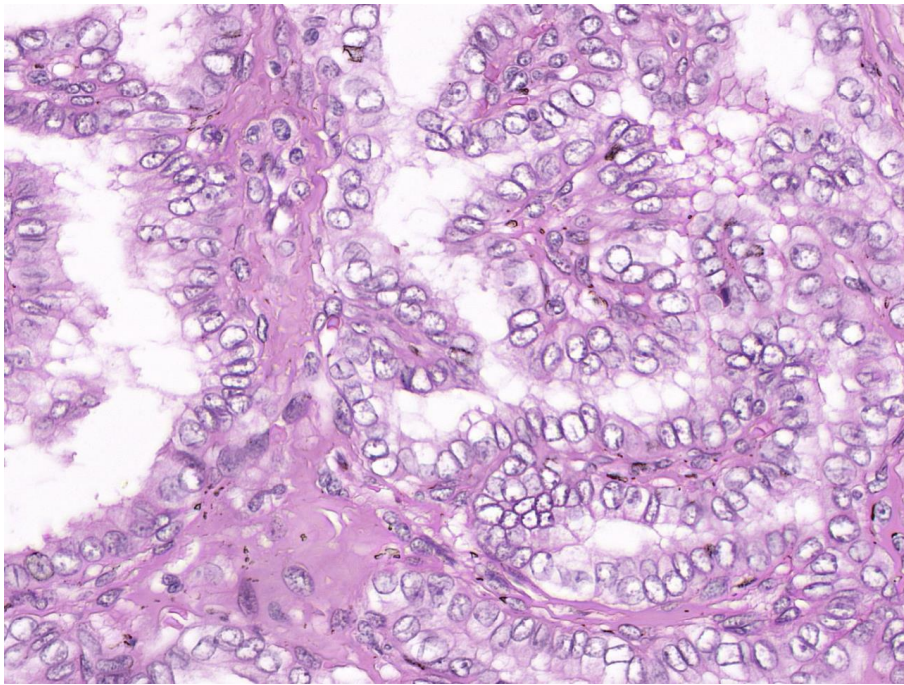


Diagnostic organ - tiroidă

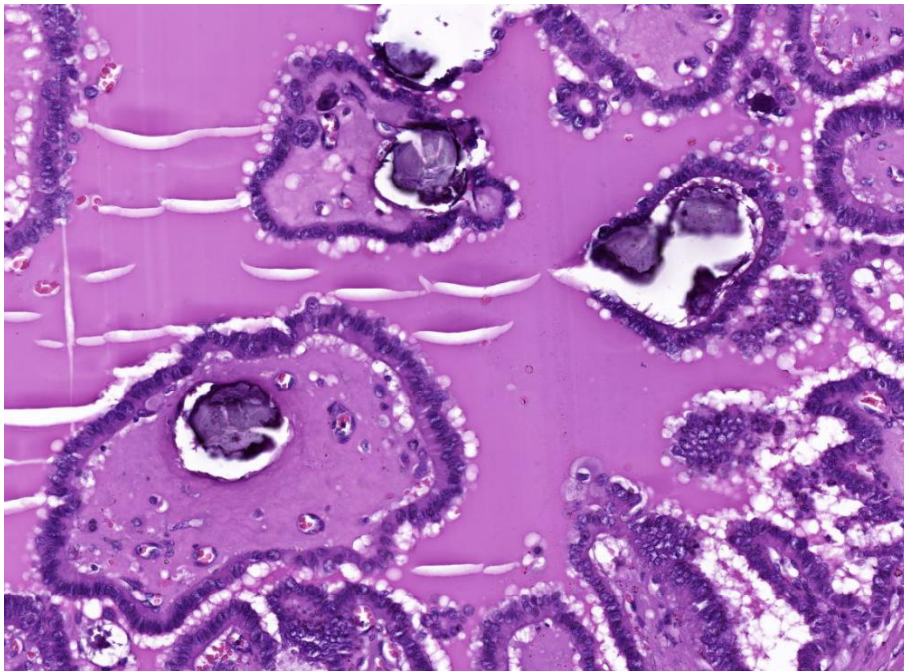
Diagnostic de leziune:

Carcinom papilar tiroidian

- structuri papilare ramificate, cu stromă fibrovasculară, tapetate de unul sau mai multe straturi de celule epiteliale cuboidale, bine diferențiate, cu nucleii rotunzi sau ovalari, clari, veziculoși („optic goi”), adeseori suprapuși sau conglomerati;



- atipiile nucleare și mitozele atipice sunt rare;

