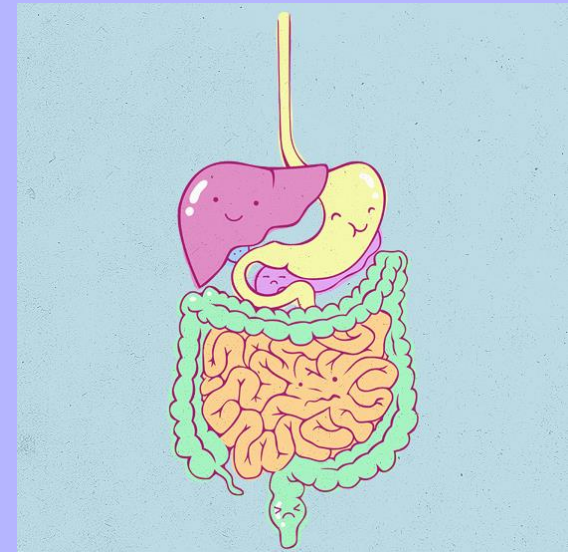


MORFOPATOLOGIA APARATULUI DIGESTIV

- **BOALA CROHN**
- **COLITA ULCERATIVĂ**
- **APENDICITA**
- **TUMORILE INTESTINULUI SUBȚIRE ȘI GROS**
- **HEPATITA CRONICĂ**
- **CIROZA HEPATICĂ**

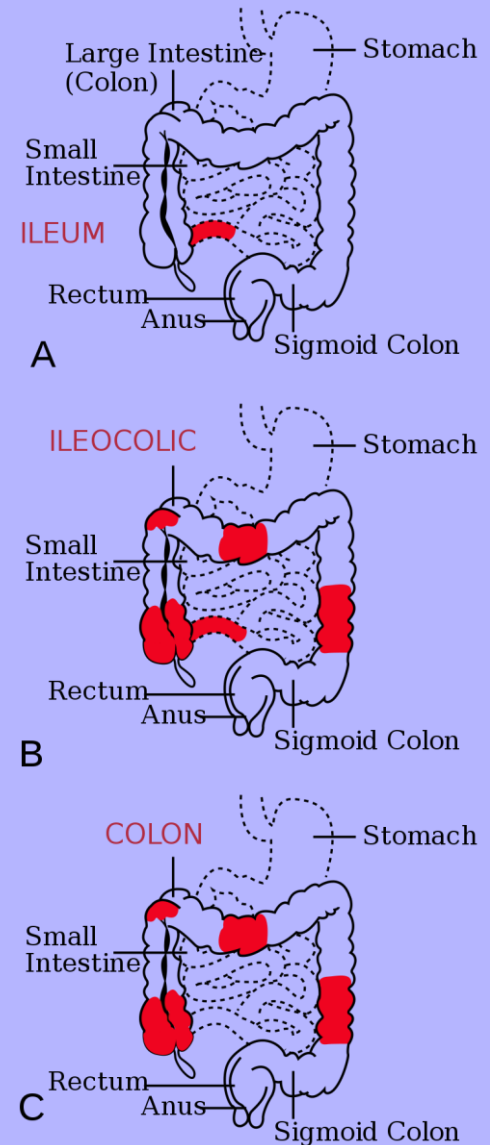


BOALA CROHN (ENTERITA REGIONALĂ)

- inflamație cronică ulcero-constrictivă;
- afectează mai frecvent **ileonul terminal și colonul** (boala se poate localiza însă în orice segment al tractului gastro-intestinal);
- frecventă la adolescenți și la adulții tineri;
- clinic: dureri abdominale, diaree, malabsorbție;
- complicații: **ocluzia intestinală și fistulizarea.**

Cauza bolii - *necunoscută*;

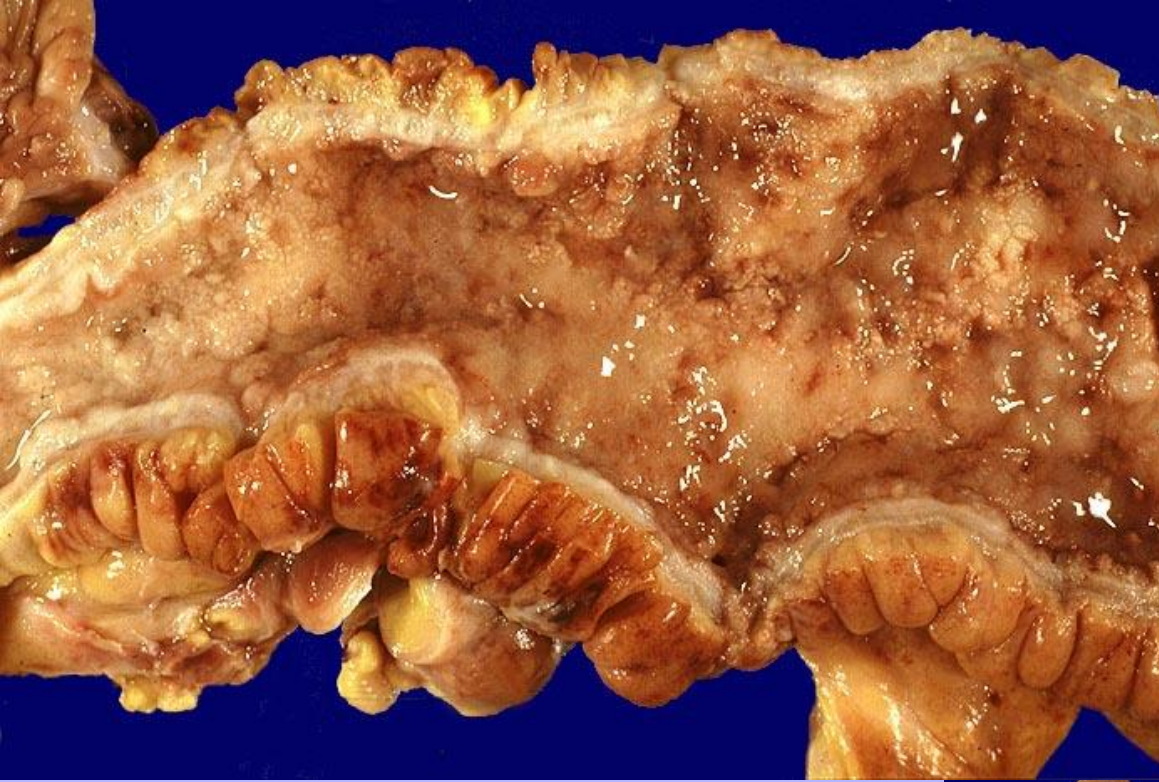
- agenți infecțioși microbieni și virali;
- mecanisme imunologice mediate celular;
- predispoziție ereditară.



Macroscopic:

➤ **caracterul segmentar, discontinuu** al leziunilor (porțiuni de intestin lezat alternează cu zone normale).





- afectarea **tuturor** straturilor peretelui intestinal.



- ulcerații liniare sau serpiginoase pe suprafața mucoasei (aspect de "pietre de pavaj"), de profunzime variabilă → **fistule**.

Traiecte fistuloase:

- ✓ între ansele intestinale lezate;
- ✓ între intestin și organele vecine (vezică urinară, uter, vagin, piele)
- ✓ în cavitatea peritoneală, în mezenter / retroperitoneal cu formarea de abcese.



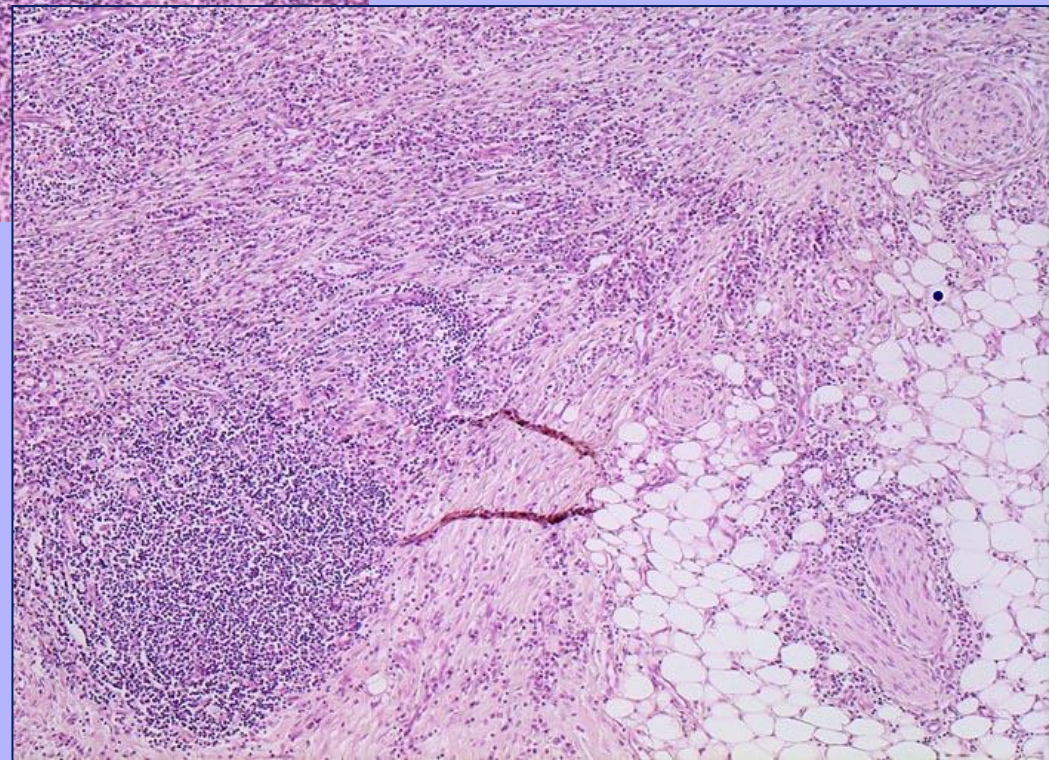
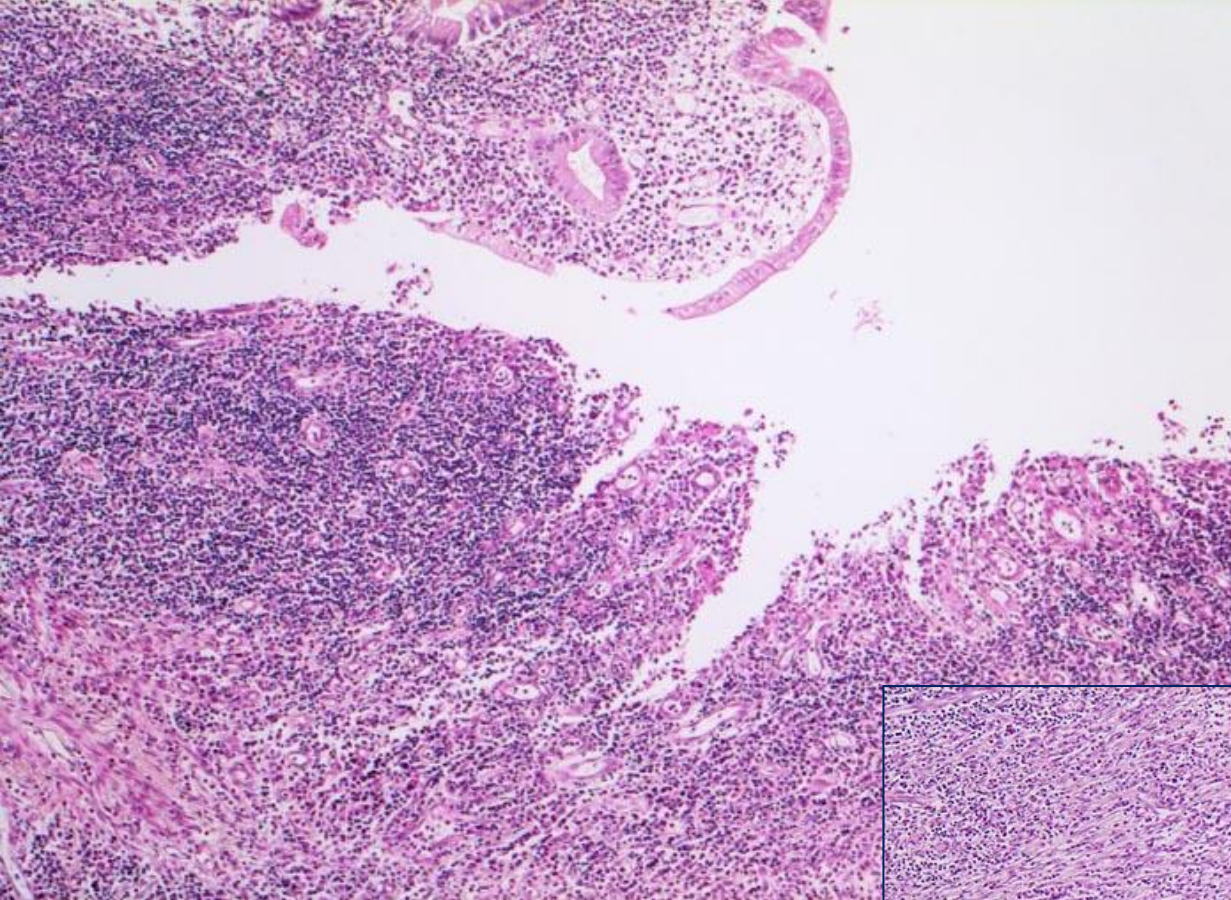
- peretele segmentului de intestin afectat îngroșat, edemațiat → **fibroză** → îngustarea lumenului.



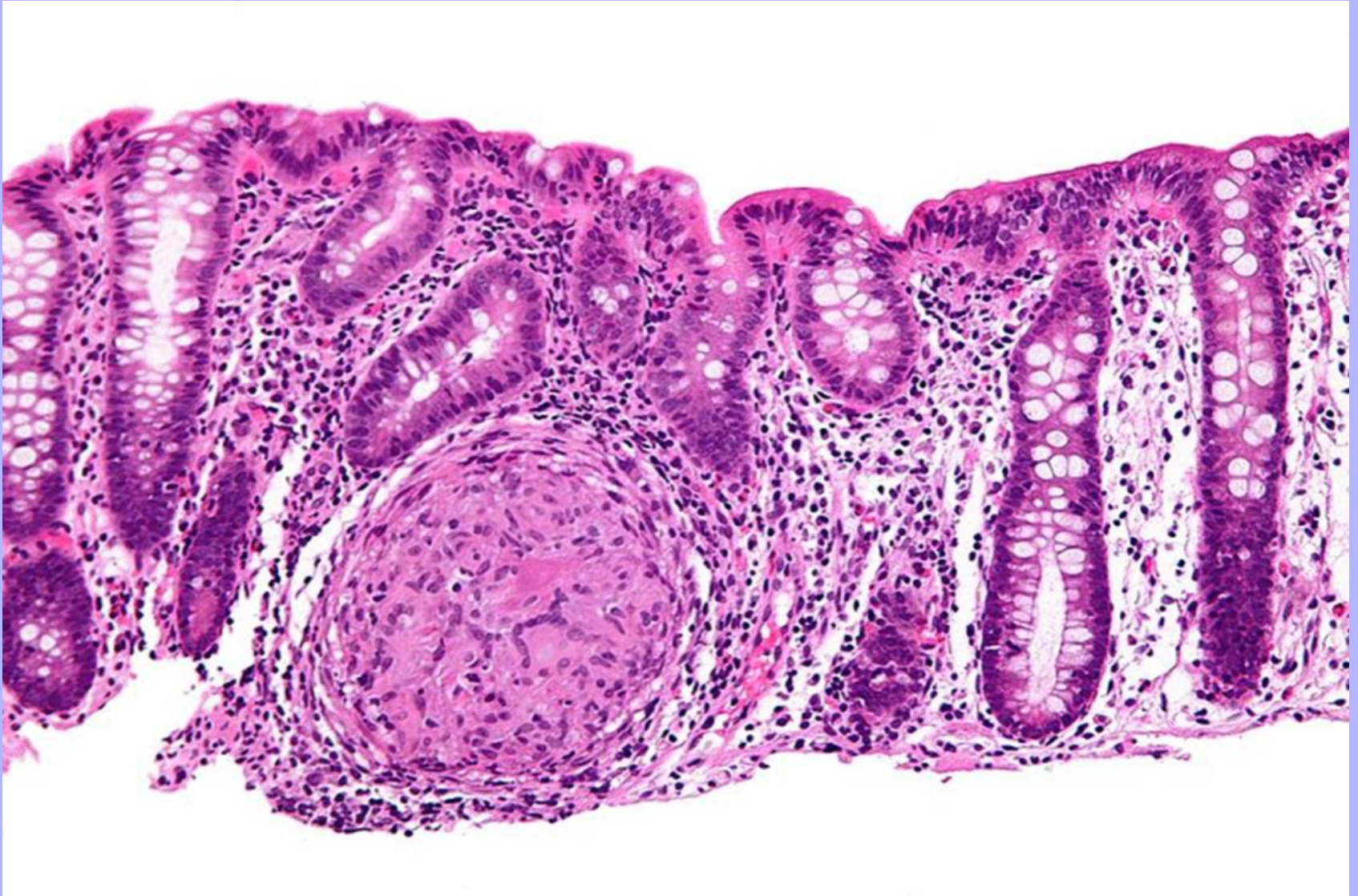
Microscopic:

- reacțiile inflamatorii cronice cu infiltrat limfocitar, macrofagic, plasmocitar și granulocitar;
- agregate limfoide, uneori cu centri germinativi, în toate straturile peretelui intestinal.





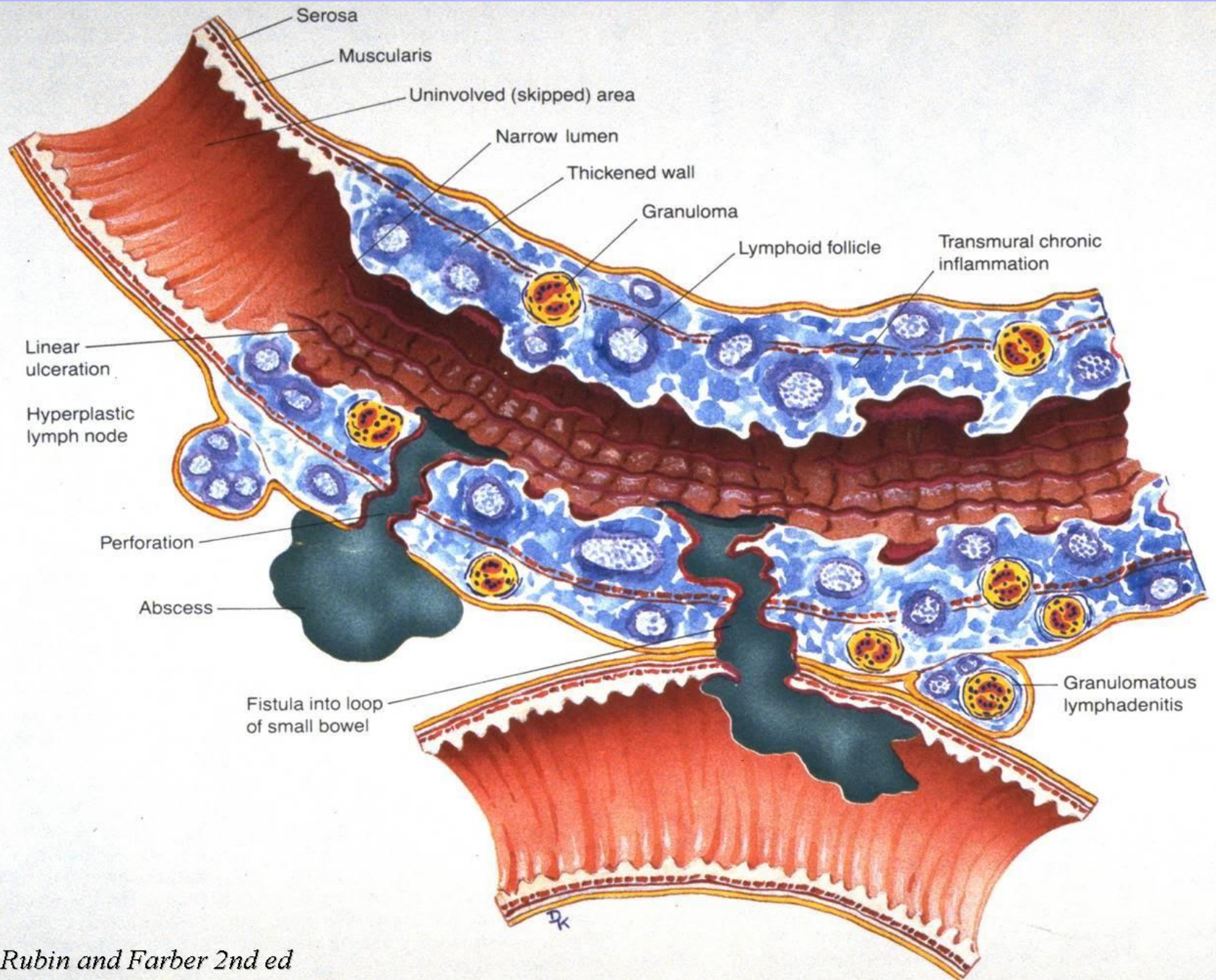
- **granuloame necazeoase**, constituite din celule epiteloid, limfocite și uneori celule gigante multinucleate (mai ales în submucoasă).



Boală Crohn – granulom necazeos



- ❖ prezența granuloamelor **sugestivă**, dar absența lor nu exclude diagnosticul;
- ❖ esențial - caracterul **transmural** al reacțiilor inflamatorii.



COLITA ULCERATIVĂ

- boală inflamatorie a intestinului gros;
- mai frecventă la adulții tineri de ambele sexe;
- simptomatologie:
 - scaune diareice și sanguinolente;
 - oboseală;
 - anorexie;
 - scădere în greutate;
- evoluție - perioade de exacerbare și remisiune;
 - complicații locale și sistemice severe.

Etiopatogeneză

- controversată - infecții virale sau bacteriene;
 - posibila intervenție a predispoziției genetice;
 - factori psiho-somatici;
 - mecanisme imunologice (răspuns imunologic anormal, anticorpi antiepiteliu colonic etc.).

Trăsături morfologice:

- **caracterul difuz** al leziunilor la nivelul colonului;
- limitarea procesului inflamator doar la **segmentul colonic** al tractului gastro-intestinal;
- afectarea **mucoasei**, extinderea leziunilor în profunzime - neobișnuită.
- ❖ Diagnosticare prin colonoscopie și biopsie dirijată.

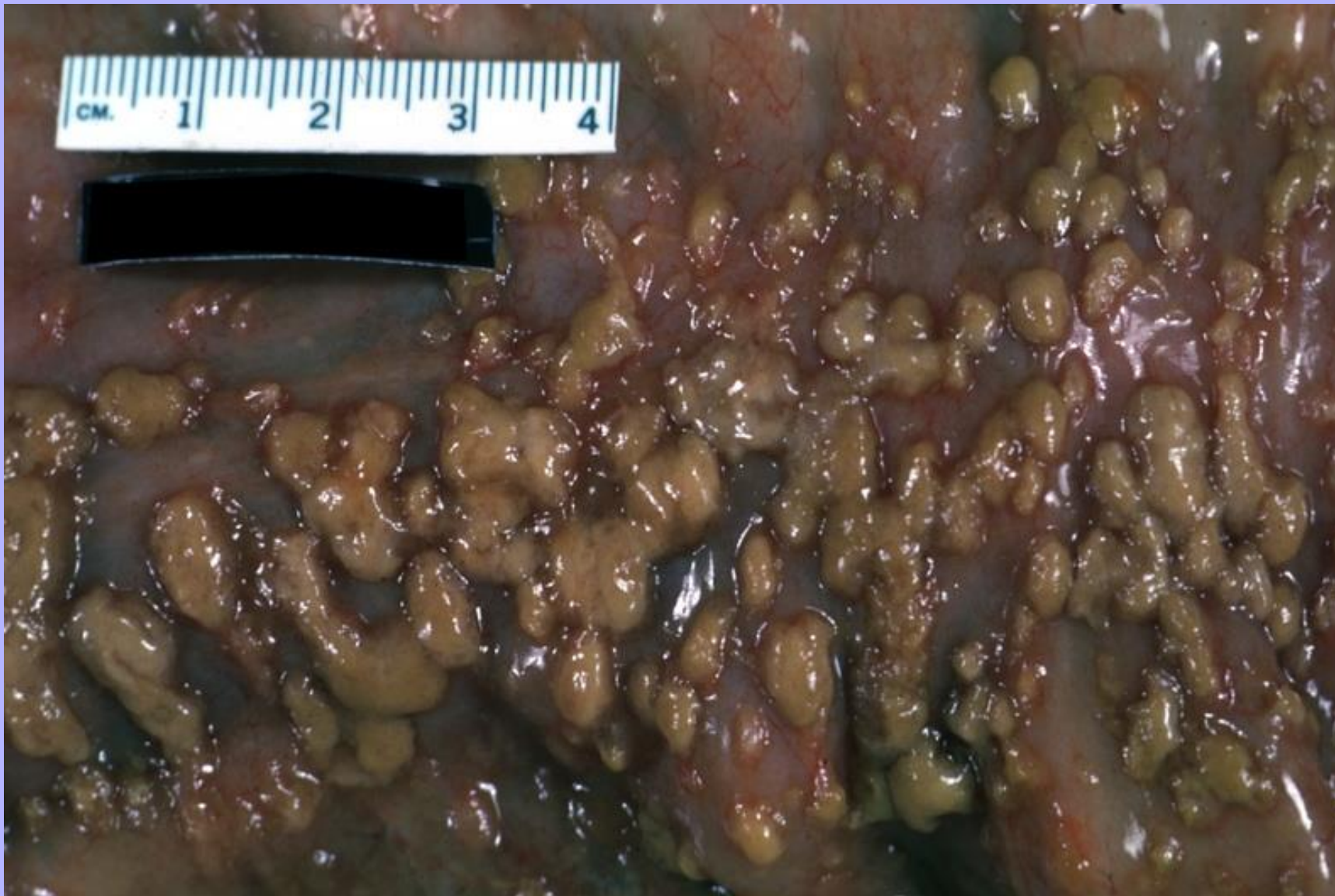


❖ *În stadiile de început:*

- suprafața mucoasei roșie, granulară, acoperită cu exudat gălbui; sângerează cu ușurință la atingere;
- ulterior, ulcerații mici superficiale → ulcere neregulate înconjurate de mucoasă intestinală intactă.

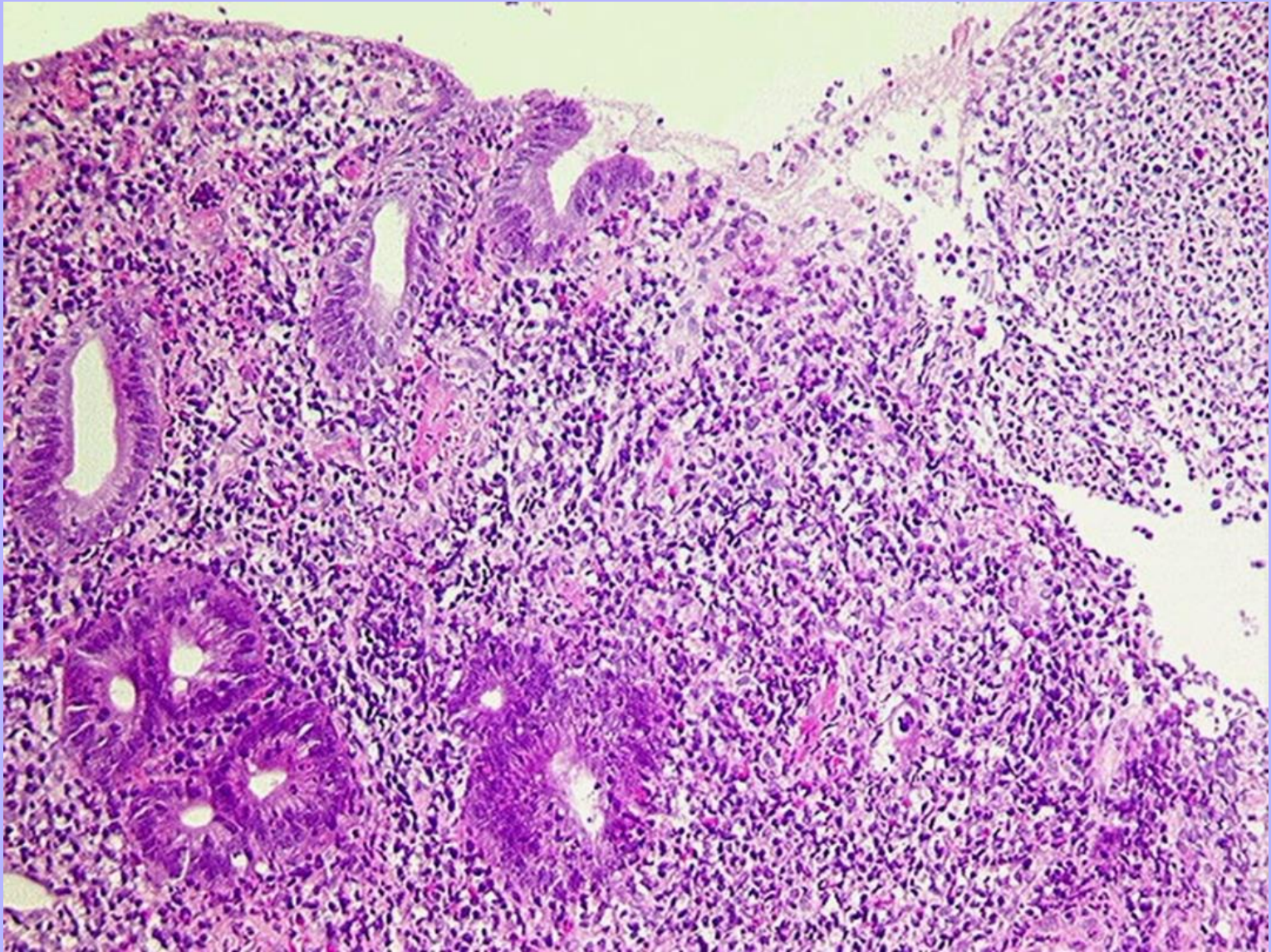


Colita ulcerativă



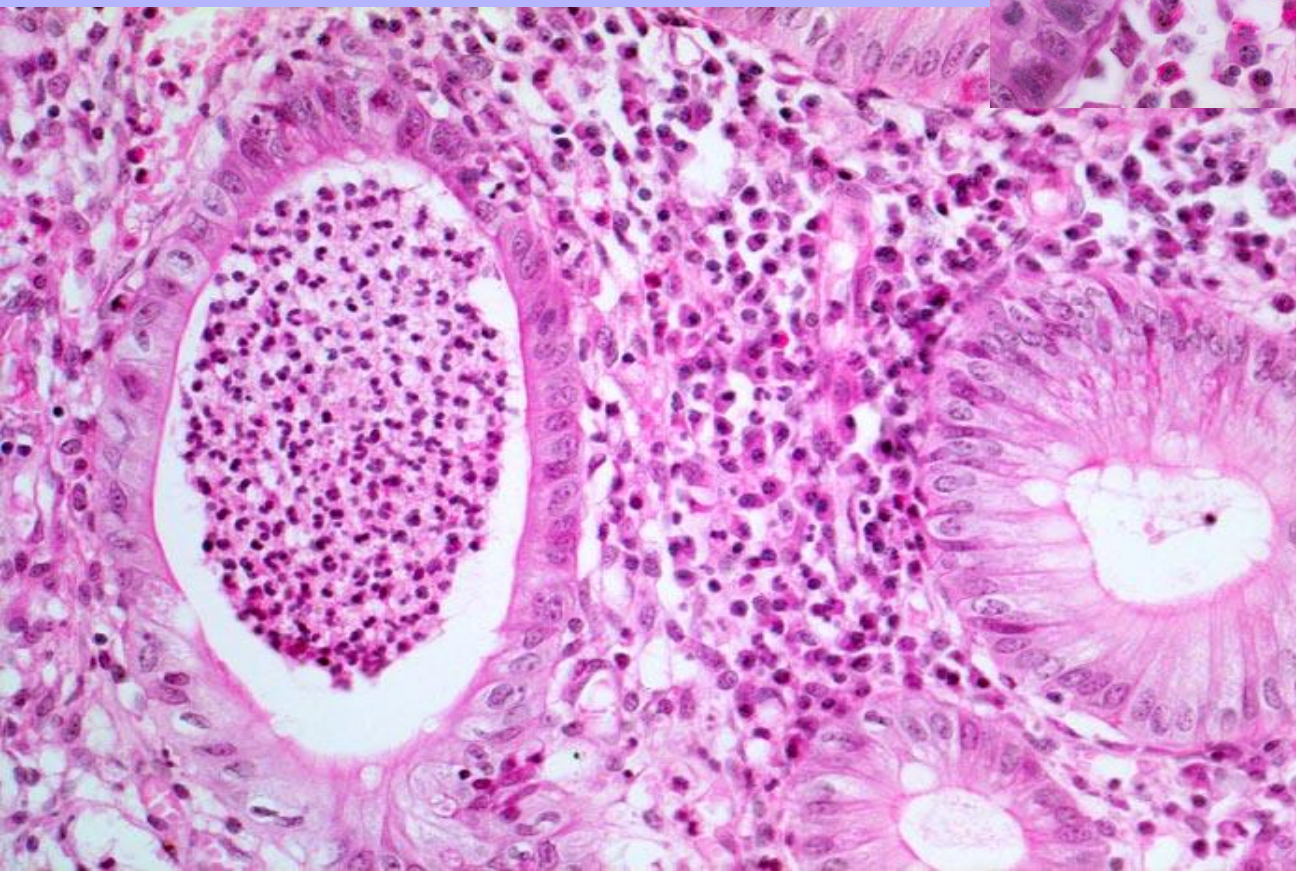
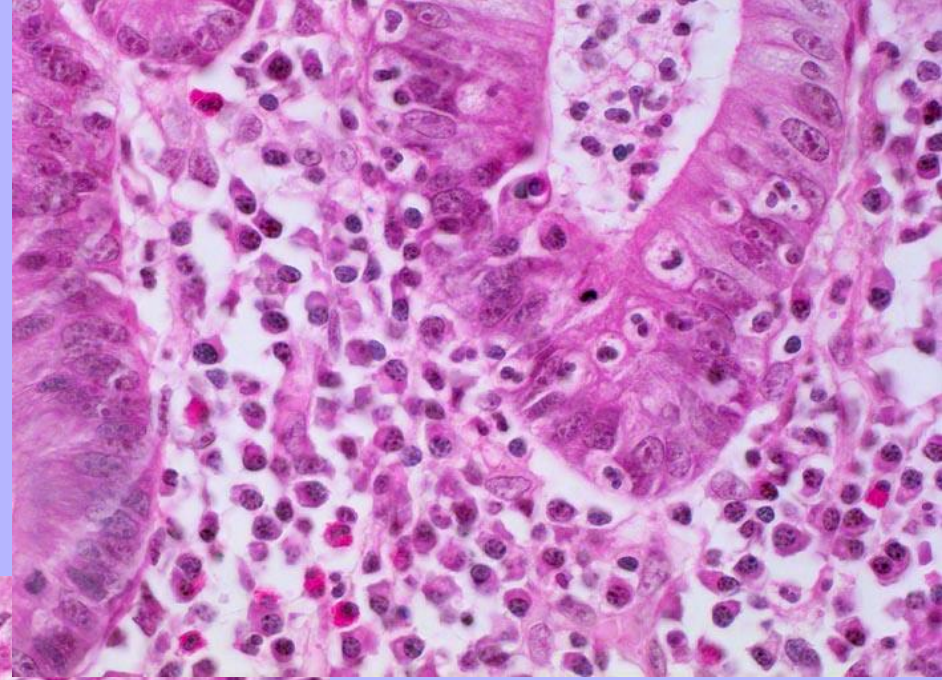
❖ *Microscopic*

- mucoasa congestionată, edemațiată, cu hemoragii discrete;
- dispariția zonală a epiteliului de înveliș;
- infiltrat inflamator limfo-plasmocitar în lamina propria;



❖ **Microscopic :**

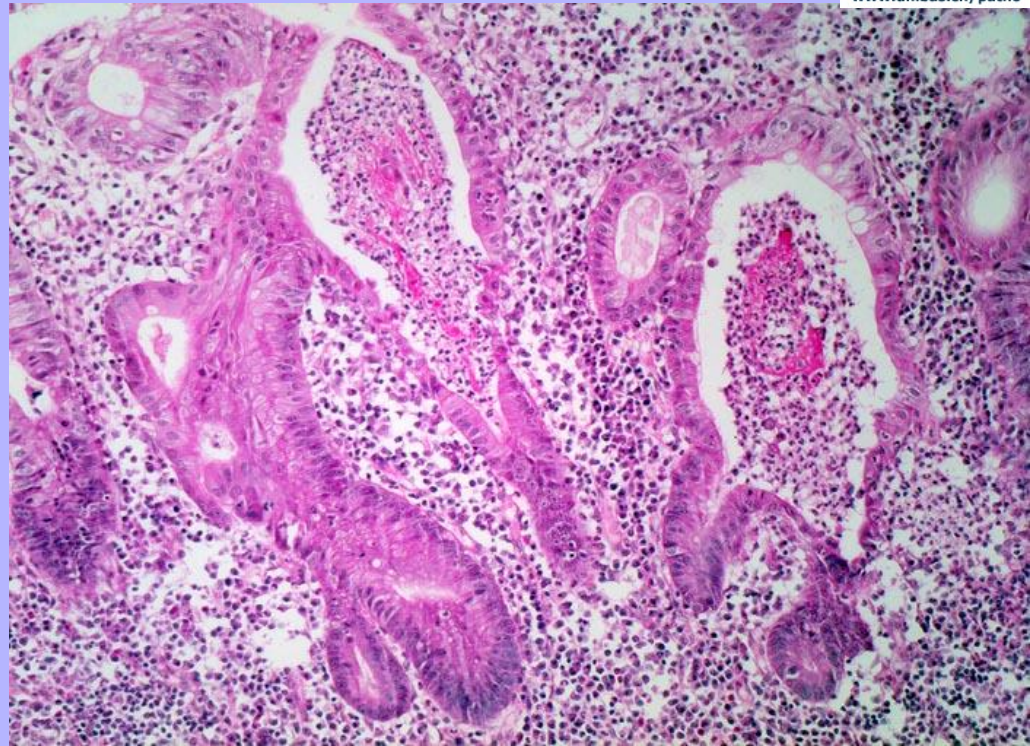
- alterarea criptelor glandulare → criptită;
- necroza supurativă a epitelului criptelor glandulare → abcese criptice.



