
PATOLOGIA UTERINA

FLOGOSI

ECTROPION

DISPLASIA DEL COLLO UTERINO

ENDOMETRIOSI

IPERPLASIA ENDOMETRIALE

NEOPLASIE BENIGNE

NEOPLASIE MALIGNI

MOLA E CORIOCARCINOMA

PATOLOGIA UTERINA - FLOGOSI

FLOGOSI

- Acute
- Croniche
- Specifiche
- Aspecifiche

SEDE:

Endometriti

Cerviciti: Endo/eso-cerviciti

Salpingiti

ENDOMETRITI

Frequenza sovrastimata per:

presenza di follicoli linfatici

presenza di cellule granulose stromali a nucleo dismorfico

infiltrazione leucocitaria pseudoinfiammatoria premenstruale

Acuta

- **Rara**
- **Infezione per via ascendente → Vulvo-vaginite-cervicite**
- **Eziologia Batteri / Cocchi / bK**
- **Catarrale**
- **Purulenta**
- **Pseudomembranosa**
- **Gangrenosa**

ENDOMETRITI CRONICHE

Aspecifiche vs. Specifiche

Aspecifiche

Possibile evoluzione di forme acute, pur se il distacco di parte della mucosa durante la mestruazione favorisce la guarigione in casi superficiali

Morfologia:

- Infiltrato ricco in plasmacellule
- Infiltrati infiammatori perivasali
- Atrofia della mucosa
- Metaplasia epidermoidale

Forme di **IUD-correlate allo** (rame o plastica) (modifica la flora cervico-ivaginale favorendo gli anaerobi e la presenza di actinomiceti)

Complicanza: Malattia infiammatoria pelvica

ENDOMETRITI CRONICHE

Specifiche

Tubercolare

- Forma secondaria
- Salpingite → Infezione per via canalicolare discendente
- Endometrite
- Cervicite
- Vaginite

Morfologia: Miliare

Nodulare

Ulcerocaseosa

N.B.: i granulomi sono floridi nella 2^a metà del ciclo

Complicanze: **Sterilità**
Miometrite
Pelviperitonite
Piometra tubercolare

ENDOMETRITI CRONICHE

Endometriti Granulomatose

- **Fungina** (Candida)
- **Sarcoidea**
- **Da corpo estraneo**

Da talco → penetrazione accidentale (guanti, sonde

→ per medicazioni → sulfamidici + talco da silicato di Mg

Cellule giganti plurinucleate che circondano **cristalli birifrangenti**

SALPINGITI

Acute	Aspecifiche	Endosalpingiti
Croniche	Specifiche	Perisalpingiti

Eziologia: *Streptococco, Stafilococco, Gonococco, BK*

Salpingiti acute aspecifiche = canalicolari ascendenti

Morfologia:

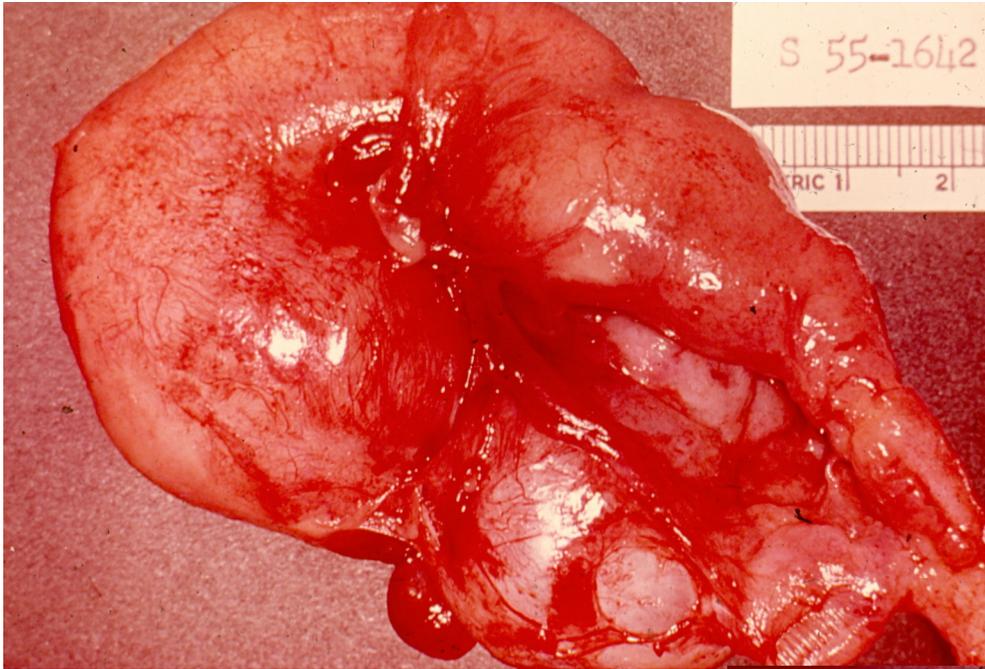
- Iperemia, edema, essudato mucopurulento, batteri
- Pliche tozze, adese tra loro e con le fimbrie
- **Chiusura dell'ostio addominale**

