



**Patologia sistemului genital
feminin.**

Tema: Patologia sistemului genital feminin

I. Micropreparate:

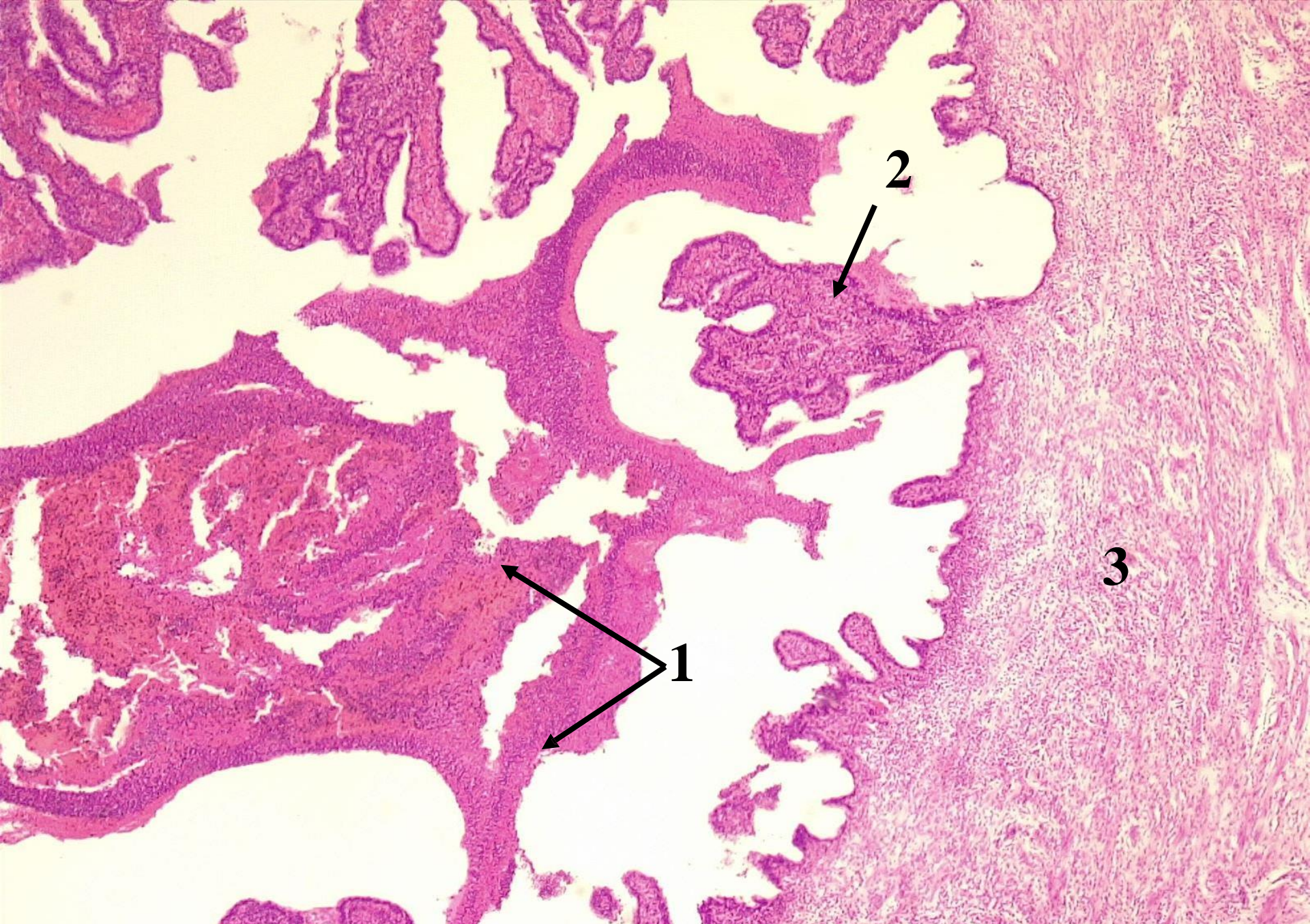
№ 63. Salpingită purulentă. (colorație H-E).

Indicații:

1. Leucocite neutrofile în lumenul salpinxului.
2. Infiltrație leucocitară neutrofilă a vilozităților mucoasei tubare.
3. Peretele salpinxului.

Vilozitățile mucoasei trompei uterine sunt îngroșate, hiperemiate, infiltrate difuz cu leucocite neutrofile, între vilozități sunt aglomerări de neutrofile. Peretele trompei este îngroșat, edemațiat, vasele dilatate, hiperemiate, se observă infiltrația difuză a peretelui cu leucocite neutrofile (inflamație flegmonoasă).

Salpingita purulentă este o inflamație a trompei uterine de origine infecțioasă. Se întâlnește în boala inflamatorie pelviană – infecție ascendentă a tractului genital feminin (cu Chlamydia, Mycoplasma, gonococi, colibacili), inflamații postpartum sau post abortion (cu streptococi și stafilococi), în cazurile dispozitivelor intrauterine. Se poate complica cu salpingooforită, abces tubo-ovarian, piosalpinx, peritonită locală sau generalizată, trecere în salpingită cronică.



№ 63. Salpingită purulentă. (colorație H-E).

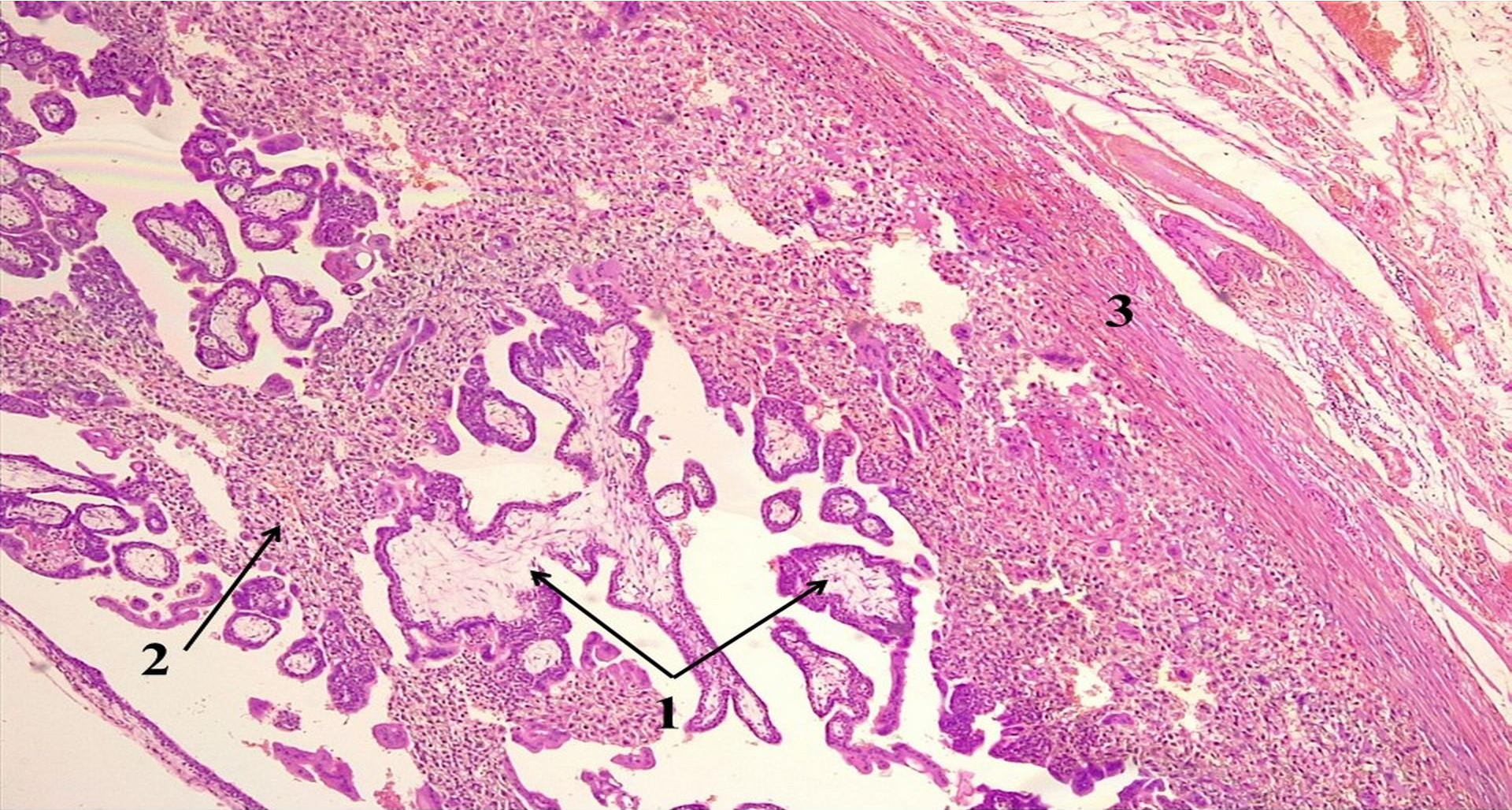
№ 108. Sarcină tubară. (colorație H-E).

Indicații:

1. Vilozități coriale.
2. Țesut decidual.
3. Peretele trompei uterine.

În lumenul trompei uterine se observă vilozități coriale de formă și dimensiuni variabile, acoperite cu epiteliu bistratificat, stratul intern de celule cuboidale – citotrofoblastul și stratul extern de celule polimorfe, unele gigante, polinucleate, cu nuclee hipercrome – sincițiotrofoblastul, stroma vilozităților este edemațiată. Sunt aglomerări de celule deciduale poligonale cu citoplasma clară, focare de necroză, hemoragii. În locul implantării ovulului fertilizat se constată penetrarea țesutului trofoblastic cu celule coriale multinucleate în peretele tubar, înlocuind mucoasa și stratul circular al muscularei, fiind păstrat doar stratul longitudinal. În perete - edem, dilatarea și hiperemia vaselor, hemoragii. Sunt zone intacte ale peretelui tubar (*de nu confundat vilozitățile mucoasei trompei uterine cu vilozitățile coriale!*).

Sarcina tubară este cea mai frecventă formă de sarcină ectopică, în care trecerea ovulului fertilizat prin trompele uterine este întârziată și implantarea se produce în afara corpului uterului. Datorită infiltrării peretelui trompei cu țesut trofoblastic are loc erodarea vaselor sanguine și hemoragie în lumenul trompei – hematosalpinx, iar pe măsura creșterii embrionului se produce distensia trompei și ruptura peretelui cu hemoragie intraperitoneală. În endometru este prezentă reacție deciduală.



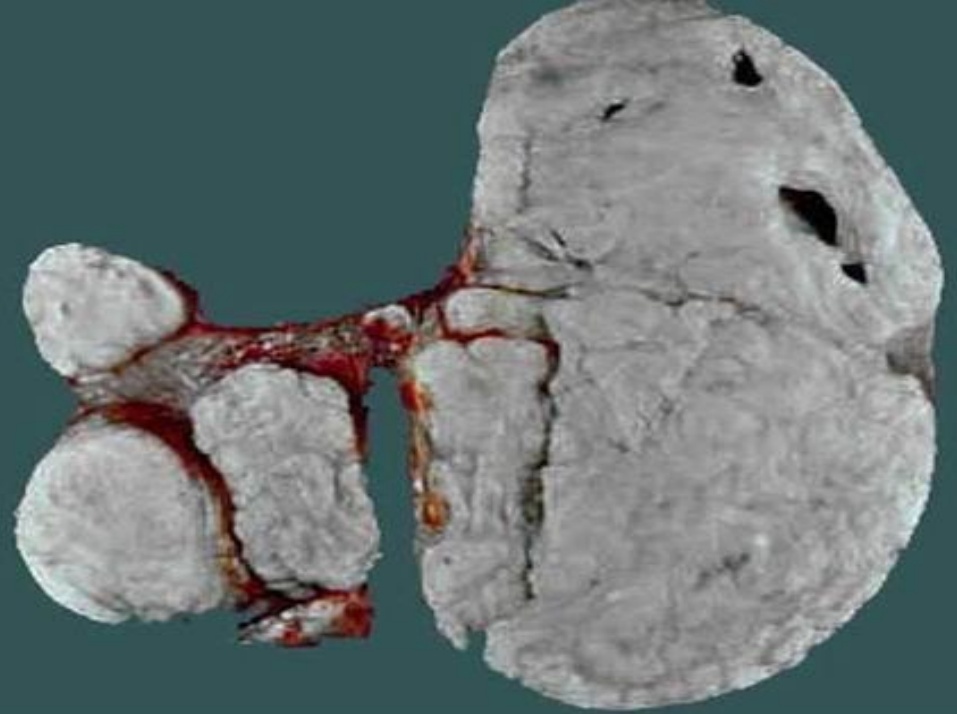
№108. Sarcină tubură (colorație H-E).

II. Macropreparate:

№ 104. Fibroleiomom uterin.

În peretele uterin se observă noduli tumorali solitari sau multipli, de diferite dimensiuni de la 1-2 cm până la dimensiuni foarte mari, bine delimitați, de consistență densă, localizați subseros, intramural (în grosimea peretelui uterin) sau submucos; pe secțiune au structură fibrilară, fasciculele musculare de culoare roz și fibroconjunctive de culoare albicioasă sunt repartizate neordonat, în vârtejuri (atipie tisulară). Pot fi modificări secundare: hemoragii, focare de necroză, cavități chistice, focare de hialinoză, în care are loc fuzionarea și omogenizarea fasciculelor colagenice; aceste focare au aspect neted, lucios, culoarea albă. Sunt posibile și focare de mixomatoză, de consistență flască.

Leiomiomul este o tumoare benignă de origine musculară, care se dezvoltă din țesutul muscular neted propriu-zis sau din pereții vaselor sanguine. Deoarece paralel cu proliferarea parenchimului muscular are loc și proliferarea stromei fibroconjunctive, este mai corectă denumirea de fibroleiomom. Leiomiomul este cea mai frecventă tumoare benignă a uterului, se manifestă clinic prin hemoragie uterină (metroragie).