❖ *Microscopic*

- pierderea secreției de mucus a epiteliului;
- abcese criptice → extinderea + confluarea lor → ulcerații largi, mărginite mucoasă îngroșată, hiperplaziată (pseudopolipi inflamatori)
→ procese reparatorii, cu proliferarea țesutului de granulație;
- fibroză discretă.

PathoPic
www.unibas.ch/patho



❖ *În fazele avansate:*

- intestinul gros - scurtat, mucoasa **atrofiată**, prezența infiltratului inflamator cronic în mucoasă și submucoasă.

Complicațiile locale:

- hemoragii severe
- pseudopolipi inflamatori
- perforații
- megacolon toxic
- carcinoame colonice
- stenoze



Complicațiile generale:

- artrite
- inflamațiile oculare (uveitele)
- eritemul nodos
- piodermitele gangrenoase
- colangitele sclerozante
- malnutriția.



APENDICITA

Apendicita acută

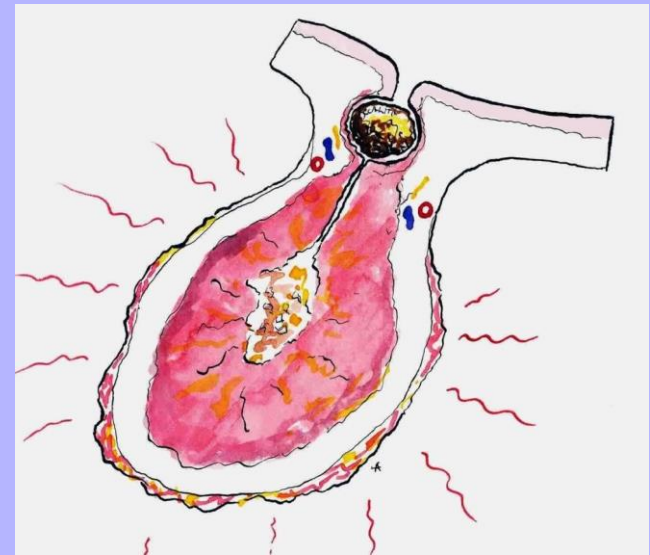
- inflamație supurativă, adeseori cu necroză transparietală și perforație → peritonită localizată sau generalizată;
- mai frecventă în decada a II-a și a III-a de viață (poate apare la orice vârstă);
- frecvența bolii tinde să scadă.

Clinic:

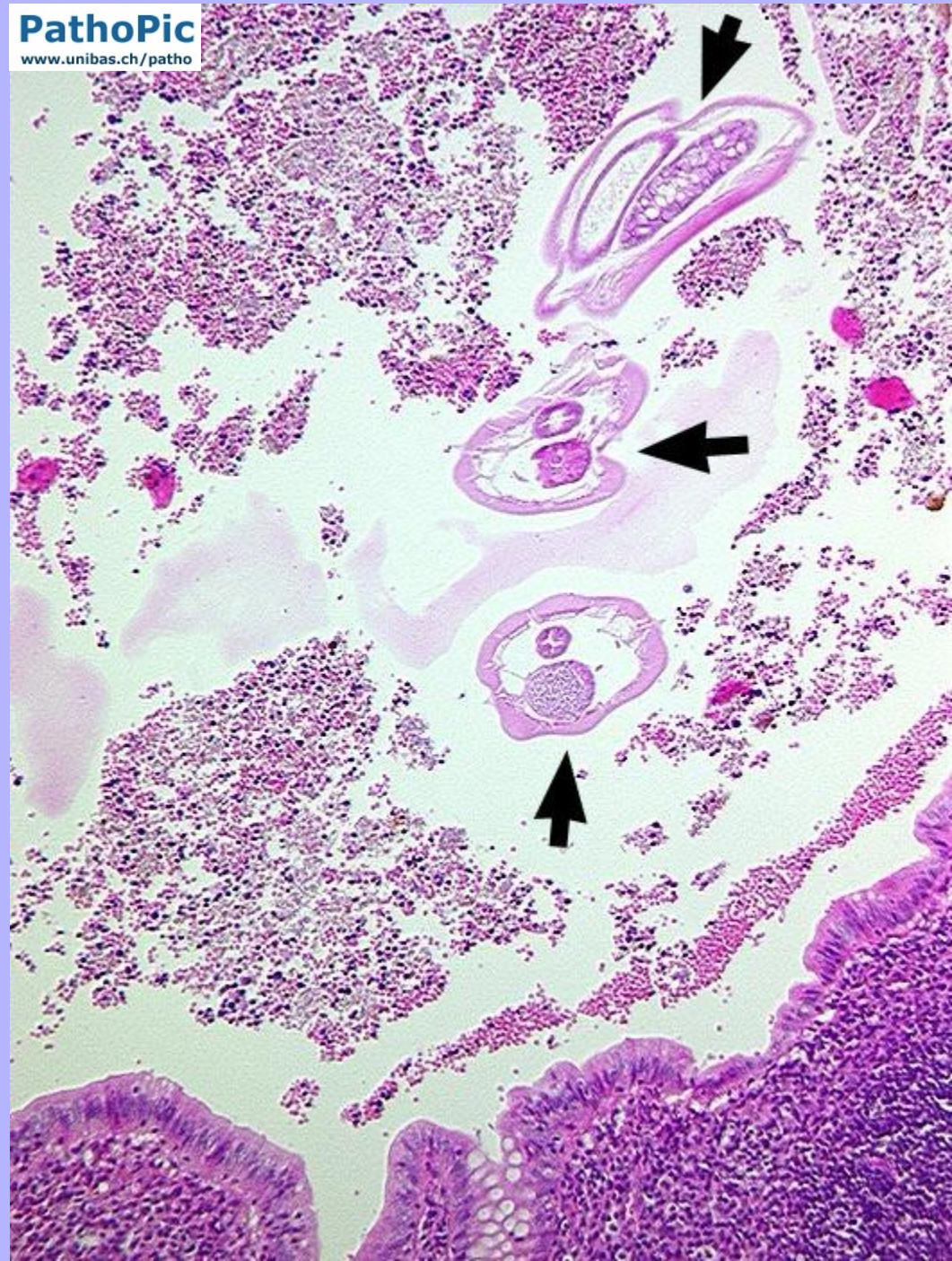
- debut: dureri sub formă de colică în regiunea ombilicală;
- semnele locale ulterioare: durere + rigiditatea musculaturii abdominale în fosa iliacă dreaptă - lipsesc în cazul apendicelui situat retrocecal;
- vărsături, febră, tahicardie, leucocitoză - inconstante.

Patogeneză:

- ❖ obstrucția orificiului apendicular prin:
 - fecoliți (1/3 cazuri);
 - corpi străini;
 - paraziți;
 - hiperplazia țesutului limfoid (inflamații virale la copii);
 - tumori
- distensia lumenului, retenția secrețiilor
- + staza, ischemia locală → **proliferarea florei microbiene**
- ✓ ½ cazuri - **absența obstrucției.**



Obstrucția orificiului
apendicular prin paraziți (oxiuri)



Morfologic:

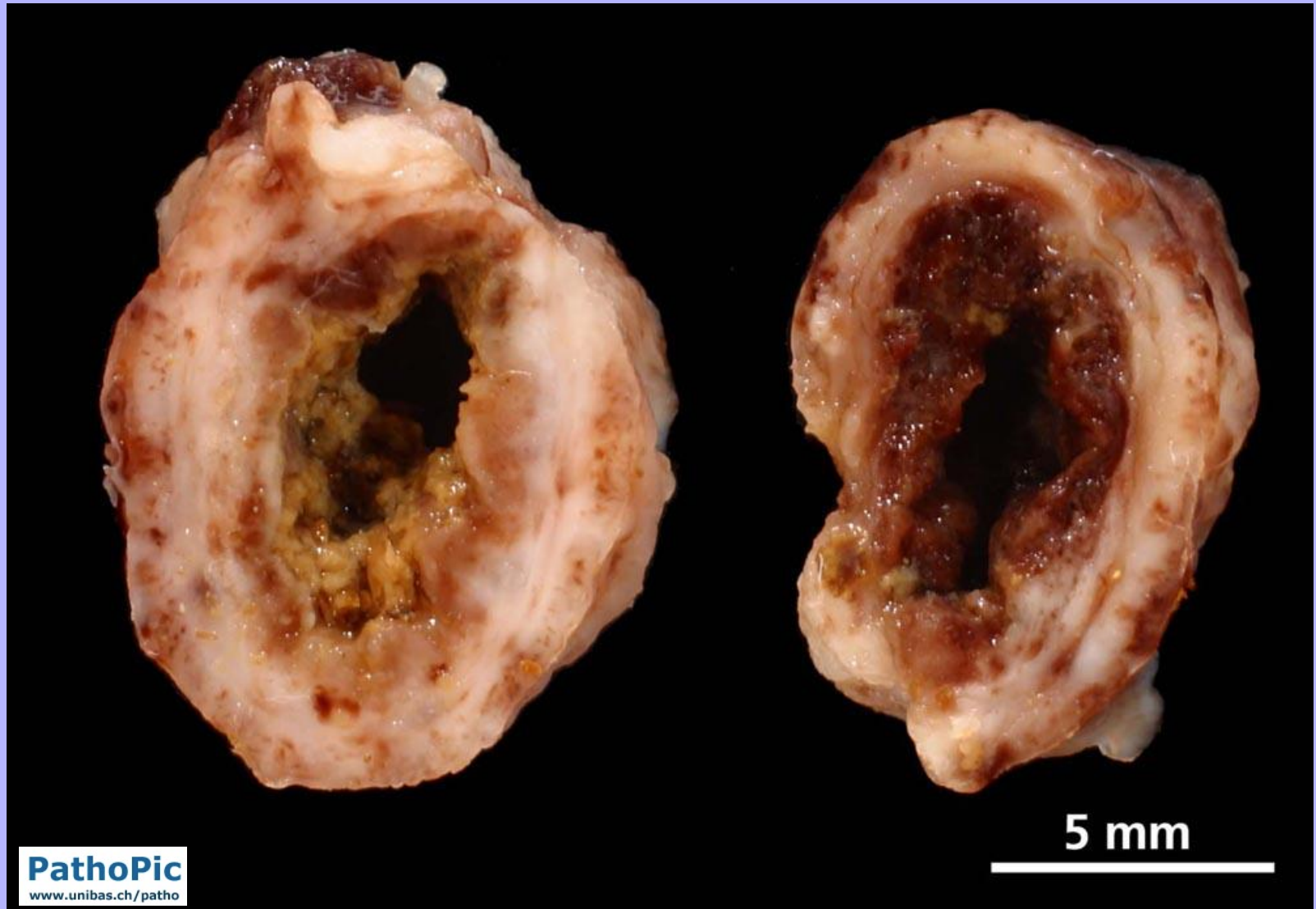
- ❖ apendicită acută simplă congestivă;
- ❖ apendicită acută supurativă, flegmonoasă;
- ❖ apendicită acută gangrenoasă.

Apendicita acută simplă congestivă

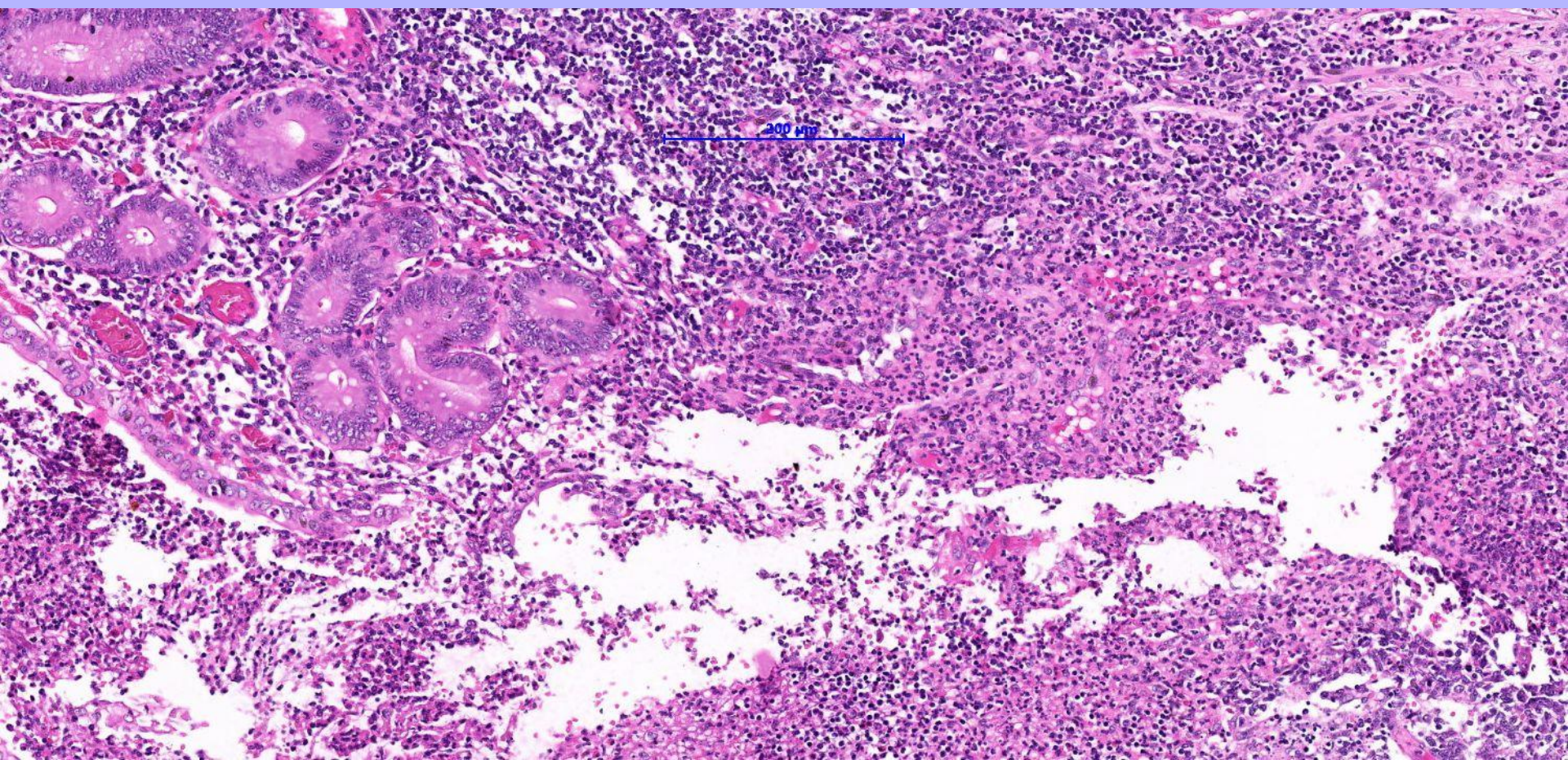
- apendice tumefiat, destins, intens congestionat, cu depuneri fibrinoase pe seroasă, uneori cu exudat purulent în lumen.

Apendicita supurativă

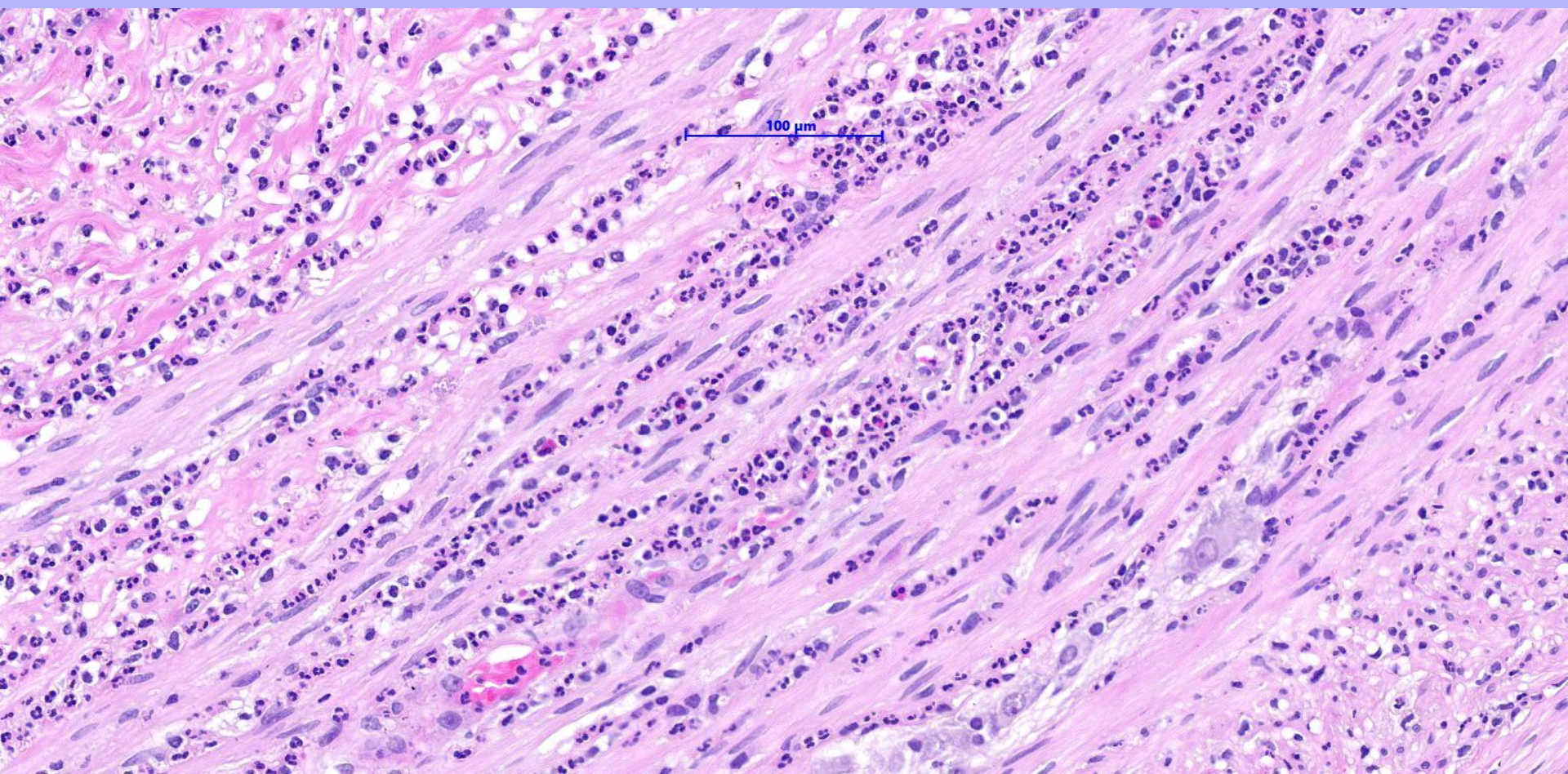
— peretele apendicelui îngroșat și rigid, cu focare gălbui de supurație → perforație;



Apendicită acută supurativă – ulcerația mucoasei

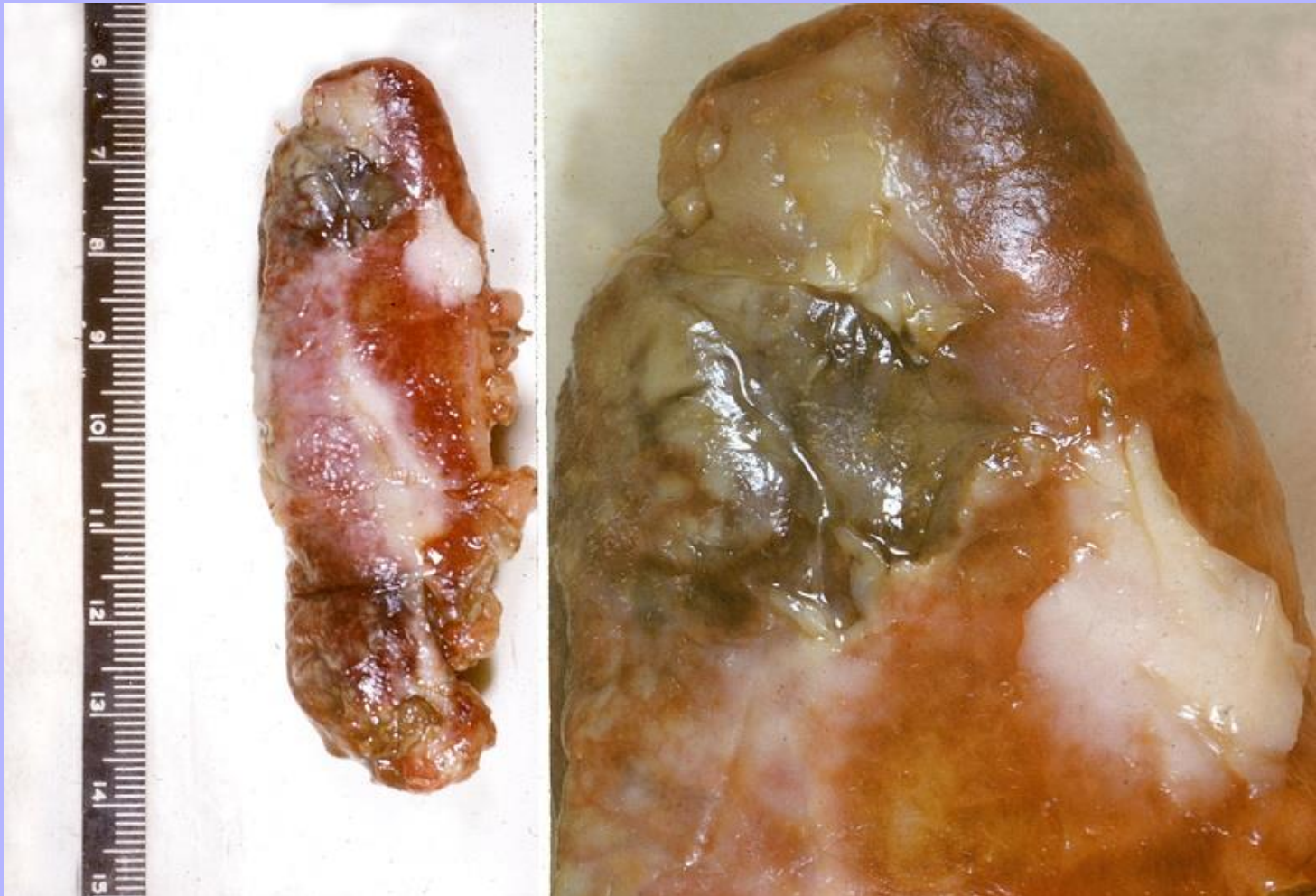


Apendicită acută flegmonoasă



Apendicită acută gangrenoasă

- ❖ în peretele apendicular zone verzui-negriceoase de necroză gangrenoasă → extindere la nivelul seroasei; perforația → foarte frecventă.



Complicațiile apendicitei acute – multiple, adeseori severe:

❖ **Perforația** (~1/3 din cazuri) →

- *abces periapendicular*;
- *abces subfrenic*;
- *traiecte fistuloase* între apendicele perforat și organele vecine - intestin subțire, vezică urinară, vagin;
- difuziunea puroiului în pelvis;
- *peritonita purulentă generalizată, septicemia*.

❖ **Blocul apendicular** - aderențe fibrinoase locale periapendiculare.

❖ **Tromboflebita septică** a venelor mezoului apendicular → *pileflebită* și *abcese hepatice secundare*

Mucocelul apendicular

- Chistadenom mucinos
- Chistadenocarcinom mucinos
- Hiperplazie marcată a mucoasei

→ retenția secrețiilor mucinoase
cu dilatarea apendicelui.



TUMORILE INTESTINULUI SUBȚIRE

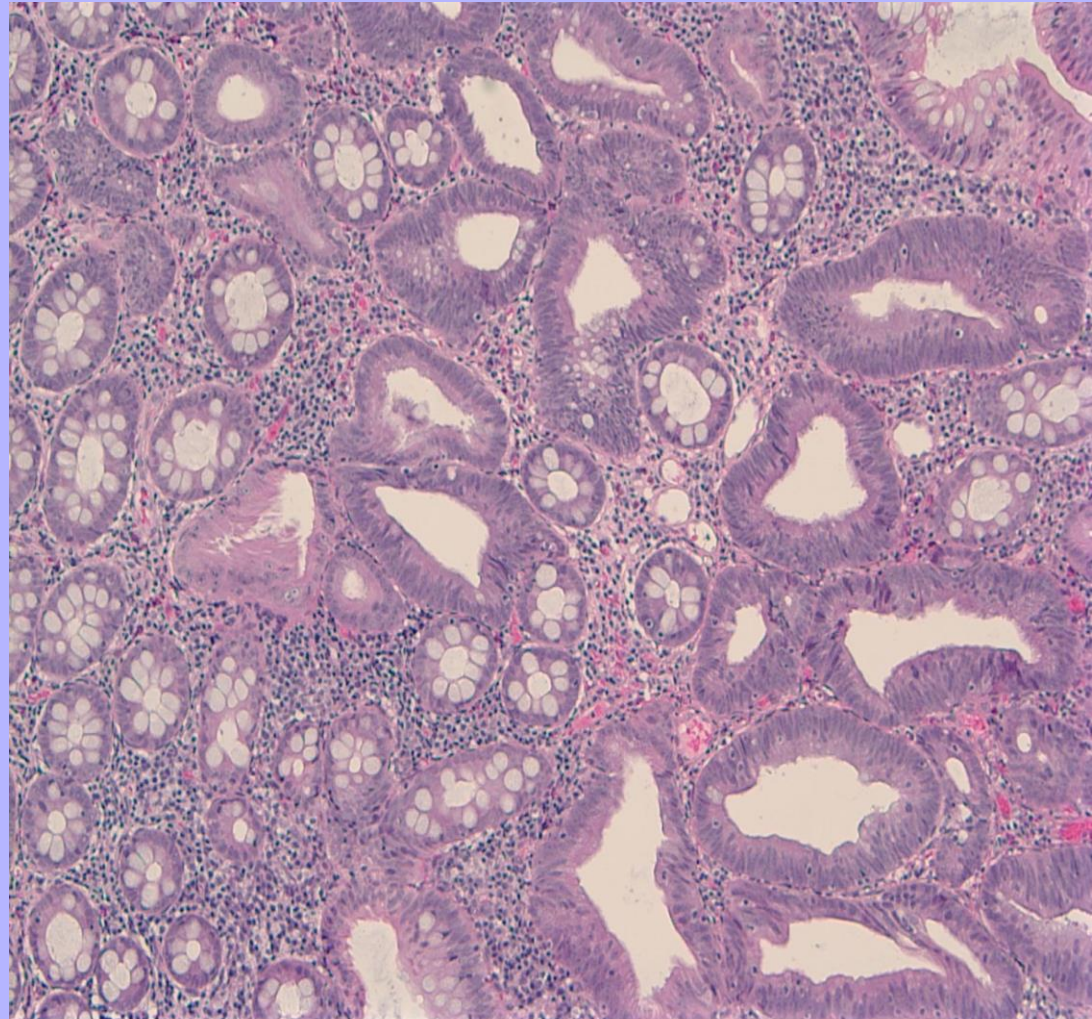
- ❖ rare (~ 5% din tumorile tractului gastro-intestinal).
- tranzitul rapid al alimentelor ingerate;
- funcția detoxifiantă mai activă a enzimelor din intestinul subțire;
- flora microbiană redusă;
- imunitatea umorală și celulară mai activă;
- potențialul proliferativ mai redus al celulelor epiteliale față de cele din stomac și colon.