Distensione della tuba: **Idrosalpinge**

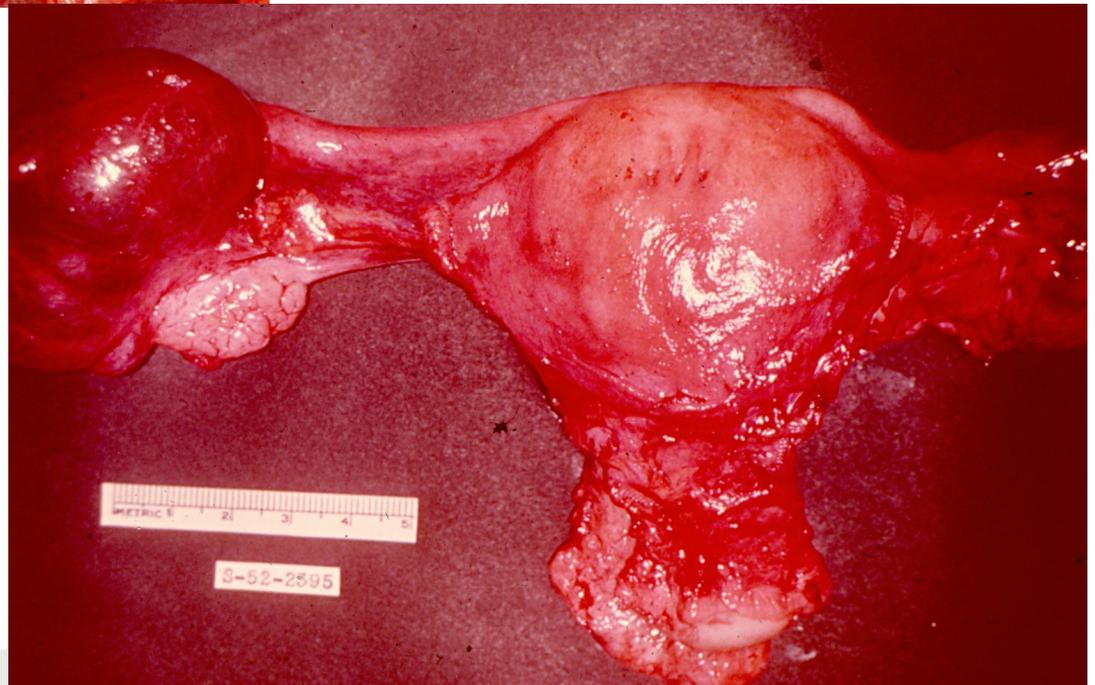
Piosalpinge

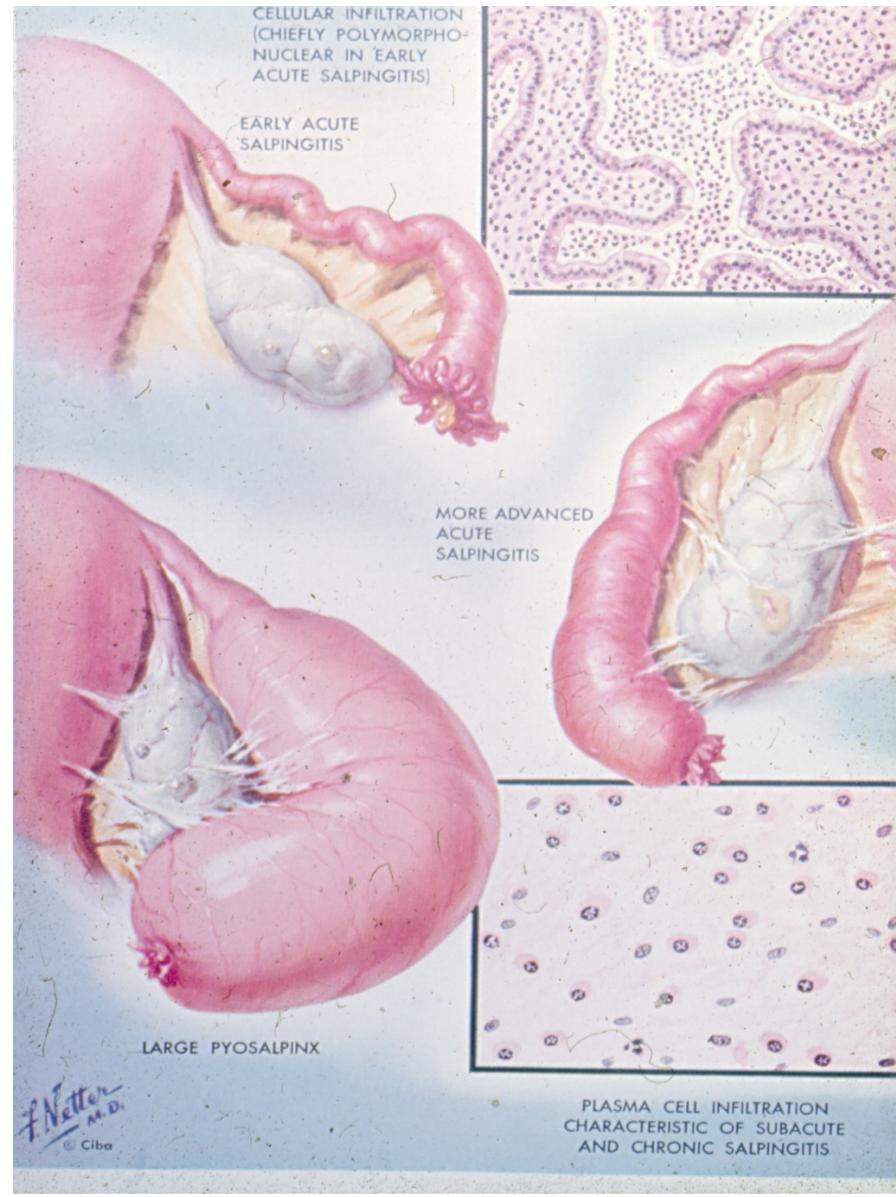