№ 104. Fibroleiomom uterin.

№ 106. Carcinom de col uterin.

În colul uterin se observă un nod tumoral cu creștere exo-endofită, care infiltrază peretele cervical, de formă neregulată, cu limitele imprecise, suprafața rugoasă, nodulară, culoarea cenușie-gălbuie.

Carcinomul de col uterin ocupă locul 2-3 în totalitatea de cancere la femei. Se întâlnește mai frecvent în vârsta medie de 55 ani. Este precedat în majoritatea absolută a cazurilor de infecția HPV, îndeosebi serotipurile 16 și 18, HPV 16 cauzând carcinomul scuamos și HPV 18 – adenocarcinomul cervical. Manifestările morfologice ale infecției papilomavirotice sunt leziunea scuamoasă intraepitelială, care poate fi de grad redus și de grad înalt (LSIL și HSIL). Formele histologice predominante ale carcinomului de col uterin sunt carcinomul scuamocelular keratinizat sau nekeratinizat (~ 70%) și adenocarcinomul (10-25%). Macroscopic carcinomul porțiunii vaginale a colului uterin crește mai frecvent exofit, iar carcinomul canalului cervical – endofit. Tumoarea poate să invadeze peretele cervical, vaginul, țesuturile și organele pelviene adiacente, de ex., vezica urinară, rectul. Metastazele limfogene apar în nodulii limfatici pelvieni, retroperitoneali, inghinali, iar hematogene – în plămâni, ficat, alte organe.



№ 106. Carcinom de col uterin.

№ 107. Salpingită cronică.

Trompele uterine sunt deformatе, membrana seroasă opacă, sclerozată, albicioasă, suprafața neregulată.

Salpingita cronică este în majoritatea cazurilor o consecință a salpingitei acute. Procesul inflamator cronic se soldează cu fibroza și scleroza peretelui, deformarea trompei, lumenul devine neuniform stenoizat, apar aderențe între vilozitățile mucoasei, ceea ce duce la sarcină tubară, iar dacă procesul este bilateral – la infertilitate. În unele cazuri se dezvoltă hidrosalpinx - trompa dilatată, peretele subțire, atrofiat, în lumen lichid apos. În consecința salpingitei cronice pot apărea aderențe între trompă și ovar, intestinul subțire, alte organe pelviene.



№ 107. Salpingită cronică.

№ 110. Chistadenom ovarian.

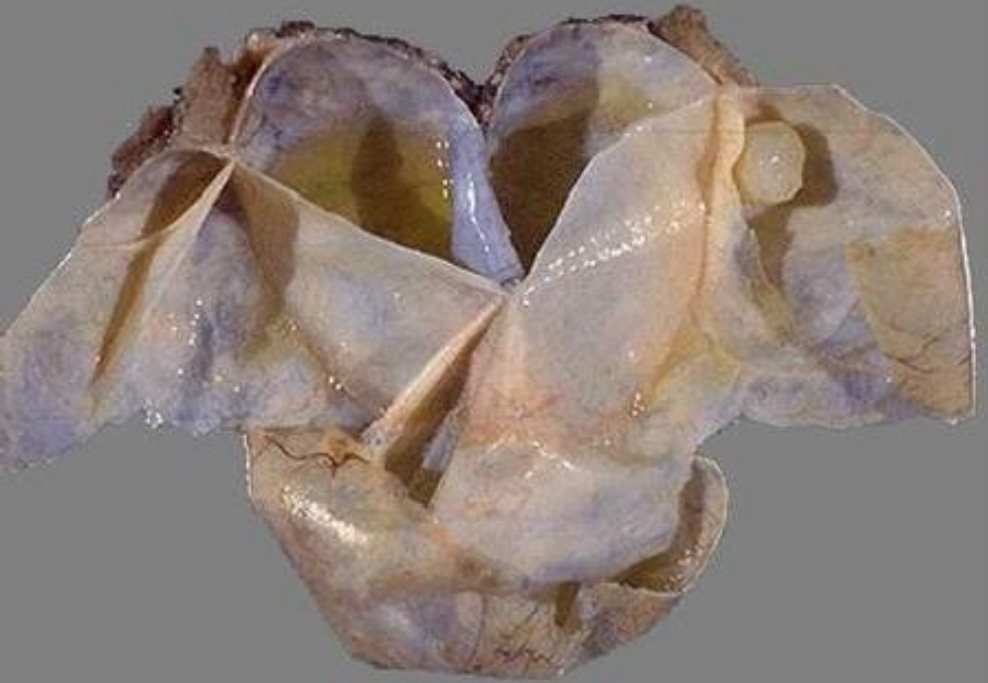
În ovar este prezentă o formațiune chistică multicamerală (multiloculară) colabată, cu pereții subțiri, grosimea 1-2 mm, suprafața internă netedă, curată, culoarea albă-surie, conținutul absent.

Cele mai frecvente tumori ovariene sunt tumorile din epiteliul de suprafață – aproximativ 65% din numărul total, între ele predomină tumorile seroase, mucinoase și endometrioid, care au de obicei structură chistică. În tumorile seroase chisturile au conținut seros, clar, cele mucinoase conțin mucină, iar chisturile endometrioid au un conținut hemoragic, „ciocolatiu”. Chisturile seroase și mucinoase în majoritatea cazurilor sunt benigne, iar în 25% dintre cele seroase și 10% dintre cele mucinoase sunt maligne.

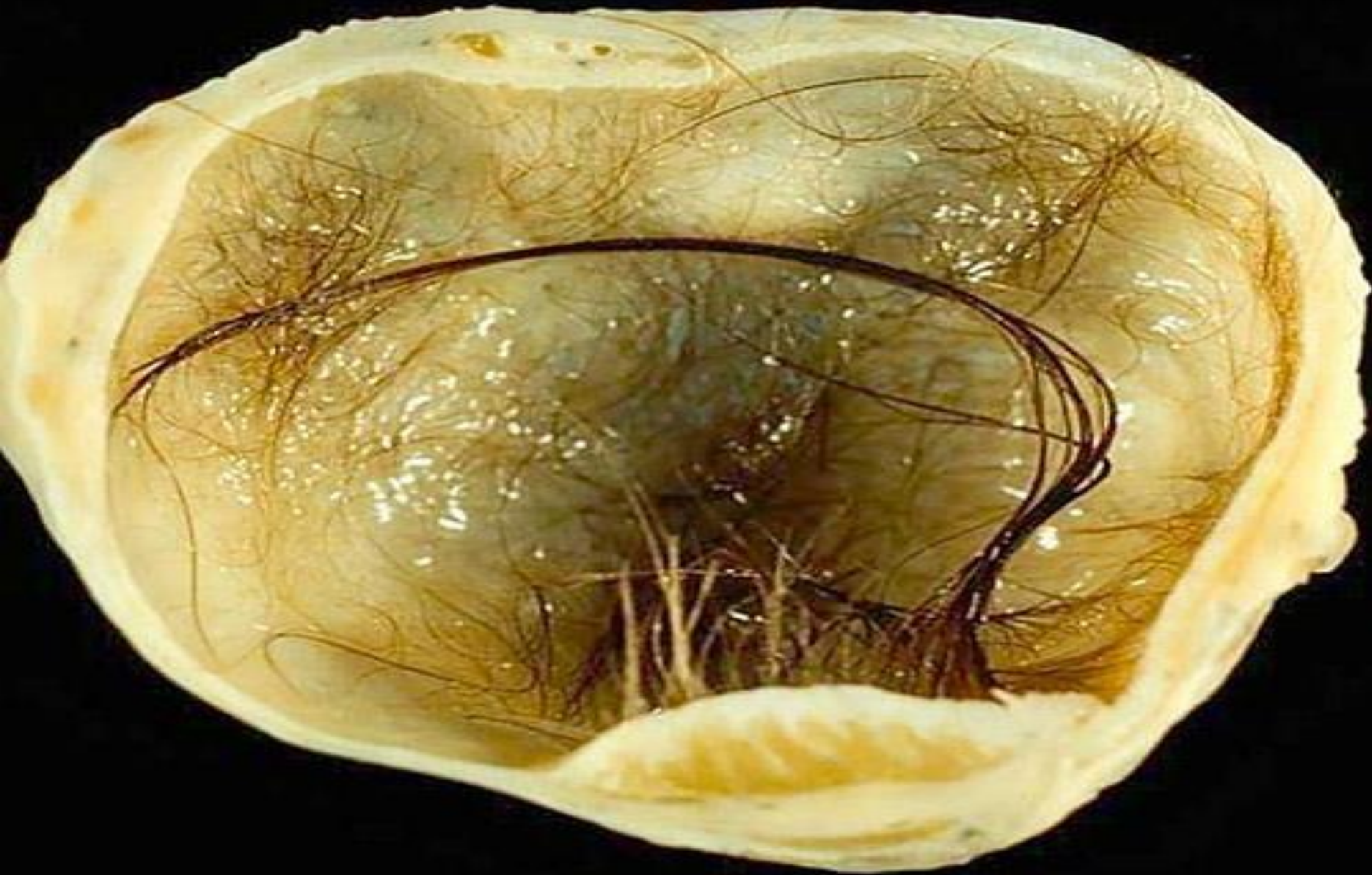
№ 111. Chist ovarian dermoid.

Macropreparatul prezintă o formațiune chistică umplută cu sebum, păr, are un aspect spongios, culoarea albă-gălbuie, ocazional pot fi focare de os, cartilaj, dinți.

Chisturile dermoide sunt o variantă a teratoamelor ovariene mature, care derivă din celulele germinale ale celor 3 foițe embrionale: ectodermul, entodermul și mezodermul. Reprezintă 15-20% din tumorile ovariene, în special la femei tinere, de obicei unilaterale. În majoritatea absolută a cazurilor sunt tumori benigne, iar aproximativ în 1% se pot maligniza, de obicei carcinom scuamocelular.



№ 110. Chistadenom ovarian.



№ 111. Chist ovarian dermoid.

- **Afecțiunile dishormonale.**

- **Hiperplazia endometriului-** se caracterizează prin proliferarea glandelor și stromei endometriului în legătură cu tulburările neurohormonale a ciclului menstrual.

- Mecanismul patogenetic principal este **hiperestrogenismul**. Se observă în insuficiența funcțională a ovarelor, îndeosebi în perioada climacterică. La femeile de vîrstă fertilă se întîlnește mai frecvent în polichistoză ovariană, precum și în obezitate.

- Se observă mai frecvent după vârsta de 40 de ani.
- Se deosebesc 2 variante de hiperplazie a endometriului

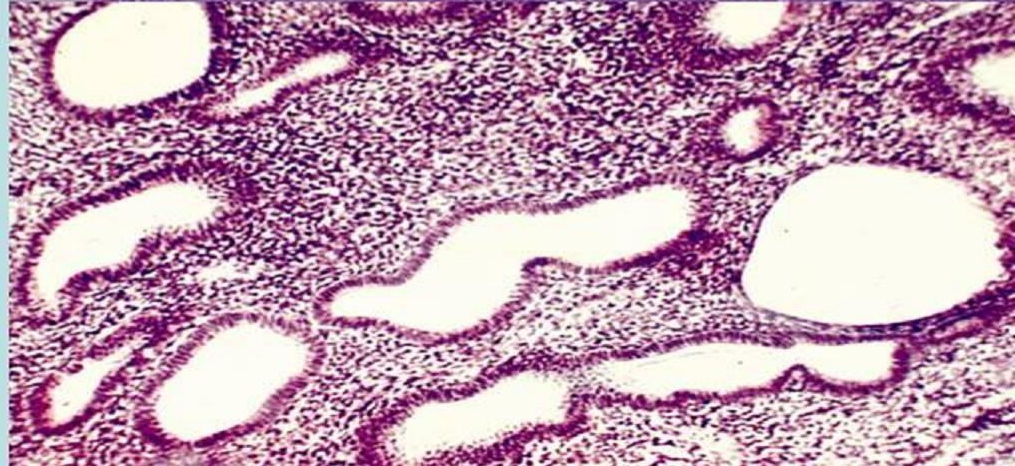
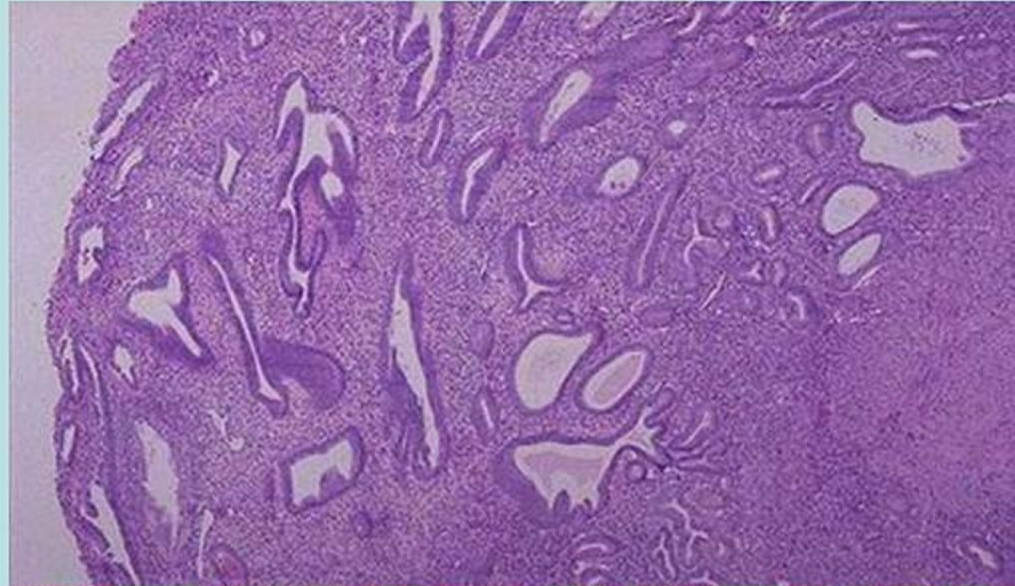
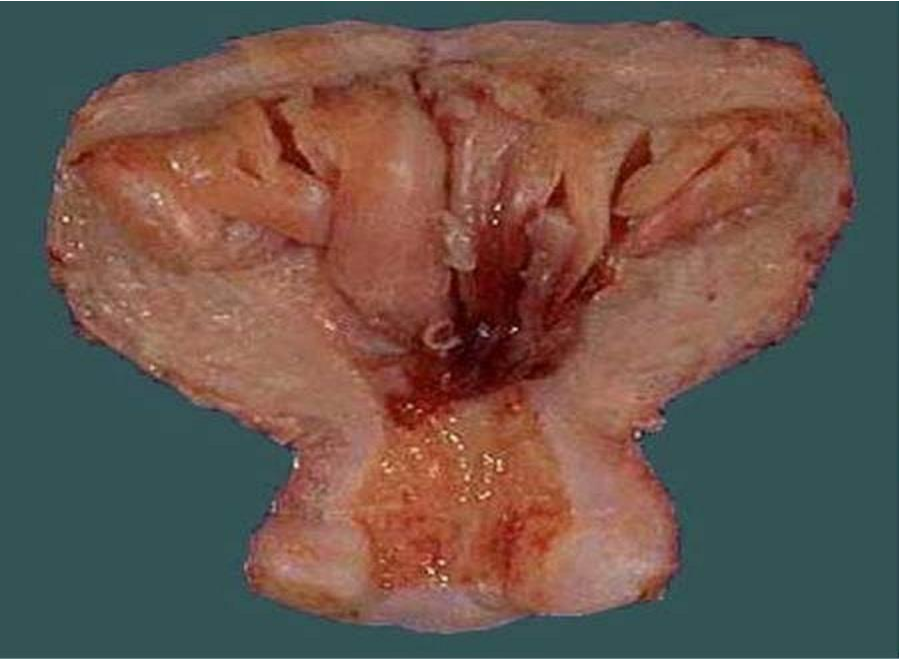
1)Simplă glandulară sau glandulo-chistică