TUMORI BENIGNE

Adenom tubular

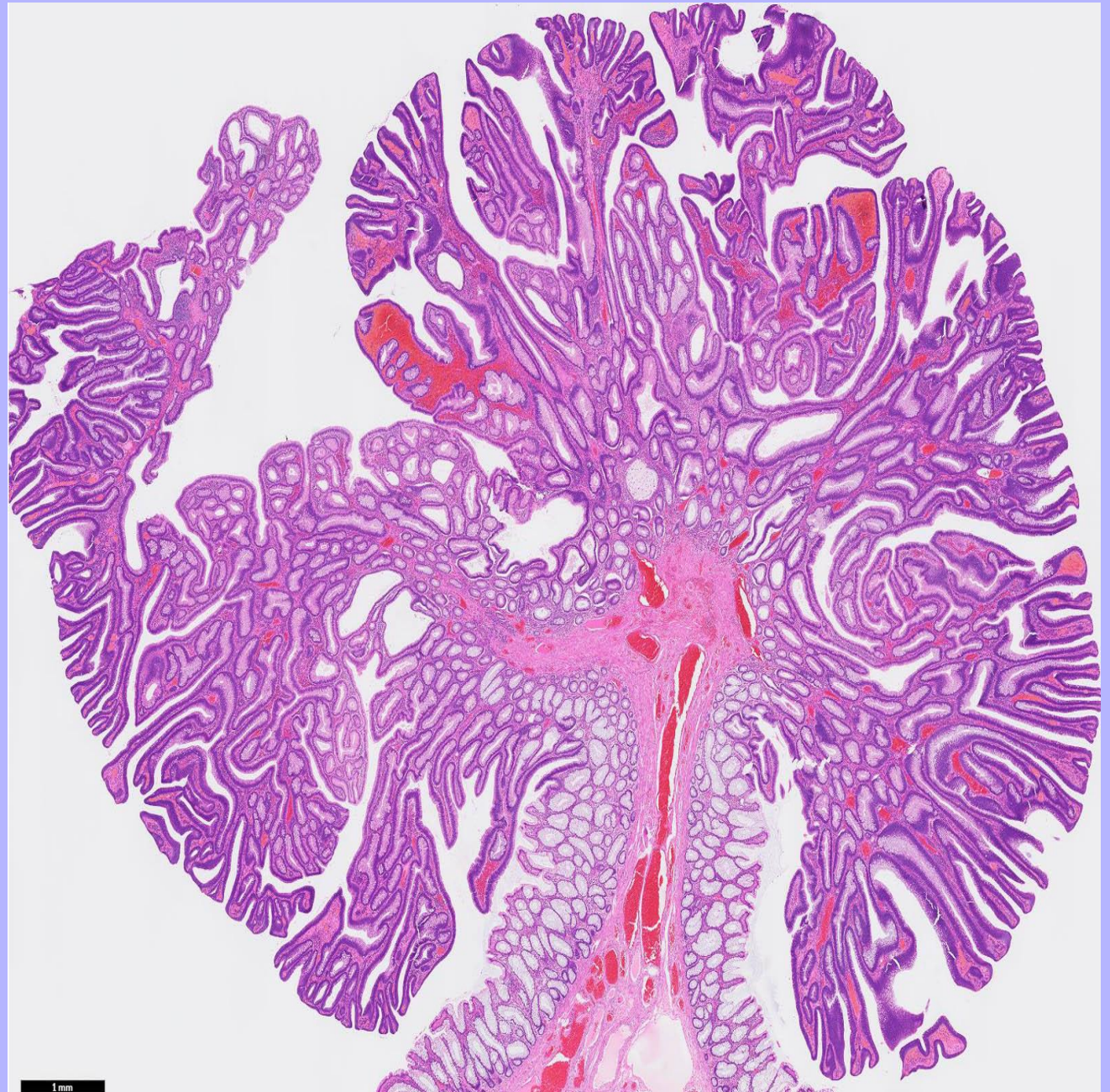
Polipi adenomatoși

- pediculați
 - sesili
-
- tubulari
 - viloși (ileon)
 - tubulo-viloși



Tubular adenoma low grade 10x

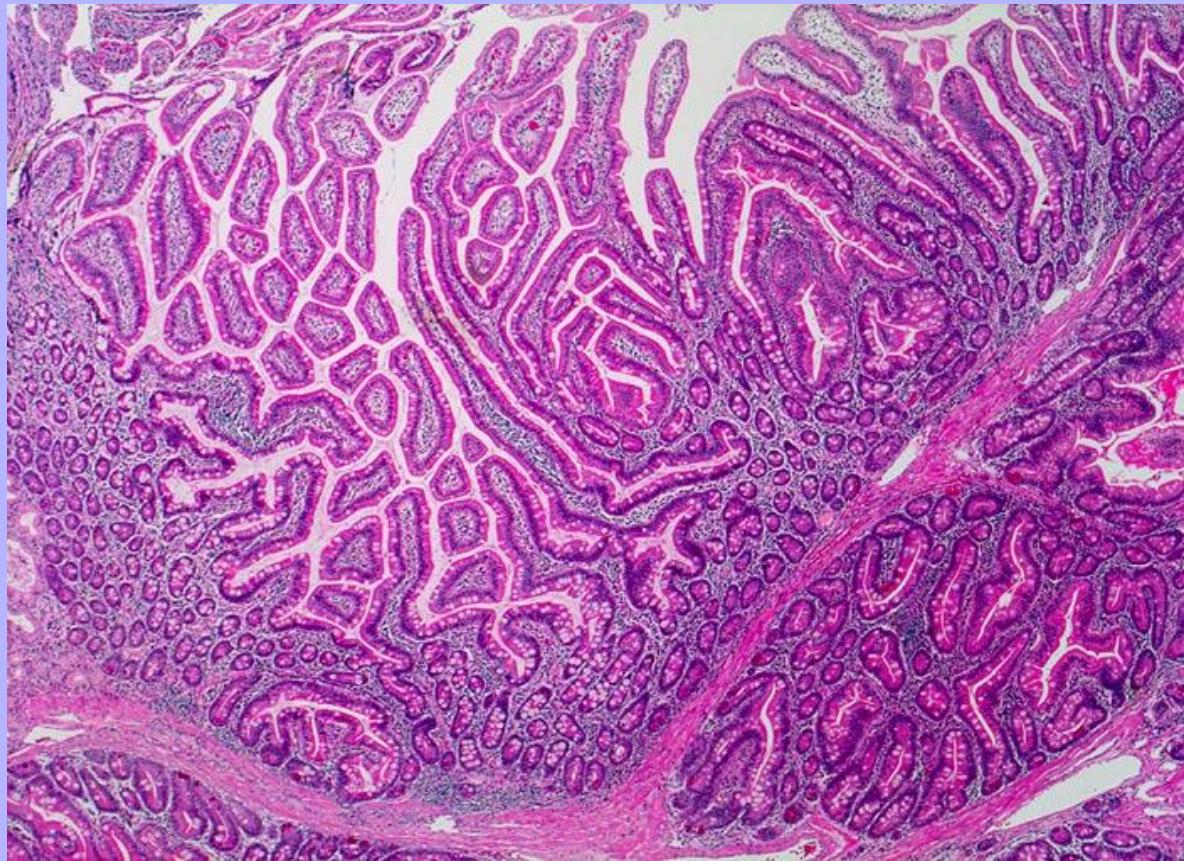
Adenom vilos



Sindromul Peutz-Jeghers

- ✓ sindrom ereditar autosomal dominant;
- ✓ asociază polipii intestinali cu hiperpigmentația melanică a feței, mucoasei bucale, mâinilor, picioarelor și a zonelor perianale și genitale;
- ✓ localizare mai frecventă – regiunea proximală;
- ✓ malignizare în ~ 2-3% din cazuri.

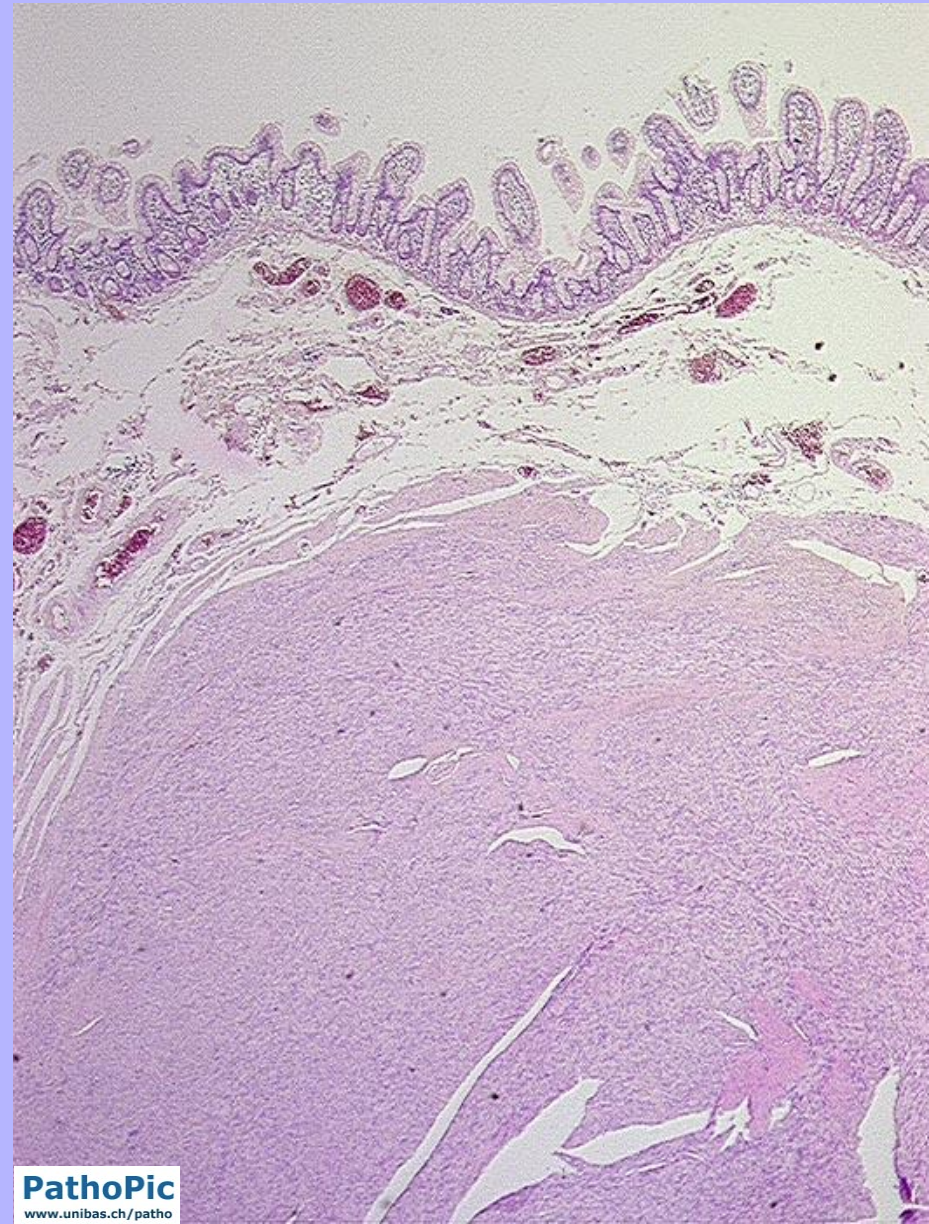
- ❖ lumene glandulare mărginite de celule globuloase mucoase și celule epiteliale absorbitive, dispuse pe axe musculare netede și conjunctive de suport.



Leiomiom

Tumori rar întâlnite:

- *leiomiomul*
- *lipomul*
- *fibromul*
- *neurofibromul*
- *hemangiomul*



TUMORI MALIGNE

1. *Adenocarcinoamele*

~ 50% din tumorile maligne ale intestinului subțire; **localizare** – duoden, jejun.

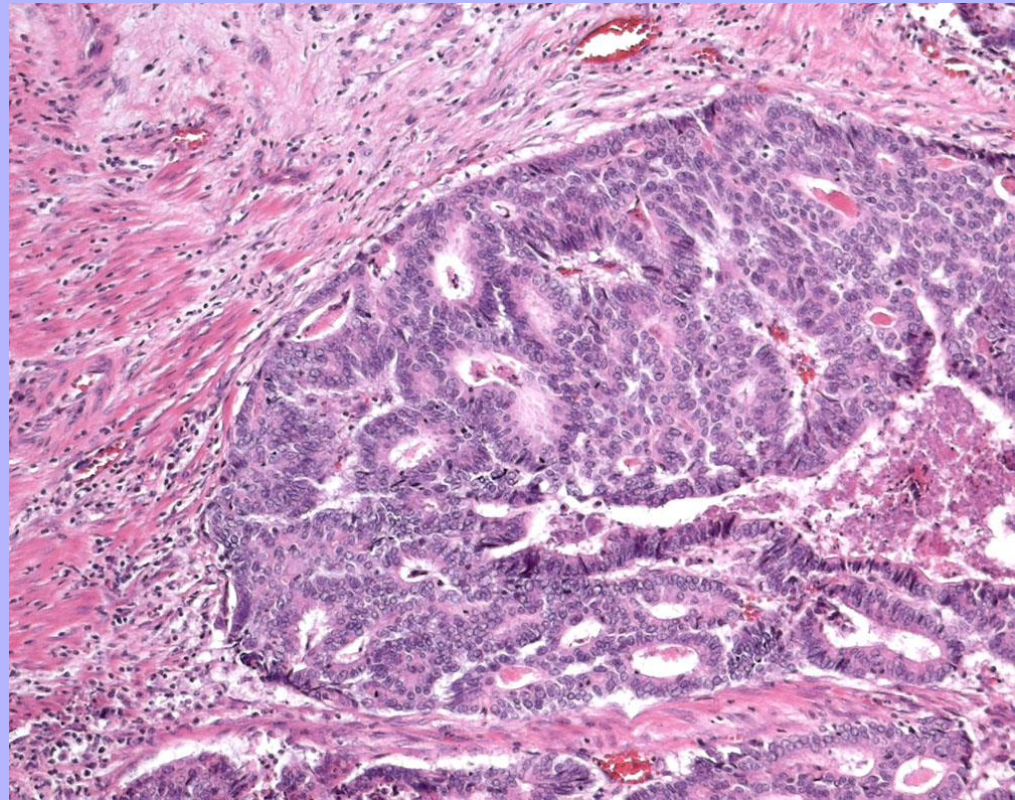
Clinic - ocluzie intestinală progresivă; hemoragii oculte cu anemie feriprivă.

Macroscopic:

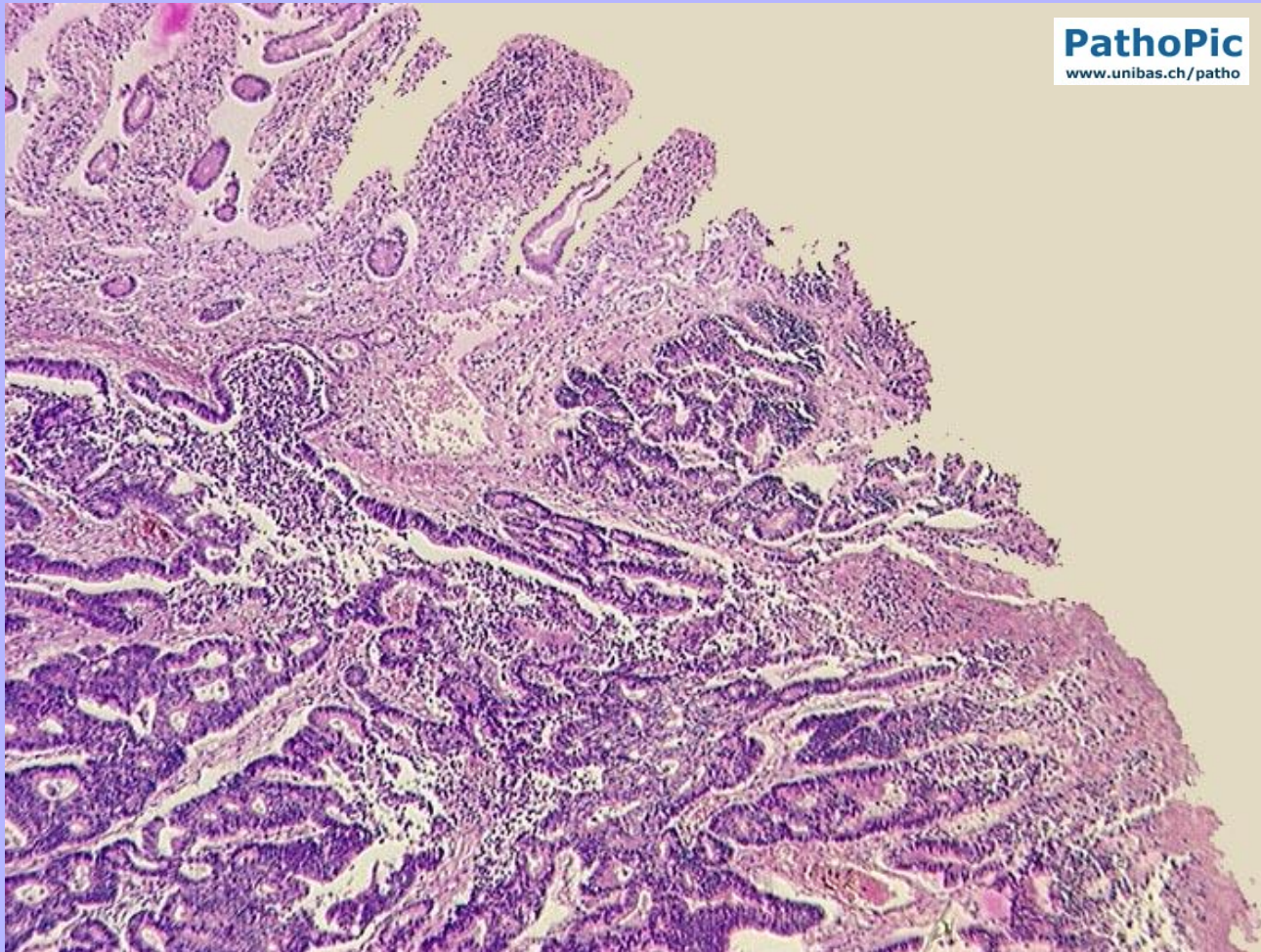
- aspect polipoid
- aspect ulcerativ
- aspect infiltrativ inelar și stenozant

Microscopic – adenocarcinoame papilifere, mucinoase;

<https://pathorama.ch/pathopic/10658/show>



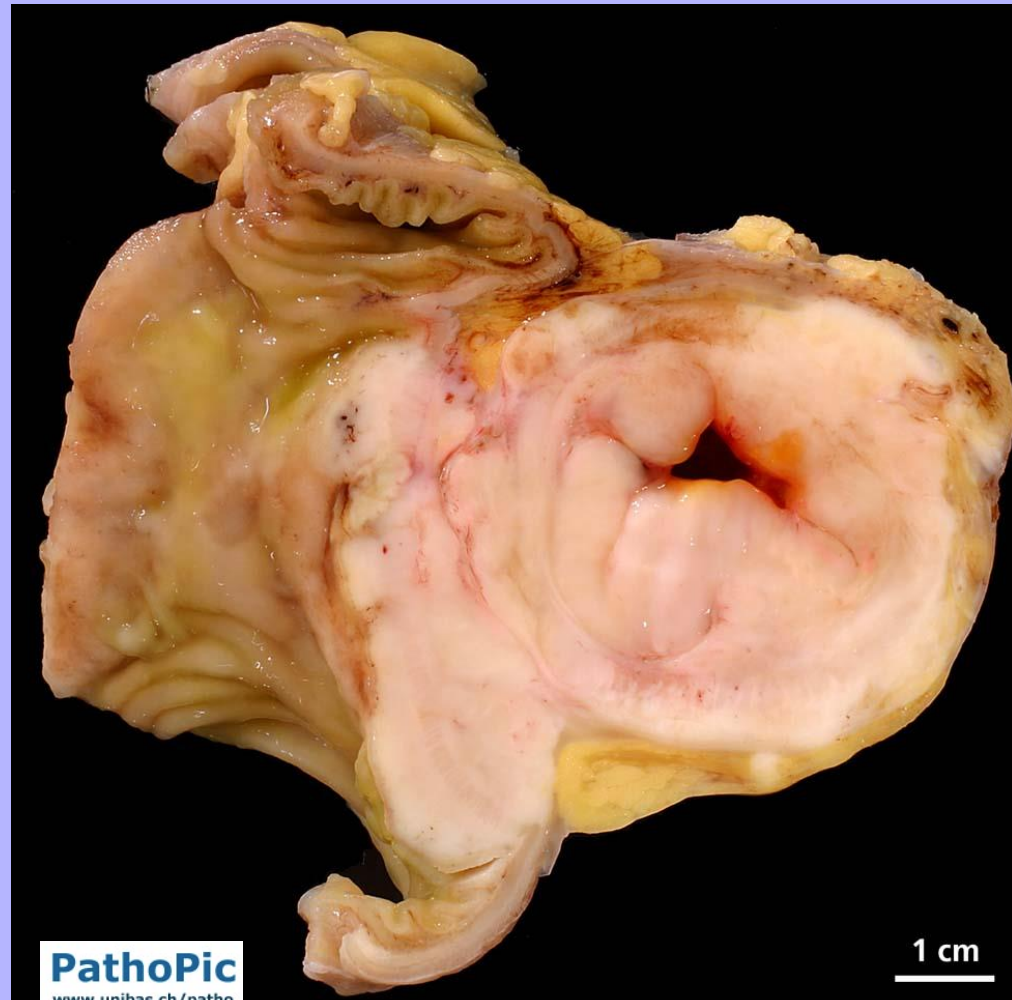
Adenocarcinomul duodenului poate afecta *papila Vater* - *carcinomul ampular* → icter mecanic / pancreatită.



- ❖ metastaze în limfonodulii regionali;
- ❖ supraviețuirile de peste 5 ani - sub 20% din cazuri.

2. Limfoamele primare

- se dezvoltă din nodulii limfoizi ai peretelui intestinal;
- proliferări neoplazice ale limfocitelor B sau T, fără interesarea ficatului, splinei sau măduvei osoase în momentul diagnosticului;
- cel mai comun tip histologic = *limfomul MALT* - proliferarea tumorală a celulelor B din țesutul limfoid asociat mucoasei tractului gastro-intestinal.



3. Neoplasmele neuroendocrine

- tumori al căror potențial malign pare să fie în strânsă legătură cu dimensiunile leziunii;
- origine - celulele sistemului neuroendocrin din fundul criptelor glandulare, adeseori secretă *serotonină*;
- *ileon (frecvent)*, apendice, colon

Clasificare (în funcție de activitatea mitotică + indicele de proliferare Ki-67):

- Tumori neuroendocrine (TNE) bine diferențiate G1 (denumite anterior tumori carcinoide), G2, G3;
- Carcinoame neuroendocrine cu celule mici sau mari.

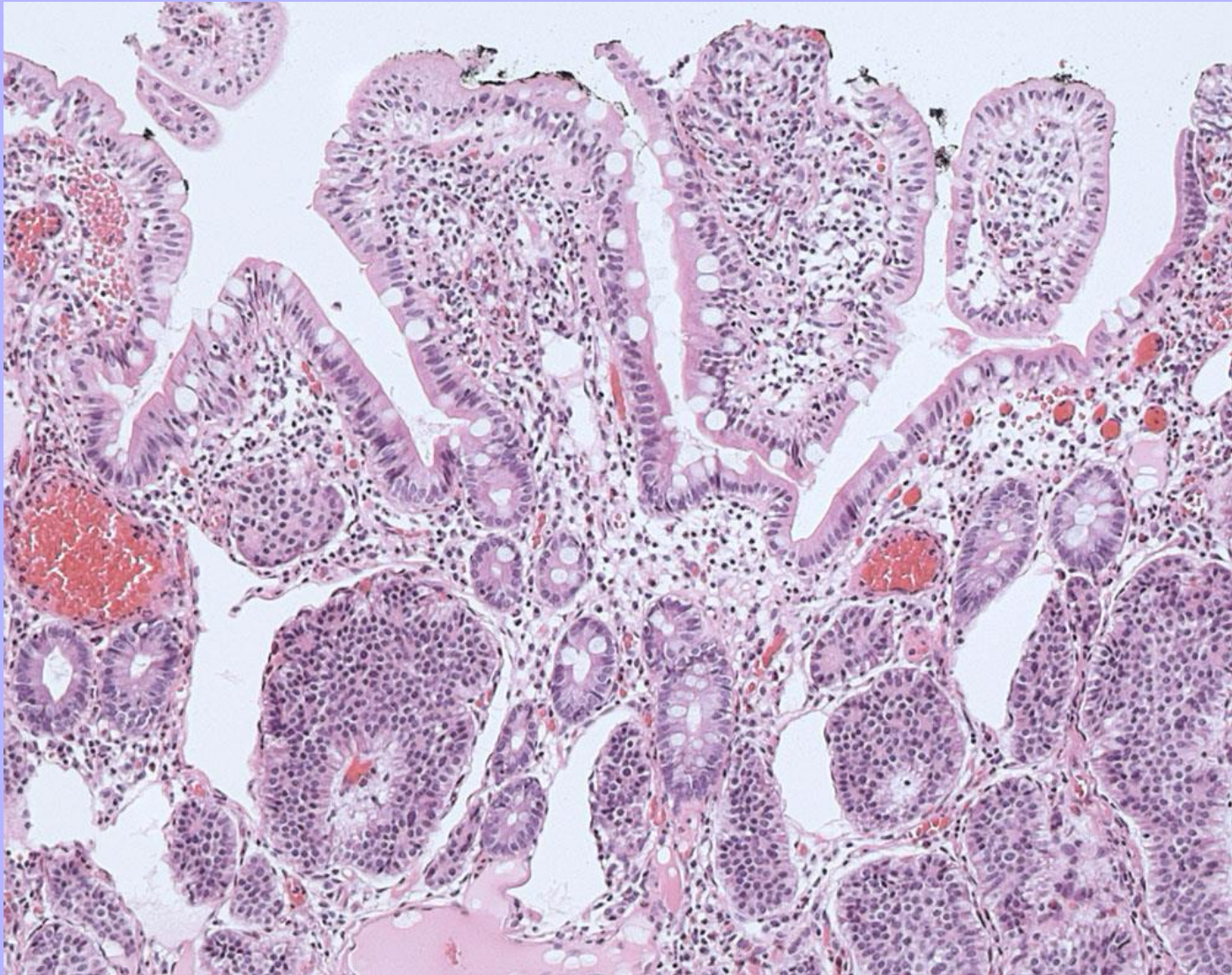
Macroscopic:

- adeseori multicentrică;
- inițial noduli submucoși de culoare crem-gălbuie acoperiți de mucoasă normală →
 - aspect polipoid;
 - creștere intraparietală;
 - aspect infiltrativ-inelar;
- adeseori se ulcerează.

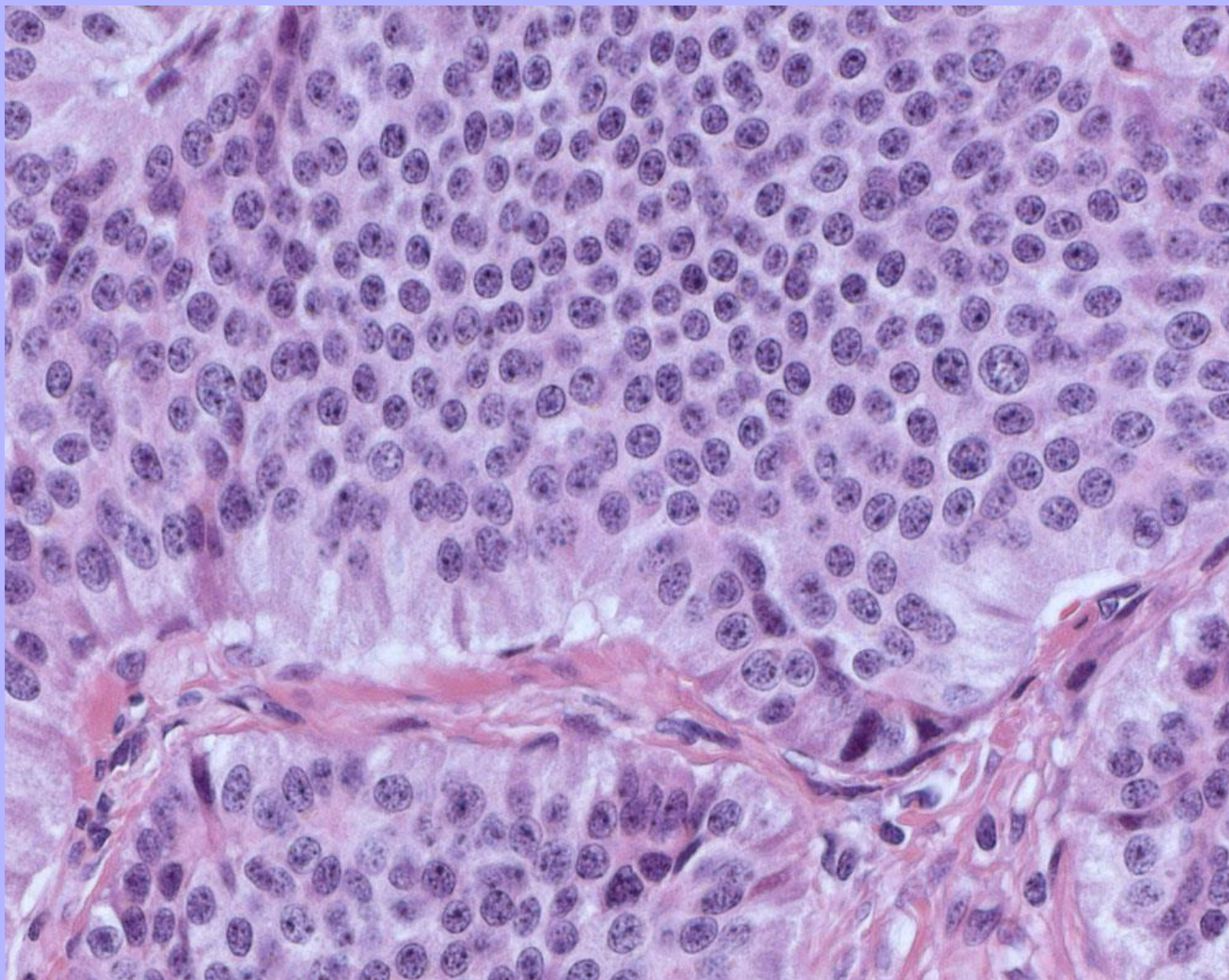


Microscopic, TNE bine diferențiată:

- cuiburi, cordoane, rozete de celule cubice cu citoplasmă intens eozinofilă, granulară, nuclei rotunzi, egali și hiperchromici; mitoze rare.

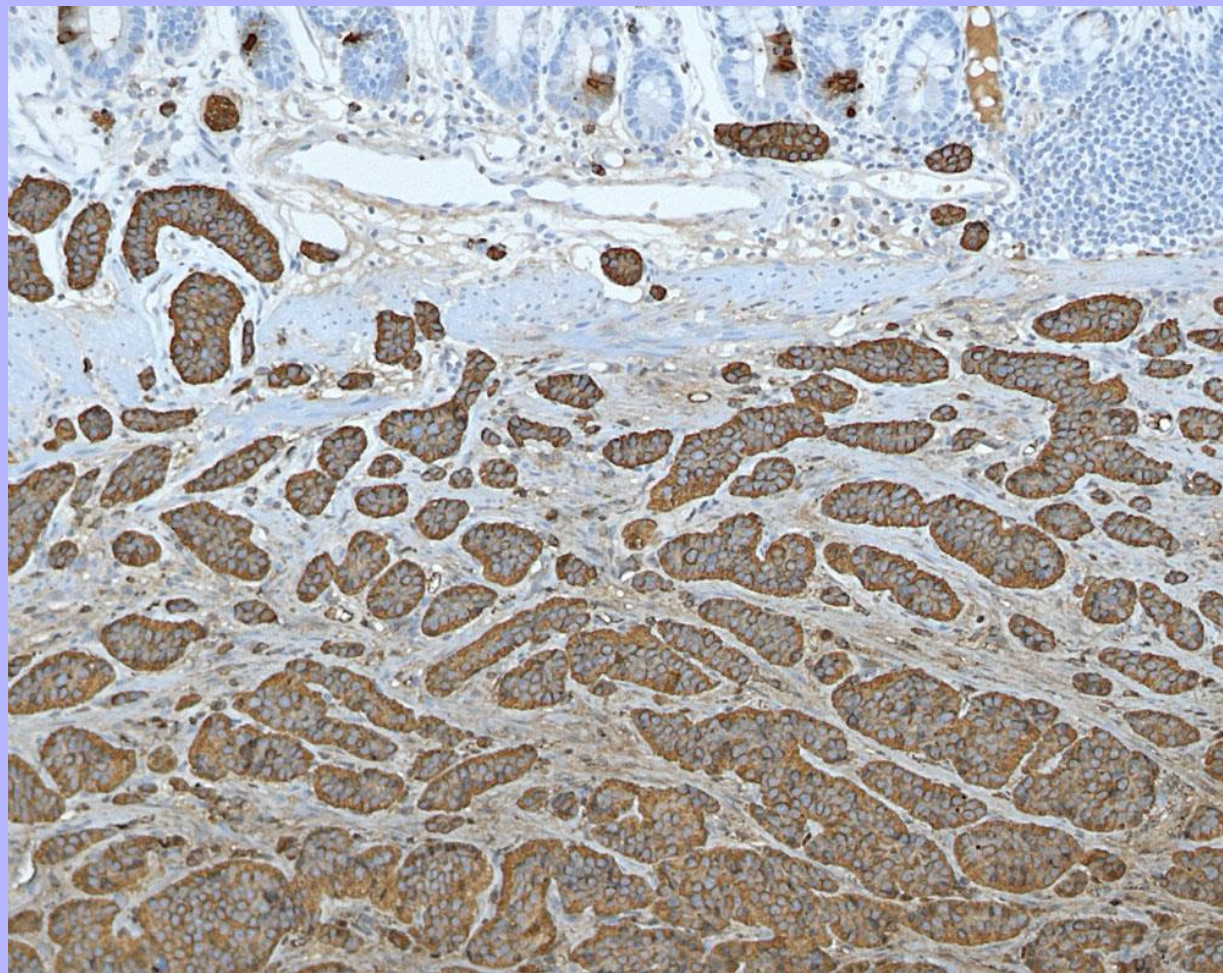


TNE bine diferențiată



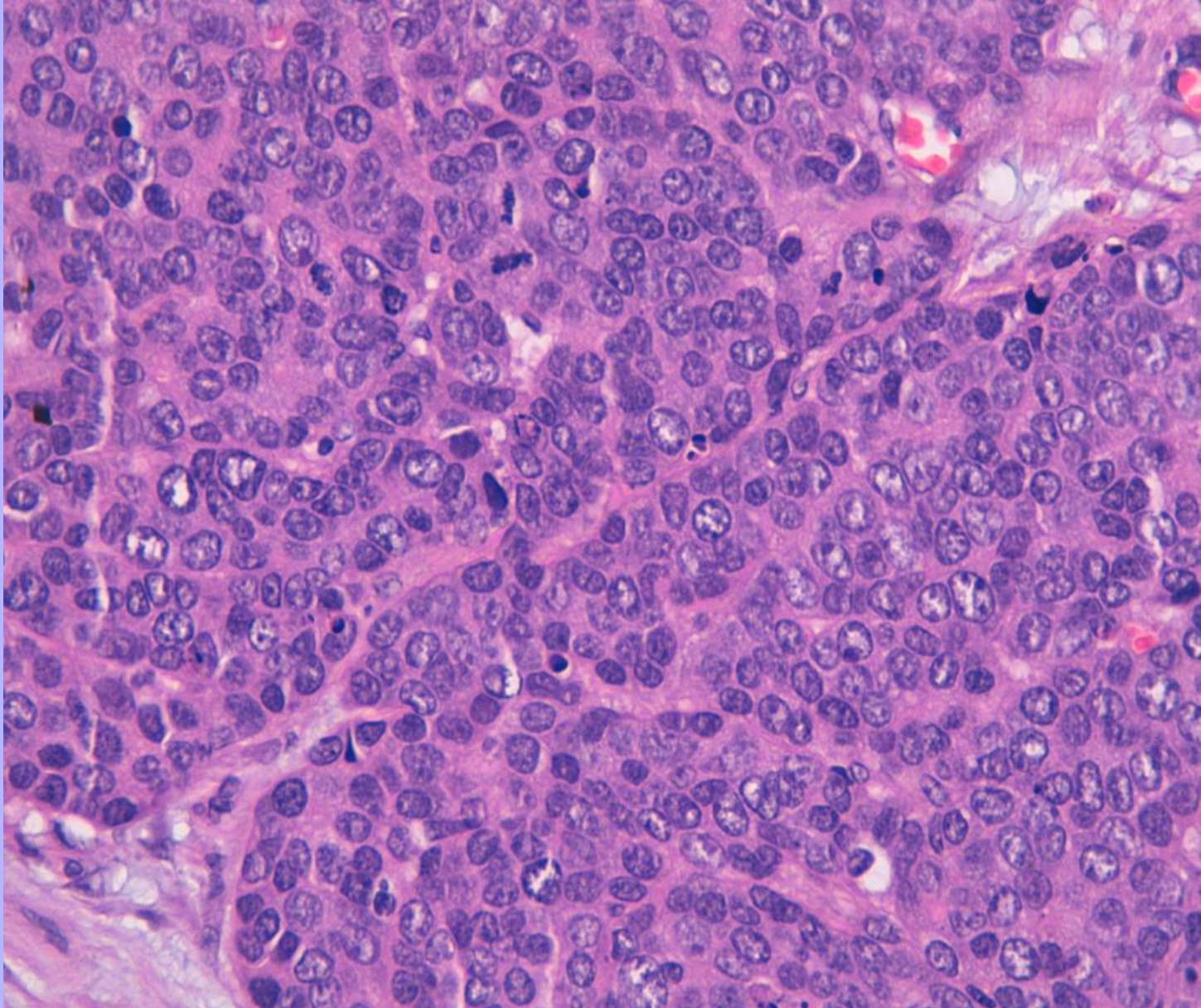
Imunohistochimic

❖ pozitivitate pentru chromogranin A, synaptophysin și enolaza neuron-specifică.