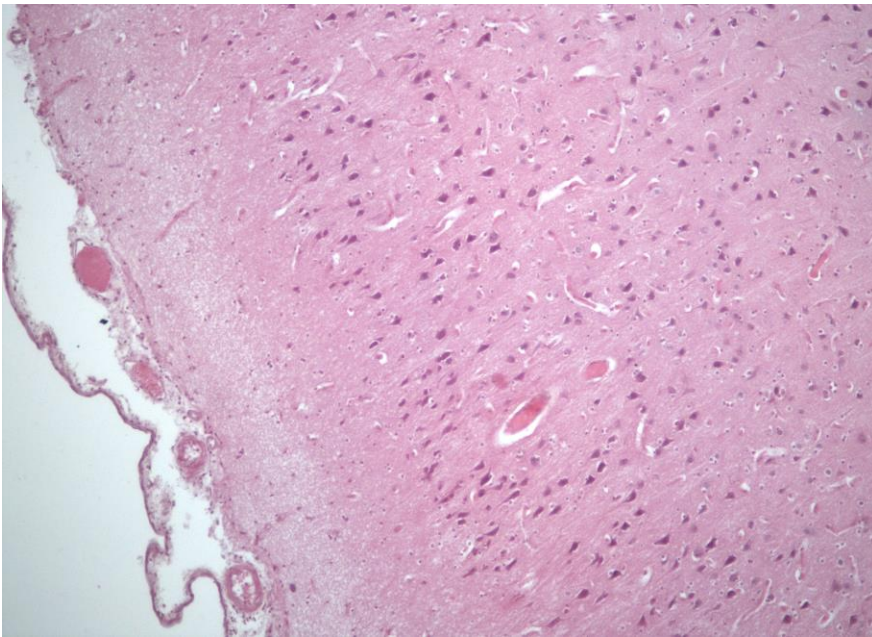


- corpi psamomatoși prezenți în miezul papilelor sau în stroma tumorală.

TUMORILE SISTEMULUI NERVOS

Tumorile intracraniene, reprezentând cca. 2% din toate neoplaziile „agresive” ale organismului uman, pot fi clasificate, după histogeneza lor, în:

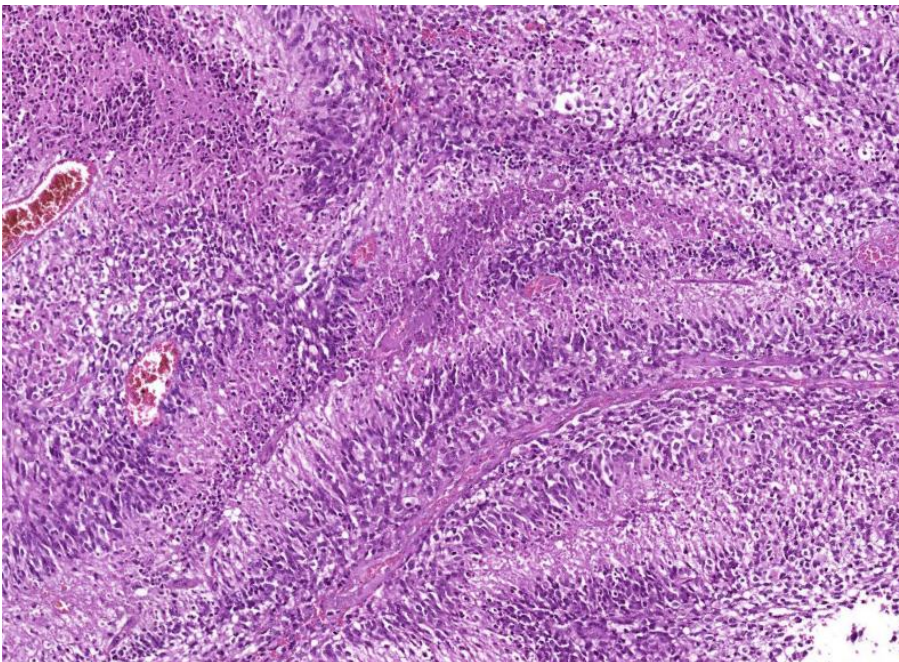
- tumori neuroectodermale: gliome, meduloblastoame, gangliogliome;
- tumori mezenchimale: meningioame (20%), schwannoame;
- tumori embrionare: craniofaringioame, chiste dermoide, disgerminoame;
- tumori metastatice.