2)Atipică

- **Morfologia**

- Are loc îngroșarea considerabilă a endometriului datorită proliferării stratului funcțional. Semnele microscopice- epiteliul devine cilindric, numărul de mitoze crește, stroma este edemațiată, succulentă, în stare de proliferare. Glandele se măresc în dimensiuni, devin alungite, cu aspect șerpuitor și dilatări chistice. Se observă hemoragii din vasele superficiale ale mucoasei uterine cu modificări distrofice, tromboza vaselor și focare de necroză.

- Mucoasa umple toată cavitatea uterină, suprafețele anterioară și posterioară ale cavității uterine se comprimă reciproc, ceea ce cauzează tulburări circulatorii, necroze, detașarea mucoasei și hemoragii abundente.
- Hemoragiile aciclice sunt stimulate de tulburările circulatorii, care apar sub acțiunea estrogenilor asupra endometriului.



**Hiperplazie glandulo-
chistică a endometrului**

- Hiperplazia atipică/adenomatoza focală/ se caracterizează prin proliferarea intensivă a epiteliului și/sau a glandelor endometriale.
- Este o stare precanceroasă. Mai frecvent se întâlnește după 50 ani. Clinic hemoragii anovulatorii.
- **Morfologic** – stroma este bogată în elementele celulare, se observă celule mari cu citoplasma clară, spumoasă, care conțin lipide, pot fi focare de metaplazie pavimentoasă. În cazurile de hiperplazie atipică a endometriului la femei în perioada de menopauză se efectuează histerectomia.

Majoritatea leziunilor colului uterin sunt reprezentate de **inflamații** relativ banale (**cervicita**), dar colul uterin constituie și localizarea unuia din cele mai răspândite cancere la femeile de pe tot globul.

- leziunile inflamatorii ale colului uterin sunt foarte frecvente și se asociază cu secreție vaginală purulentă. Cervicitele pot fi clasificate în infecțioase și neinfecțioase, deși diferențierea lor este dificilă din cauza prezenței florei vaginale normale care cuprinde aerobi și anaerobi vaginali ocazionali, streptococi, stafilococi, enterococci și *Eșerichia coli*.

Endocervicoza

- Este cea mai frecventă patologie a colului uterin.
- Macroscopic în jurul orificiului extern al colului uterin se observă o zonă de culoare roșietică datorită vascularizării bogate a stratului subepitelial.

Histologic are loc apariția unor focare de epitelii prismatic pe suprafața porțiunii vaginale a colului uterin și a structurilor glandulare, acoperite cu epitelii de tip endocervical.

- Cauza nu este cunoscută, se presupune rolul tulburărilor dishormonale.
- Variantele morfologice/stadiile/-
 - 1. Simplă/staționară/
 - 2. Proliferantă/progresantă/
 - 3. Cu epidermizare

- **Complicațiile**

- Erodarea mucoasei cervicale în regiunea orificiului extern
- Inflamația mucoasei/cervicită/
- Displazia epiteliului
- Dezvoltarea cancerului

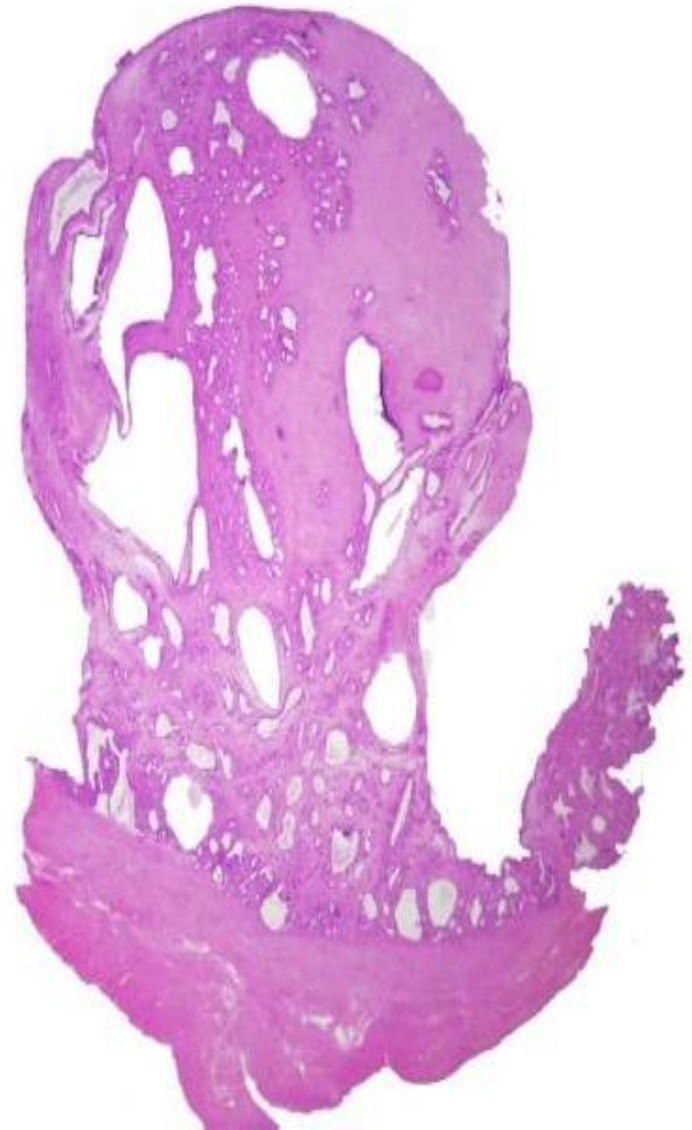
Polipii colului uterin

- Se observă mai frecvent în canalul cervical. Sunt cauzați de dereglările dishormonale.
- Variantele morfologice
 - 1. Polip simplu
 - 2. Polip proliferant
 - 3. Polip cu epidermizare
- Morfologic are loc distribuția neomogenă a glandelor de formă și dimensiuni diferite, iar în baza polipului se observă un ghem de vase cu pereții îngroșați și sclerozați.

Polipii cavității uterine

Variantele :

- Glandular
- Glandulo-fibros
- Fibros
- Adenomiomatos/conține celule musculare netede/

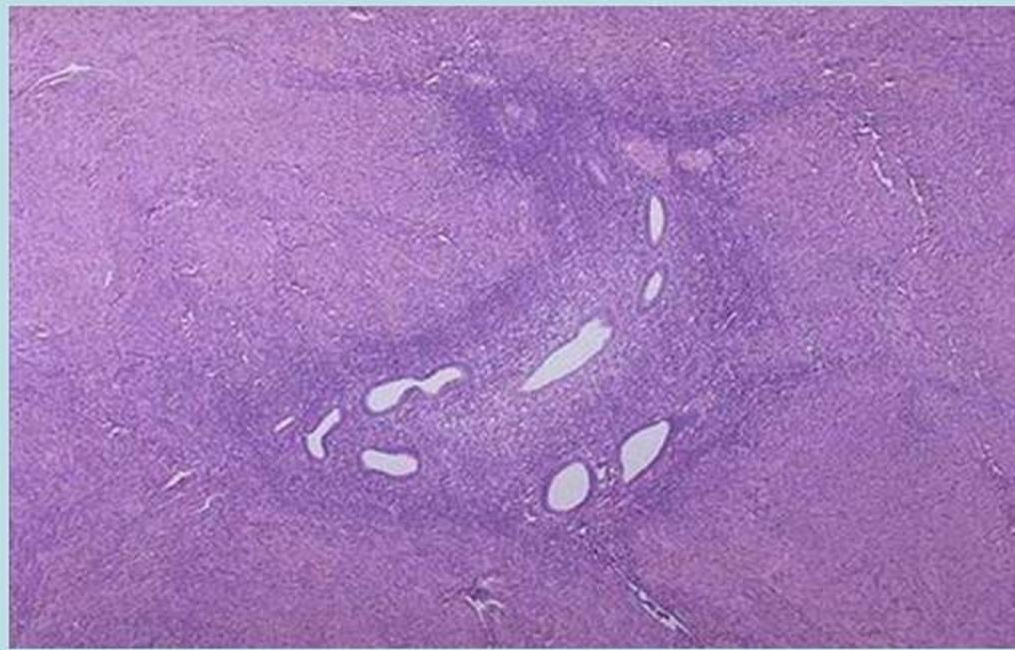
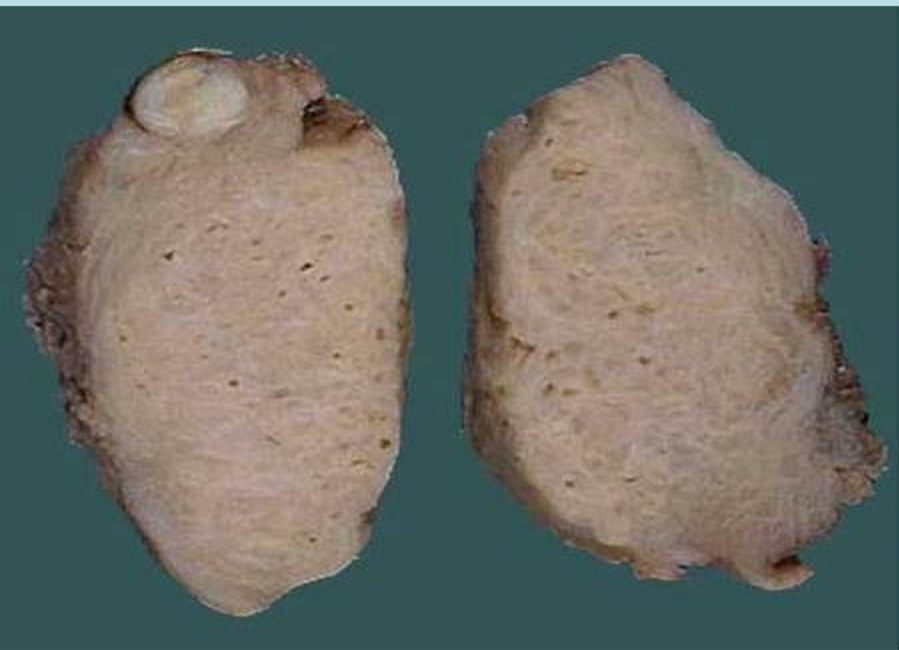


Polip endometrial.

- Noțiunea de **adenomioză** se referă la creșterea stratului bazal al endometriului în miometriu. Profund în miometriu se găsesc cuiburi de stromă, glande sau ambele componente ale endometriului interpușe între și între fibrele musculare.
- Apariția glandelor endometriale cu stroma citogenă adiacentă în miometriu, se localizează de regulă în zonele submucoase ale miometriului.

- Prezența aberantă a țesutului endometrial induce hipertrofia reactivă a miometriului, și în timp uterul devine voluminos, globular, cu peretele frecvent îngroșat. Deoarece în adenomioză glandele au originea în strătul bazal al endometriului, ele nu vor suferi sângerare ciclică. Cu toate acestea, adenomioza marcată poate provoca menoragie, dismenoree pelviană înainte de menstruație.

- În miometru pe secțiuni se observă cavități chistice de formă și dimensiuni diferite, de obicei, umplute cu sânge.
- Clinic se manifestă prin menstruații abundente, dureroase, uneori sterilitate.
- Malignizarea este rară.



Adenomioza peretelui uterin

- **Endometrioza** este definită prin prezența glandelor și a stromei endometriale în afara endometriului.
- Apare la aproximativ 10% din femeile aflate în vârstă fertilă și la aproape jumătate din femeile cu infertilitate.
- Spre deosebire de adenomioză, endometrioza conține aproape întotdeauna endometriu funcțional, care suferă sângerare ciclică. Deoarece sângele se acumulează în aceste focare aberante, ele se prezintă macroscopic ca niște noduli sau implanturi de culoare roșu-brun.