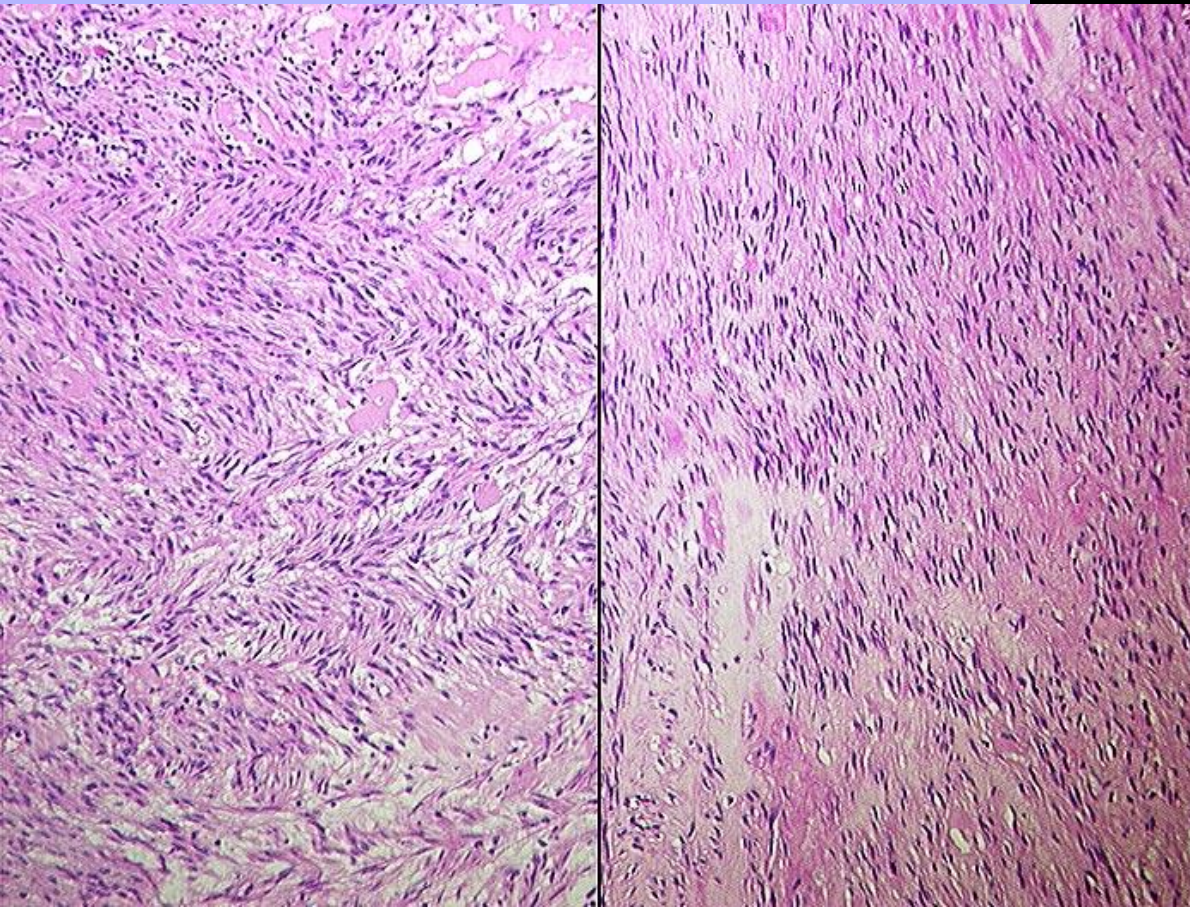


❖ TNE -
pozitivitate pentru chromogranin A

Carcinom neuroendocrin



4. *Tumora stromală gastro-intestinală*



TUMORILE INTESTINULUI GROS

TUMORI BENIGNE

Polipii adenomatoși

- unici
- sesili
- multipli
- pediculați
- adenom tubular
- adenom vilos
- adenom tubulo-vilos.

~ ½ din polipii adenomatoși ai colonului - localizare în regiunea recto-sigmoidiană.

✓ Diagnostic - colonoscopie, tușeu rectal.

Polip adenomatos colonic



Polip adenomatoso colónico



Polip adenomatos colonic



Polip adenomatos vilos



Adenom tubular

- 2/3 dintre polipi; dimensiuni → 2 cm;
- structuri glandulare tubulare separate prin benzi subțiri de stroma conjunctivo-vasculară.

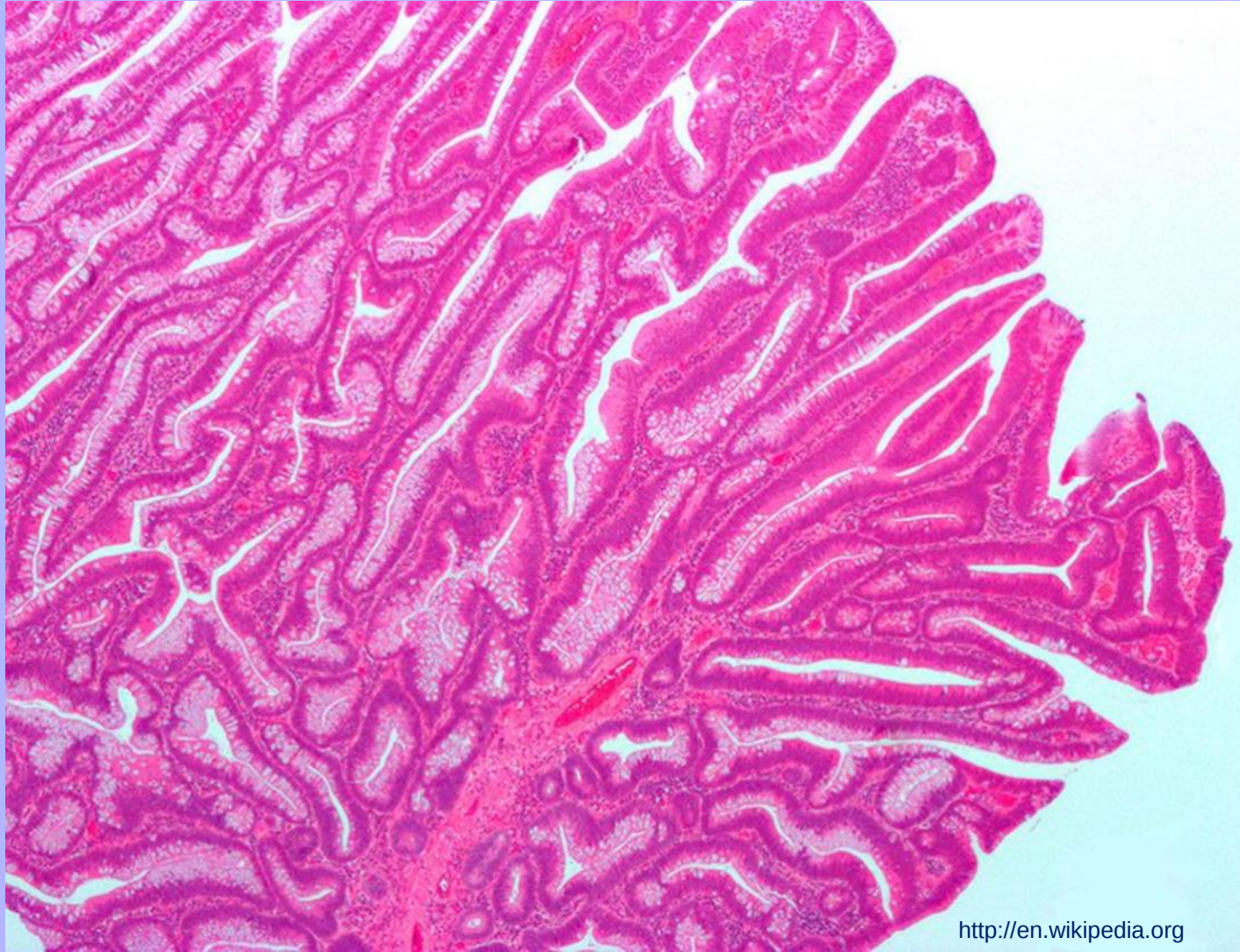


Adenom tubular



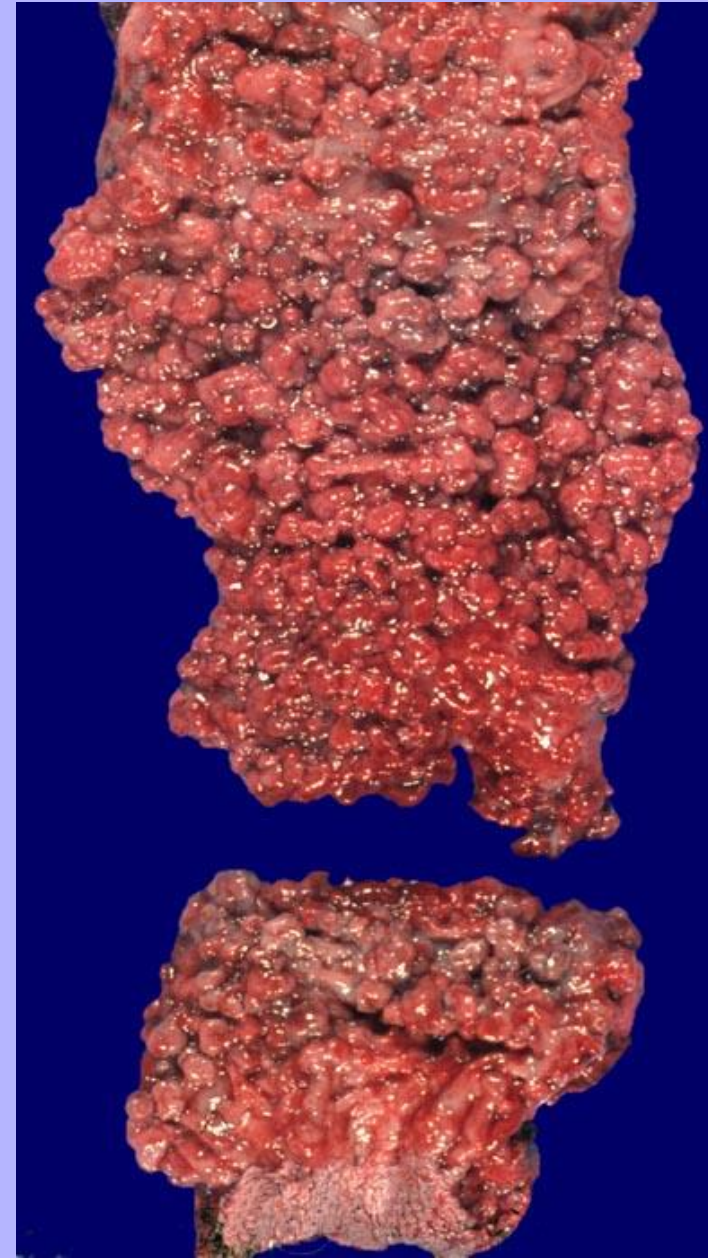
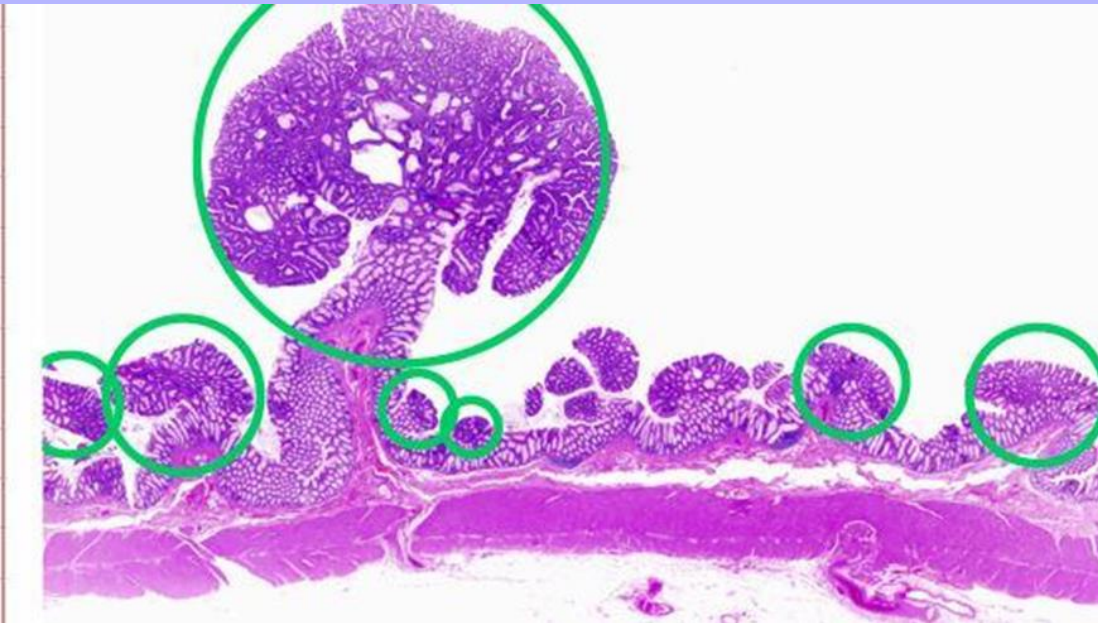
- structuri digitiforme subțiri, alungite cu ax central conjunctivo-vascular tapetat de celule epiteliale glandulare cilindrice.
- Polipii adenomatoși (mai ales cei viloși) - mare tendință la **malignizare** (riscul ↑↑ în cazul tumorilor > 2 cm).

Adenom vilos



Polipoza familială a colonului

- boală ereditară autosomal dominantă;
- sute de polipi adenomatoși (mai ales tubulari), în special în regiunea recto-sigmoidiană;
- polipii sunt prezenți la vârsta de 10-15 ani, iar manifestarea clinică apare la 30-35 ani când malignizarea este prezentă la mai mult de 1/2 din bolnavi.

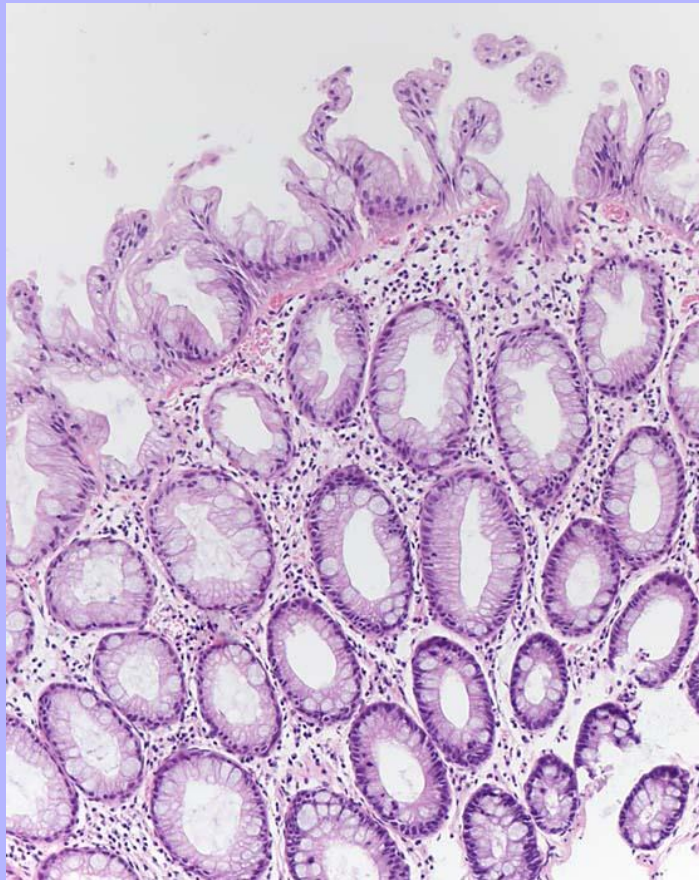


Polipoză colonică familială

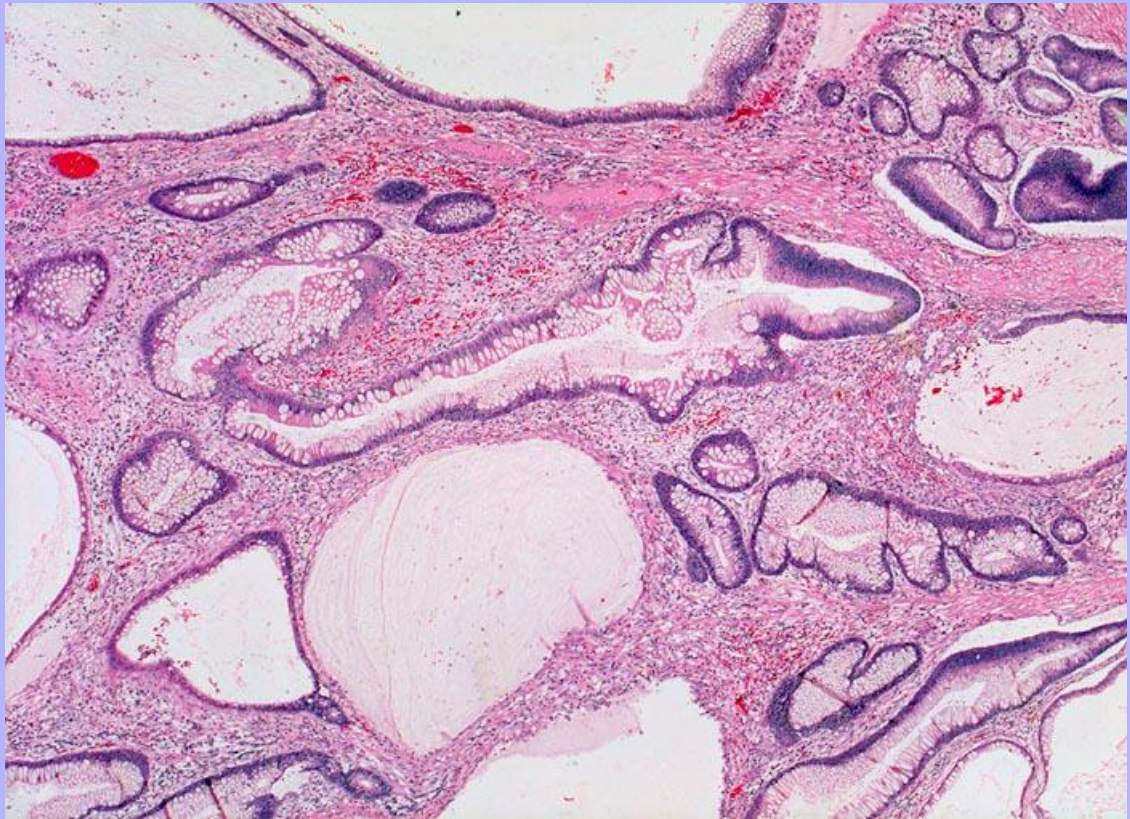


Polipi nonneoplazici

- Polip hiperplazic



- Polip juvenil



- Polip inflamator
- Polip limfoid

TUMORI MALIGNE

➤ Foarte frecvente.

Factorii de risc:

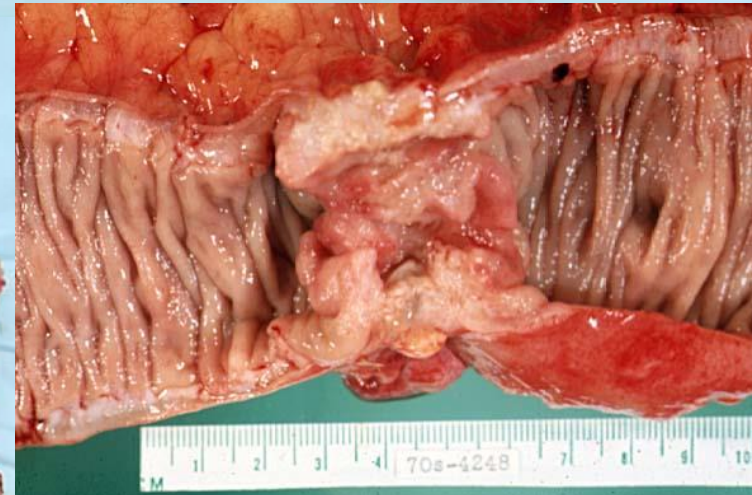
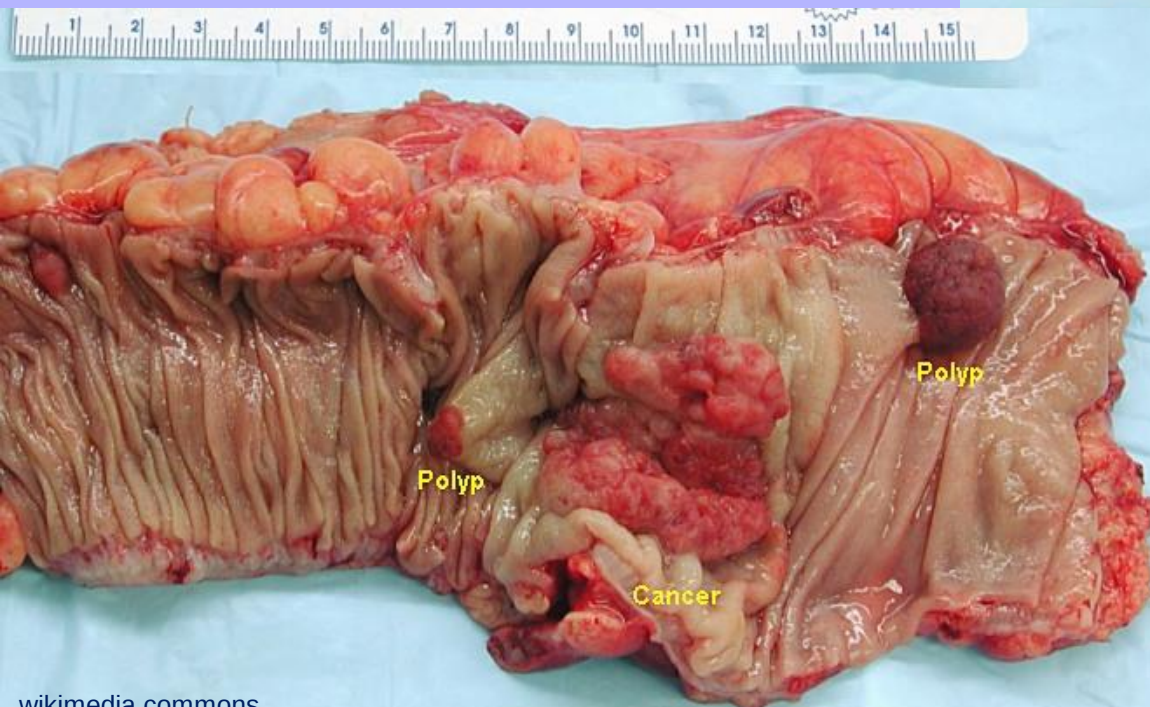
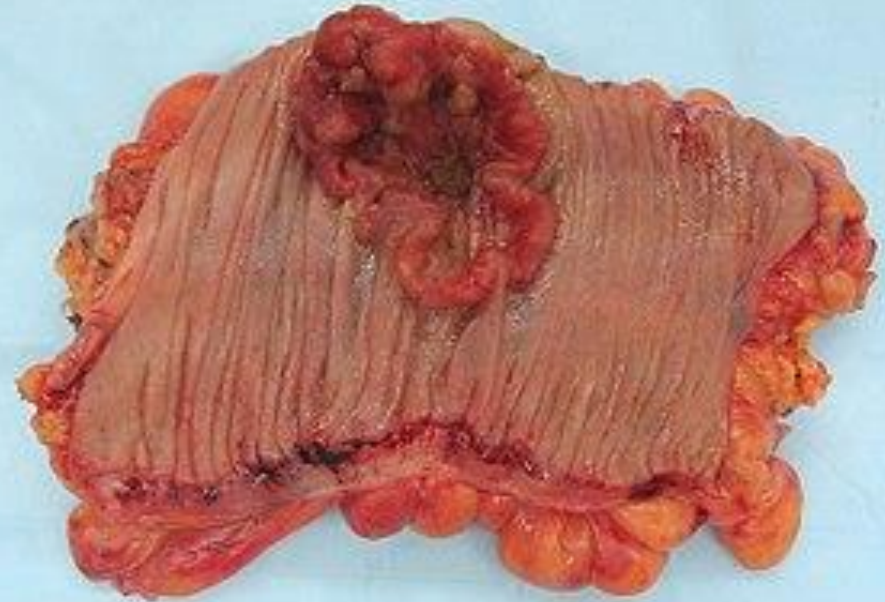
- ***Vârsta*** – riscul ↑ după 50 ani, incidență maximă în jurul vârstei de 75 de ani;
- ***Polipi adenomatoși în antecedente;***
- ***Colita ulcerativă și boala Crohn;***
- ***Polipoza familială a colonului;***
- ***Factorii genetici – sindromul Lynch;***
- ***Alimentația*** bogată în carne și grăsimi animale, fumatul, consumul de alcool.

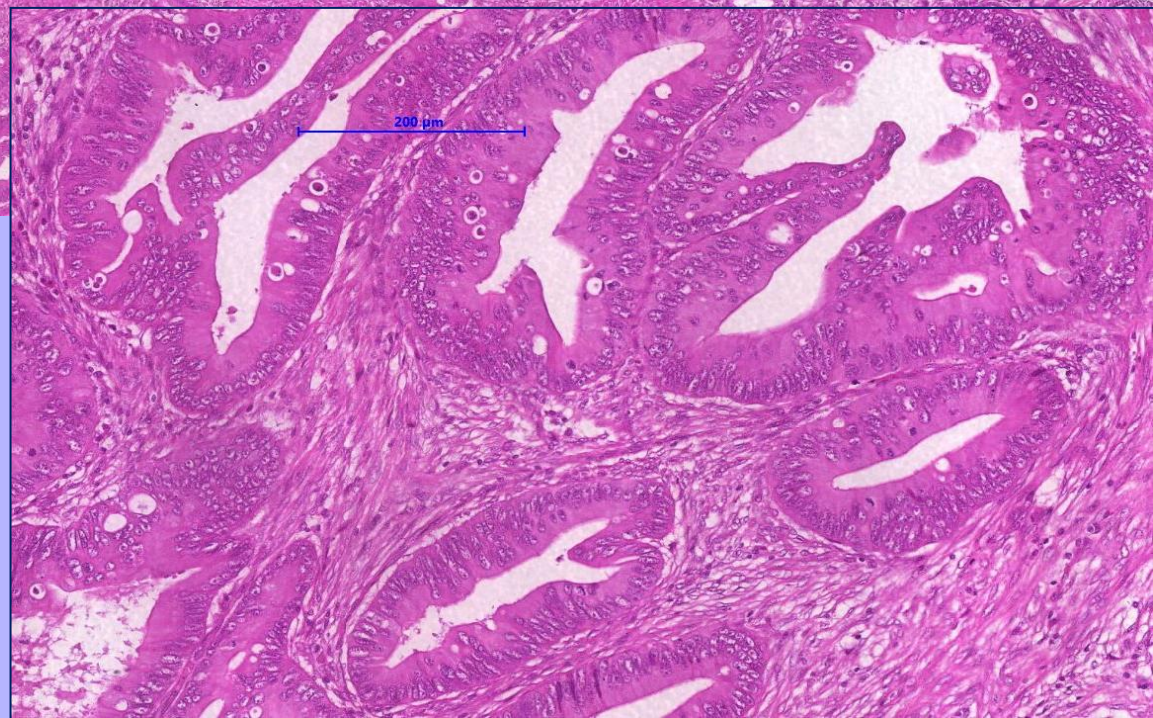
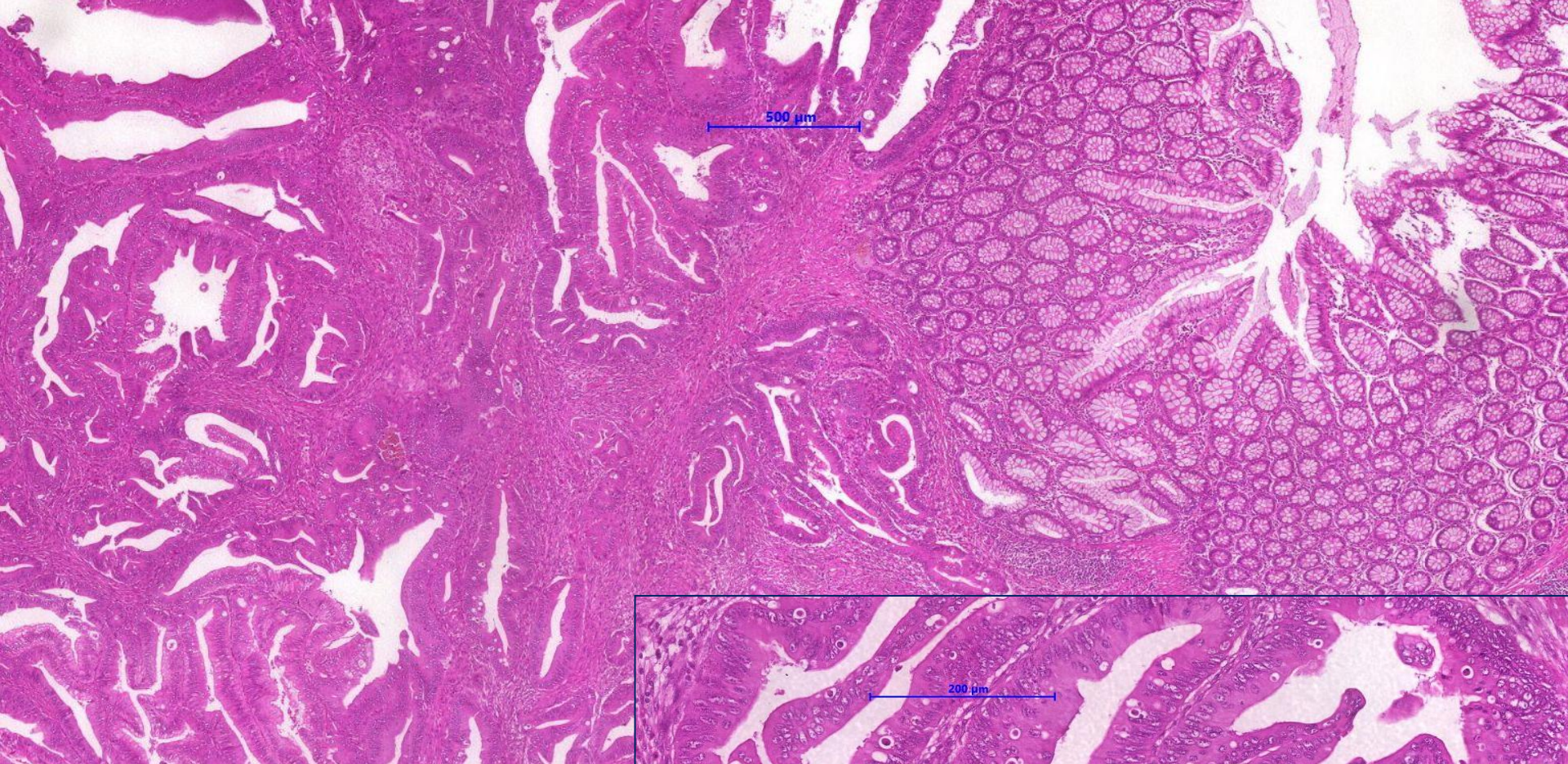
Clinic

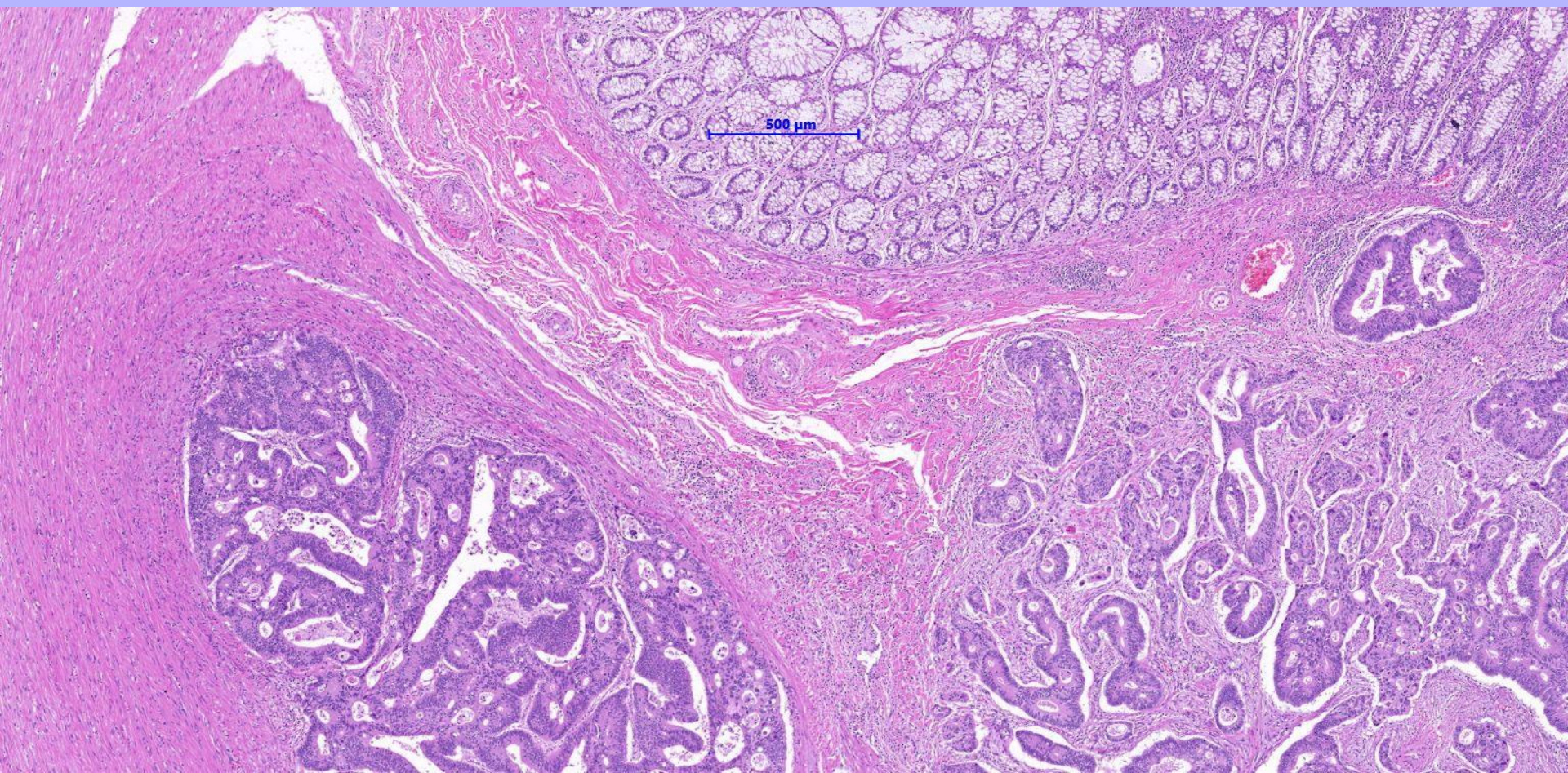
- în stadiile inițiale asimptomatic;
- sângerări oculte sau evidente, uneori severe;
- subocluzie și ocluzie intestinală;
- perforații, fistulizarea.