Diagnostic de organ: creier

GLIOBLASTOMUL

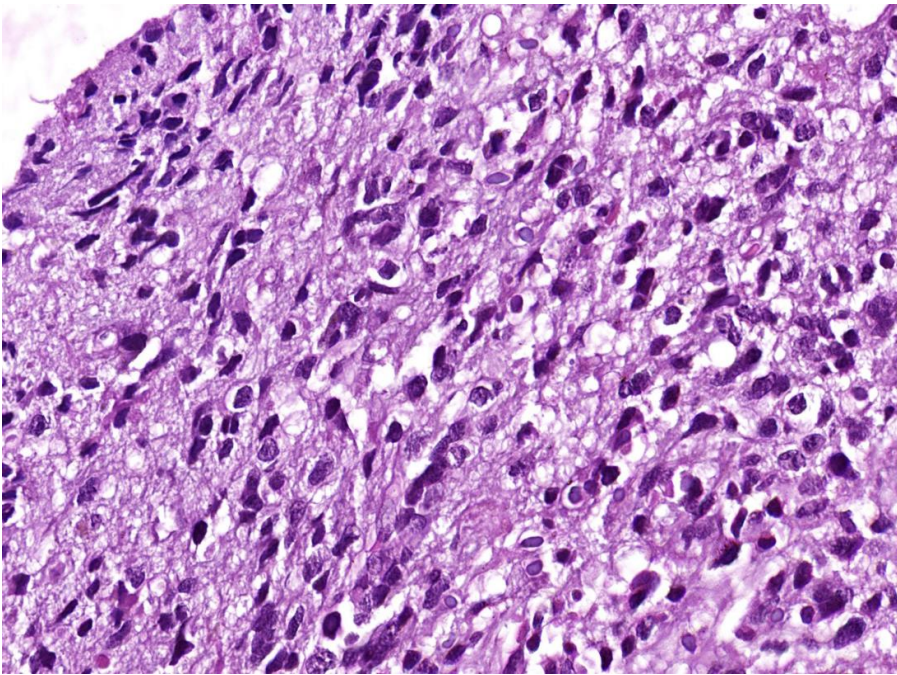
Glioblastomul multiform este tumora glială cu cea mai exprimată anaplazie, reprezentând cca. 40% din totalitatea tumorilor primare intracraniene. Majoritatea glioblastoamelor sunt alcătuite din celule care amintesc prin proprietățile lor astrocitele (background fibrilar, pozitivitate pentru GFAP), dar cu pleomorfism marcat, mitoze frecvente, necroze zonale și proliferări endoteliale intense, proliferări care reprezintă o hiperplazie celulară indusă de factorii angiogenetici de creștere (VEGF).



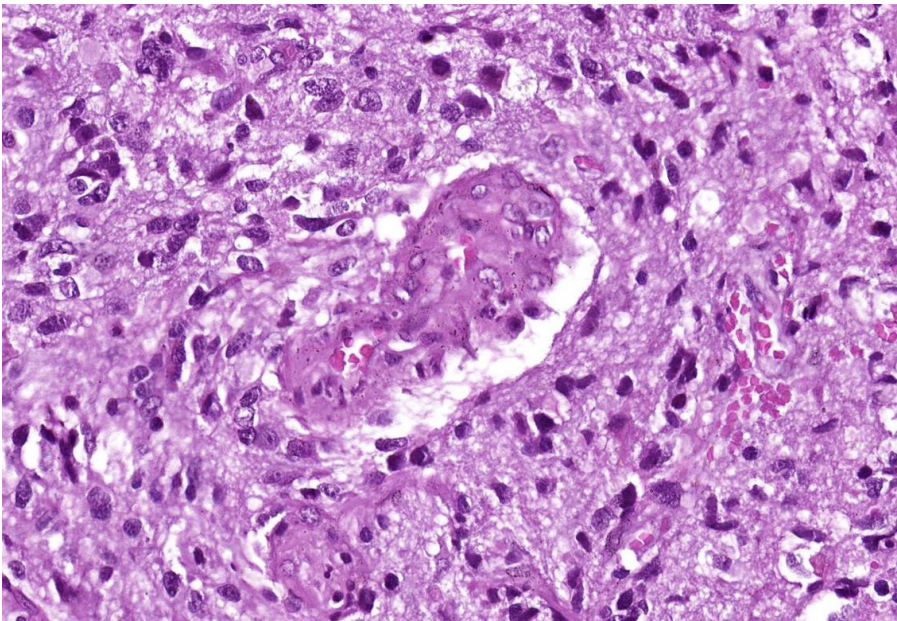
Diagnostic de leziune:

Glioblastom

- focare serpiginoase de necroză înconjurată de celule tumorale aglomerate „în palisadă”;