Sactosalpinge (bilaterale, confluyente)

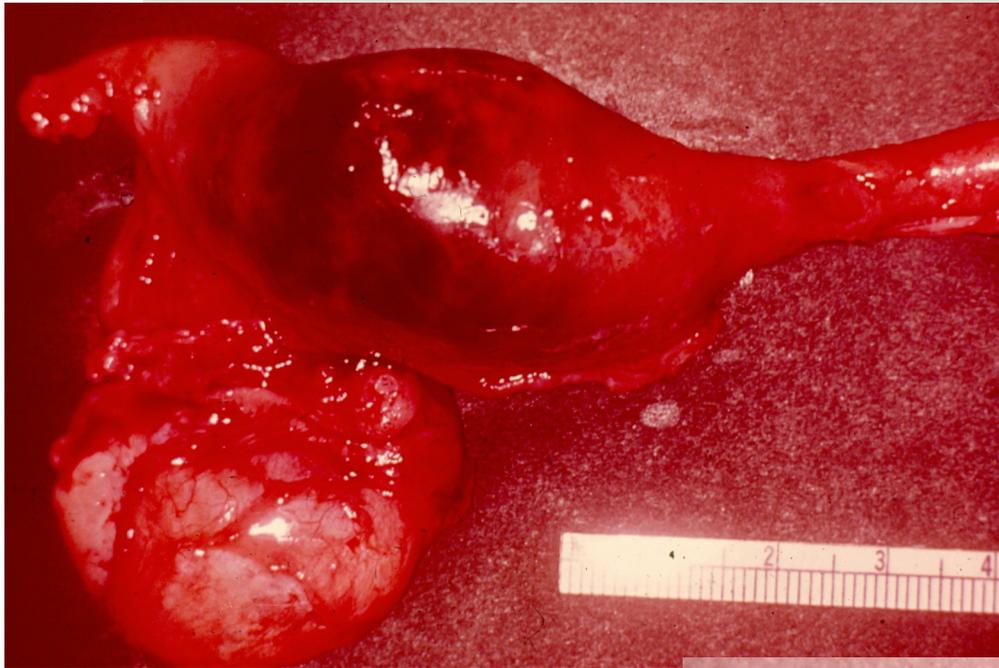
Complicanze: Peritonite circoscritta
Fistole (vescico-rettali)
Ascesso tubo-ovarico