Macroscopic

- aspect polipoid (cec, 1/2 dreaptă a colonului)
- aspect ulcerativ
- aspect infiltrativ (inelar și constrictiv, stenoizant) (segmentul distal al intestinului gros).



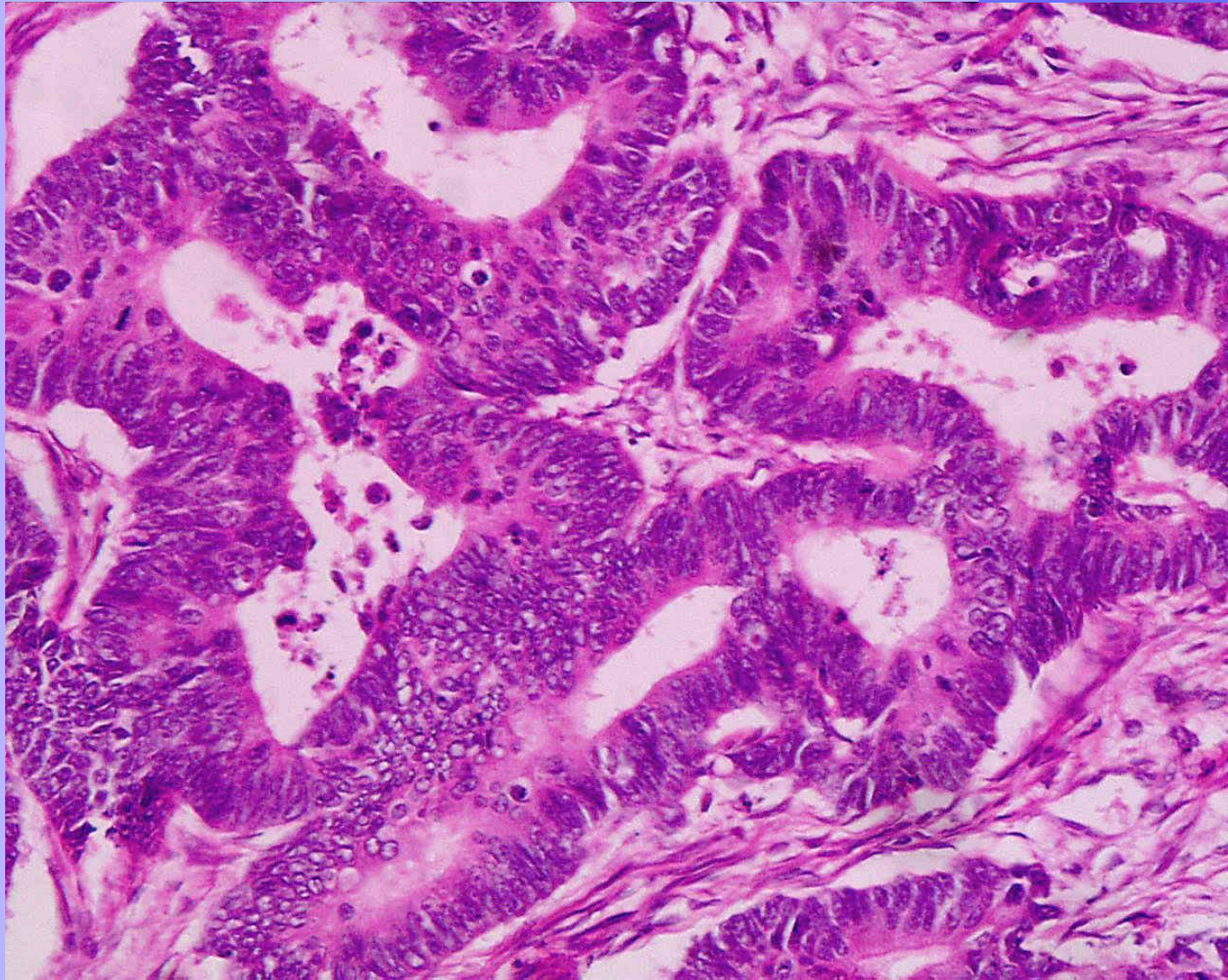




Microscopic:

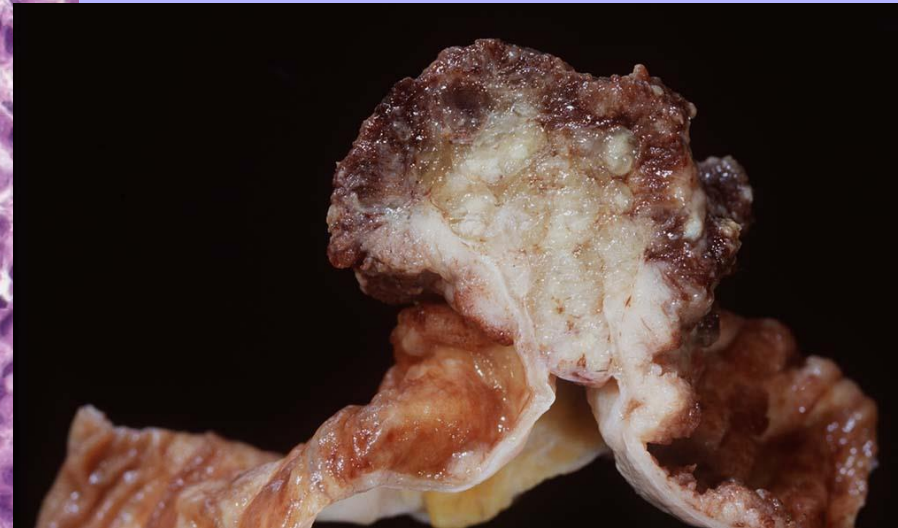
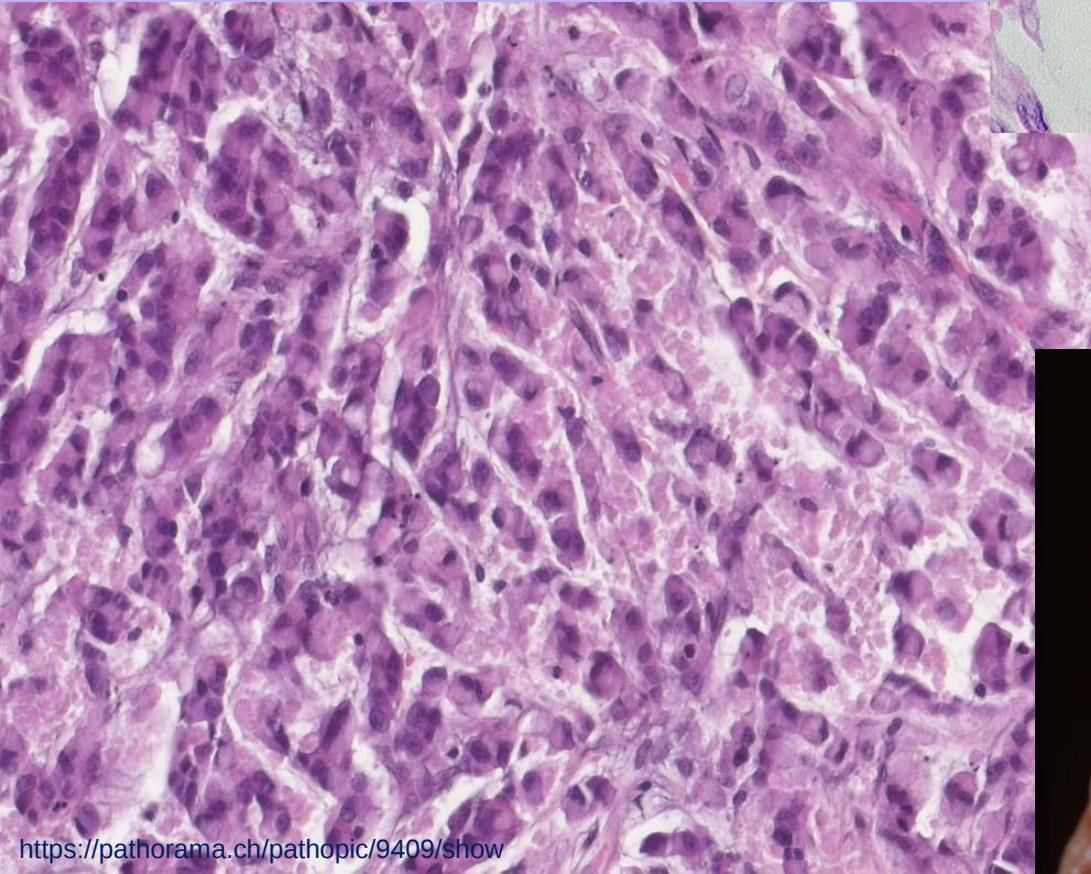
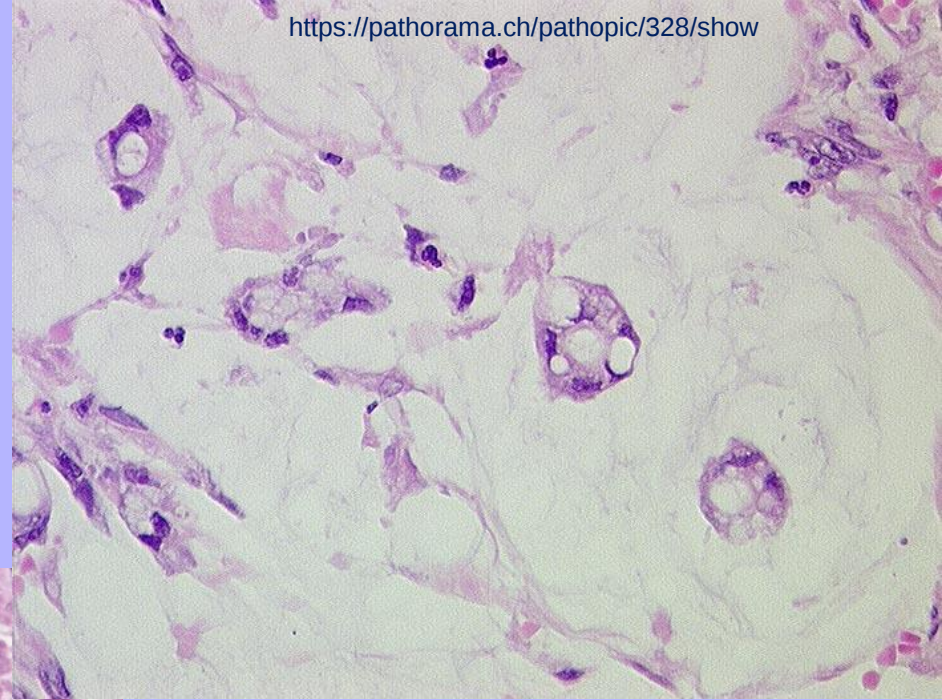
➤ **adenocarcinoame** – în general bine diferențiate, secretă mici cantități de mucină;

es.wikipedia.org



❖ **adenocarcinoame mucinoase (coloide).**

❖ **carcinoame cu celule în "inel cu pecete"** (prognostic mai rezervat).



Diseminarea cancerului colo-rectal:

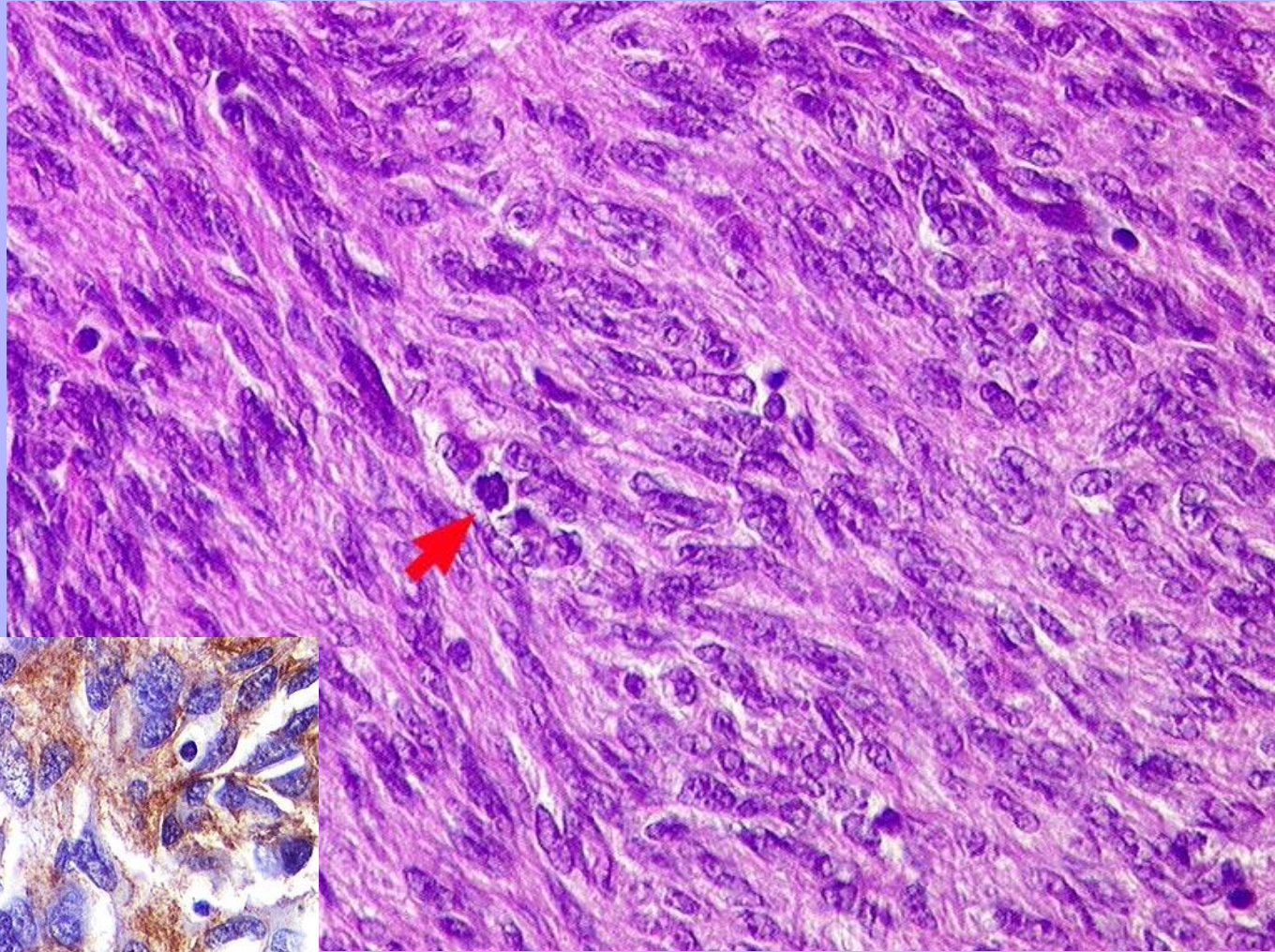
- tumora infiltrează relativ ușor peretele intestinal;
- metastazează pe cale:
 - limfatică în limfonodulii regionali;
 - venoasă în ficat (75%), plămâni, oase.

Prognosticul ↔ **profundimea** invaziei în grosimea peretelui intestinal.

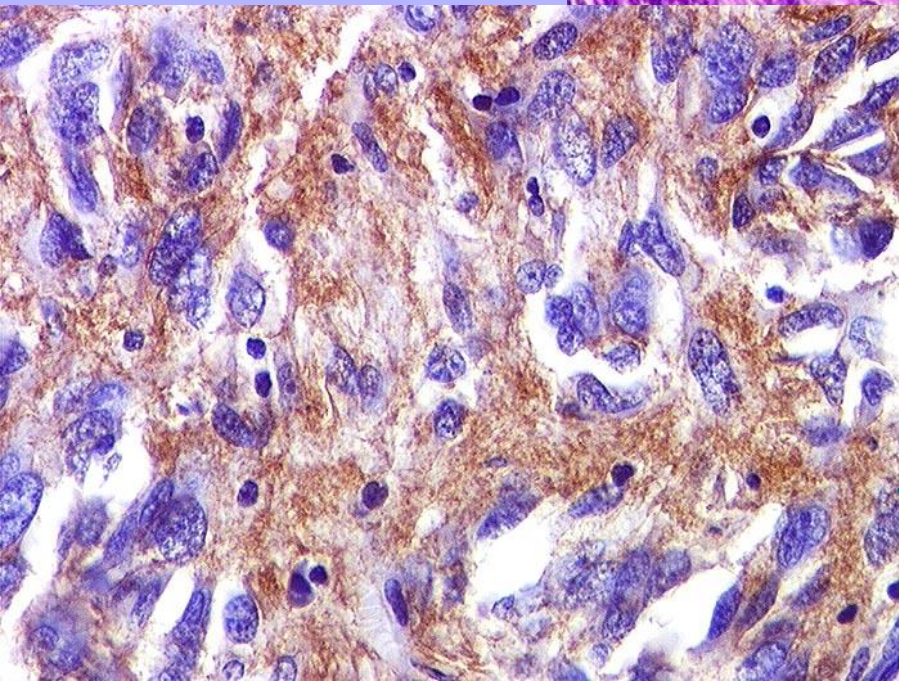
Tumori mai rar întâlnite:

- ***Tumora neuroendocrină***
- ***Limfomul primar intestinal***
- ***GIST-uri***

➤ **Tumără stromală
gastro-intestinală**



<https://pathorama.ch/pathopic/1087/show>



IHC - CD117 (c-Kit) pozitiv

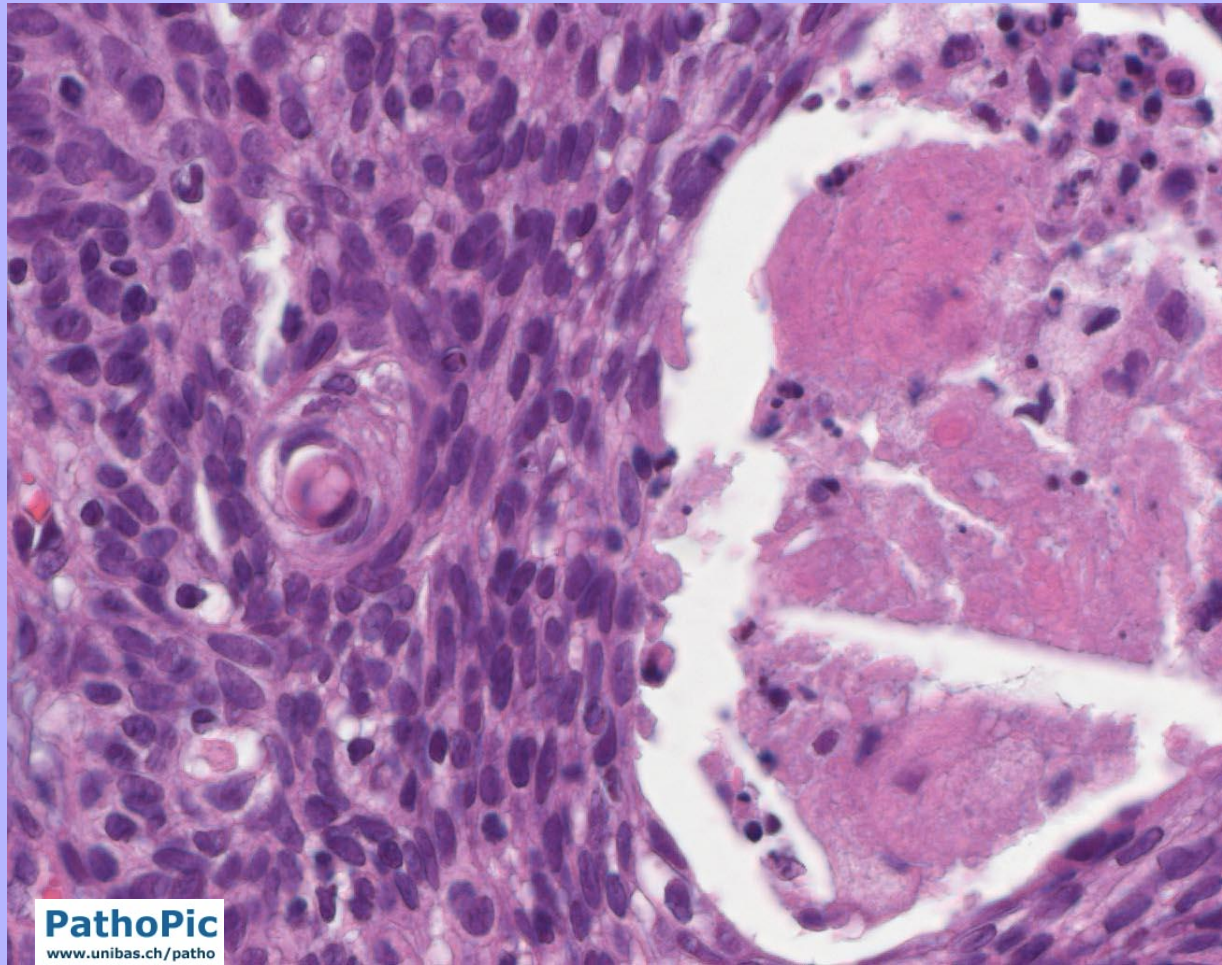
Tumorile maligne ale anusului

- 2% din cancerele colorectale
- apar după vârsta de 50 ani, cu ușoară predominanță la femei.

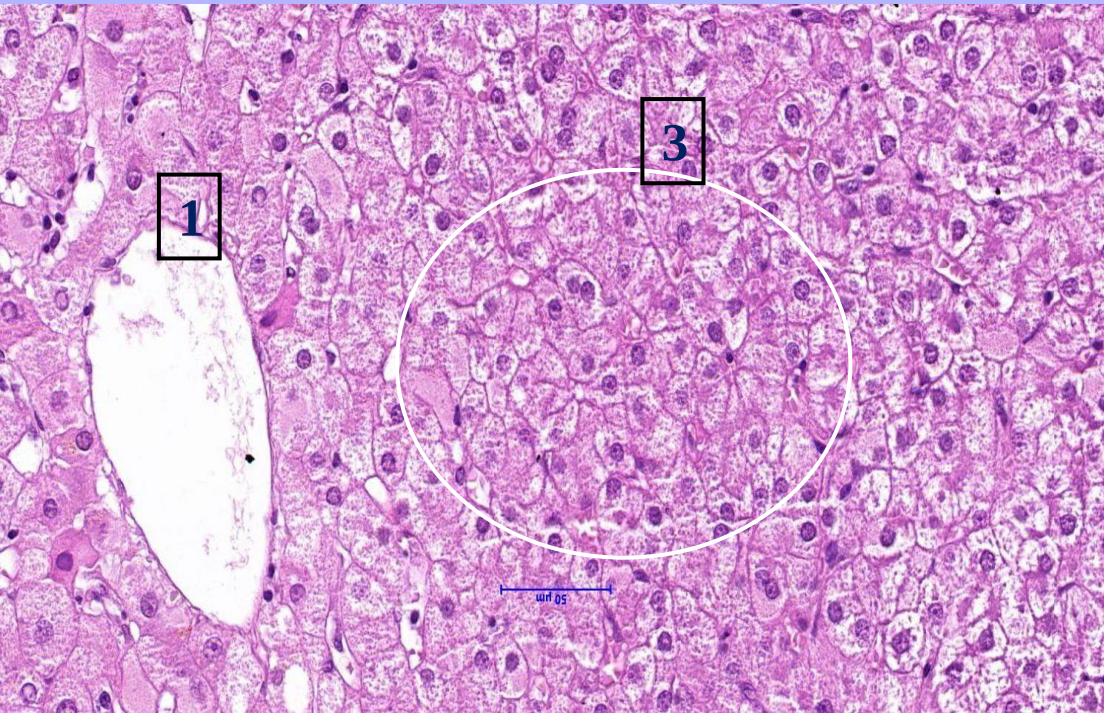
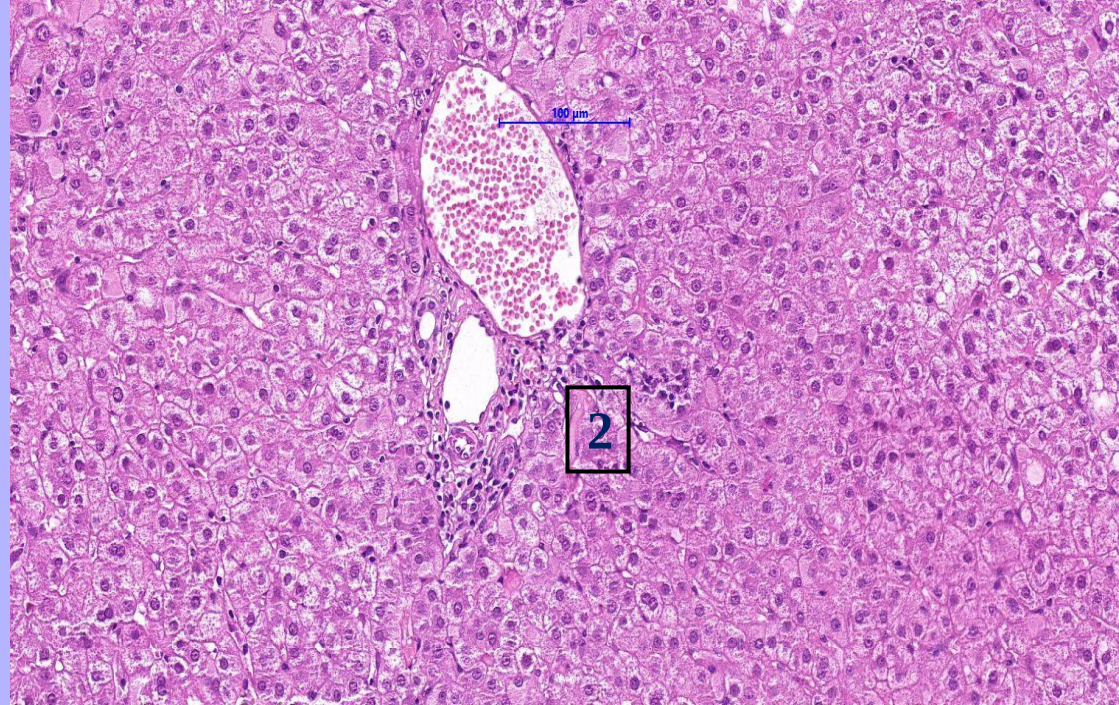
Microscopic:

- carcinoame scuamoase
- adenocarcinoame
- tumori neuroendocrine
- melanoame maligne.

Carcinom scuamos bazaloid al anusului



Ficat - aspect normal



- venă centrolobulară (1);
- spațiu port (2);
- cordoane de hepatocite separate de capilare sinusoide (3).

HEPATITELE

Definiție: inflamații difuze ale ficatului cu evoluție acută/cronică.

Etiologie variată:

- virală;
- microbiană;
- etanolică;
- toxică medicamentoasă;
- profesională etc.

HEPATITA ACUTĂ VIRALĂ

= infecție virotică a hepatocitelor → ***necroze hepatocitare și inflamație difuză în ficat.***

Etiologie: ~ 95% dintre hepatitele virale - infecția cu virusurile hepatotrope A, B, C, D (asociat exclusiv infecției cu virus B), E.

HEPATITELE CRONICE

Definiție: Hepatită virală nevindecată în decurs de **6 luni = hepatită cronicizată**.

Morfologic:

- **hepatita cronică fără semne de activitate (de tip persistent)** - inflamația limitată la spațiile portale;
- **hepatita cronică activă** - alterări agresive portale și parenchimotoase + fibroză progresivă → ciroza hepatică.

Hepatite cronice pot să apară și în :

- etilismul cronic;
- boala Wilson;
- hemocromatoză;
- deficit de alfa 1 antitripsină;
- medicamente, substanțe toxice;
- etiologie autoimună.

Hepatită cronică fără semne de activitate (de tip persistent)

- Formă medie de boală.
- Evoluție benignă.
- Clinic: oboseală, dureri vagi abdominale, +/- intoleranță la grăsimi.
- Ficat ușor ↑ în volum.
- Forme “asimptomatice” cu ↑ minimă/sporadică a aminotransferazelor serice.

Evoluție:

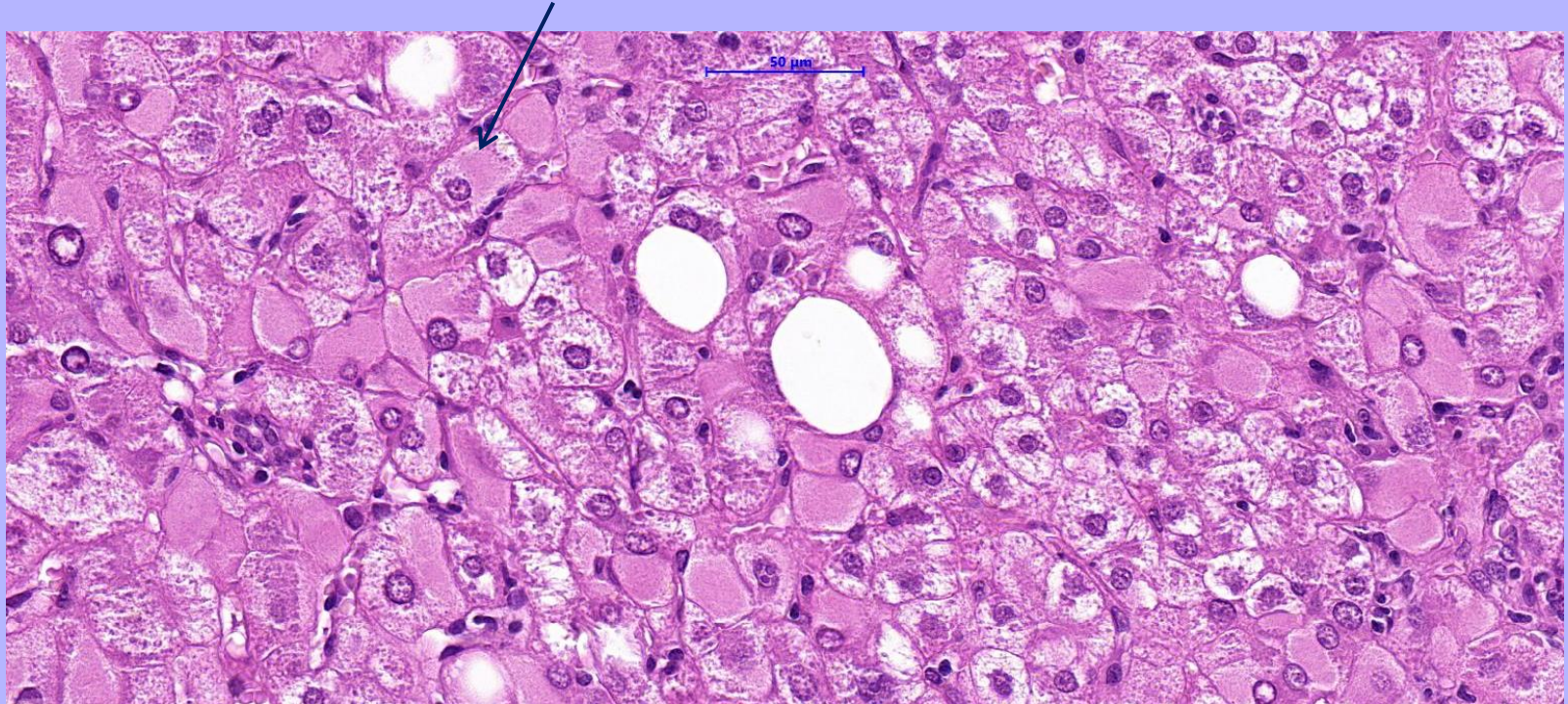
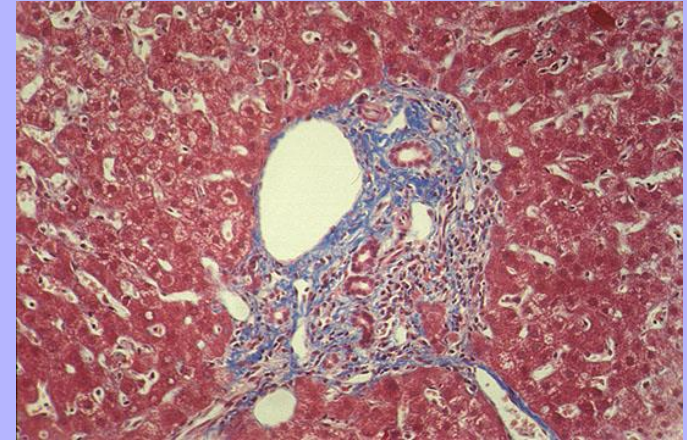
- sechelă a unei hepatite acute virale, clinic manifestă / subclinică;
- progresia spre ciroză hepatică neraportată; câteva cazuri → hepatita cronică activă;
- transformare sub tratament a hepatitei cronice active → hepatită fără semne de activitate.

