

PATHOS II

Indice:

1) Polmone

- Patologie polmonari pag. 4-30
- Citopatologia polmonare pag.31-33
- Patologia pleurica pag. 34-40

2) Apparato urinario

- Patologie cistiche rene pag. 42-43
- Patologie infiammatorie rene pag. 44-45
- Glomerulonefriti pag. 46-54
- Patologie neoplastiche del rene pag. 55-62
- Patologie dell'urotelio pag. 63-71
- Citopatologia urinaria pag. 72-76

3) Apparato genitale

- Patologie dell'ovaio pag. 78-86
- Patologie dell'utero pag. 87-93
- Patologie della cervice (+ Pap test e HPV test) pag. 94-100
- Patologie di vulva e vagina pag. 101-103
- Patologie prostatiche pag. 104-109
- Patologie del testicolo pag. 110-117

4) Mammella

- Patologia della mammella pag. 119-133
- Citopatologia mammaria pag. 134- 137

5) Tessuti molli ed osso

- Patologia dell'osso pag. 139- 145
- Patologia dei tessuti molli pag. 146-148

6) SNC

- Patologia del SNC 150-173 (aggiungere adenomi ipofisari pathos 1, pag. 123-125)

7) Cuore e vasi

- Patologia vascolari pag. 175-181
- Patologia cardiaca pag. 182-190

POLMONE

Patologie non neoplastiche del polmone

Patologie ostruttive = patologie in cui si ha un aumento delle resistenze a livello delle vie aeree

Table 15-3 Disorders Associated with Airflow Obstruction: The Spectrum of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

| Clinical Term | Anatomic Site | Major Pathologic Changes | Etiology | Signs/Symptoms |
|--------------------------------------|---------------|---|--|-----------------------------------|
| Chronic bronchitis | Bronchus | Mucous gland hyperplasia, hypersecretion | Tobacco smoke, air pollutants | Cough, sputum production |
| Bronchiectasis | Bronchus | Airway dilation and scarring | Persistent or severe infections | Cough, purulent sputum, fever |
| Asthma | Bronchus | Smooth muscle hyperplasia, excess mucus, inflammation | Immunologic or undefined causes | Episodic wheezing, cough, dyspnea |
| Emphysema | Acinus | Airspace enlargement; wall destruction | Tobacco smoke | Dyspnea |
| Small-airway disease, bronchiolitis* | Bronchiole | Inflammatory scarring/obliteration | Tobacco smoke, air pollutants, miscellaneous | Cough, dyspnea |

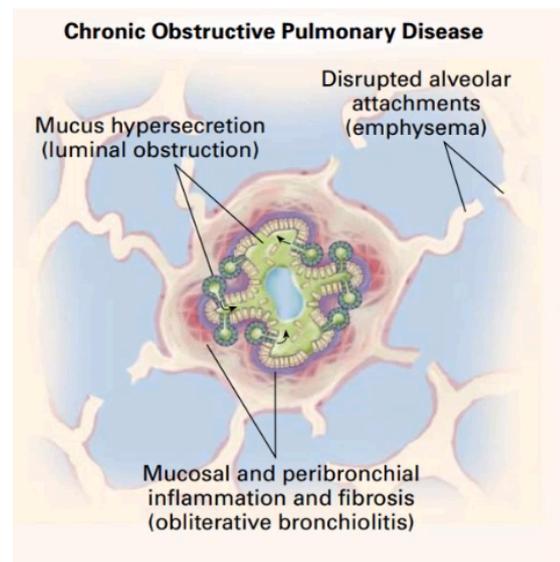
*Can be seen with any form of obstructive lung disease or as an isolated finding.

L'enfisema e la bronchite cronica sono spesso considerati clinicamente come un'unica entità nosologica e vengono denominati con il termine BPCO. In effetti, la maggior parte dei pz presenta caratteristiche di entrambi i quadri patologici, quasi certamente perché condividono un importante fattore scatenante quale il fumo di sigaretta. Inoltre, si ritiene attualmente che la malattia delle piccole vie aeree, una variante della bronchiolite cronica contribuisca all'ostruzione sia nell'enfisema sia nella bronchite cronica. Mentre l'asma si distingue per la presenza di un reversibile broncospasmo, anche se alcuni pz possono sviluppare un quadro irreversibile.



Patogenesi delle BPCO: nell'ambito delle BPCO, il principale meccanismo è rappresentato dalla infiammazione causata da uno stimolo che, nella maggior parte dei casi, è data dal fumo di sigaretta (ma anche inquinanti ambientali, infezioni recidivanti, e che va a determinare un importante stress ossidativo. La riduzione del flusso è data da:

- Ipersecrezione di muco causata dalla stimolazione delle cellule mucipare
- Infiammazione cronica mucosale e peribronchiale con infiltrato di neutrofili e linfociti CD8+ e conseguente perdita della componente elastica con ispessimento fibroso che causa il collasso dei bronchioli respiratori durante l'espiazione.
- Negli stadi più avanzati c'è distruzione delle strutture alveolari con sviluppo dell'enfisema