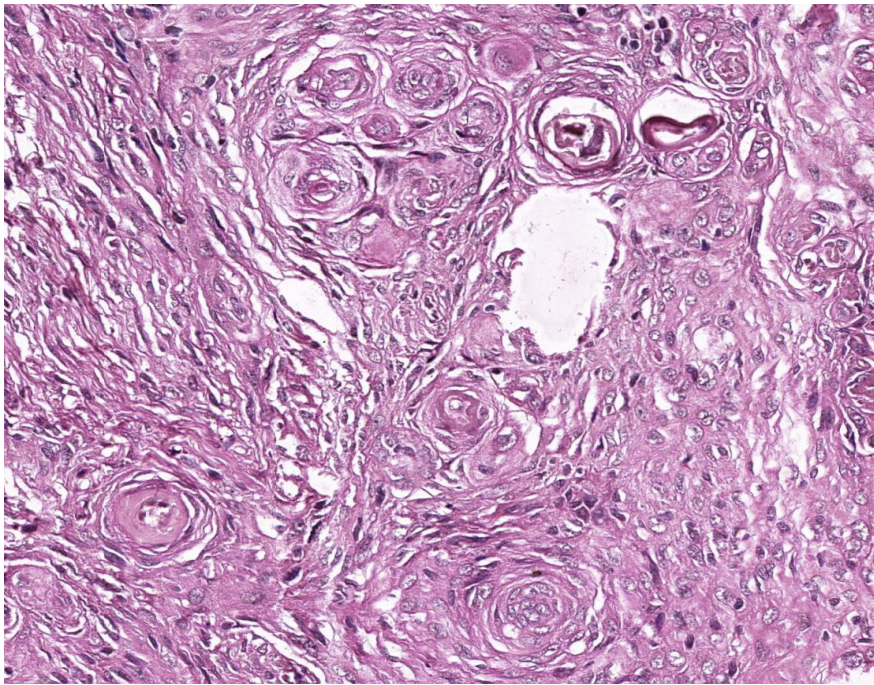
- celularitate marcată cu pleomorfism celular exprimat, cu bizarerii nucleare și celule multinucleate, mitoze atipice;



- proliferarea de celule endoteliale realizând muguri vasculari în ciorchine (formațiuni „glomeruloide”).

MENINGIOMUL PSAMOMATOS

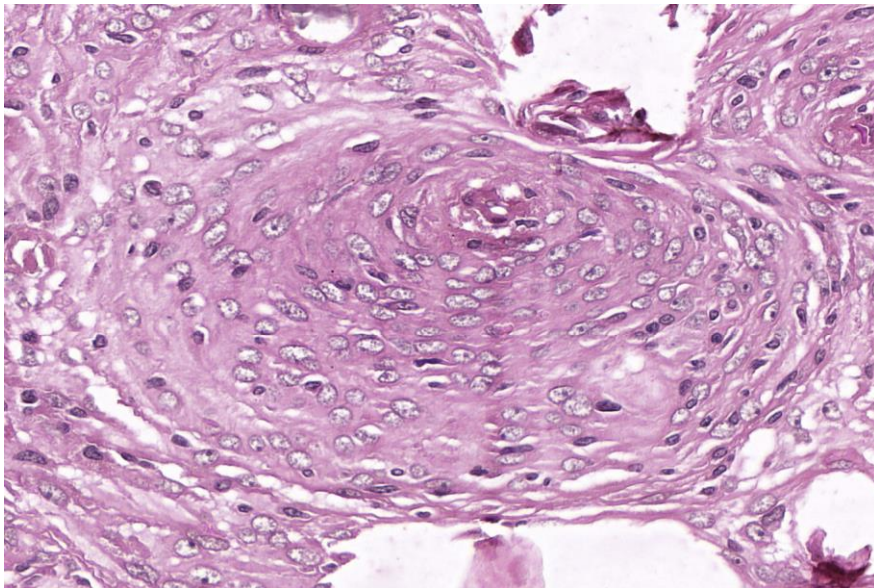
Meningioamele reprezintă 20% din neoplaziile primare intracraniene și se întâlnesc cu frecvență maximă în decada a 4-a - a 5-a de viață, având predilecție pentru sexul feminin. Meningioamele se dezvoltă din granulațiile arahnoidiene și sunt de regulă tumori benigne cu creștere lentă, atașate intim suprafeței interne a durei.



Diagnostic de leziune:

Meningiom psamomatos

- format din celule fuziforme dispuse în foi concentrice realizând pe secțiune imagini asemănătoare unui bulb de ceapă;



- formațiunile rezultate sunt centrate uneori de vase mici sau de lamele concentrice de material hialin și săruri de calciu - așa numiții *corpi psamomatoși*.