- Au mărime care variază de la dimensiuni microscopice până la un diametru de 1-2 cm și sunt localizate pe seroase sau imediat subseros. Frecvent, leziunile individuale se unesc formând mase de dimensiuni mai mari, pline cu sânge care cu timpul devin maronii (CHISTURI CIOCOLATII).

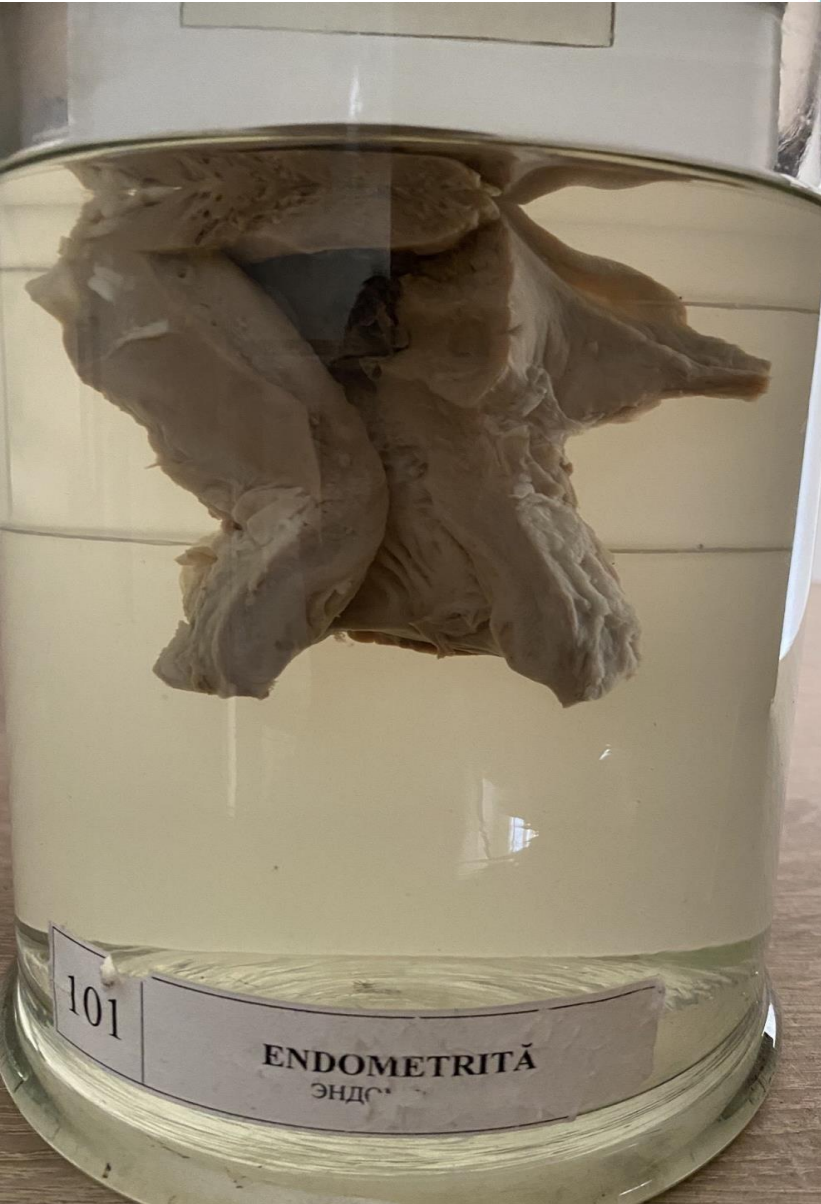
- Prin acumularea și organizarea sângelui se produce fibroza extinsă, cu formarea de aderențe între structurile pelviene, obturarea fimbriilor trompelor uterine și distorsiuni ale trompelor uterine și ale ovarelor.
- Diagnosticul histologic se face prin punerea în evidență a două din următoarele trei componente ale leziunii: glande endometriale, stroma endometrială și pigmentul hemosiderină.

Afecțiunile inflamatorii

- **Endometrita** – inflamația mucoasei uterine. Poate fi acută și cronică. Endometrita acută se întâlnește de obicei în perioada postpartum sau postabortum. Etiologia este infecțioasă, mai frecvent stafilo- sau streptococul, colibacilul, infecția anaerobă.

Formele morfologice:

- Catarală
- Fibrinoasă
- Hemoragică
- Purulentă
- Endometrita cronică se caracterizează prin atrofia sau hipertrofia endometriului.



№ 101. Endometrită acută.

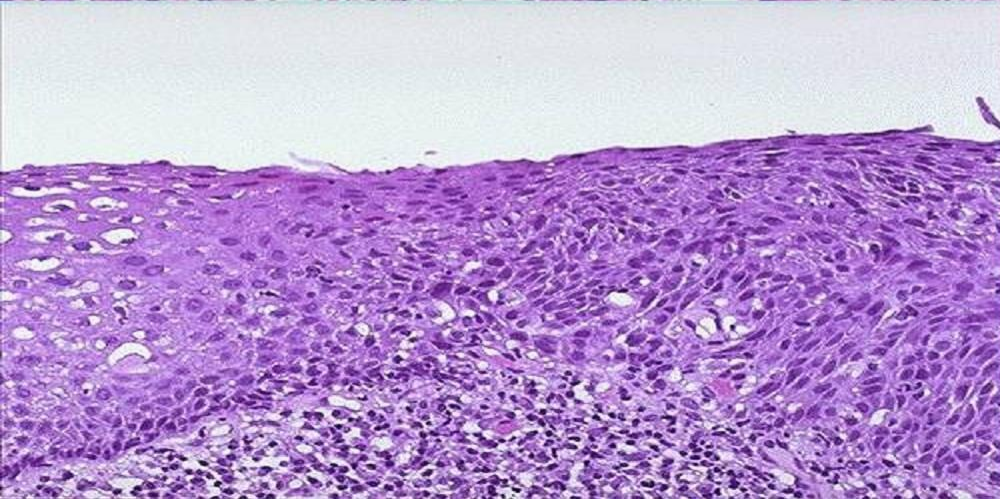
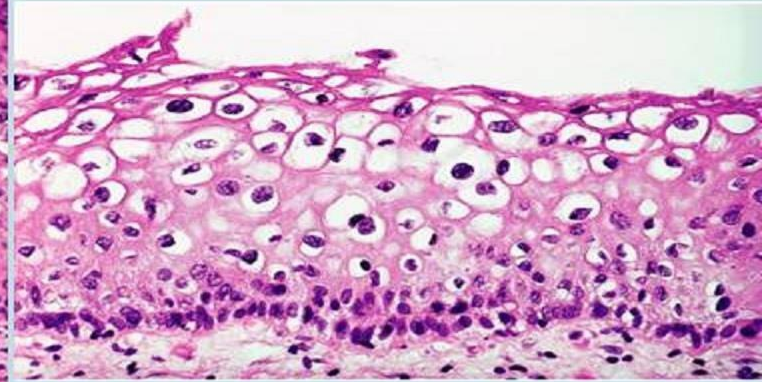
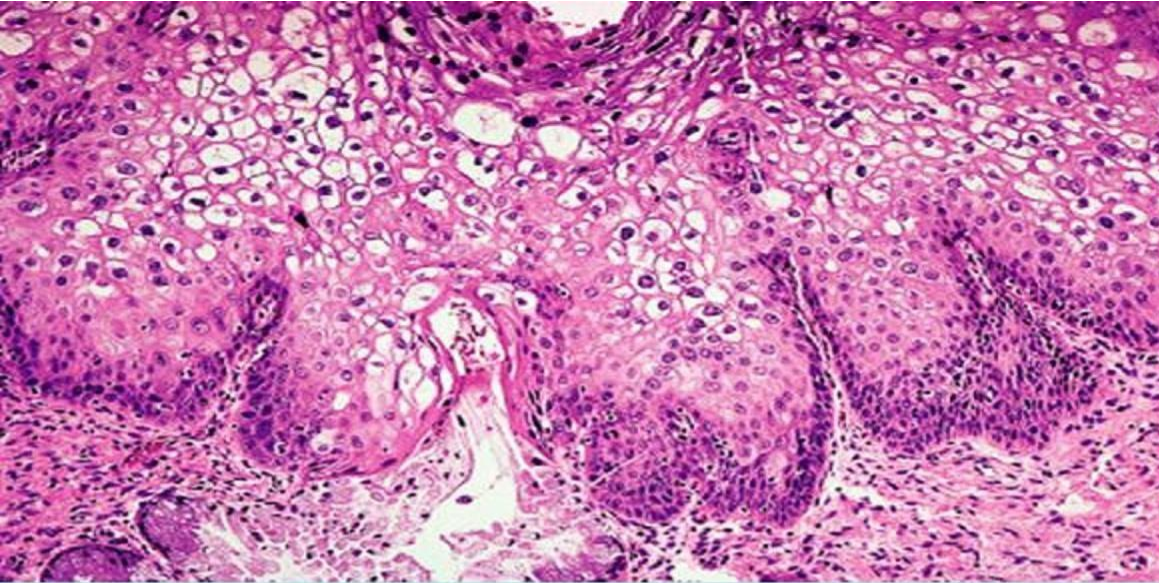
Carcinomul de col uterin

Stările de precancer:

- Displazia colului uterin
- Leucoplazia cu semne de atipie
- Eritroplazia – hiperplazia epiteliului pavimentos pluristratificat cu atipia celulilor
- Adenomatoza
- Infecția papilomavirotică

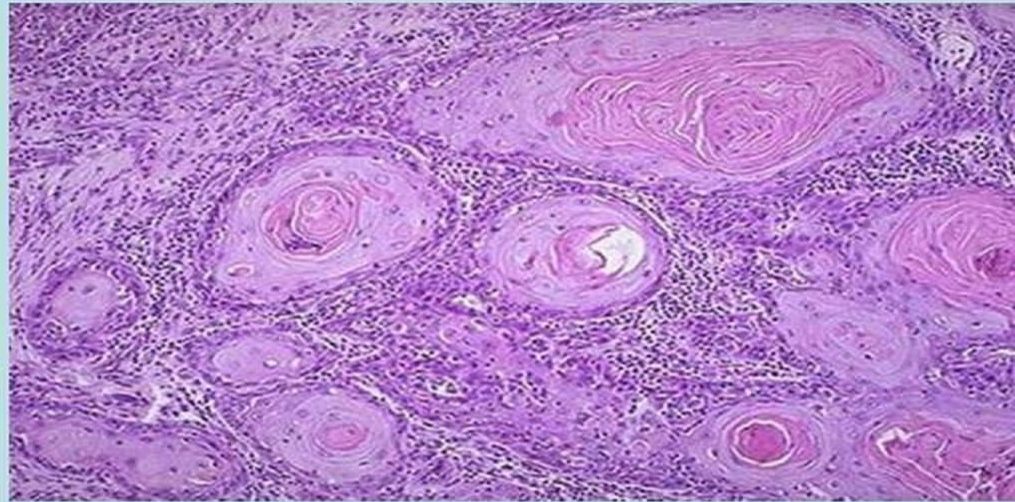
Formele microscopice ale cancerului de col uterin:

- Cancer pavimentos – forma cea mai frecventă
- Adenocarcinom – mai rar, 4-5%
- Mixt glandular-pavimentos/adeno-scuamos/
- Macroscopic cancerul de col uterin crește exofit în porțiunea vaginală a colului uterin și endofit – în canalul cervical.



**↑↑Leziune papilomavirică
a colului uterin**
*(koilocitoză, acantoză și
papilomatoză)*

**← Displazia epiteliului
ectocervical**
(în stînga – epiteliiu normal)

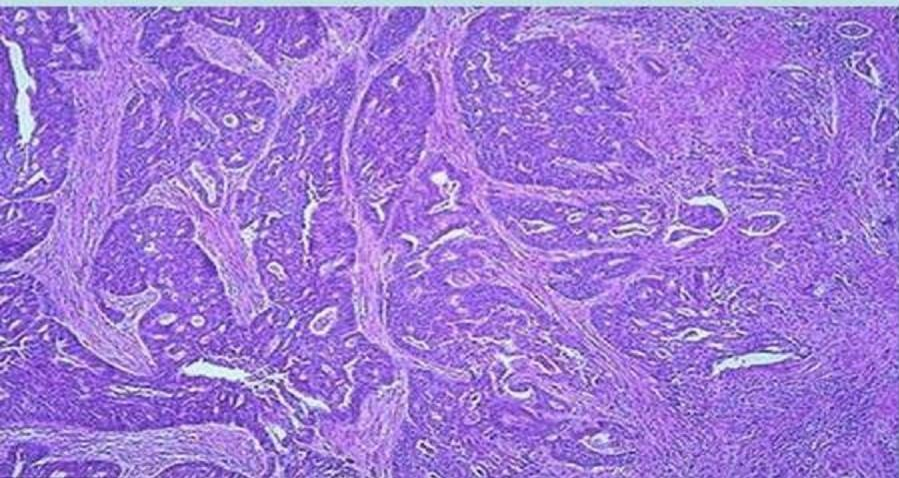


Cancer de col uterin
(*histologic – carcinom pavimentos
cu keratinizare*)

Cancer de corp uterin

Se localizează mai frecvent în regiunea unghiurilor și fundului uterului, de obicei, în perioada postmenopauzală.

- Macroscopic se manifestă prin proliferații polipoase sau papilare de diferite dimensiuni.
- Histologic se observă mai frecvent adenocarcinomul moderat diferențiat.