Hepatită cronică fără semne de activitate (de tip persistent)

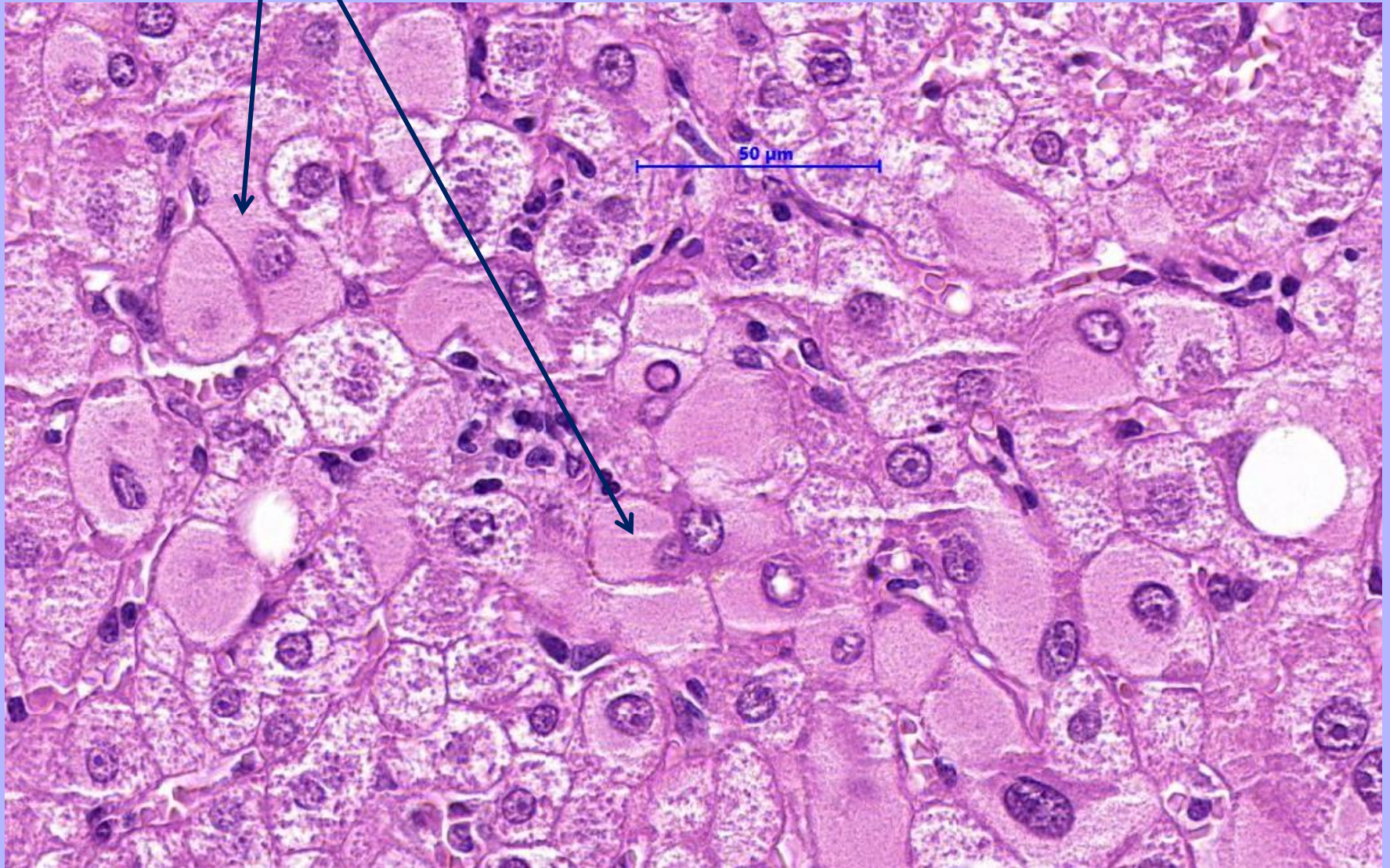
Microscopic:

- infiltrat limfocitar limitat în spațiile porte;
- fibroză portală ușoară/absentă;
- respectarea arhitecturii lobulare normale (*portită cronică regulată*);
- celulele Kupffer nemodificate;
- hepatocite "*în sticlă lăcuită*" - "*ground glass hepatocytis*".

<http://www.meddean.luc.edu>



ground glass hepatocytis

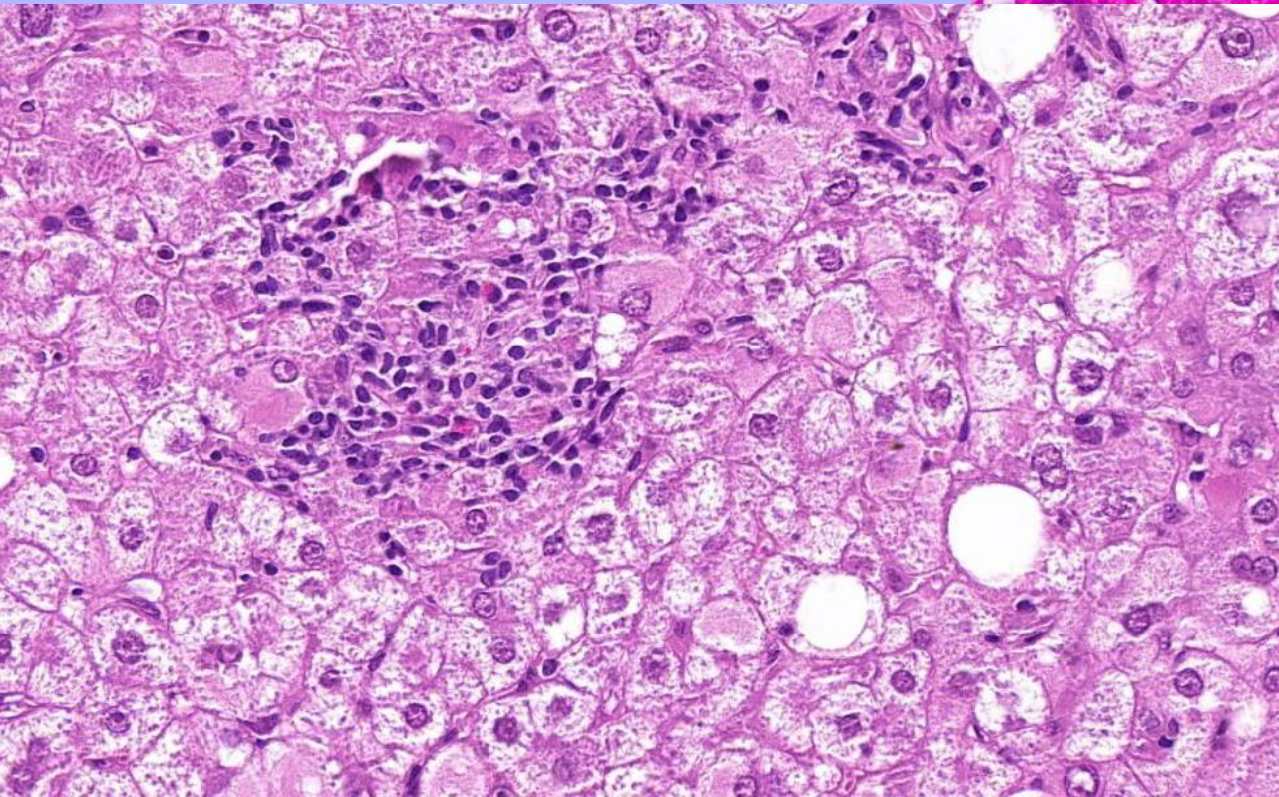
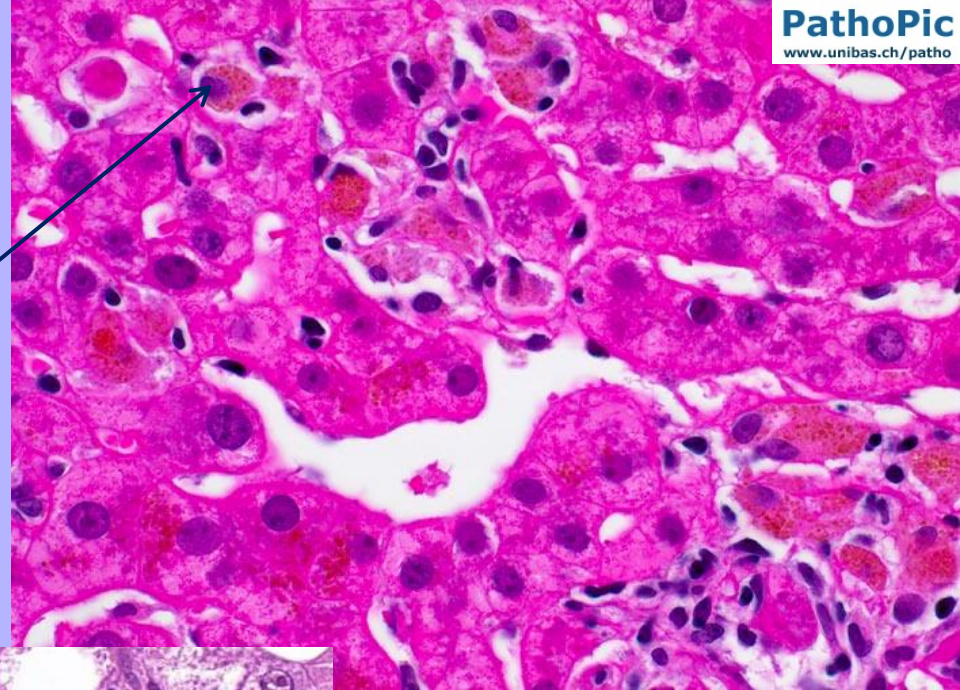


Hepatita cronică activă

- Boală inflamatorie necrotizantă care poate progresa spre ciroză hepatică.
- Mai frecventă la femei.
- Evoluție - insidioasă cu simptome nespecifice:
 - anorexie
 - oboseală
 - dureri abdominale vagi
 - artralgii
 - erupții cutanate.
- Macroscopic:
 - ficatul de volum normal / ușor mărit;
 - suprafața inițial netedă, cu timpul granulară.

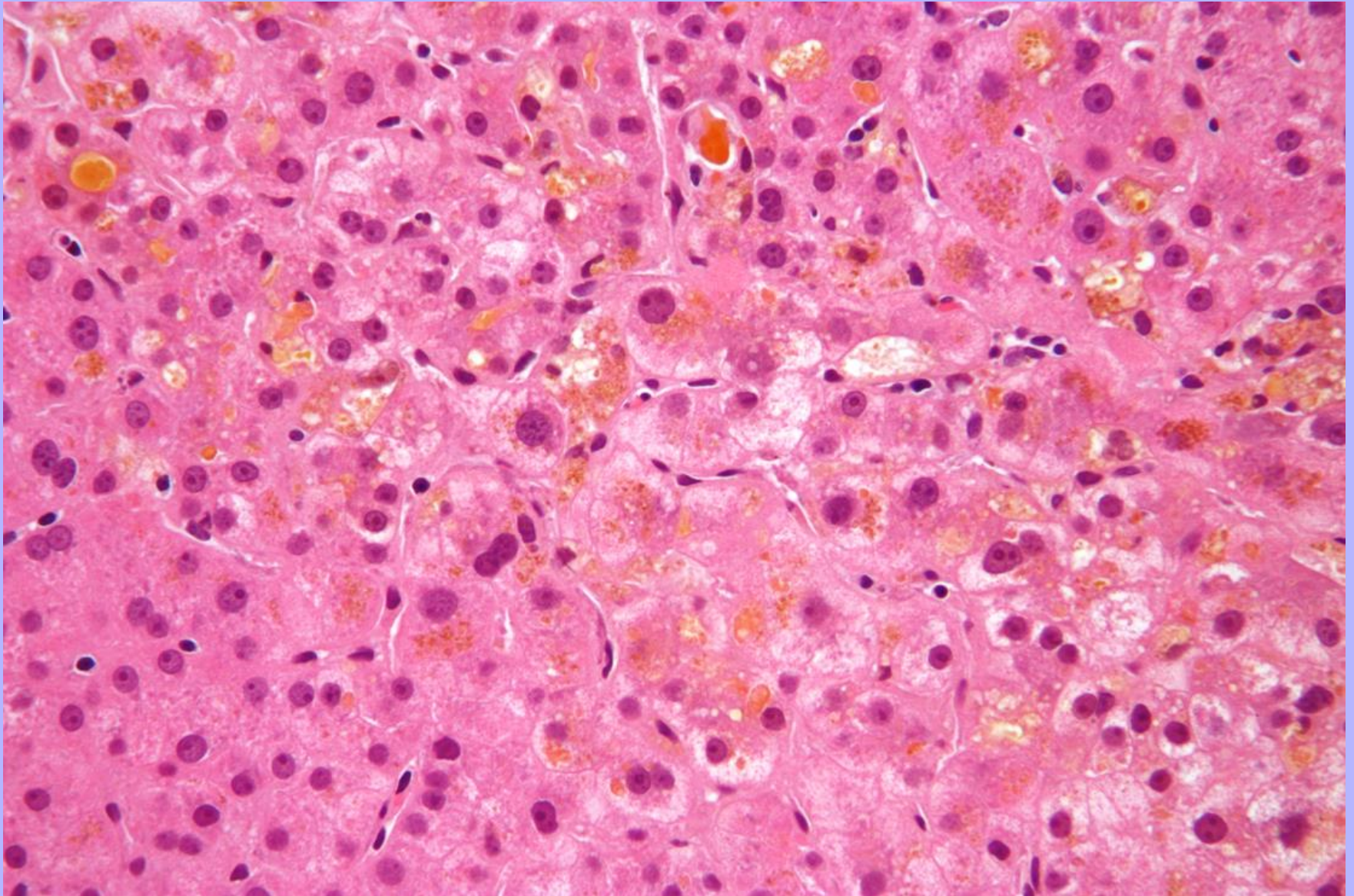
Microscopic

- ❖ infiltrat inflamator cronic;
- ❖ necroze hepatocitare izolate/
microfocare dispersate neregulat în
lobulii hepatocitari;
- ❖ **corpi acidofili/corpi Councilman**;
- ❖ hepatocite balonizate;
- ❖ hiperplazia celulelor Kupffer.



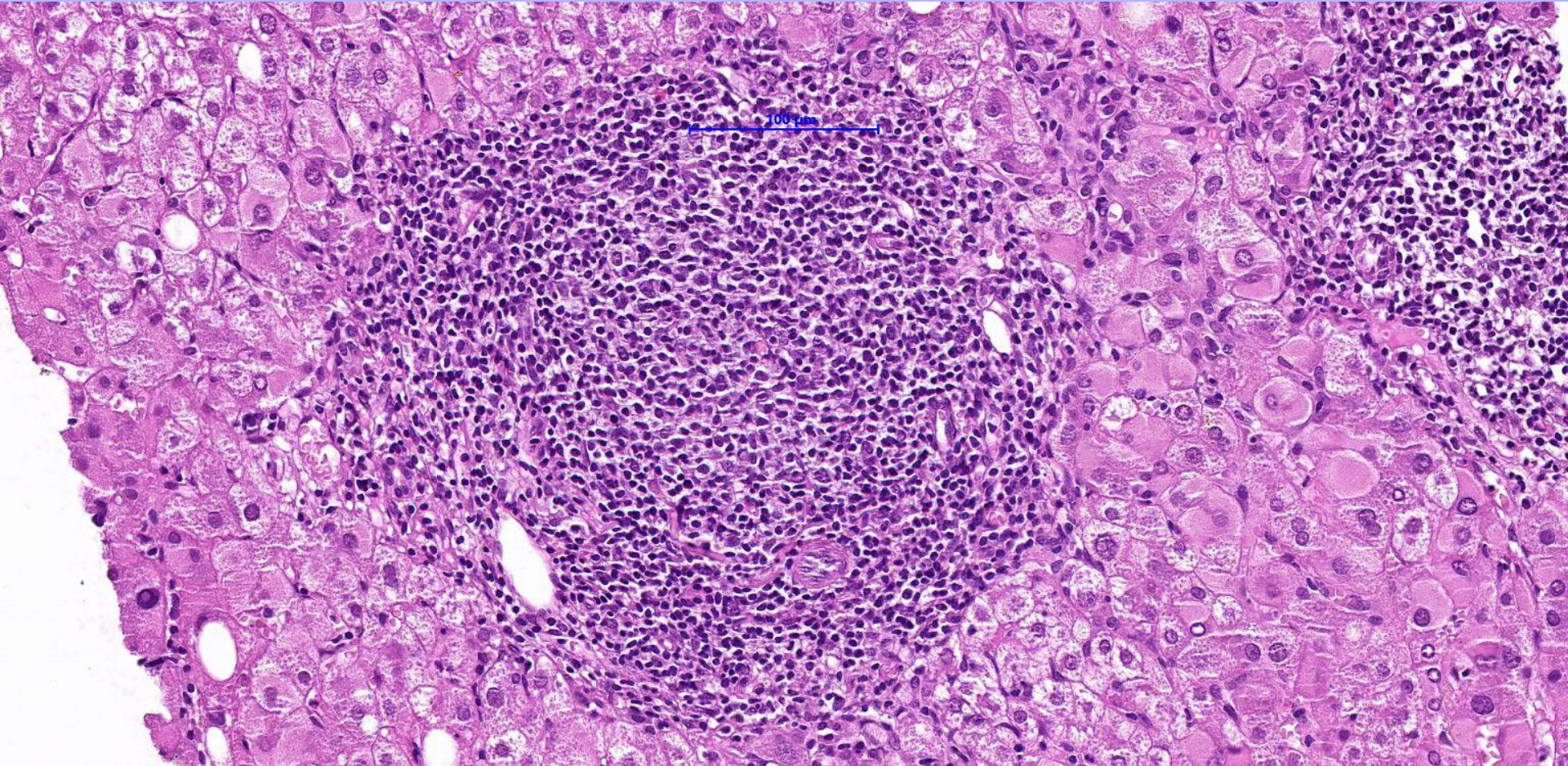
<http://alf3.urz.unibas.ch/pathopic/e/getpic-fra.cfm?id=4325>

Colestază, aspecte de regenerare hepatocitară

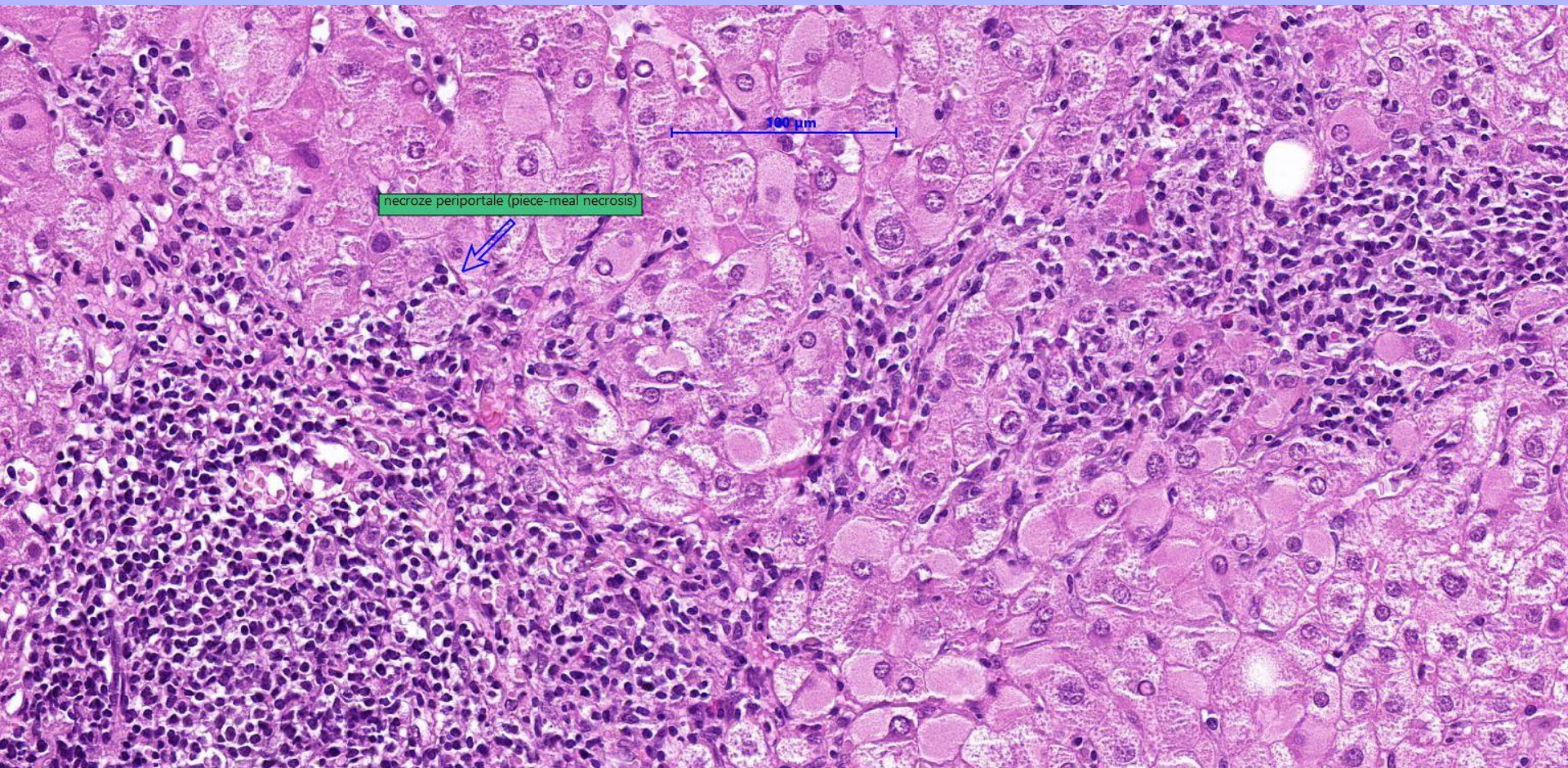


Microscopic

❖ spațiile porte lărgite, infiltrate bogat cu limfocite, macrofage, ocazional cu plasmocite;

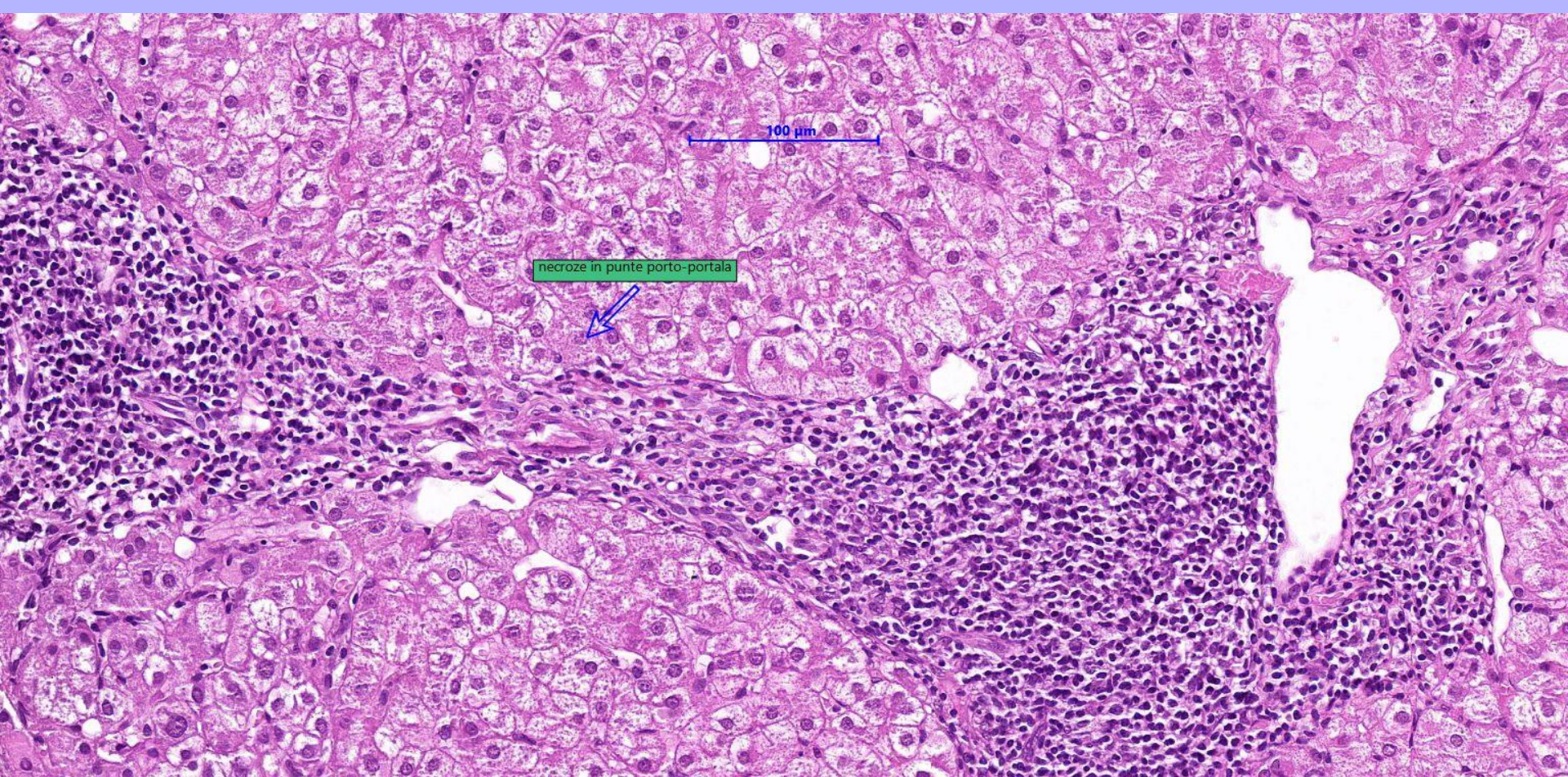


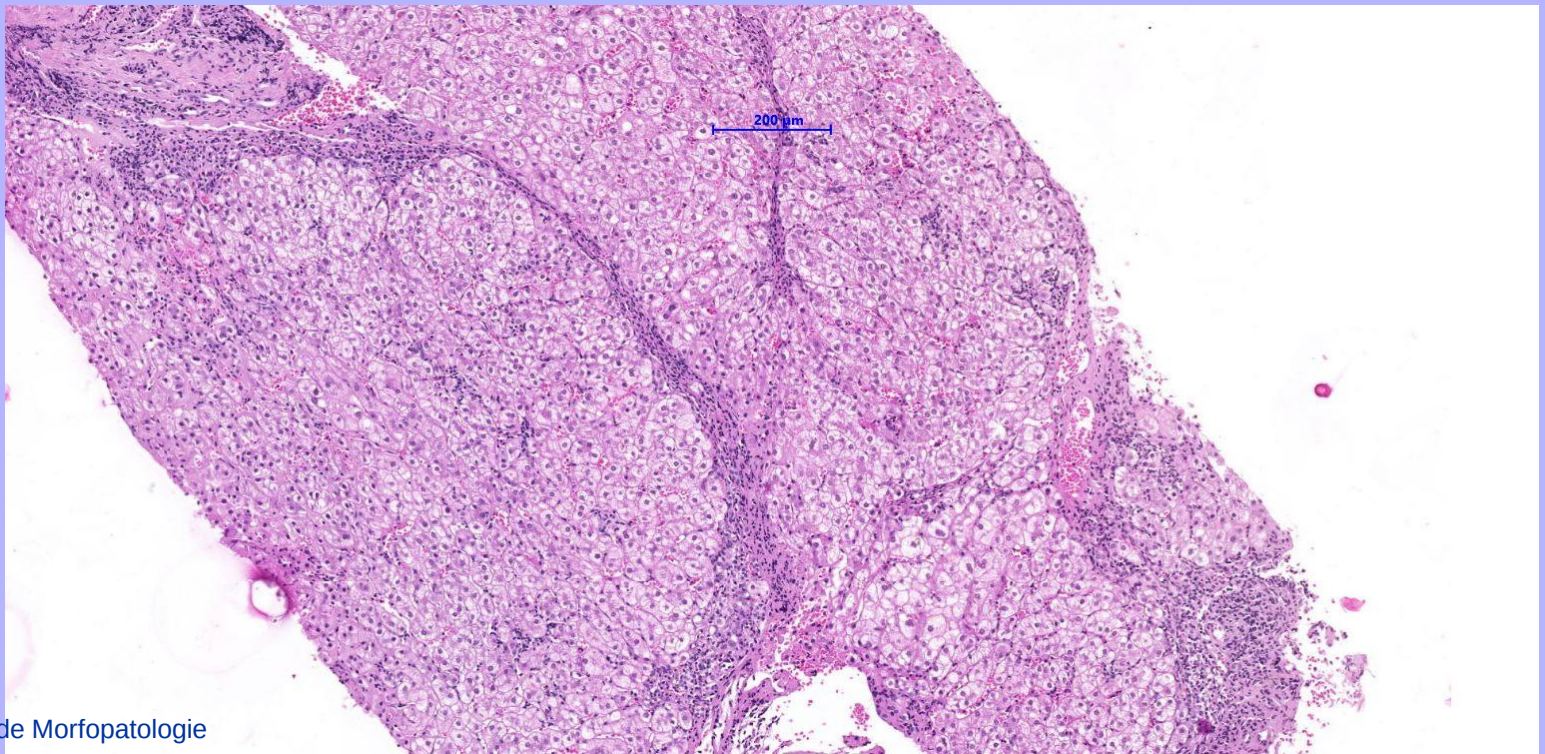
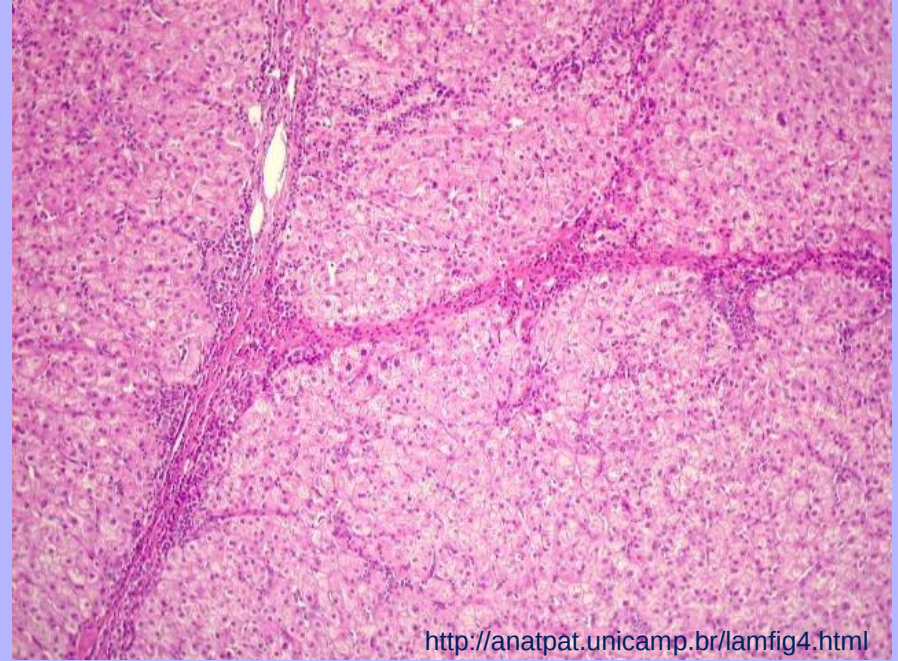
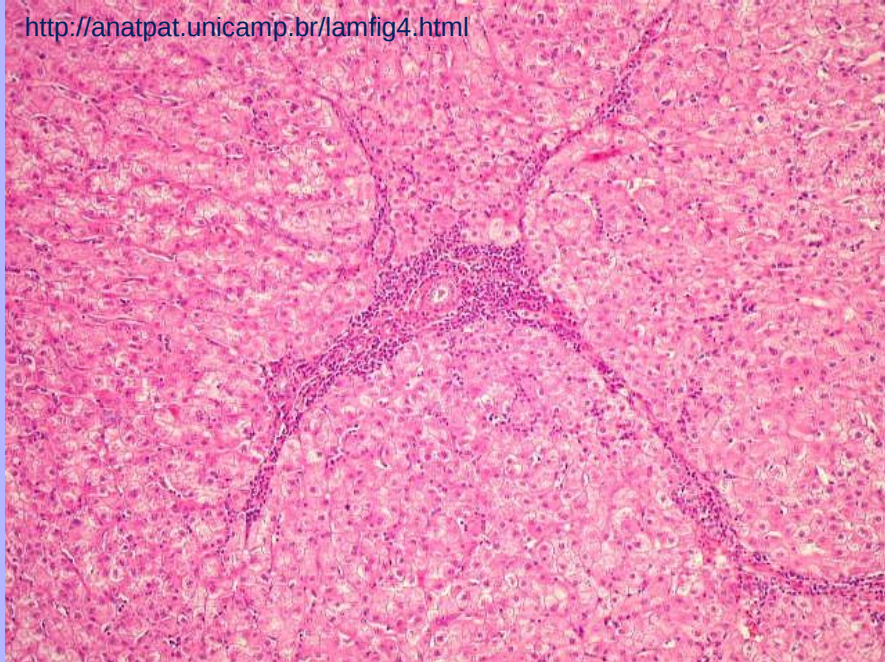
- ❖ infiltratul inflamator portal depășește limitanta lobulară → disociază + înconjoară hepatocite izolate/grupuri de hepatocite;
- ❖ limita dintre spațiul port și lobulii hepatocitari **neregulată** - "**piecemeal necrosis**" / **necroză periportală**;
- ❖ proliferarea ↑ a canaliculilor biliare.



Microscopic

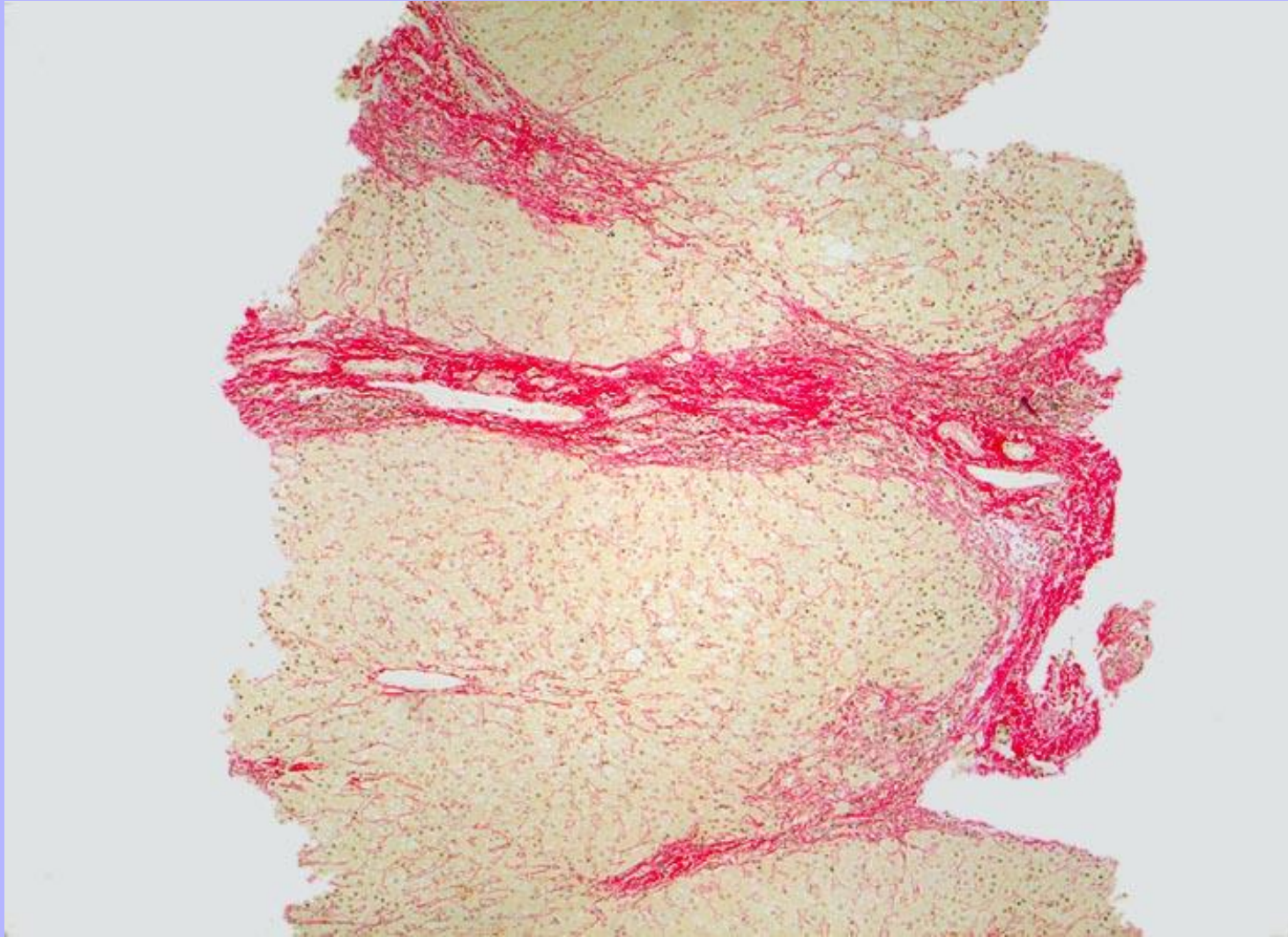
❖ cazuri cu tendință la progresie rapidă spre ciroză → aspect de **"bridging necrosis"** sau **necroze în punți** porto-portale și porto-centrolobulare.