EMATOSALPINGE

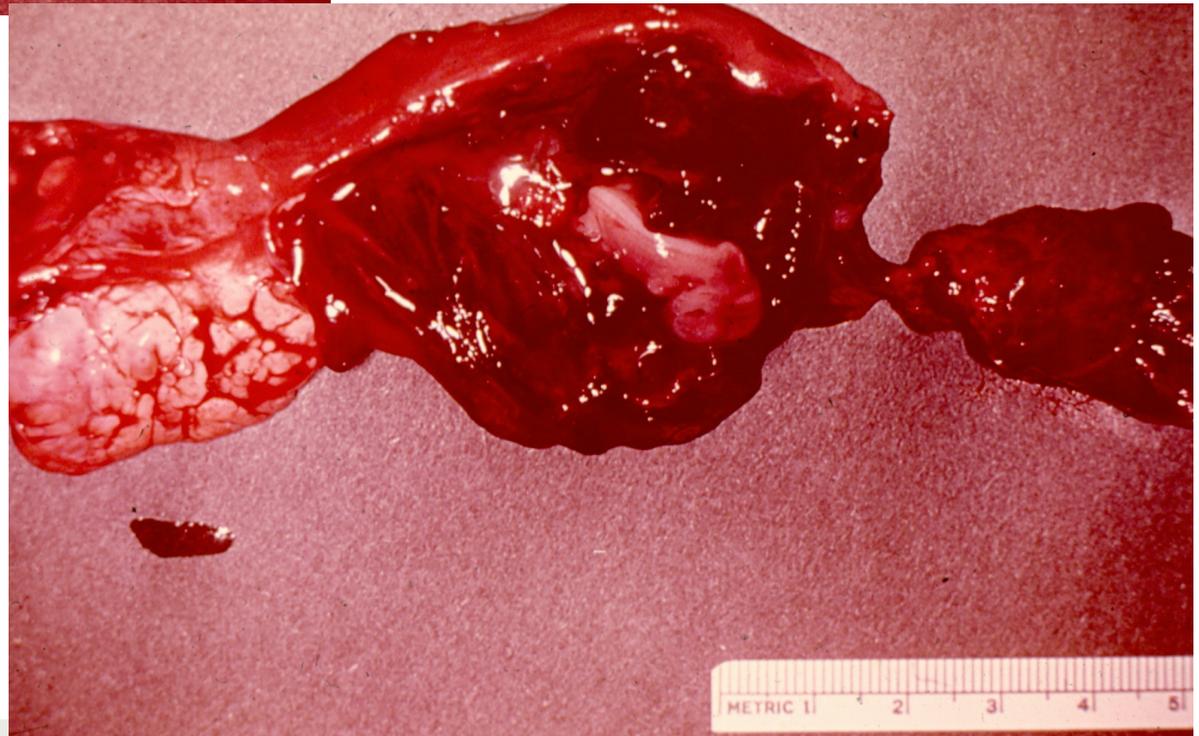






Gravidanza tubarica

Rottura di tuba gravida



SALPINGITI

Forme particolari di salpingiti

Abortive o Puerperali

Granulomatose da corpo estraneo

da salpingografia con lipiodol (olio iodato)

da talco

Salpingiti Specifiche

TBC

Secondaria alla TBC polmonare (ematogena)

Precede altre localizzazioni genitali

Forme → **Miliarica, nodulare, ulcero-caseosa**

Aspetto macroscopico

Tuba > di volume, parete ispessita

Lume dilatato con materiale caseoso che defluisce nel cavo pelvico e nella cavità endometriale