Cancer endometrial
(histologic – adenocarcinom)

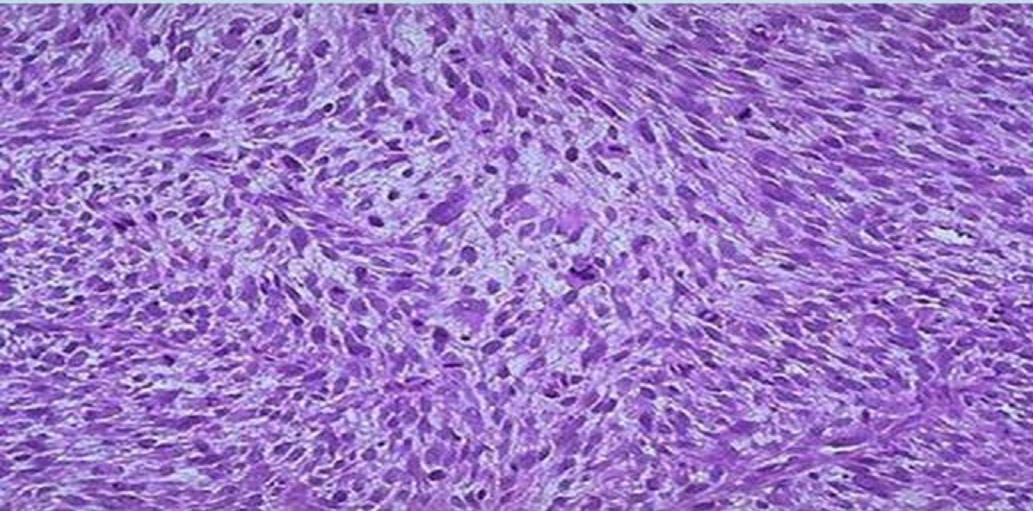
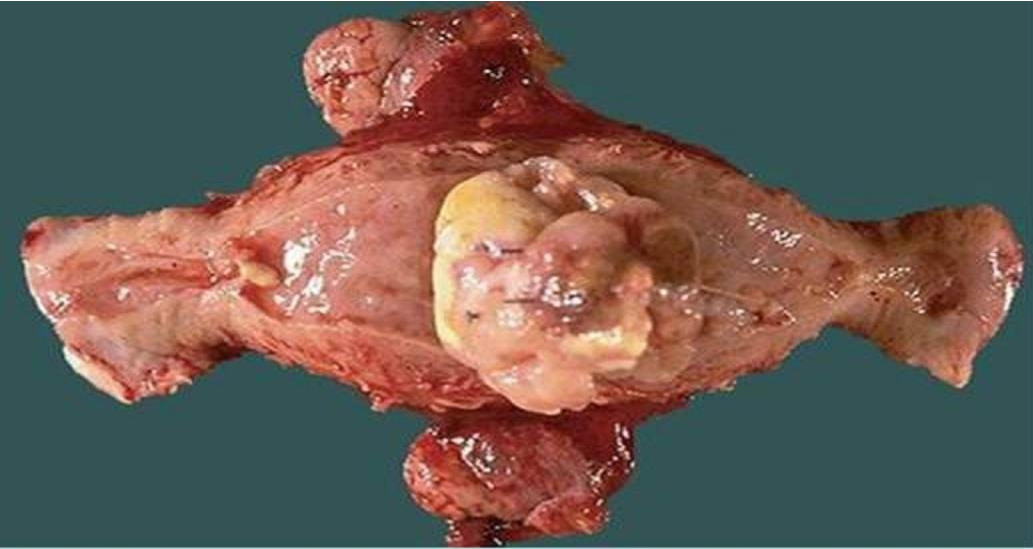
Leiomiomul uterin(fibroleiomiom) – este cea mai frecventă tumoare a uterului, mai frecventă la femei în vîrstă după 35 ani.

Variantele :

- Subseros
- Intramural
- Submucos



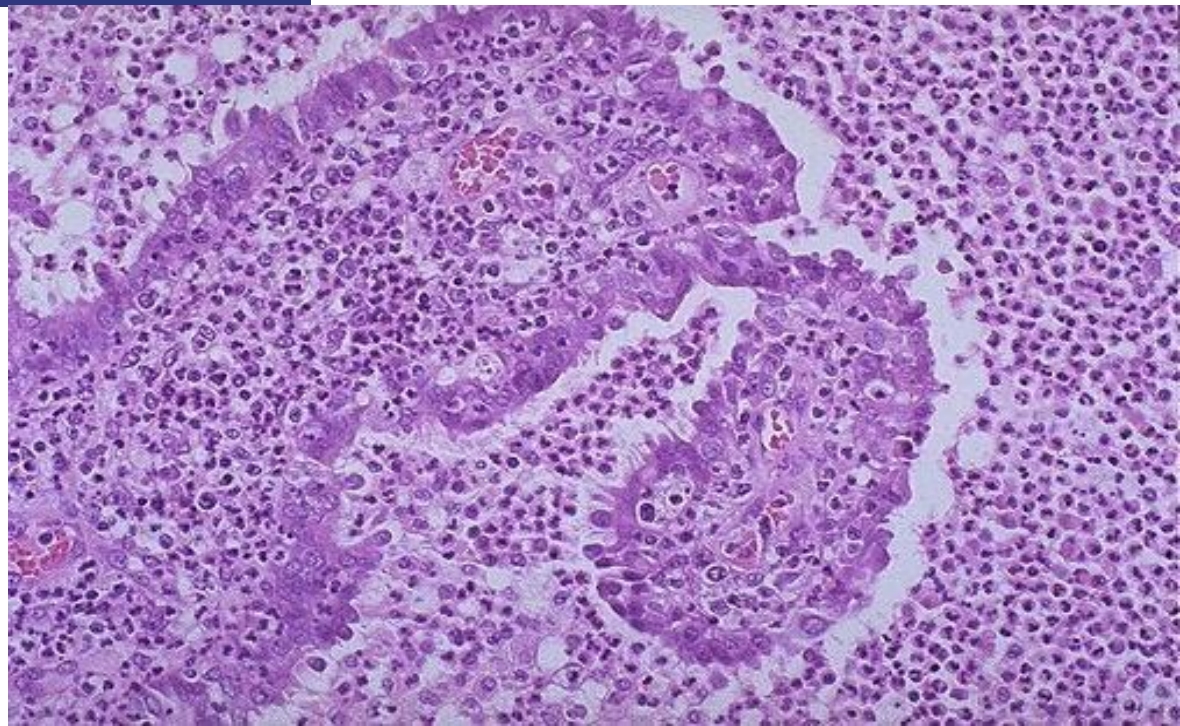
№ 104. Fibroleiomom uterin.

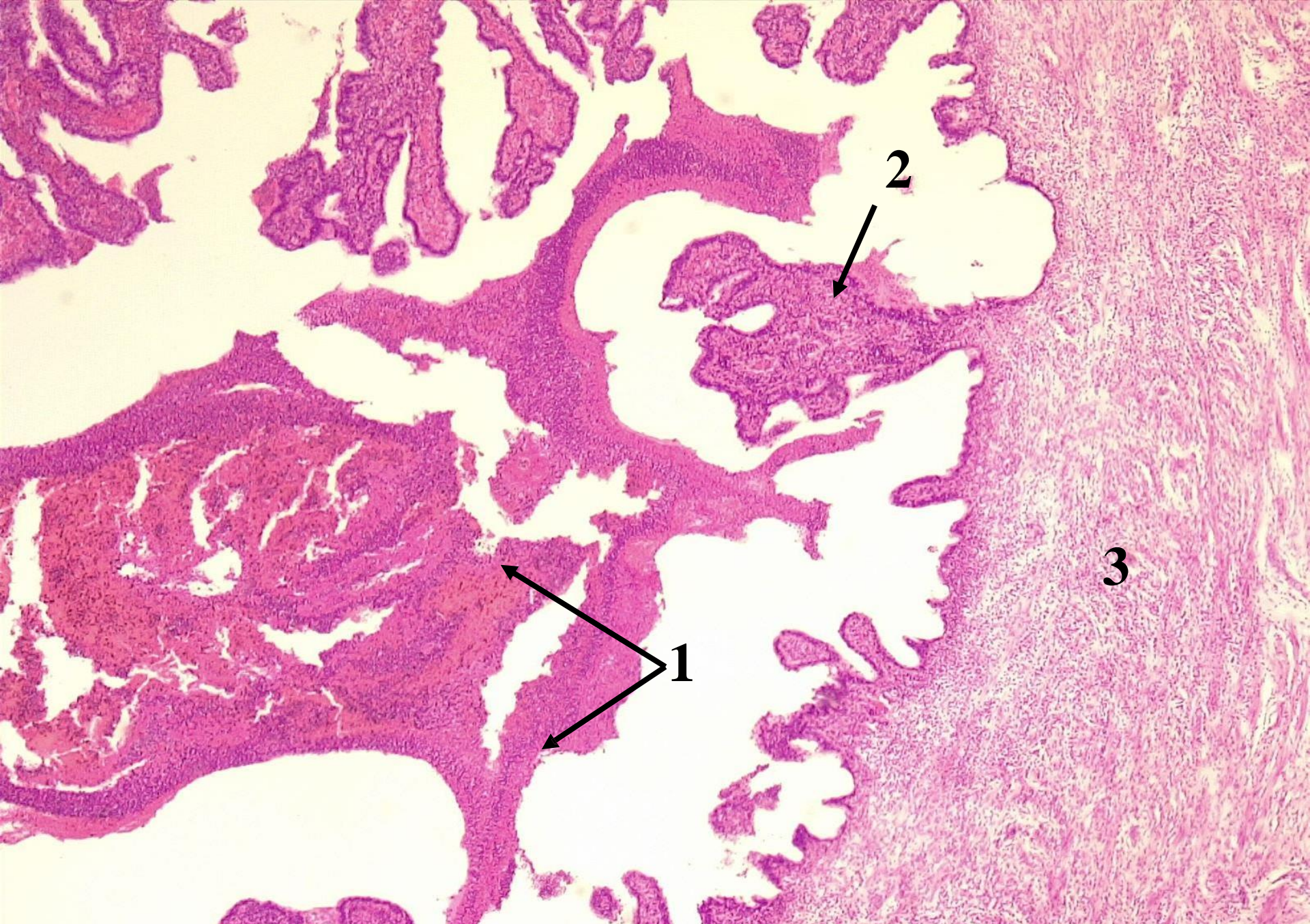


Leiomyosarcom



**Abces tubo-ovarian.
Salpingită purulentă.**





№ 63. Salpingită purulentă. (*colorație H-E*).



№ 107. Salpingită cronică.



No 108. Sarcină tubară.

Tumorile ovarului

- Tumorile ovariene epiteliale constituie mai mult de jumătate din tumorile ovariene primare, iar cele maligne – în medie 20-25% din tumorile organelor genitale feminine.

Variantele:

- 1. Tumorile epiteliale benigne – chistadenom seros și chistadenom mucinos.
- 2. Tumorile epiteliale maligne – chistadenocarcinom seros și chistadenocarcinom mucinos.
- Tumorile ovariene maligne pot infiltra organele vecine.

№ 110. Chistadenom ovarian.

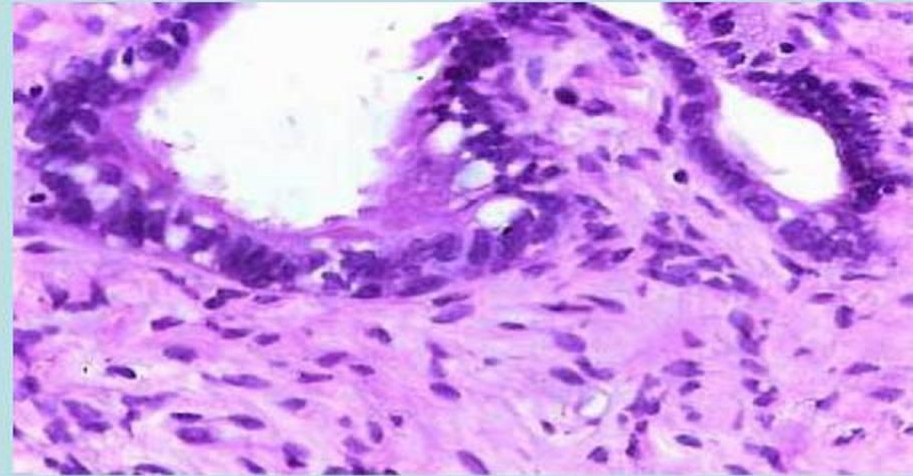
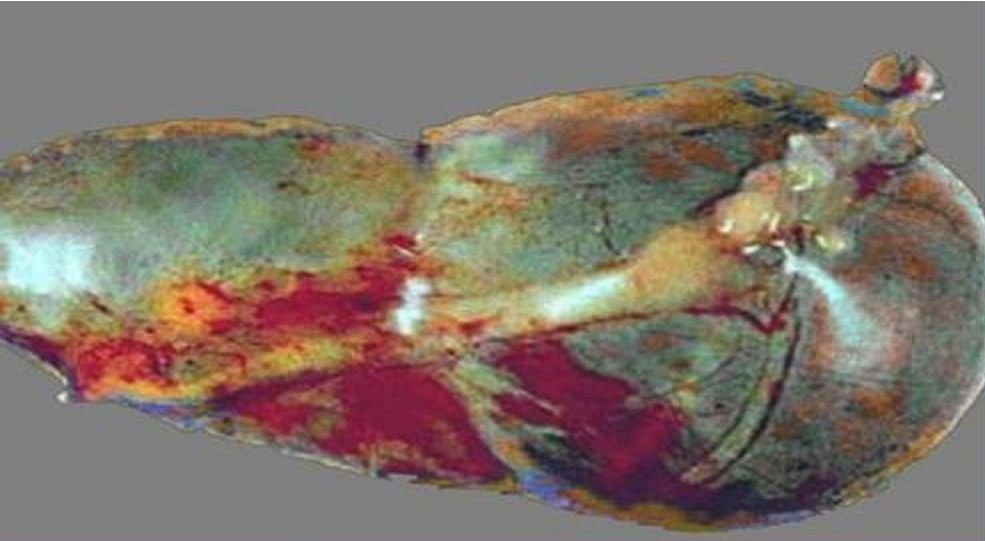
În ovar este prezentă o formațiune chistică multicamerală (multiloculară) colabată, cu pereții subțiri, grosimea 1-2 mm, suprafața internă netedă, curată, culoarea albă-surie, conținutul absent.