Hepatită cronică activă – colapsul parenchimului – benzi de țesut conjunctiv

- ❖ Faza evolutivă finală - **septuri colagene dense** cu dezorganizează arhitecturii lobulară → noduli hepatocelulari → prefigurarea cirozei hepatice.



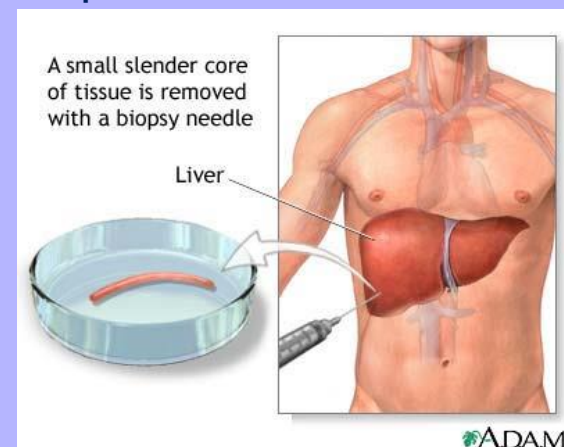
Evaluarea bolnavului cu hepatită cronică activă

- ❖ lipsa unor corelații anatomo-clinice satisfăcătoare;
- ❖ biopsia hepatică - indiciu important privind evoluția unei hepatite cronice;

- ❖ sisteme de **scor histologic** →
 - severitatea necroinflamatiei (gradul);
 - progresia fibrozei (stadiul bolii);

- ❖ cele mai utilizate sunt **scorul Knodell** și **scorul METAVIR**.

- ❖ **Fibroscan-ul** (elastrografia hepatică) este o tehnică modernă, non-invazivă care evaluează duritatea hepatică, ca marker al severității fibrozei hepatice în bolile cronice de ficat.



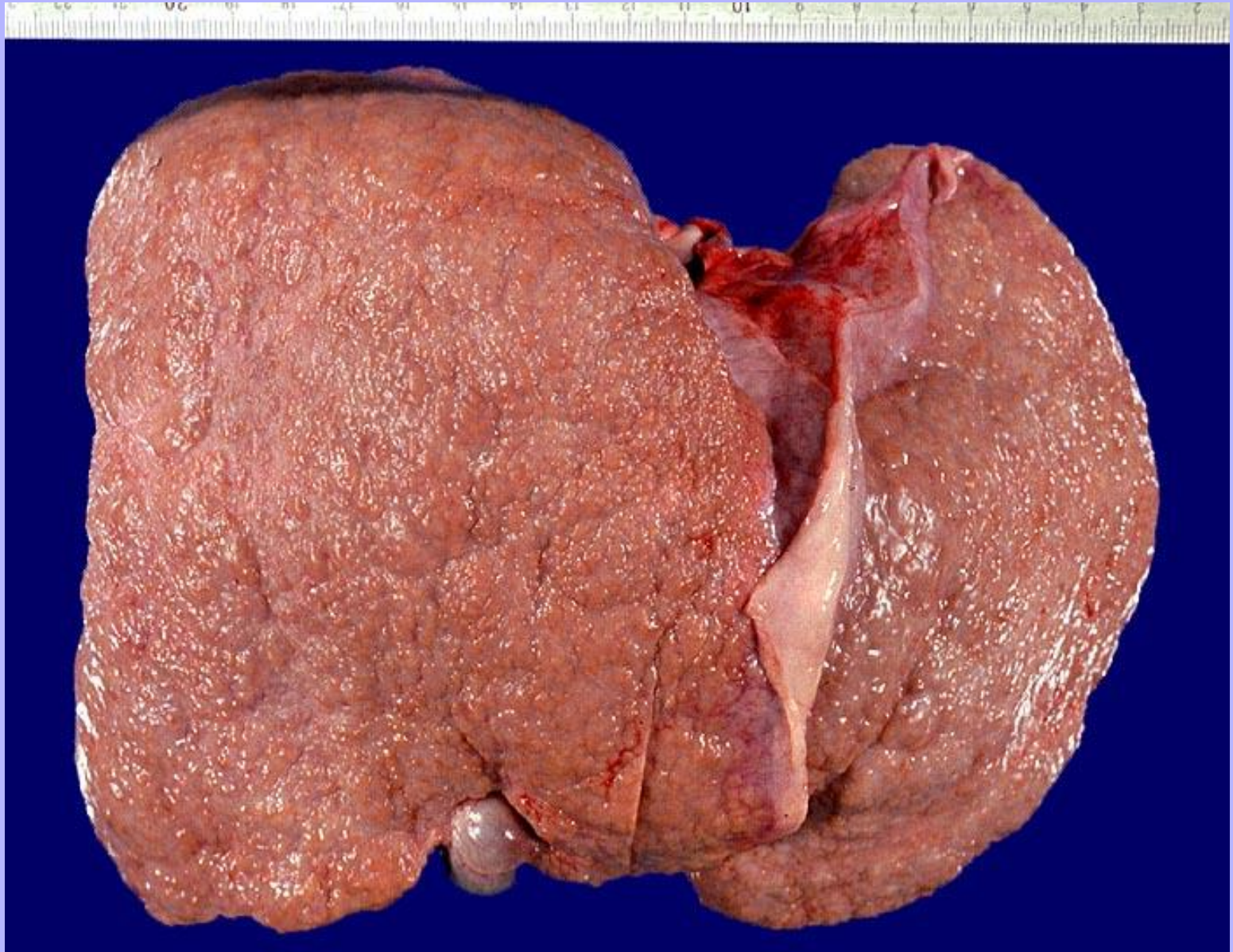
CIROZA HEPATICĂ

- Definiție: **distrucție** a arhitecturii lobulare normale hepatice prin **septuri fibroase** care încorsetează noduli de hepatocite regenerate.
- Stadiul **final** al unor boli cronice hepatice.
- Proces **ireversibil, difuz**, interesează întreg ficatul.
- Este rezultatul:
 - necrozei persistente a hepatocitelor;
 - persistenței reacțiilor inflamatorii;
 - fibrozei de substituție;
 - regenerării compensatorie a hepatocitelor.
- Modificările se produc în focare → dezorganizarea arhitecturii lobulare normale.
- Consecințe: modificări severe ale vascularizației intrahepatice → **hipertensiune portală**.

Macroscopic

- ❖ ficatul cirotic este ↓ în volum și greutate (< 1kg); N/crescut – asociere steatoză;
- ❖ suprafața ficatului neregulată, nodulară:
 - noduli mici și relativ uniformi, diametrul sub 3 mm (ciroza micronodulară);
 - noduli mari (ciroza macronodulară);
 - micro-macronoduli (ciroza mixtă);
- ❖ marginea anterioară ascuțită, consistența dură, culoare galbenă-portocalie (Laënnec - “*Kirrhos*” = oranj sau roșietic), dar depinde de etiologie.

Ciroză micronodulară etanolică



Ciroză micronodulară etanolică



Ciroză macronodulară



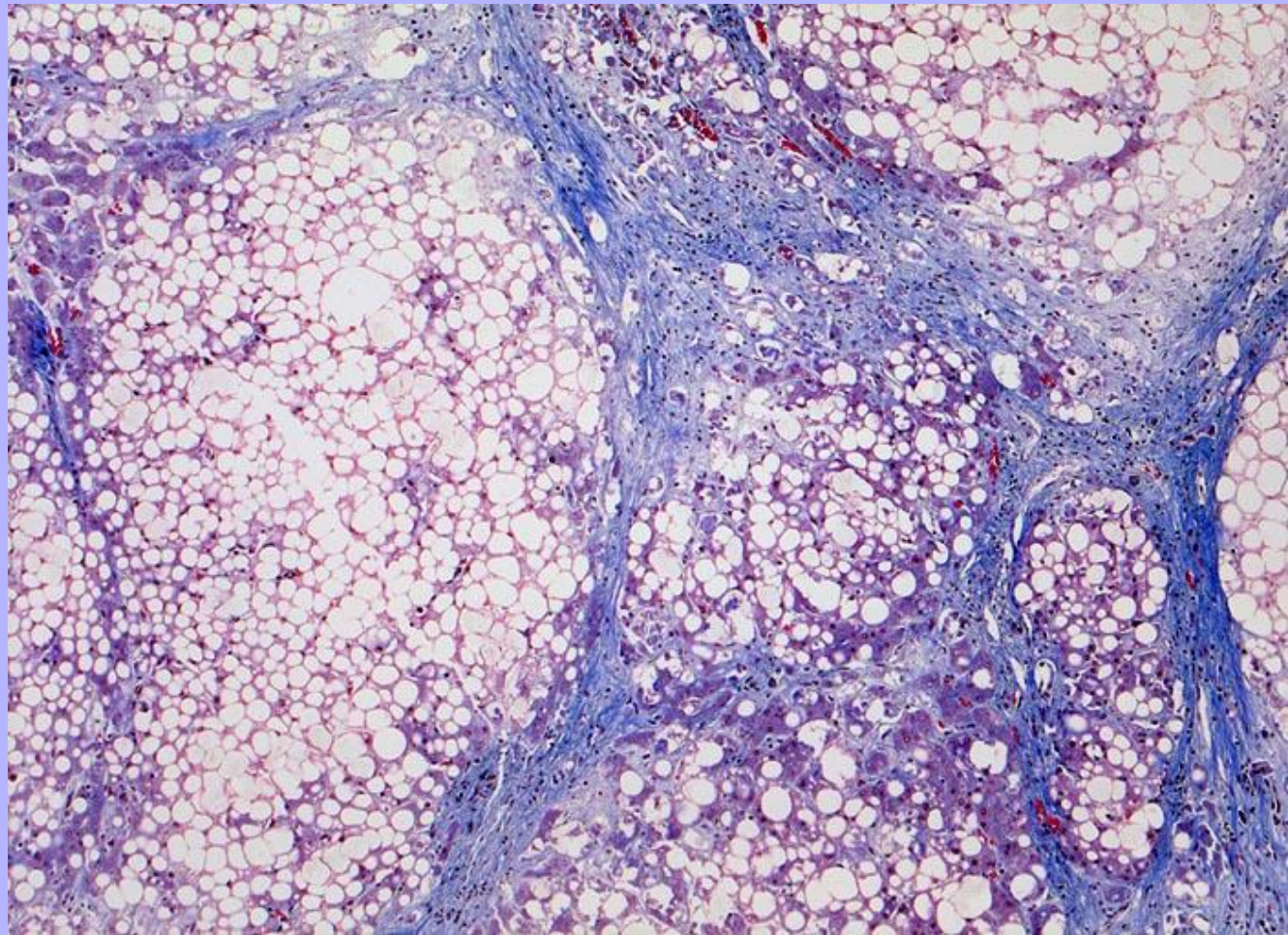
Ciroză macronodulară

PathoPic
www.unibas.ch/patho



Microscopic:

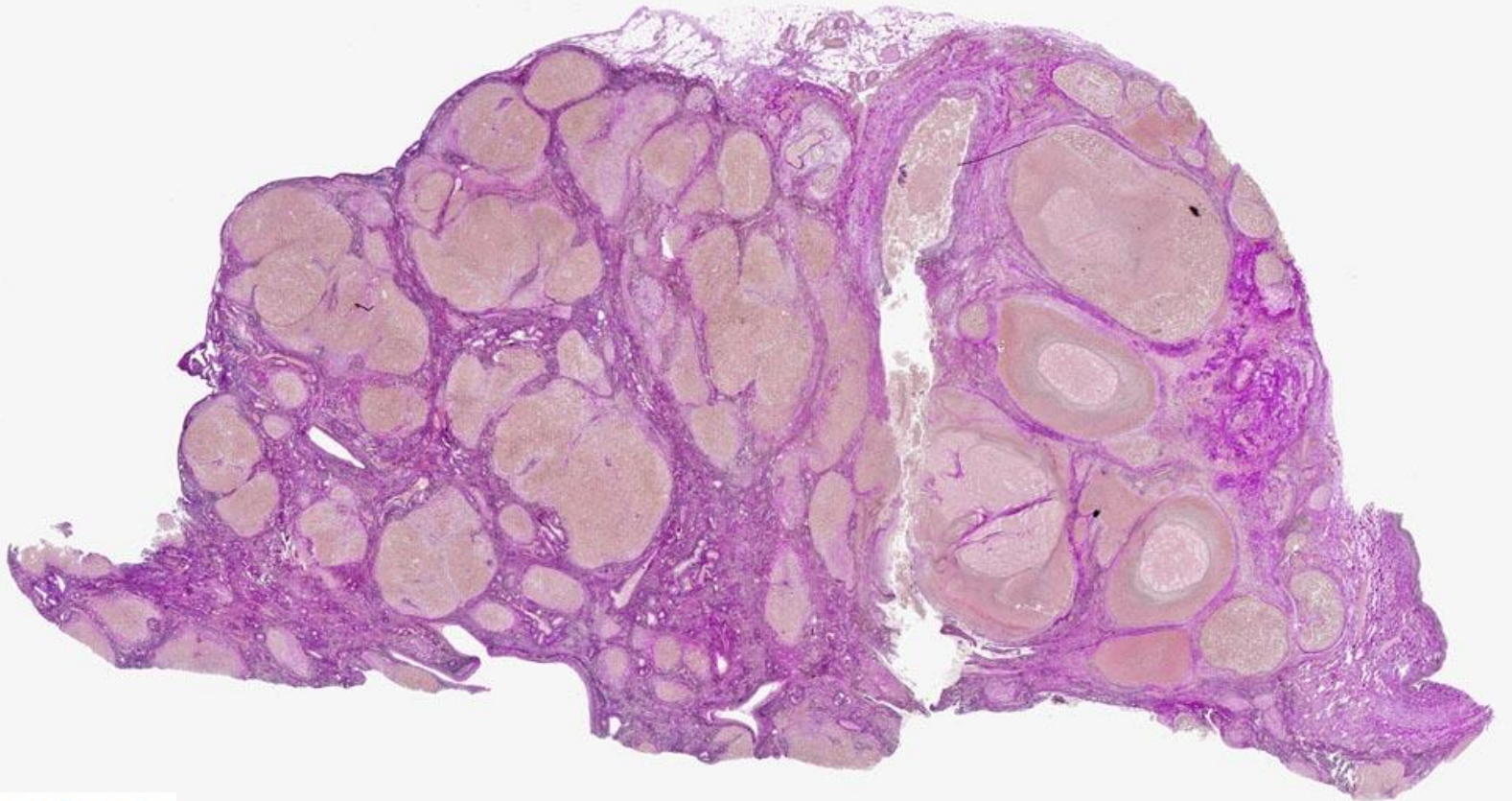
- ❖ **Ciroza micronodulară** = ciroză Laënnec = ciroză septală = portală = nutrițională
 - ✓ noduli separați de obicei prin **septuri conjunctive subțiri** cu numeroase celule inflamatorii mononucleare și canalicule biliare proliferate.
 - ✓ prototipul cirozei micronodulare - **ciroza alcoolică**.



❖ **Ciroza macronodulară** = ciroză postnecrotică = posthepatitică = ciroză multilobulară.

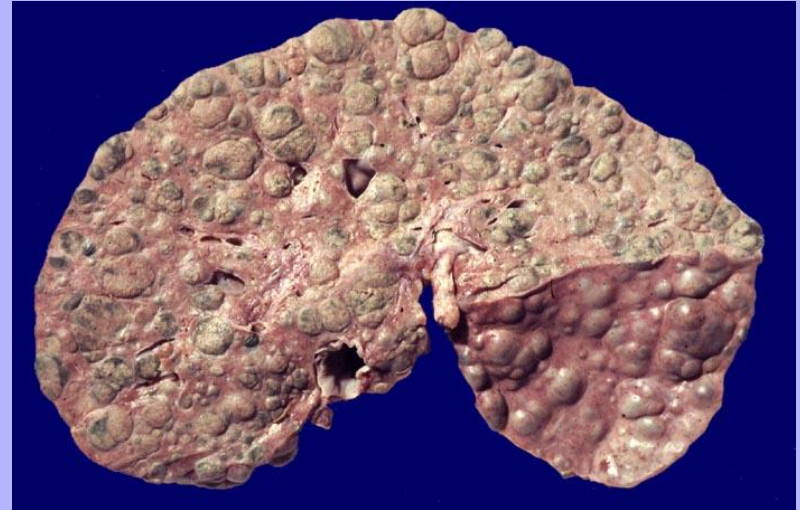
✓ noduli hepatocitari mari care mai păstrează unele structuri lobulare hepatice;

✓ **septurile conjunctive largi** cu elemente ale spațiului port preexistent, celule inflamatorii mononucleare + ducte biliare proliferate.



Cauzele cirozei hepatice

- ❖ **Ciroza alcoolică (etanolică)**
- ❖ **Ciroza posthepatitică**
- ❖ **Ciroza biliară primară**
- ❖ **Ciroza biliară secundară**
- ❖ **Ciroza din hemocromatoză**
- ❖ **Ciroza din boala Wilson**
- ❖ **Ciroza din fibroza chistică**
- ❖ **Ciroza din galactosemie**
- ❖ **Ciroza din talasemie**
- ❖ **Ciroza copiilor indieni**
- ❖ **Ciroza cardiacă**



PathoPic
www.unibas.ch/patho



Ciroză etanolică

PathoPic
www.unibas.ch/patho



Ciroză etanolică

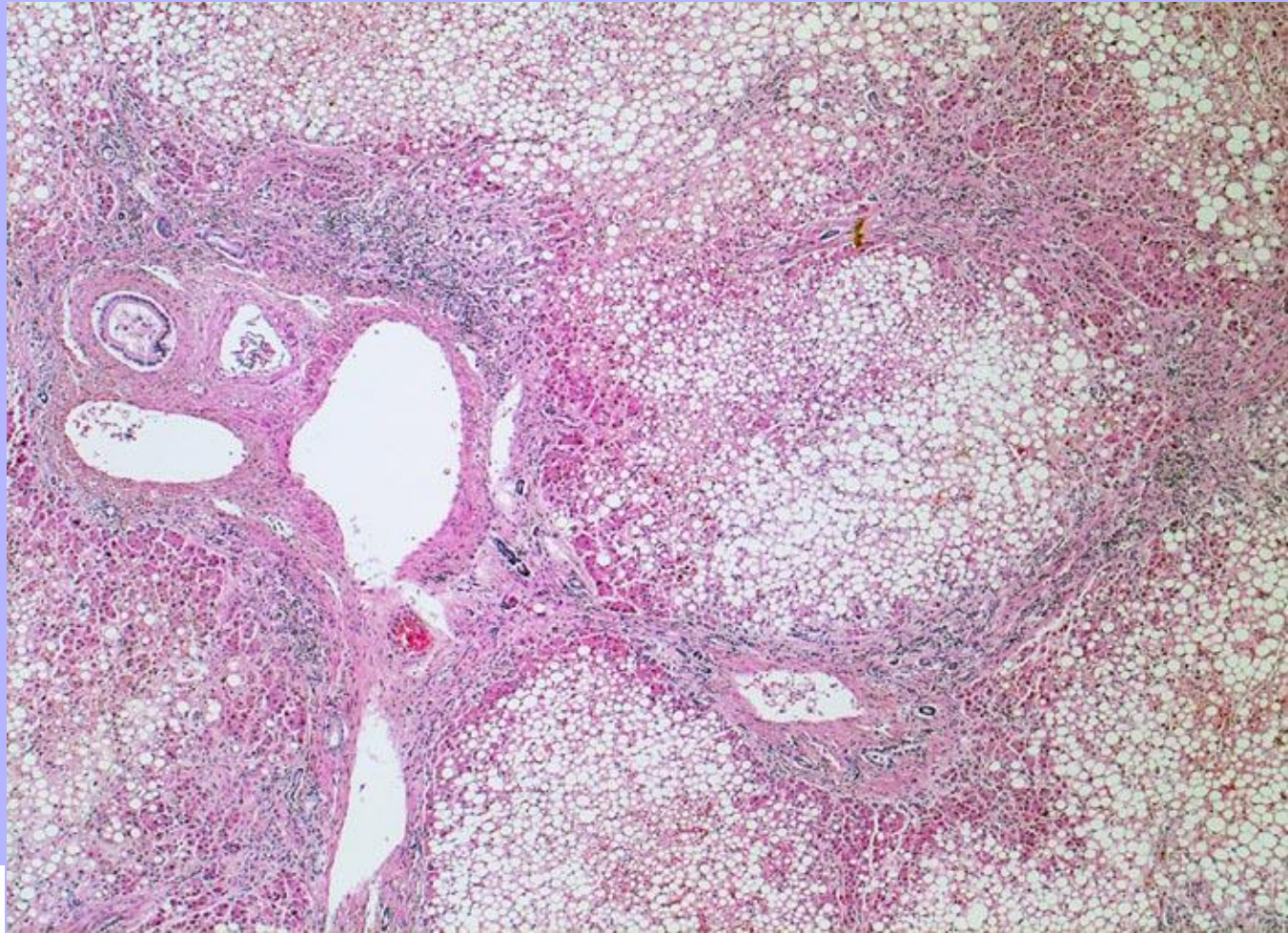
PathoPic
www.unibas.ch/patho

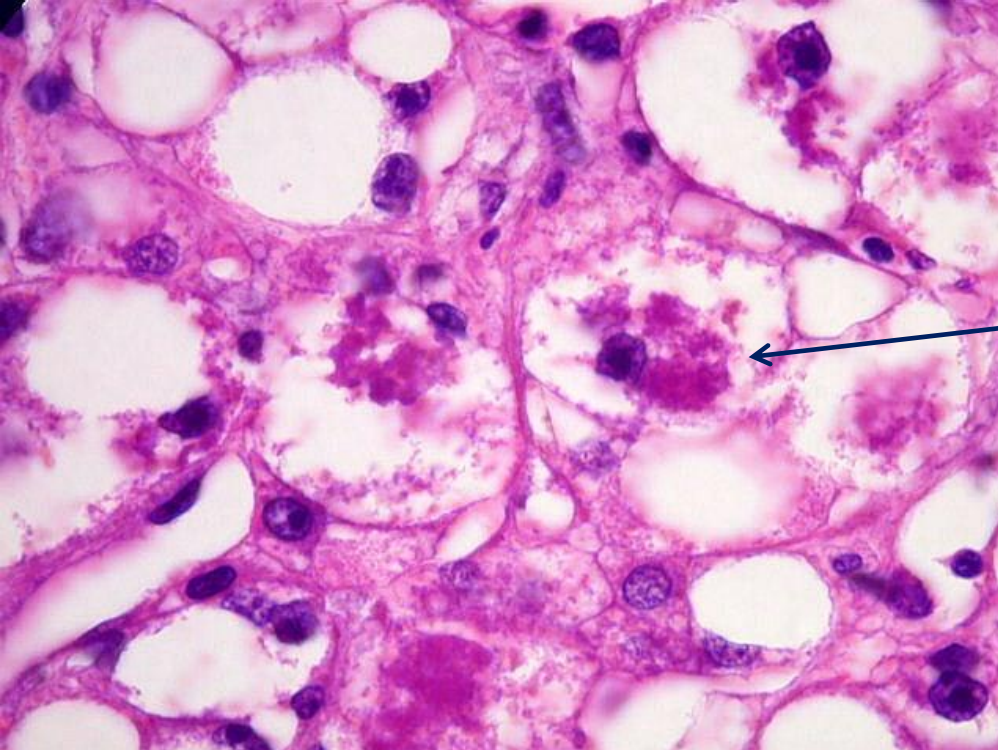


Ciroza alcoolică – ciroză micronodulară

❖ mai frecventă la bărbați între 40 - 70 de ani;

- *steatoza hepatocitară și corpi Mallory* = elemente utile de diagnostic;
- septurile conjunctive subțiri, cu traiect porto-centrolobular; limita nodul - sept → **regulată**;
- infiltratul limfocitar ↓
- proliferarea ducturilor biliare ↓

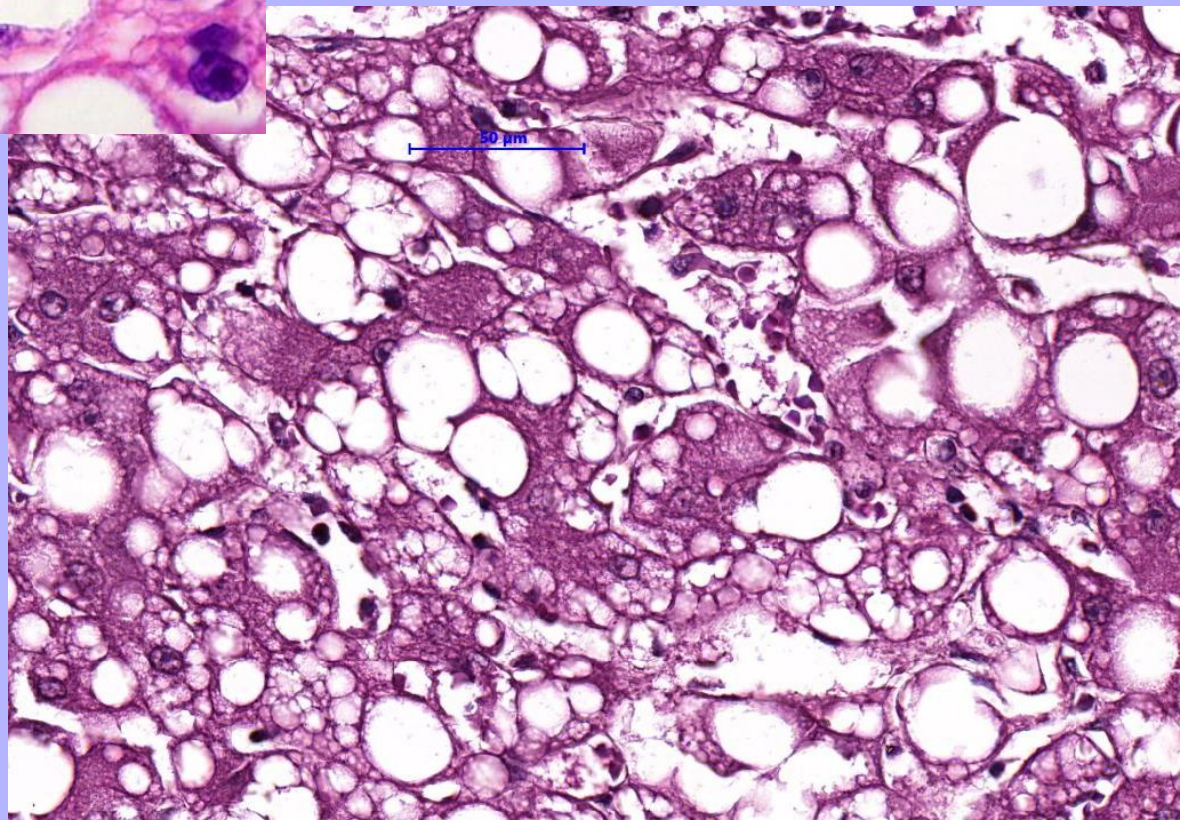




corp Mallory

Arhiva disciplinei de Morfopatologie

<http://anatpat.unicamp.br/lamdegn5.html>

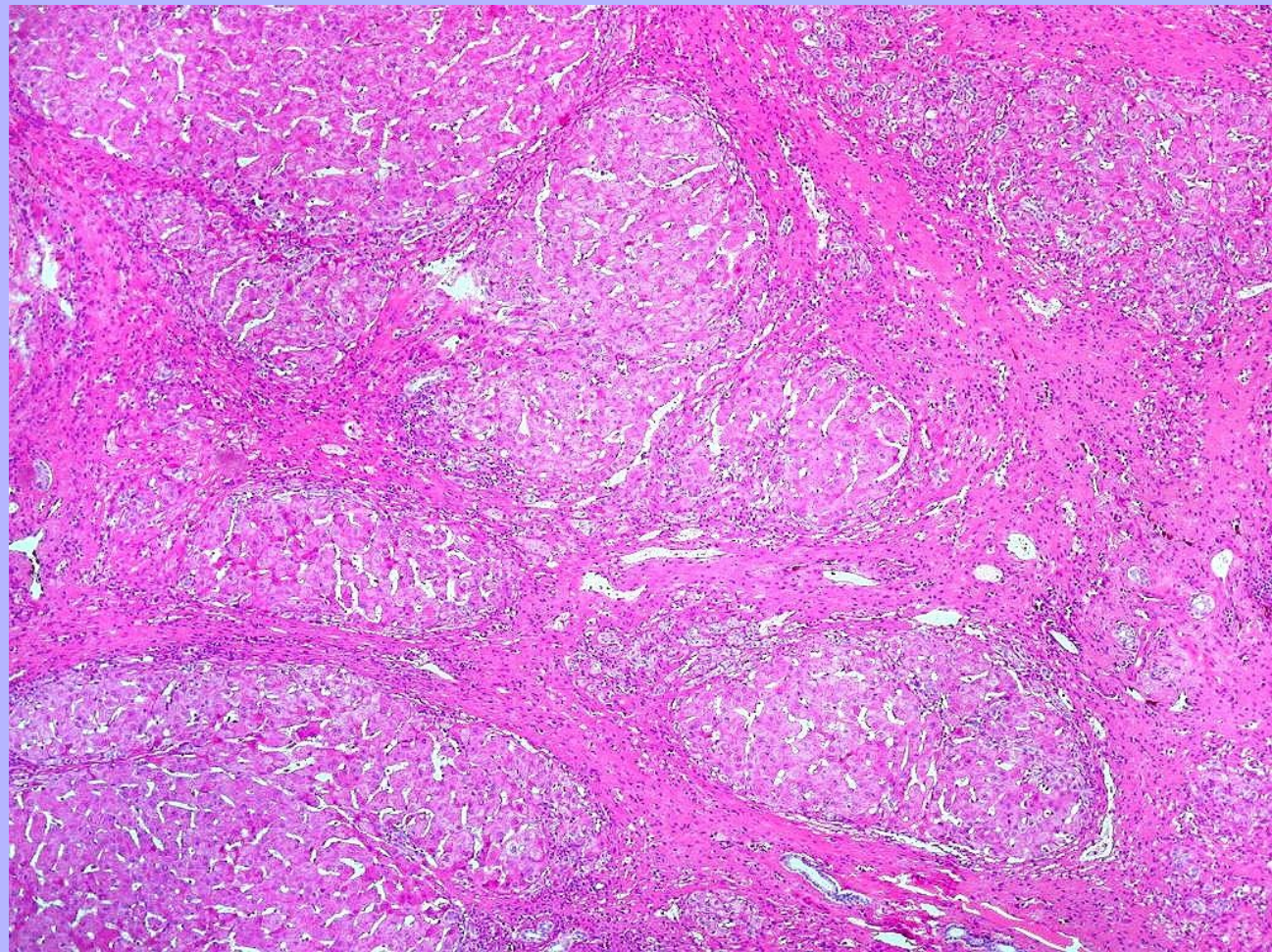


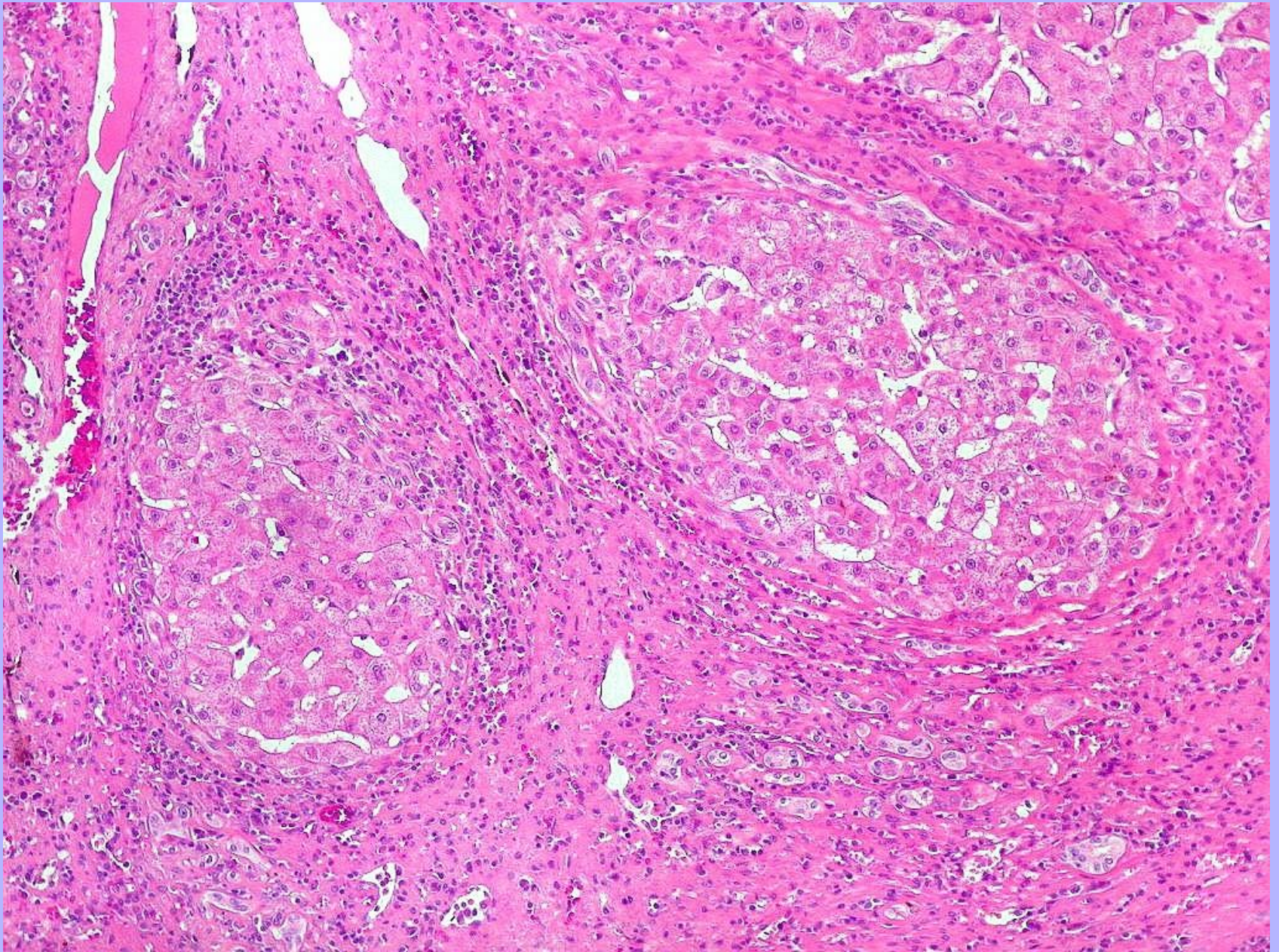
- ✓ progresia leziunilor din ciroza alcoolică - mult mai lentă;
- ✓ renunțarea la consumul de alcool → ameliorări consistente.
- ✓ *posibilitatea convertirii modelului micronodular → model macronodular.*

Ciroza posthepatitică (postvirală)

- ❖ volumul ficatului ↓↓, arhitectura lobulară nu este complet ștearsă - **ciroza macronodulară**;
- ❖ mai frecventă la femei mai tinere;
- ❖ splenomegalia adeseori prezentă;
- ❖ evoluție mai rapidă cu fenomene severe de hipertensiunea portală;
- ❖ incidența crescută a **carcinoamelor hepatocelulare** (persistența antigenului HBs).