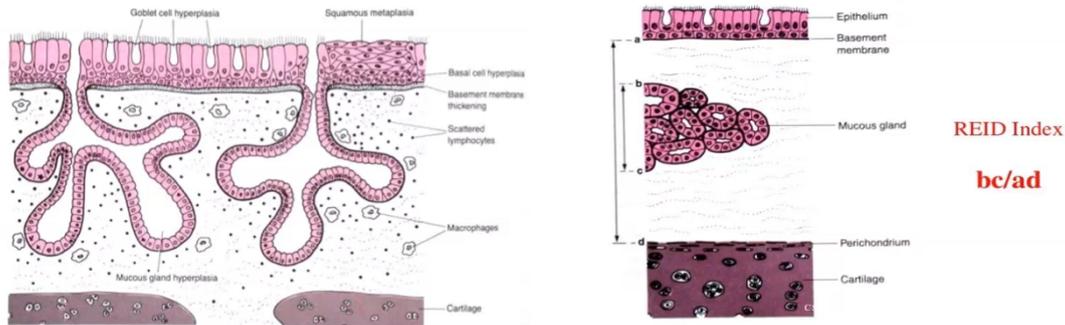
Bronchiectasia: distruzione del tessuto muscolare ed elastico del polmone in seguito ad infezione croniche necrotizzanti che portano ad una dilatazione permanente dei bronchi e dei bronchioli. Dal punto di vista epidemiologico è una BPCO che nel tempo ha perso il suo valore perché è legata principalmente ad infezione, di conseguenza con l'attuale capacità di riconoscere le infezioni e trattarle con farmaci antibiotici, questo tipo di patologia si è ridotta nel tempo. Ciò nonostante può comunque essere associata a patologie ereditarie come FC o sindrome di Kartagener. Da un punto di vista *anatomopatologico*, si riscontra un intenso infiltrato infiammatorio sia di tipo acuto che di tipo cronico con formazione di essudato associato alla desquamazione dell'epitelio bronchiale con formazione di aree estese di ulcerazione.

Bronchite cronica: è una definizione clinica perché viene definita dalla presenza di tosse produttiva e persistente per almeno 3 mesi all'anno per 2 anni consecutivi, in assenza di stimoli ben identificabili come il fumo di sigaretta. Nella maggior parte dei casi è causata dall'irritazione cronica da tabacco che provoca ipersecrezione di muco con proliferazione delle cellule caliciformi.

Morfologicamente: iperemia e edema della mucosa con secrezione mucosa o mucopurulenta.

Istologicamente:

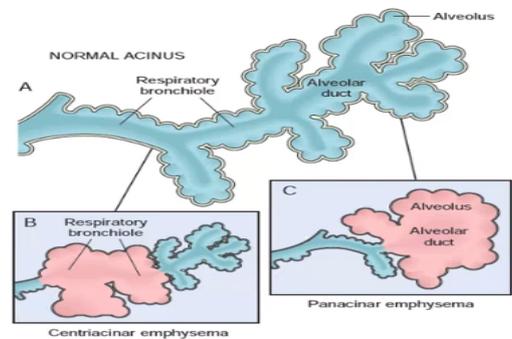
- infiammazione cronica con linfociti
- Rimodellamento della parete delle vie aeree = iperplasia delle goblet cells con aumento dello strato mucoso ed iperplasia ghiandolare.



Il rapporto tra lo spessore dello strato sottomucoso e lo spessore dell'intera parete delle vie respiratorie dall'epitelio alla cartilagine è espresso dall'**indice di Reid** che nei soggetti normali si aggira tra 0,14 e 0,36 mentre nei soggetti affetti da BPCO è l'indice di Reid è > 0,44.

Enfisema polmonare: allargamento irreversibile degli spazi aerei distali ai bronchioli terminali per distruzione delle pareti alveolari e conseguente fibrosi. Sulla base della distribuzione del danno si possono distinguere quattro differenti tipologie di enfisema:

1. Enfisema centroacinare (centrolobulare): vi è l'interessamento della porzione centrale o prossimale degli acini, quindi i bronchioli respiratori; mentre la parte distale degli alveoli è risparmiata. Esso è sempre considerato l'evoluzione terminale della BPCO.
2. Enfisema panacinare (panlobulare): allargamento uniforme a livello del bronchiolo terminale e degli alveoli distali. Questa condizione si può ritrovare nel deficit di $\alpha 1$ anti-tripsina
3. Enfisema parasettale: interessa prevalentemente la parte distale dell'acino, si sviluppa in zone adiacenti ad aree di fibrosi o atelettasia. Presenta spazi aerei dilatati e multipli, talvolta organizzate in strutture pseudocistiche.
4. Enfisema irregolare: l'interessamento acinare è irregolare ed è associato a fibrosi.



Clinica: l'enfisema parasettale e irregolare NON sono associati ad una sintomatologia evidente, al contrario delle due tipologie precedenti. Ad ogni modo, soprattutto il parasettale che è in periferia può portare alla formazione di bolle a livello subpleurico (enfisema bolloso) che, se si rompono, possono causare pneumotorace spontaneo.