Cele mai frecvente tumori ovariene sunt tumorile din epiteliul de suprafață – aproximativ 65% din numărul total, între ele predomină tumorile seroase, mucinoase și endometrioid, care au de obicei structură chistică. În tumorile seroase chisturile au conținut seros, clar, cele mucinoase conțin mucină, iar chisturile endometrioid au un conținut hemoragic, „ciocolatiu”. Chisturile seroase și mucinoase în majoritatea cazurilor sunt benigne, iar în 25% dintre cele seroase și 10% dintre cele mucinoase sunt maligne.

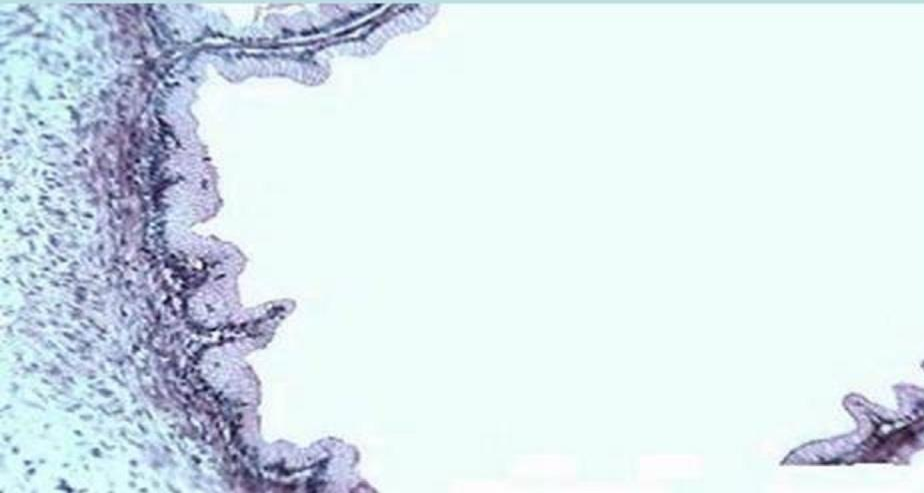
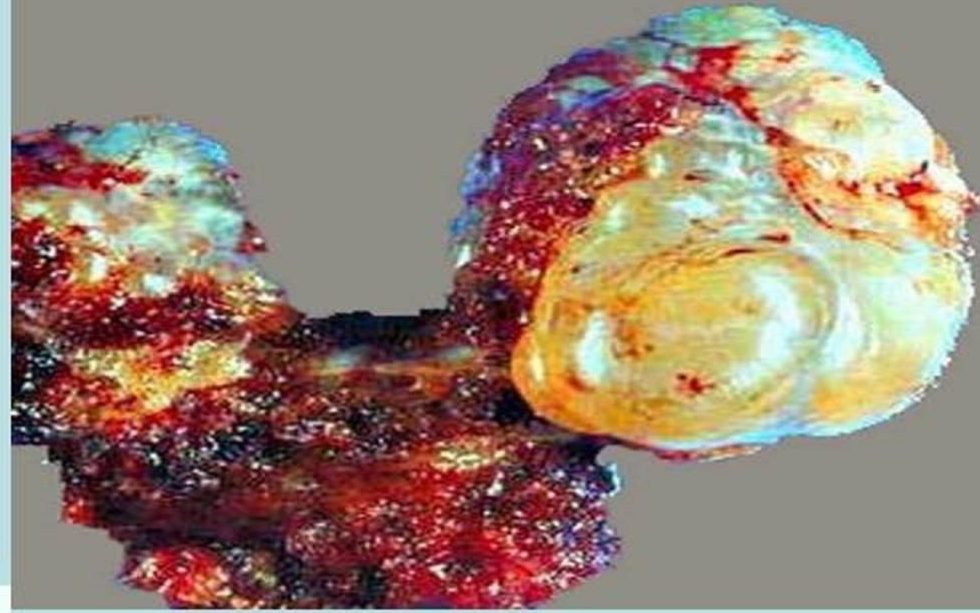
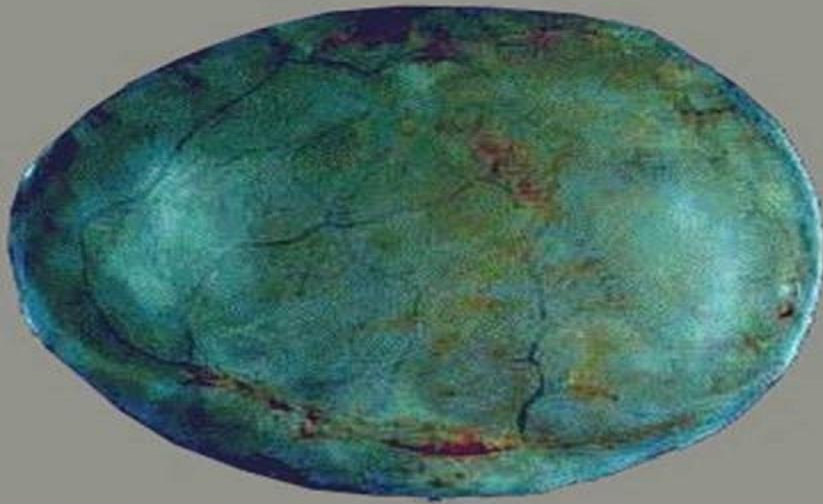
№ 111. Chist ovarian dermoid.

Macropreparatul prezintă o formațiune chistică umplută cu sebum, păr, are un aspect spongios, culoarea albă-gălbuie, ocazional pot fi focare de os, cartilaj, dinți.

Chisturile dermoide sunt o variantă a teratoamelor ovariene mature, care derivă din celulele germinale ale celor 3 foițe embrionale: ectodermul, entodermul și mezodermul. Reprezintă 15-20% din tumorile ovariene, în special la femei tinere, de obicei unilaterale. În majoritatea absolută a cazurilor sunt tumori benigne, iar aproximativ în 1% se pot maligniza, de obicei carcinom scuamocelular.

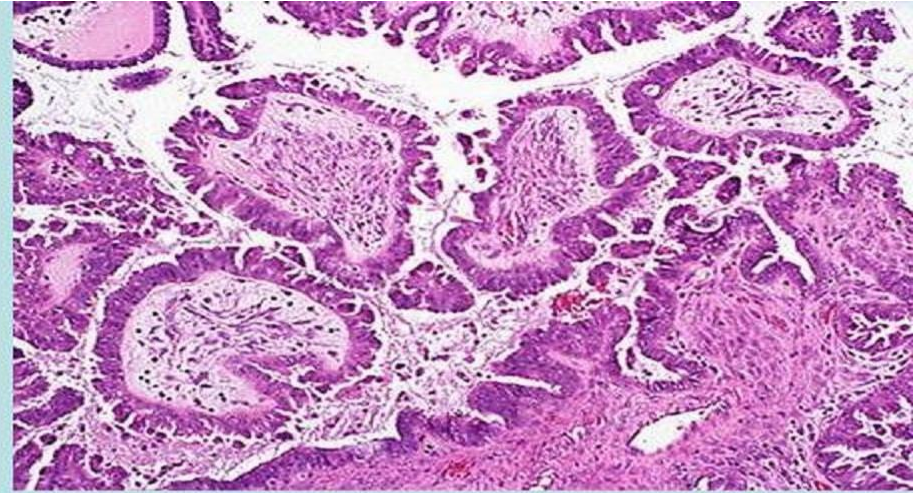
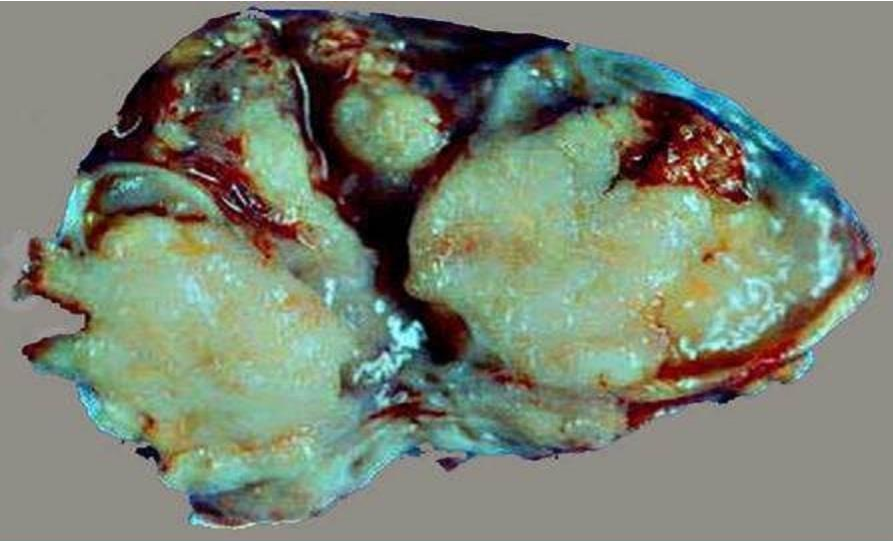


Chist ovarian seros

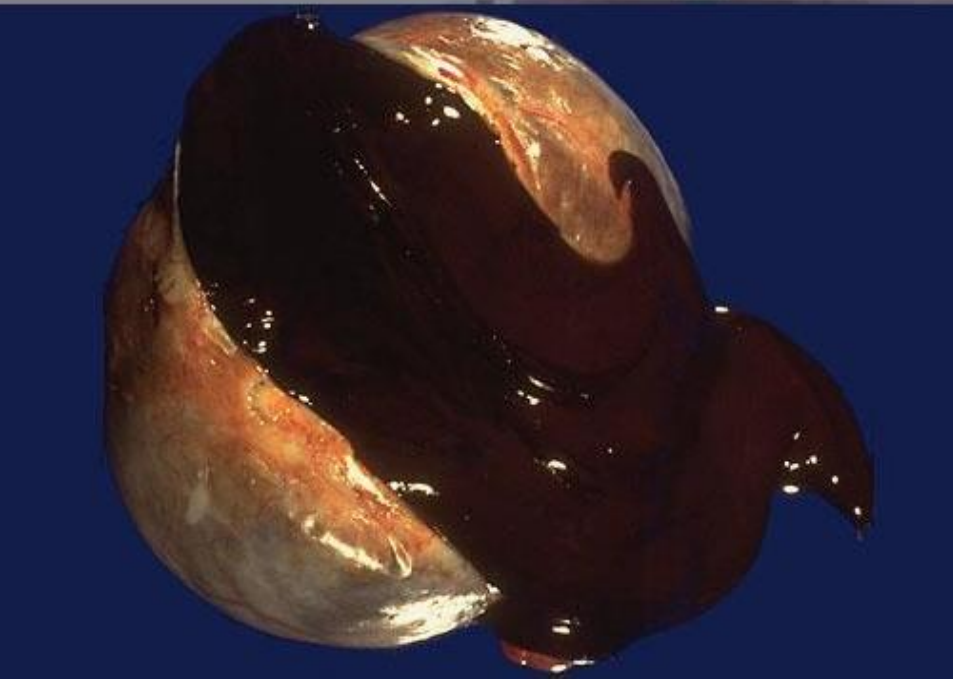
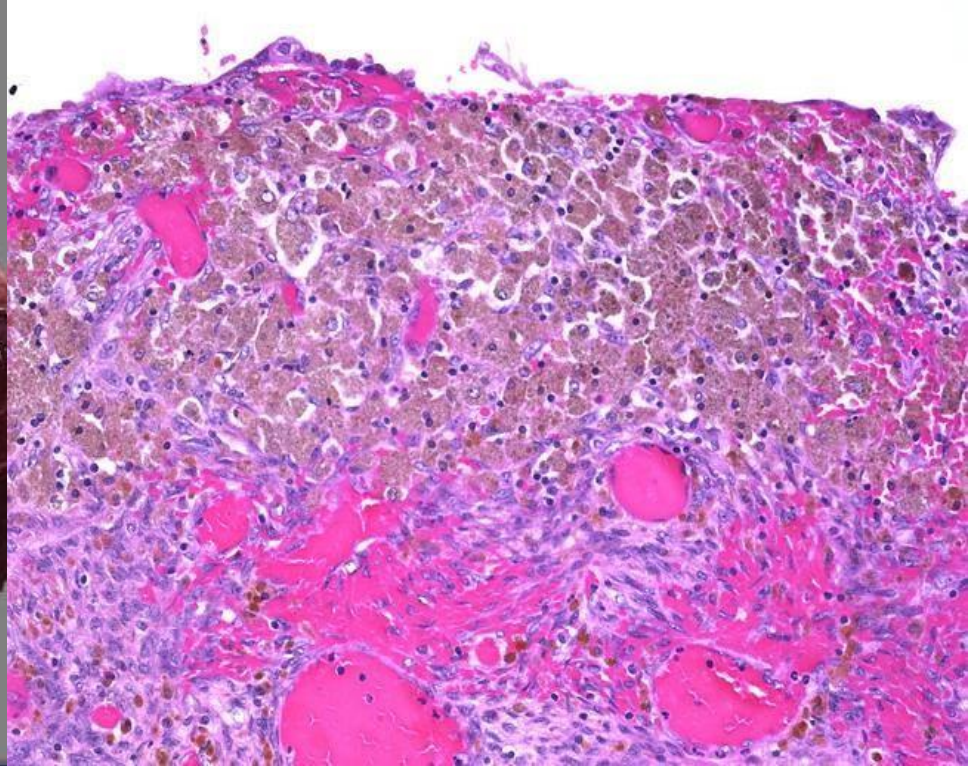


