

ANATOMIA PATOLOGICA

Aspetti macroscopici e tissutali delle patologie del cancro orale che permette di dare prima un orientamento (im studio) e poi la sicurezza (analisi istologica) attraverso ANALISI DIFFERENZIALE.

S' deve sempre, per legge, prelevare il tessuto per inviare allo anatomopatologo sia per a benigno che pseudole che maligne.



Se una lesione è pseudotumore macroscopicamente non lo si riesce a capire e solo la diagnosi certa garantisce di determinare un corretto APPROCCIO TERAPEUTICO allo scopo di assicurare la GUARIGIONE / PREVENZIONE del paziente.



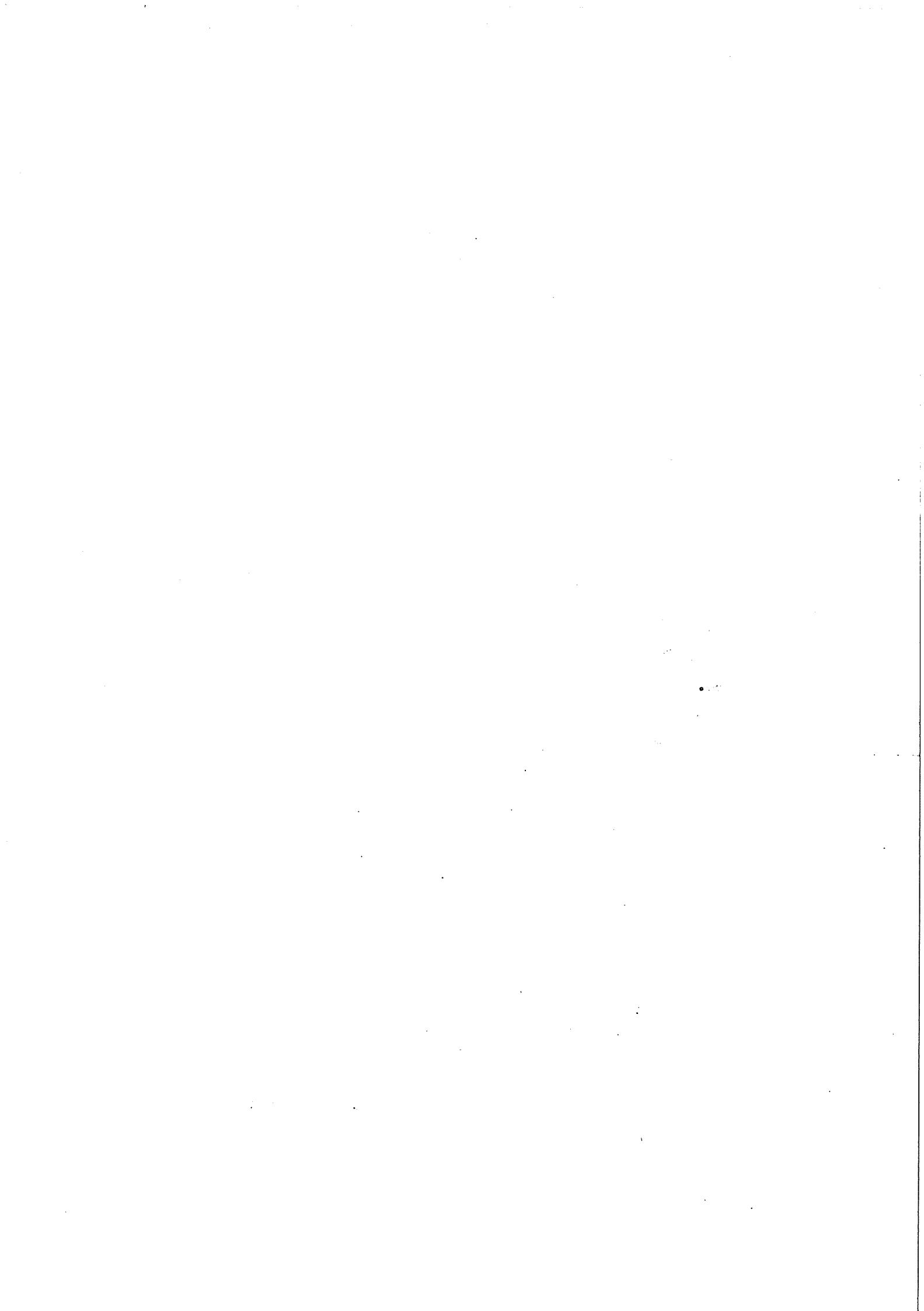
Le pazienti può anche non essere consapevoli delle lesioni PRE/TUMORALI quindi perciò più occasionalmente si fa una prima diagnosi (un vantaggio di possibilità) e successivamente, dopo i e inviato all'anatomopatologo, si ha diagnosi certa.