- hepatocitele cu volum variabil, frecvent nucleu hipertrofic sau binucleate;
- septurile conjunctive groase (țesut conjunctiv tânăr cu fibroblaste ↑↑ și numeroase limfocite);
- ducte biliare ↑↑;
- limita dintre nodulii hepatocitari și septurile conjunctive ***neregulată***.





Ciroza biliară primară

= distrucția ductelor biliare intrahepatice (colangită distructivă nesupurativă);

- ❖ femei, vârstă medie;
- ❖ boală autoimună → colestază progresivă.

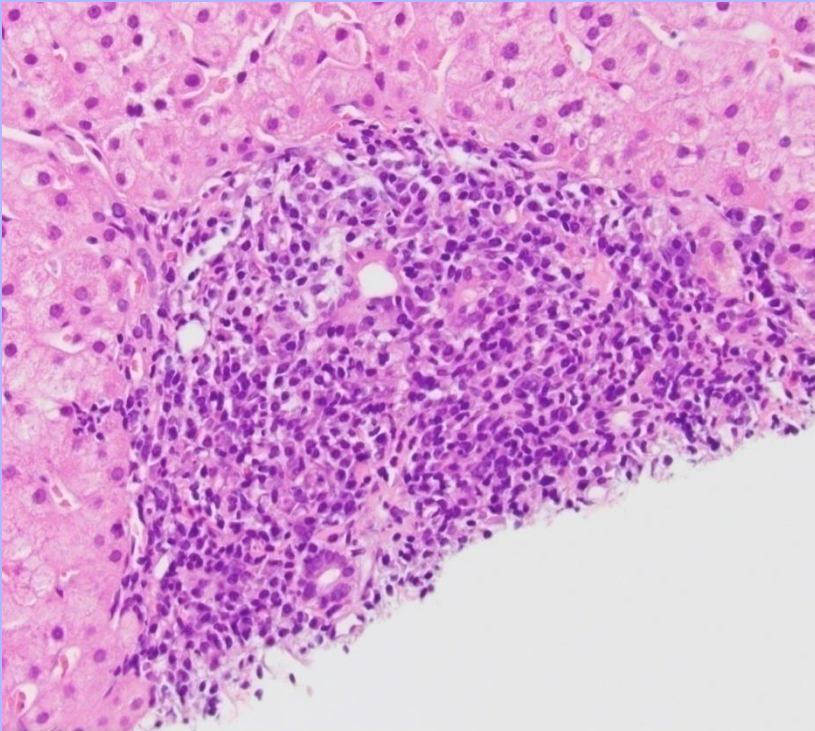
Clinic: oboseală, prurit, icter, hepatomegalie, ↑ fosfataza alcalină, ↑ bilirubina serică (mai puțin), tulburări de absorbție a vitaminei D + calciului, osteomalacie și osteoporoză etc.

Stadii:

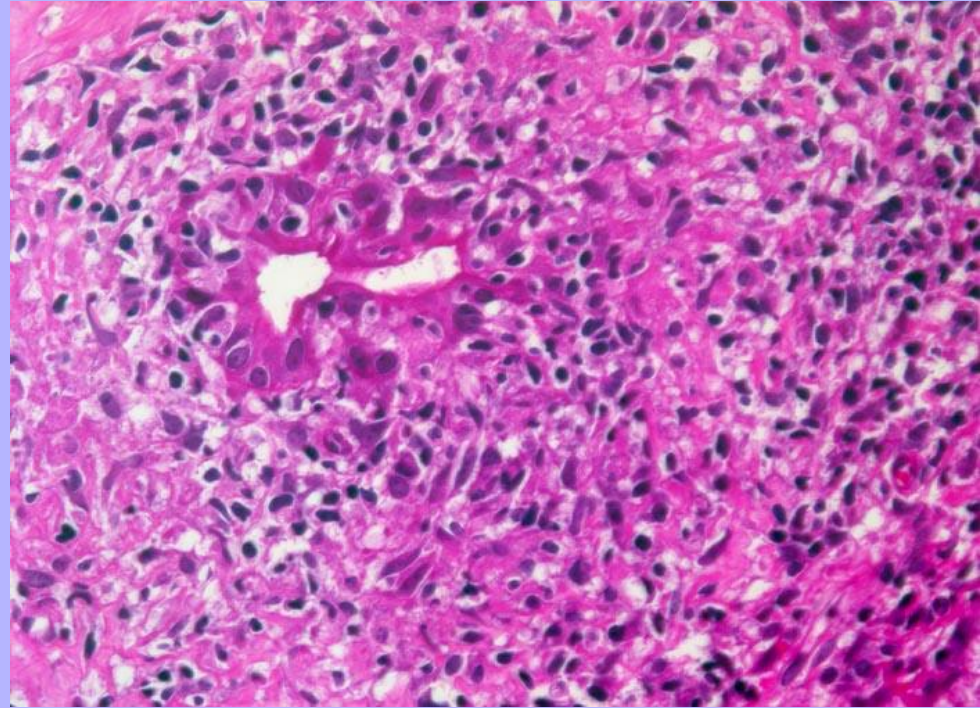
- stadiul inițial al leziunilor distructive ale ducturilor biliare;
- stadiul cicatricial;
- stadiul terminal cirotic.

➤ *Stadiul inițial al leziunilor distructive ale ducturilor biliare*

- **colangita distructivă cronică cu caracter segmentar** → afectarea ductelor biliare intrahepatice **mici și mijlocii**;
- ↑↑ limfocite, plasmocite, macrofage, uneori eozinofile ↑, granulocite - foarte rar;
- necroza unor celule epiteliale ductale și ulcerații;
- epiteliul ductal - **hiperplaziat, stratificat**, uneori cu proiecții papilifere;
- **foliculi limfoizi** cu centri germinativi;
- ușoară **colestază** centrală.



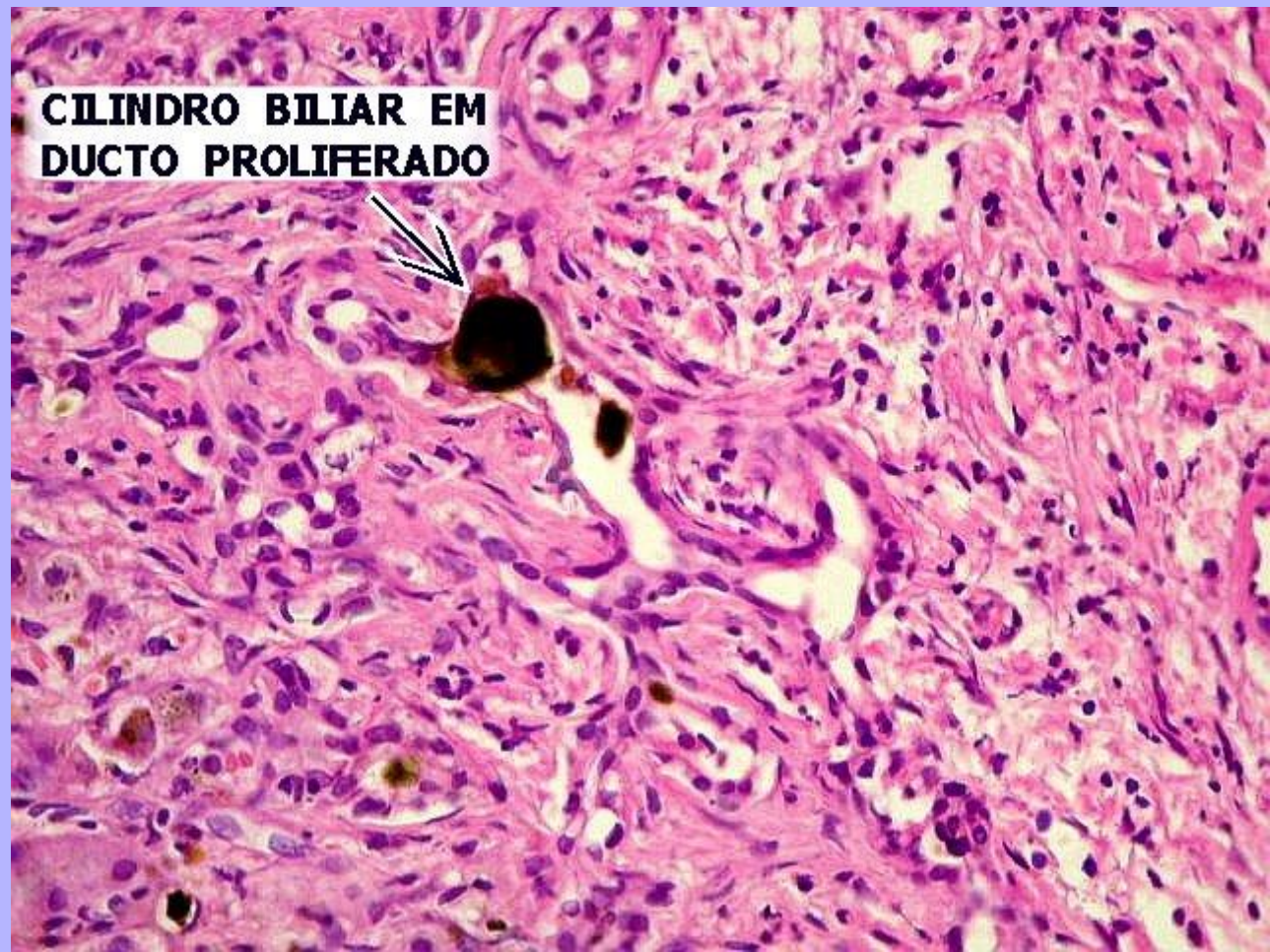
Lymphocytes and plasma cells expanding a portal tract and attacking a bile duct in PBC, without a florid duct lesion



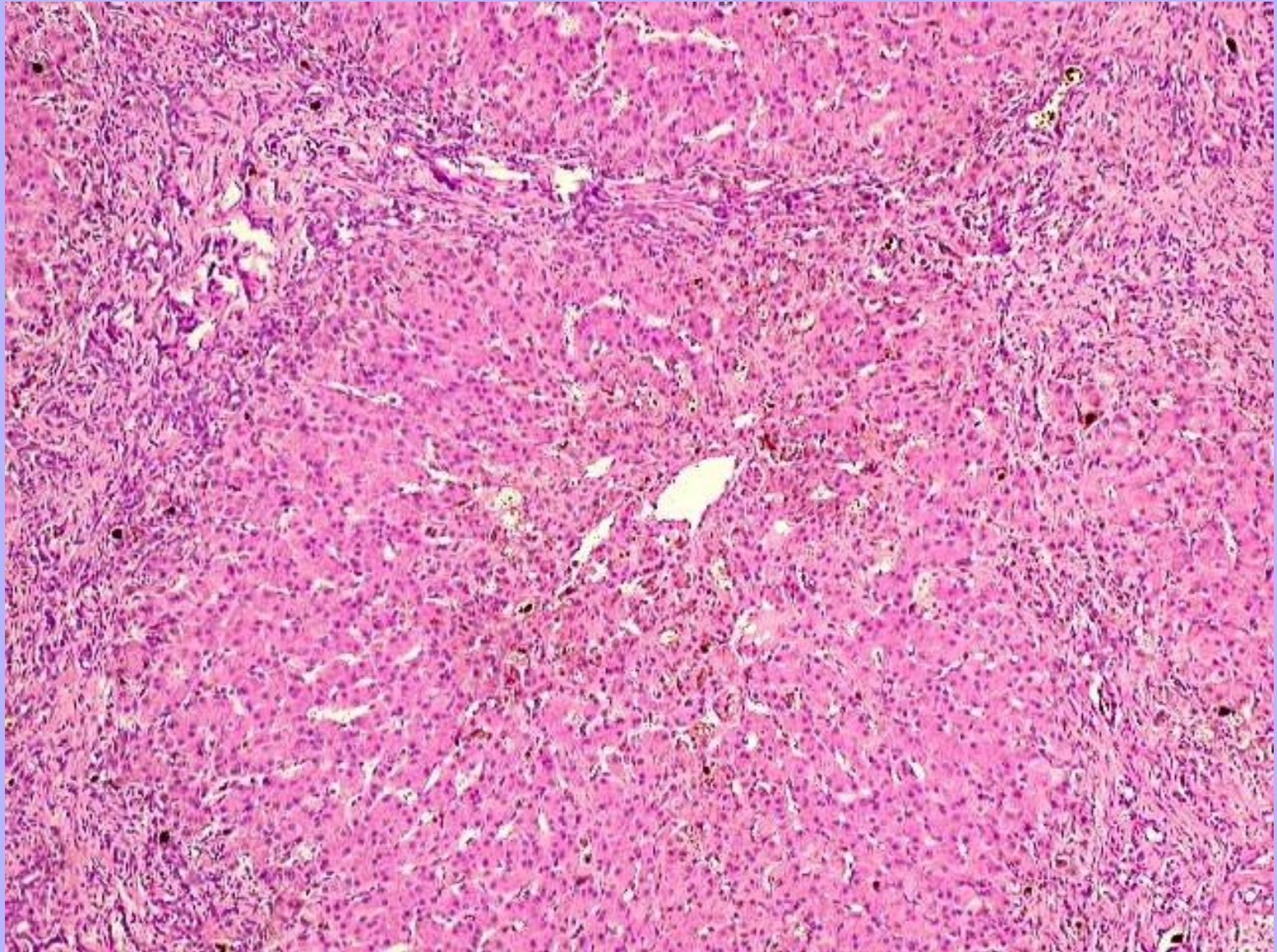
➤ *Stadiul cicatricial*

- ductele biliare mici dispărute, cele mijlocii cicatrizate.
- infiltrat inflamator portal → aspecte de "piecemeal necrosis";
- ***proliferarea marcată de neocanalicule biliare în spațiile porte;***
- colestaza – severă (la periferia spațiilor porte).

<http://anatpat.unicamp.br/lamdegn19.html>



- treneuri fibroase hipocelulare pătrund dinspre spațiile porte în parenchimul lobular → încercuiesc unii lobuli;



Ciroză biliară primară

➤ **Etapă finală** = ciroza, ficat ↓ în volum, micronodular, verzui-negricios;

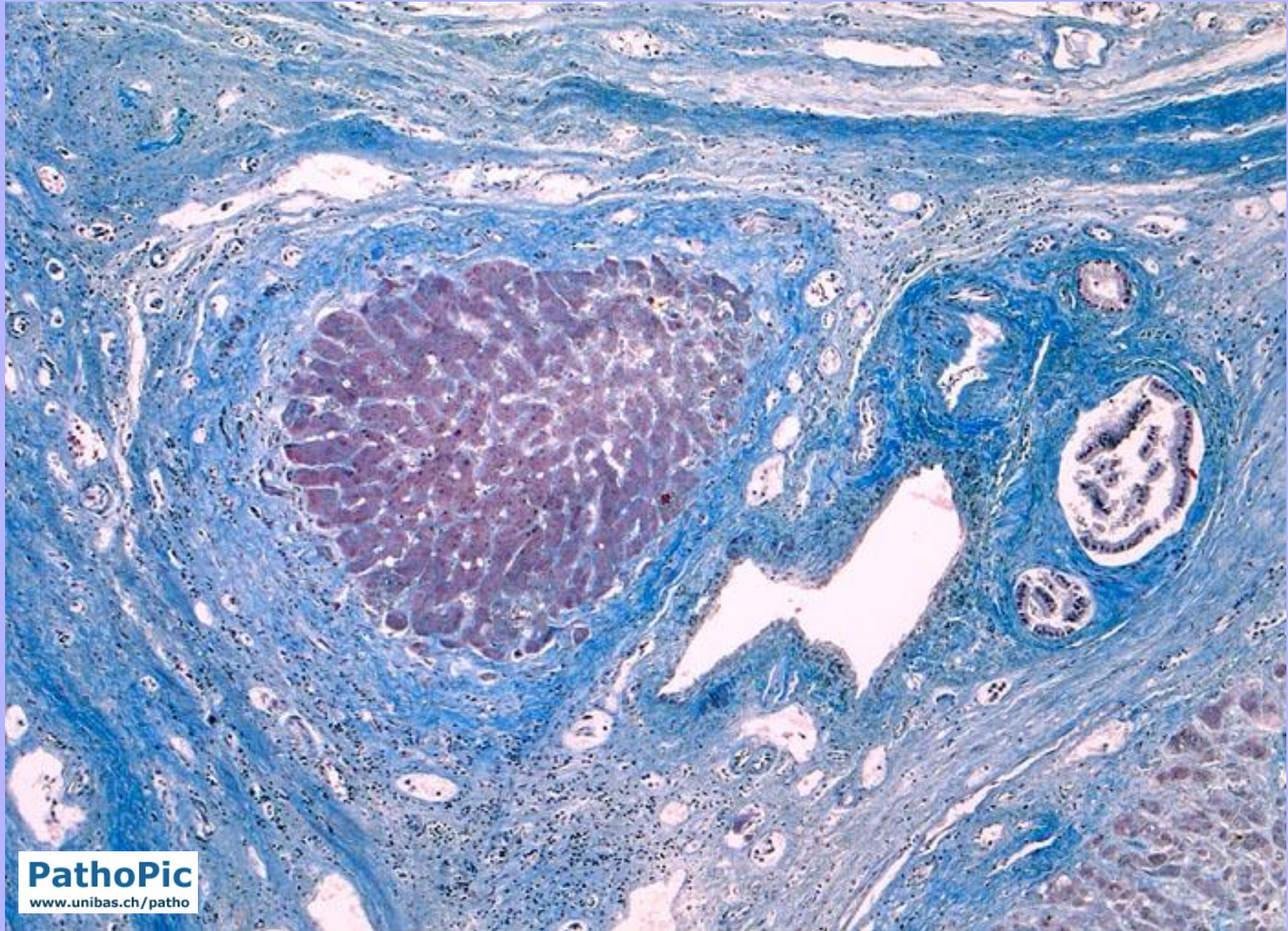


Ciroză biliară primară



5 cm

- infiltrat inflamator discret in septurile fibroase + nodulii hepatocitari;
- ductele biliare mici - dispărute, cele medii - mult reduse numeric.



Ciroză biliară secundară (obstructivă)

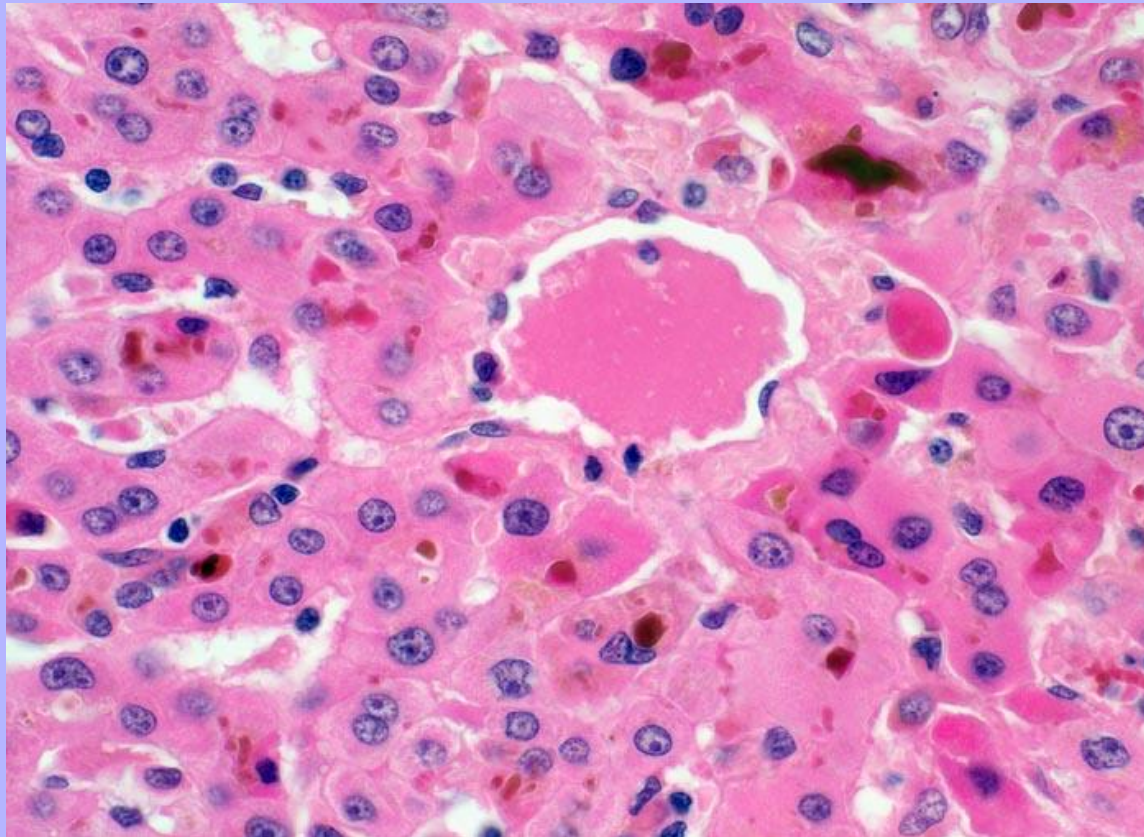
- obstrucția prelungită a căilor biliare extrahepatice prin:
 - litiază biliară;
 - tumori ale căilor biliare;
 - cancer al capului pancreasului sau al ampulei Vater;
 - adenopatii de vecinătate;
 - stricturi postoperatorii;
 - atrezia biliară congenitală;
 - colangită sclerozantă.

În stadiul precirotic – ficat mărit în volum, culoare verzuie-murdară, supraîncărcat cu bilă.

Inițial:

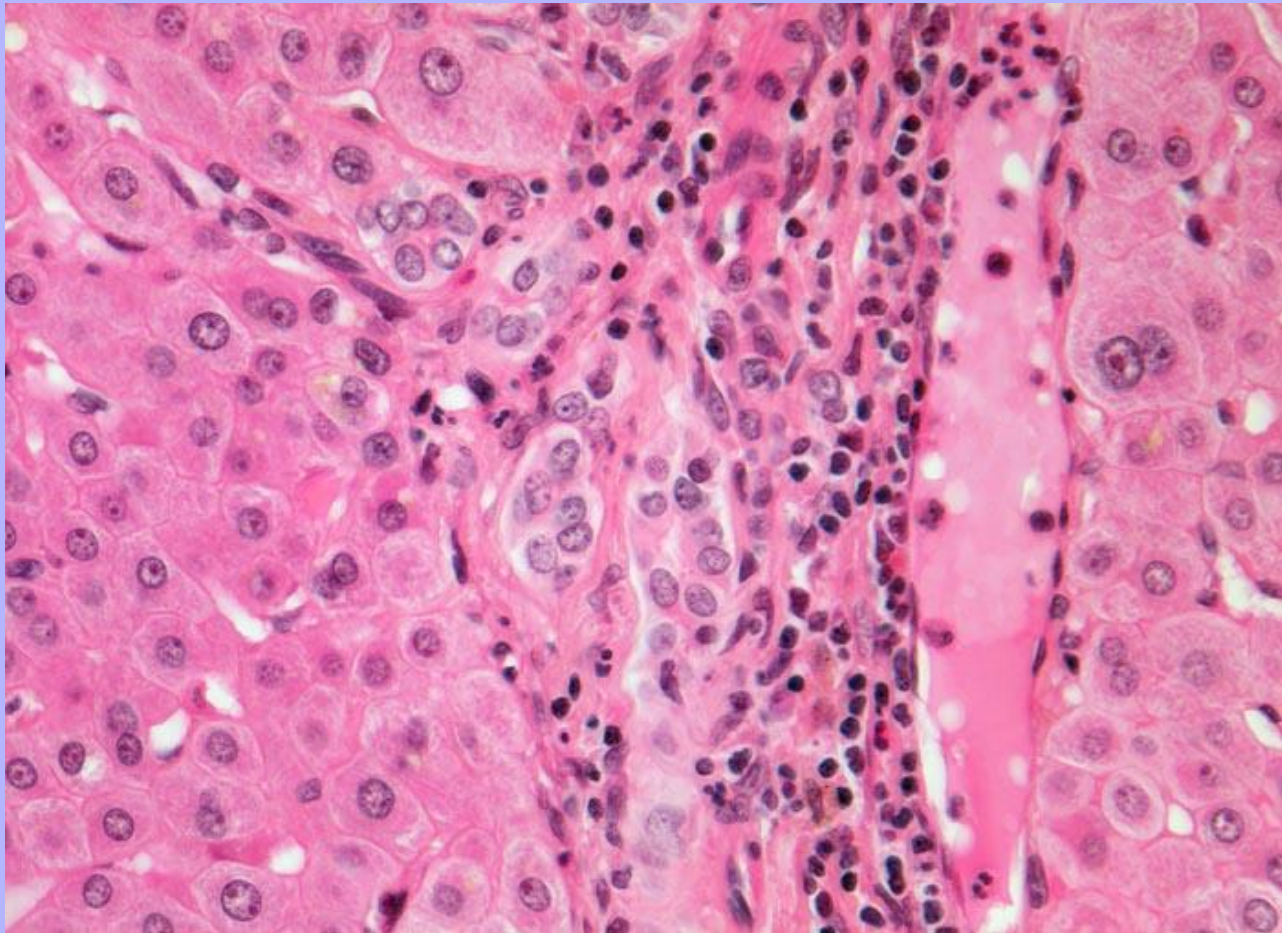
- colestaza centrolobulară;
- edem în spațiile porte;

❖ dificil de diferențiat obstrucția extrahepatică de formele colestazei intrahepatice.

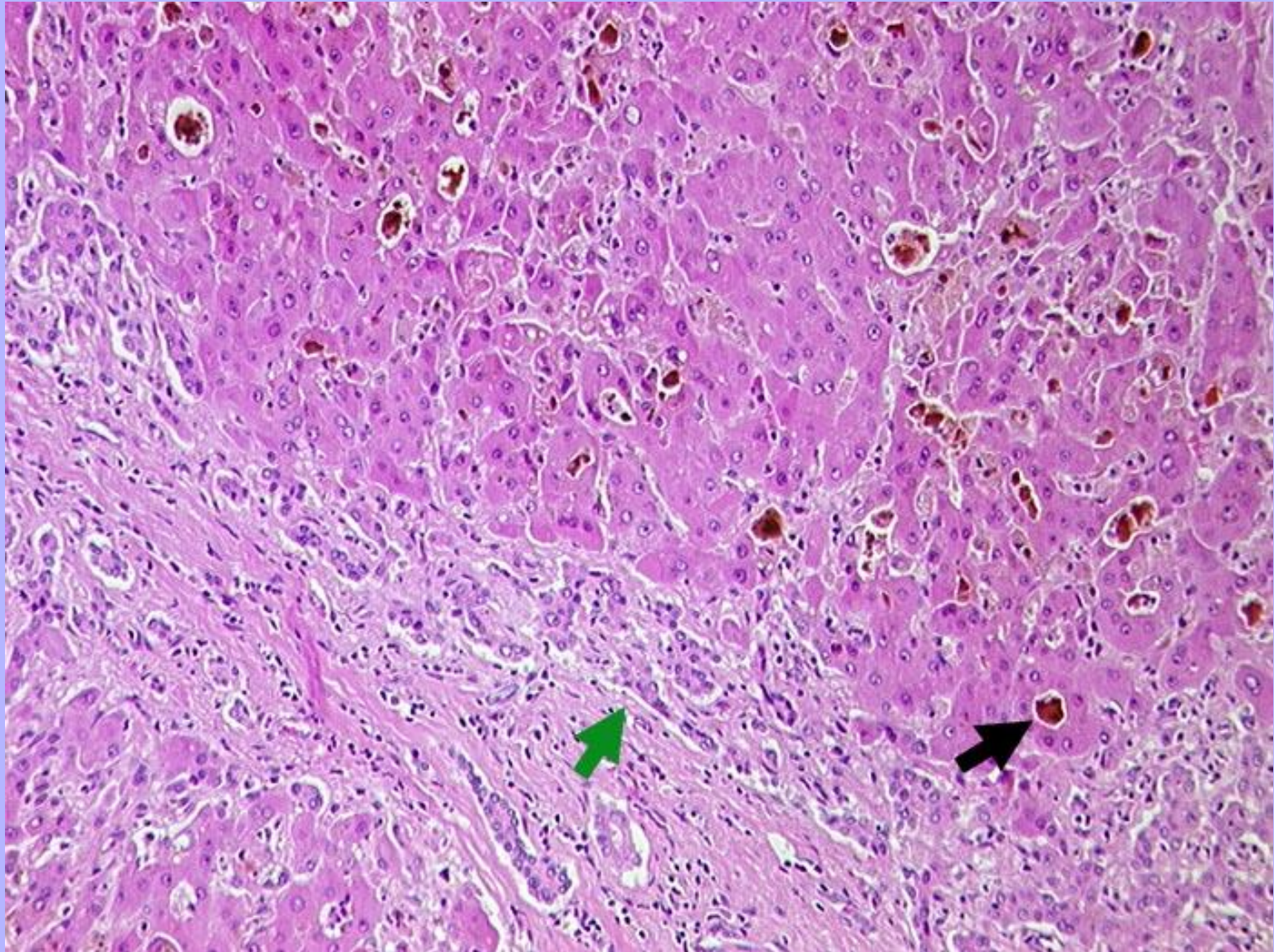


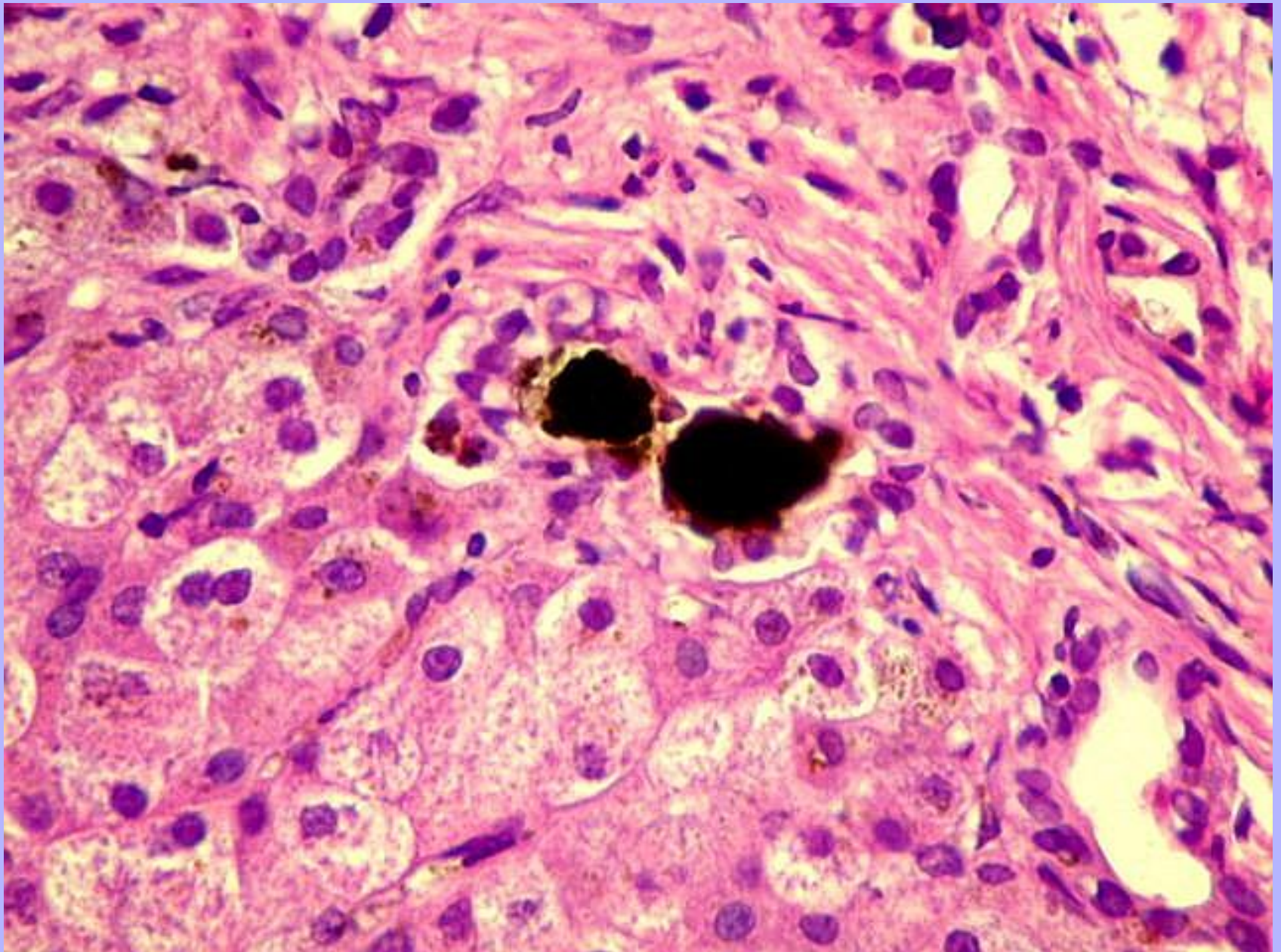
Prelungirea obstrucției →

- în spațiile porte:
 - infiltrate celulare mononucleare inflamatorii;
 - ductele biliare: dilatate, sinuoase, tapetate cu epiteliu cubic, proliferază intens.



➤ colestaza → periferia lobulilor hepatici → ruptura ductelor biliare dilatate → **lacuri biliare** înconjurate de hepatocite degenerate.





➤ revărsatele biliare atrag histiomacrofage, lipofage → **granuloame**

- necroze hepatocitare izolate intralobulare;
- necroze periportale;
- reacțiile inflamatorii portale

→ ***pronunțate***

❖ Fibroza periductală concentrică, în foi suprapuse semnificativă → septuri fibroase porto-portale → ***tablou de ciroză micronodulară***.

Ciroză biliară