← ← **Chist ovarian mucinos**

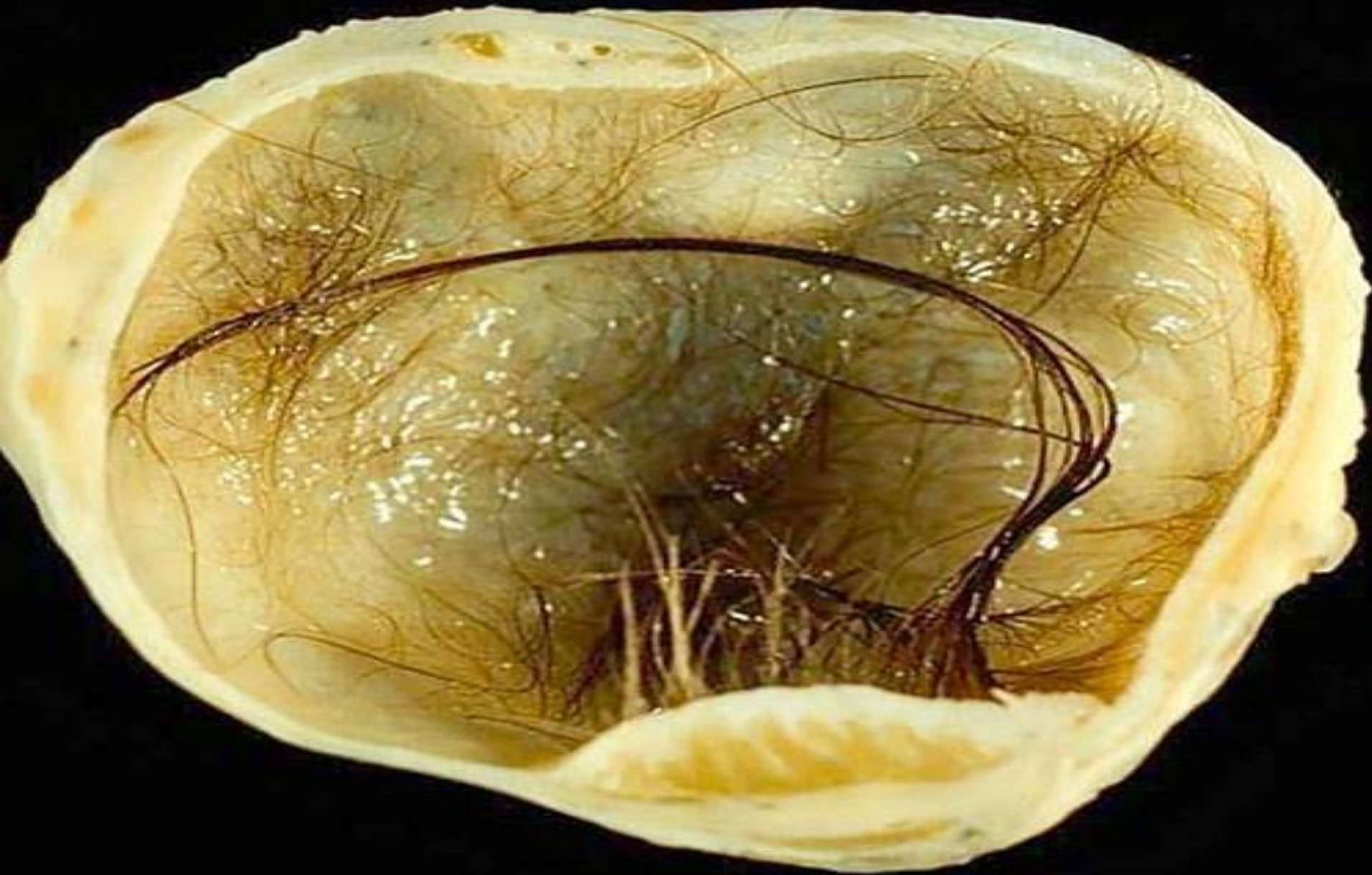
Cancer ovarian mucinos ↑
(*chistadenocarcinom mucinos*)



Cancer ovarian seros
(*chistadenocarcinom seros*)

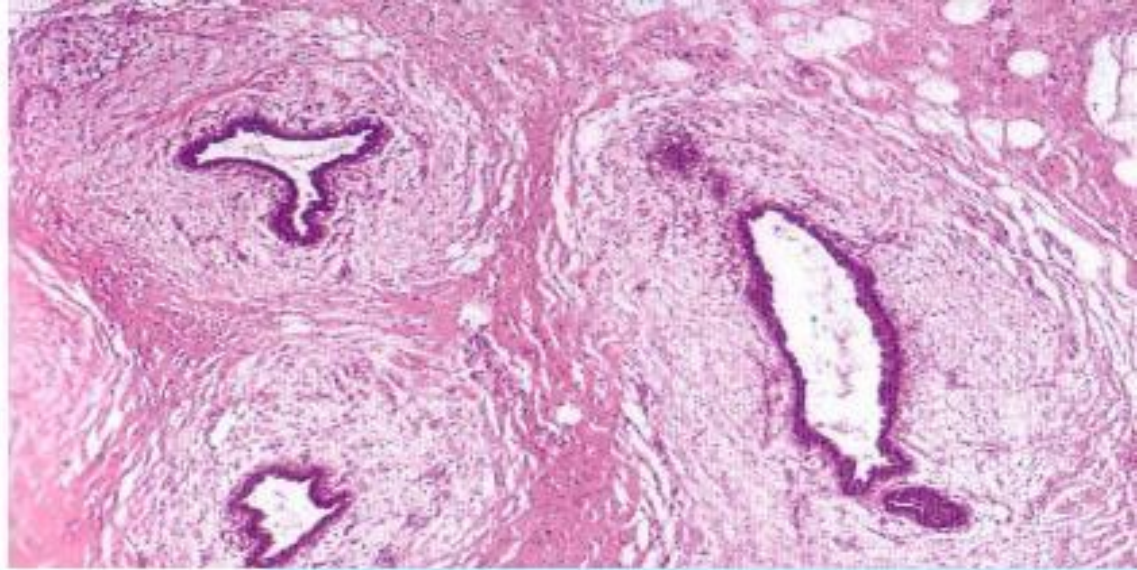


Chist endometriozic ovarian.
(chist ciocolațiu)



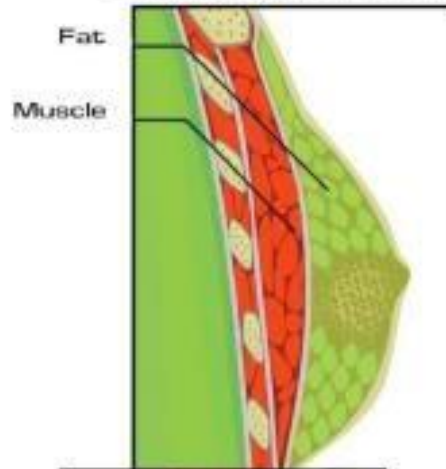
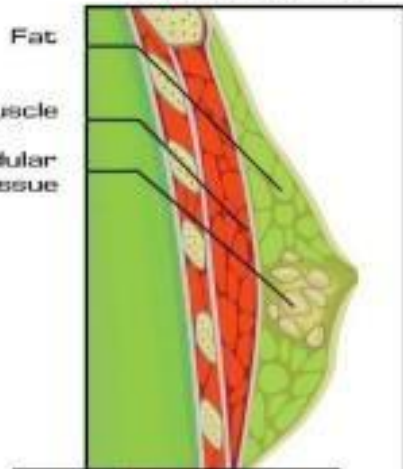
№ 111. Chist ovarian dermoid.

Ginecomastie.



Gynecomastia

Pseudogynecomastia



Gynecomastia



Normal male breast

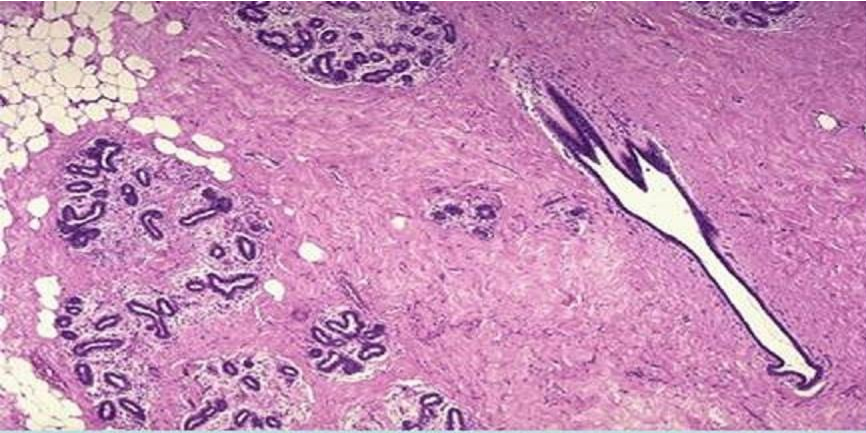


Bilateral enlargement of male mammary glands

Boala fibro-chistică a glandei mamare/displazia benignă a glandei mamare sau mastopatia fibro-chistică/

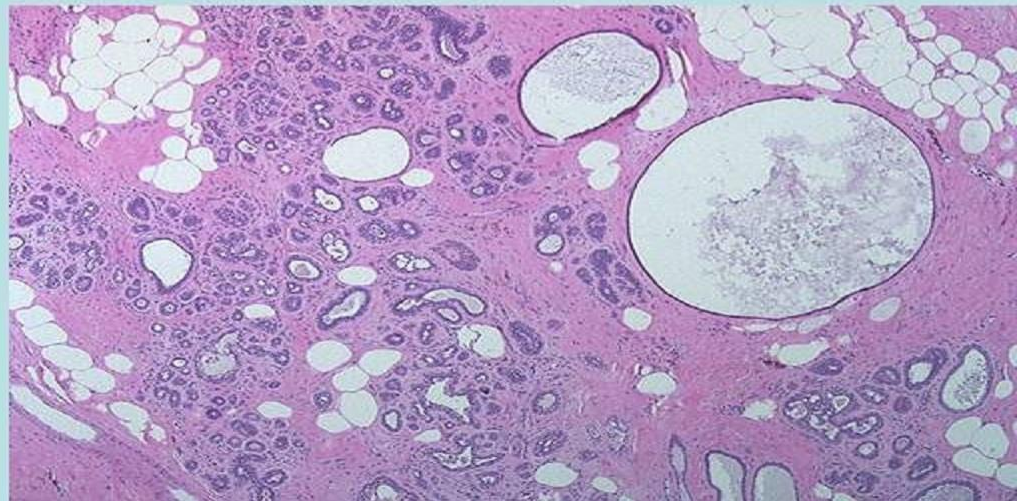
- Asocierea proceselor de formare a chisturilor, adenoză și fibroză /după rupura chisturilor/.
- Macroscopic în glanda mamară apar zone de indurație a parenchimului, dar în majoritatea cazurilor decurg asimtomatic.
- Modificările fibro-chistice pot fi unice - un singur chist mare la nivelul unui sân, dar de obicei sunt multifocale și frecvent bilaterale.
- Zonele respective sunt imprecis delimitate, la mamografie prezintă creșterea difuză a densității și nodularitate.
- Chisturile au diametru cuprins între 1 cm până la 5 cm, conțin un fluid apos, turbure

- Variantele:
- 1. **Forma neproliferativă** - apariția în glanda mamară a focarelor de țesut fibroconjunctiv cu cavități chistice și atrofia lobulilor.
- 2. **Forma proliferativă** - proliferarea epiteliului ducturilor sau a lobulilor, apar structuri cribroase, solide.



Glandă mamară normală ↑

Mastopatie fibro-chistică
(*macro- și microscopic*)



- **Afecțiunile inflamatorii:**

- **Mastita** – inflamația glandei mamare.

Se observă de regulă, în perioada sarcinii și **perioada lactației**. În majoritatea cazurilor este legată cu staza laptelui cu formarea unor dopuri cazeinice în ducturile glandei mamare, ceea ce favorizează apariția inflamației.

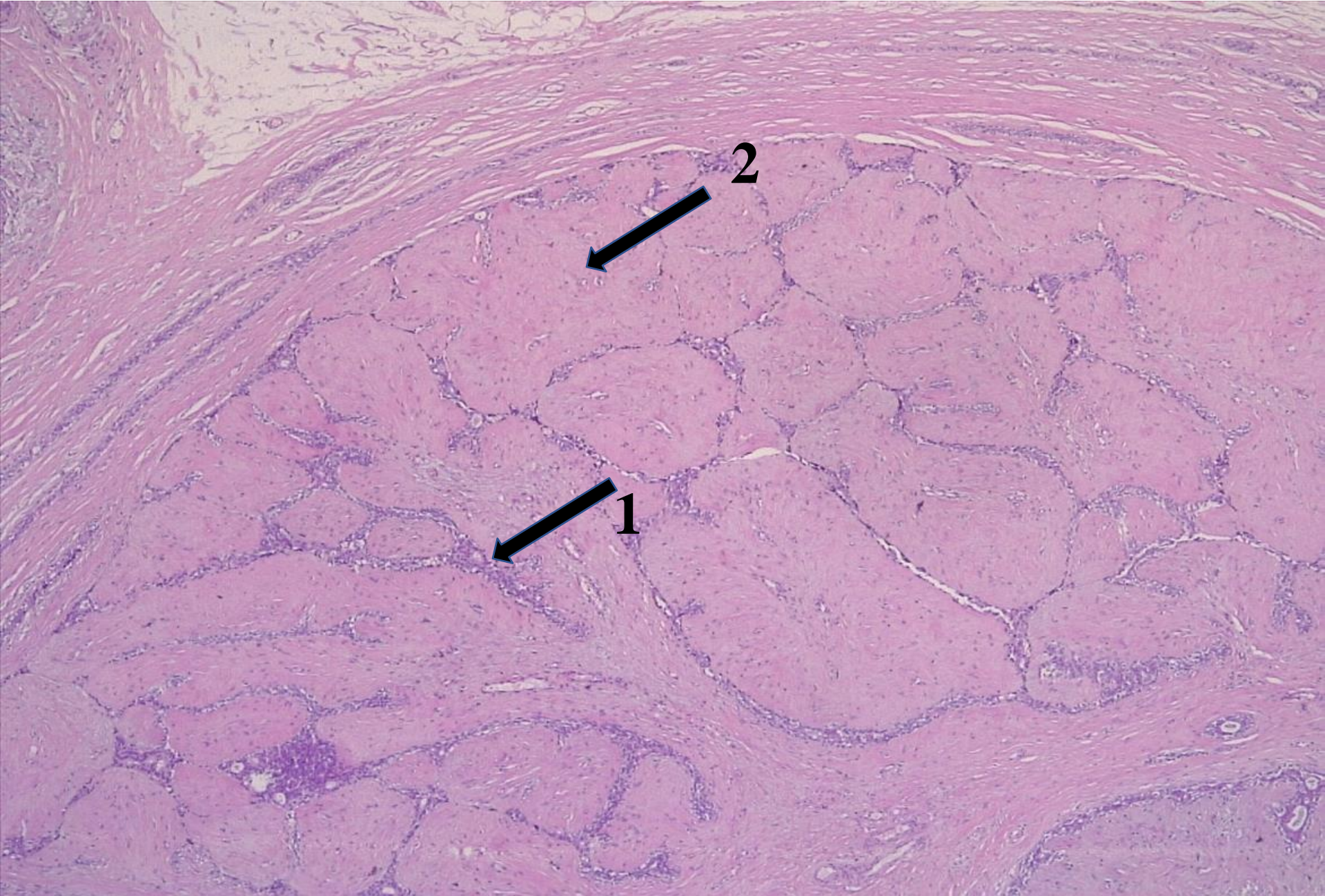
Dură evoluția clinică poate fi **acută și cronică**.