BIOPSIA prelievo di circa 1 cm a seconda di localizzazione e **CAMPIONAMENTO CITOLOGICO** specifica patologia

Praticamente perlopiù, un qualsiasi prelievo viale procurato da UN CONTESTO DEGANICO motivo per cui è privato dei mutamenti fondamentali e ovviamente quindi un'insieme di CELLULE che hanno incontro a molte (LISI / NECROS.) a seconda del tipo di tessuti (epitelio: sec/min, denti: omni, cervello: istanti).

Se invece afora esiste di molte il tessuto non può essere più analizzato motivo per cui bisogna utilizzare un mezzo fissativo **FORMALINA**: FORMALINA al 10% che deve essere conservato a temperatura ambiente, lontano da luce e calore e per massimo 24h successivamente delle esse inviate all'anatomopatologo. (COSÌ NOTO COME PERFUSIONE).



La formalina, una volta nel citoplasma, si lega alle PROTEINE e in bisce il contatto con l'acqua legandosi al suo posto bloccando qualsiasi processo METABOLICO: la cellula si ferma e rimane in uno status quo come al momento dell'immersione. Il fissativo FERNEA lentamente dall'esterno fino al core, processo plasmatico che divide il emofluore dopo 24 h ma le capacità di plasmazione ~~della~~ raggiunge massimo Q50%.



I fissativi sono DISIDRATATORI quindi maggiore è il tempo, più probabile è COARTAZIONE CELLULARE perdendo così i rapporti con le cellule limitrofe: modificazione di base NEGATIVA. Una tecnica sempre più utilizzata negli ultimi anni è la TECNICA IMMUNOFLUORESCENTE (antigene-anticorpo) di tecniche ESTRATZIONE ANTIGENICA Dopo 24h inizio di estrazione antigenica (Q5%) che determina problemi eziologici e fenotipici, prima di 24h solo del 5%.



Un altro fissativo è l'ALCOOL che però non deve essere utilizzato al 100%, meglio il 75% ma comunque non è consigliabile:

- SCIOGLIE I CADMI
- FORTE DISIDRATATORE
- ESTRATZIONE ANTIGENICA MOLTO VELoce (Q5% vs 5% nelle 24h della formalina)

La formalina al 5% è da utilizzare nell'estrazione citologica che prevede entro 15 minuti la disidratazione (creare una difficoltà nella determinazione anatomico-patologica).

A meno che non ~~si~~ effettui una CENTRIFUGAZIONE.

A SO ASPIRATO O STIRATO?

in caso di una lesione
(ad esempio intarpo endonale)
attraverso un aiuto
EO-TAC per entrare la
lesione si effettua il
poliduro tramite aspirazione

estrazione diretta che viene uniformemente
spontaneo su uno o più settimi
precedentemente ricoperto da fibrina.
con cui le cellule si muovono attraverso
FORZE ELETROSTATICHE (quindi non
riescano di staccarsi.)

bili a più livelli



ma con un'unica scia giga e la

1. simula poi in un catetere
con focalizziamo al 4% ed
impianto recentemente o
nontumore.

VAUZZARE UNO SPRAY FISSATORE? (ATOFIX)

- spray facile da utilizzare
- non vapori di formalina
- maneggiabile
- economico
- fissazione efficace

ma?

FILM

CONVIENE? economicamente sì ma
non sotto gli altri punti di vista
perché lo spray come le lacche
crea un film che diminuisce la
penetritabilità dei coloranti =
IMPOSSIBILITÀ DI DIAGOS. CERTA e
necessità di nuovo prelievo

Non si assumono le
responsabilità verso
se stessi ed i pazienti

—

in caso di tumore la velocità è
fondamentale per l'intervento
NON GIUSTO. NON CONVENIENTE.

LINGUAGGIO TECNICO

ULCERAZIONE = perdita di sostanza caratterizzata dalla messa a nudo del cotone; erosione = perdita dell'epitelio di rivestimento con messa a nudo della membrana basale

PSEUDOEROSIONE = riduzione dello spessore dell'epitelio per perdita degli strati superficiali ma mantenimento dei basali e parabasali

Ca più grave è l'ulcera a causa della loro profondità. Può essere di tipo:

- ATTRITO

- INFAMMAZIONE

- NEOPLASTICHE

Da quanto tempo si ha l'ulcera? Sono state effettuate terapie farmacologiche mirate? Se molto tempo, se terapia inefficace =
PRENEOPLASTICO prima o livello del CRATERE (ogni infiammatoria) e
succinicamente AI BORDI per comprendere se si tratta di una
lesione neoplastica. Perché? →

Nessuna superficie deve essere scoperta motivo per cui le cellule dei bordi possiedono un'MAP per la riproduzione concentrica che però non possono effettuare poiché cronica (cellule si differenziano ma non abbassano da controllare) motivo per cui il tempo del ciclo cellulare si riduce in caso di emergenza e di alterazioni fino a causare delle MUTAZIONI PUNTIFORMI che esistono di codificazione SOS (tutte benevolente a unlivello che non superino il numero di cellule SOS)

CELLA NORMALLE → PRENEOPLASTICA → NEOPLASTICA