Mastita acută de obicei este purulentă.

• **Fibroadenomul** este cel mai frecvent neoplasm benign mamar, este o tumoră alcătuită din stromă fibroblastică și din glande acoperite de epiteliu; cu toate acestea, doar celulele stromale sunt clonale și în mod real neoplazice.

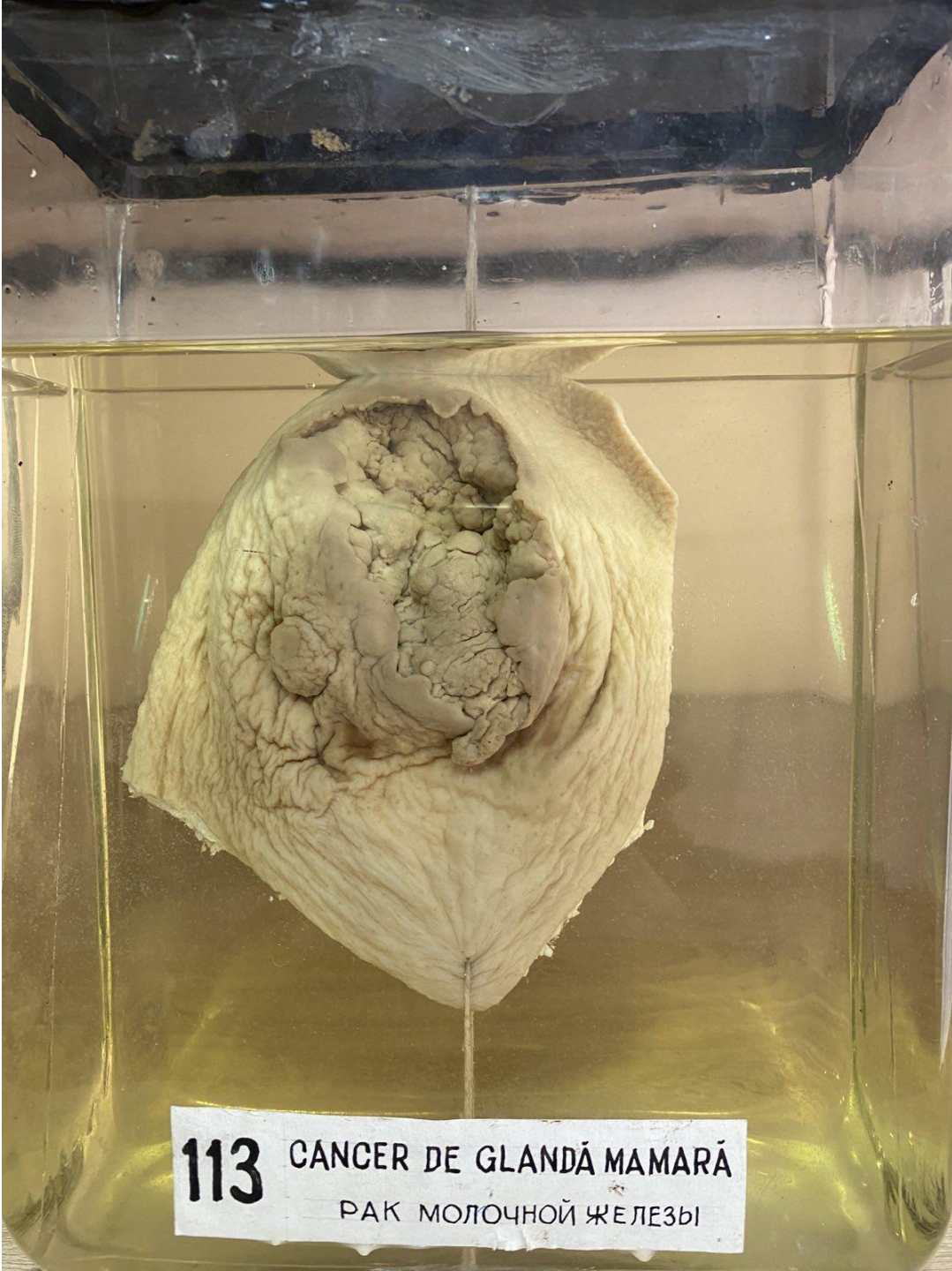
Macroscopic -- o formațiune distinctă, cu diametrul de 1-10 cm, de consistență fermă. Pe secțiune are culoare alb-cafenie uniformă, punctată de mici pete galben-roz de consistență mai redusă, reprezentând zonele glandulare.

Microscopic -- se observă o stromă fibroblastică laxă care conține spații asemănătoare ductelor, tapetate cu epiteliu, de diferite forme și mărimi.



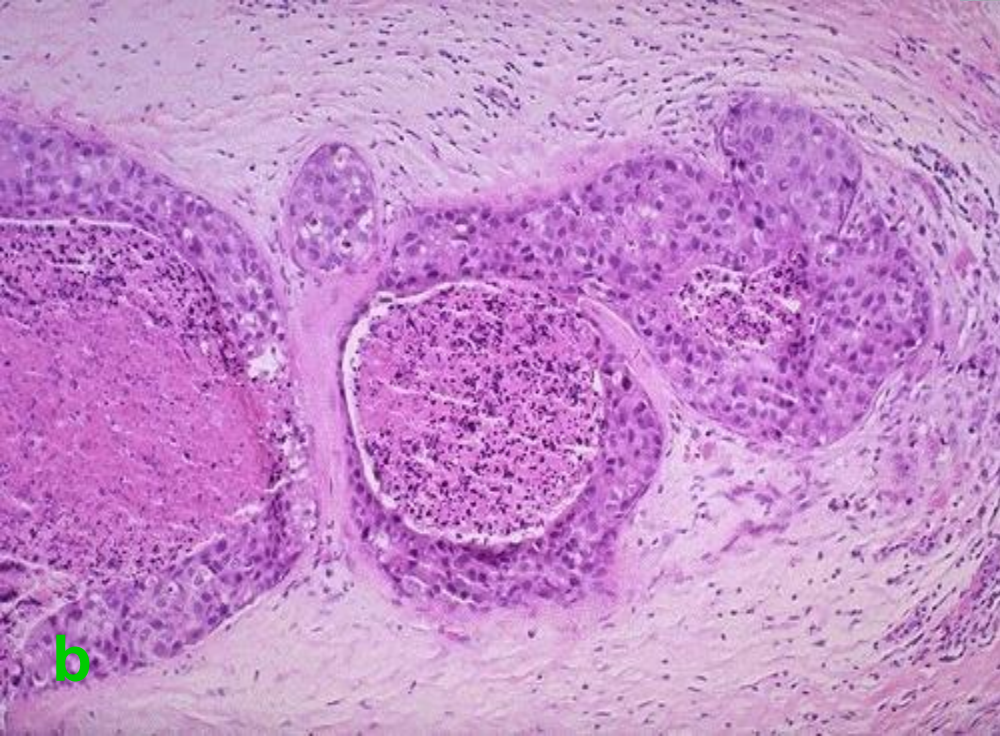
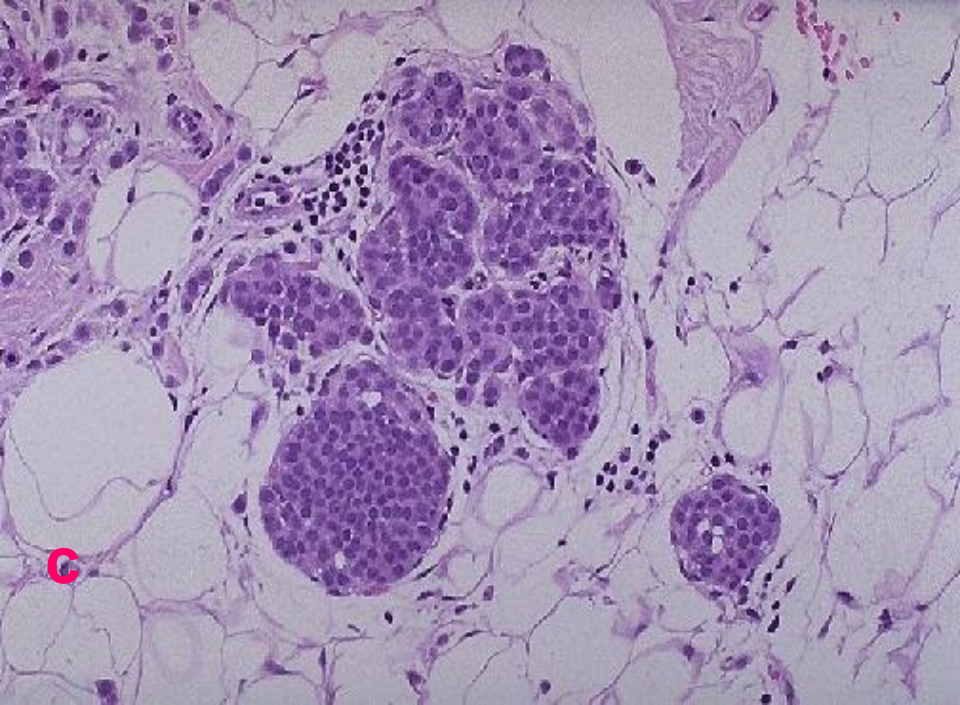
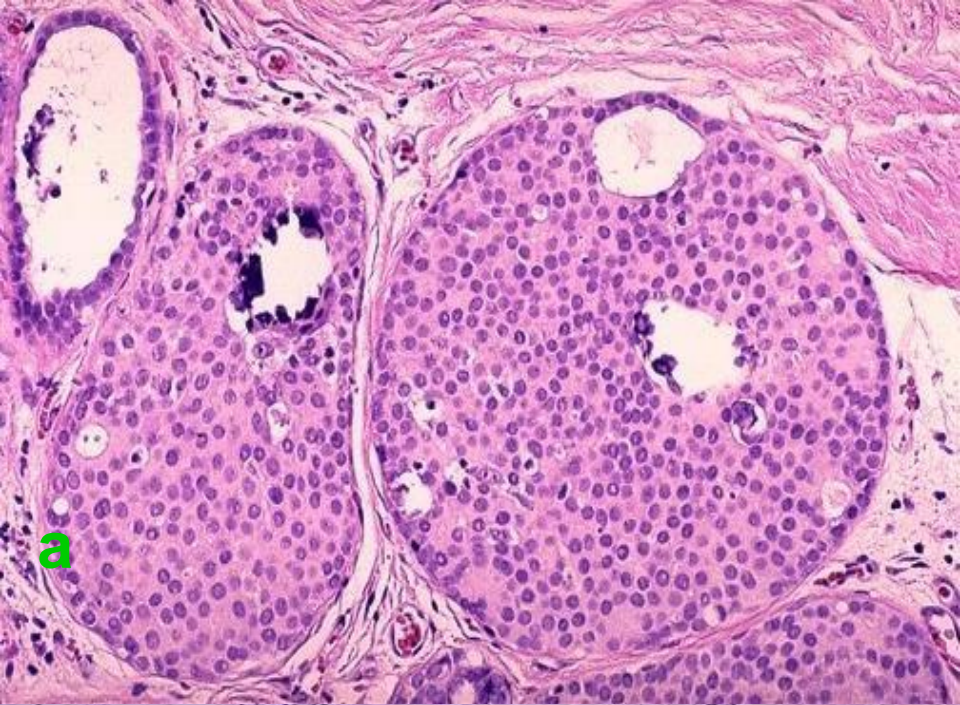
№ 213. Fibroadenom da glandă mamară (colorație H-E).

- **Cancerul mamar-** este cea mai frecventă tumoare malignă a glandei mamare. Se observă, de regulă, în perioada de vîrstă de la 45 pînă la 65 ani.
- Stare de precancer – displazia benignă a glandei mamare și papilomul ductal.
- Macroscopic se distinge forma nodulară și difuză.
- Variantele histologice – neinfiltrativ și infiltrativ.



**№ 113. Cancer de
glanda mamară**

113 CANCER DE GLANDĂ MAMARĂ
РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Carcinom mamar in situ:

a – intraductal in situ;

*b – comedocarcinom cu necroză
centrală în duct;*

c – lobular in situ.

Metastaze:

- **limfogene** – în limfoganglionii regionali/ axilari, pectorali, sub- și supraclaviculari, parasternali/.
- **Hematogene** – în oase, plămâni, ficat, rinichi.

*În diagnosticul cancerului de glandă mamară cea mai mare importanță au **mamografia și biopsia**.*