Evoluzione in **cordone fibroso (sterilità), possibile ooforite**



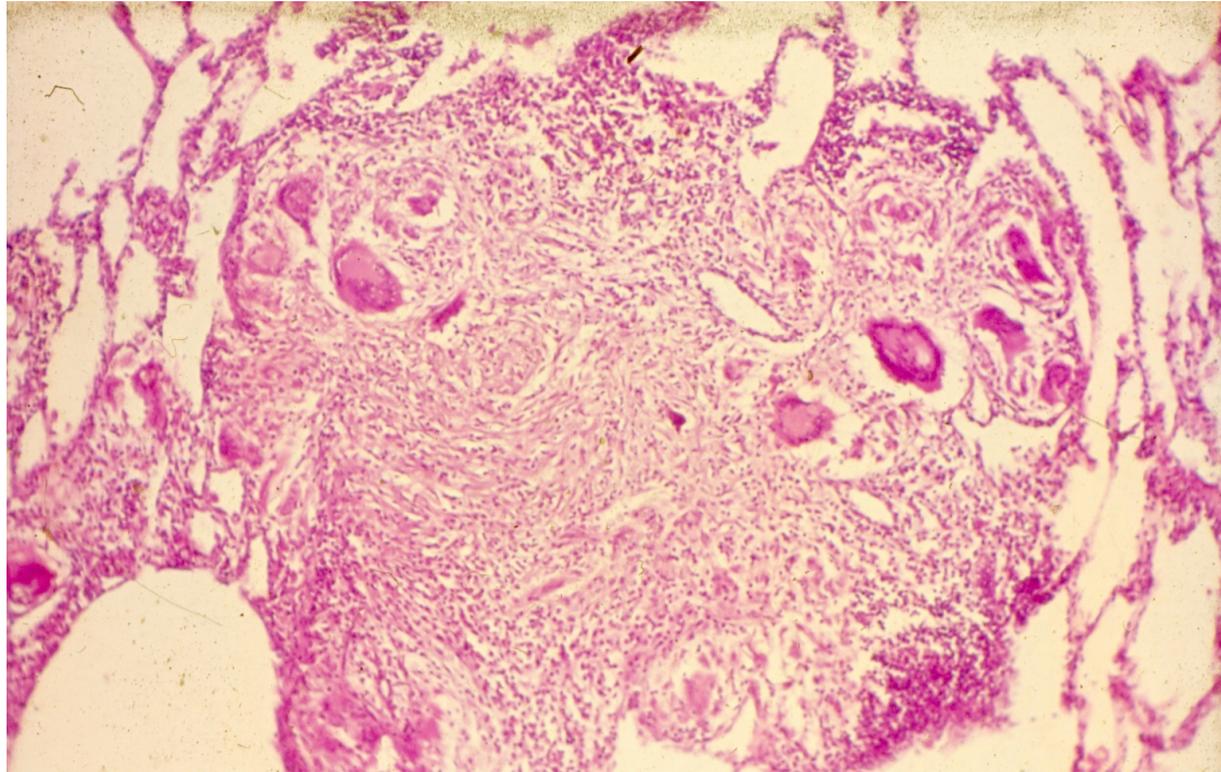
TUBERCULOSIS OF TUBAL SEROSA AS PART OF MORE WIDESPREAD PERITONEAL TUBERCULOSIS

TUBERCULOUS ENDOSALPINX WITH SOME SEROSAL TUBERCLES. ALSO TUBERCULOUS ENDOMETRITIS

CASEATED, OCCLUDED TUBE

TUBE TUBERCLE

CULDOSCOPIC VIEW



CERVICITI

Più frequenti delle endometriti

Concause facilitanti:

- Anatomiche**
- Fisiologiche**
- Rapporti sessuali**
- Lesioni traumatiche da parto**

Sede: Eso / endocerviciti

Decorso: Acute / croniche

Eziologia: Virus (HPV, HSV-II)

Flora vaginale comune

Gonococco, Chlamydia T.

Cocchi (Stafilo-strepto-enterococchi)

Funghi (Candida A., Actinomyces Israeli)

Micobatteri

Trichomonas vaginalis

CERVICITI

ACUTE

Siero-mucosa

Muco-purulenta

Purulenta

Coexiste dilatazione ghiandolare

CRONICHE

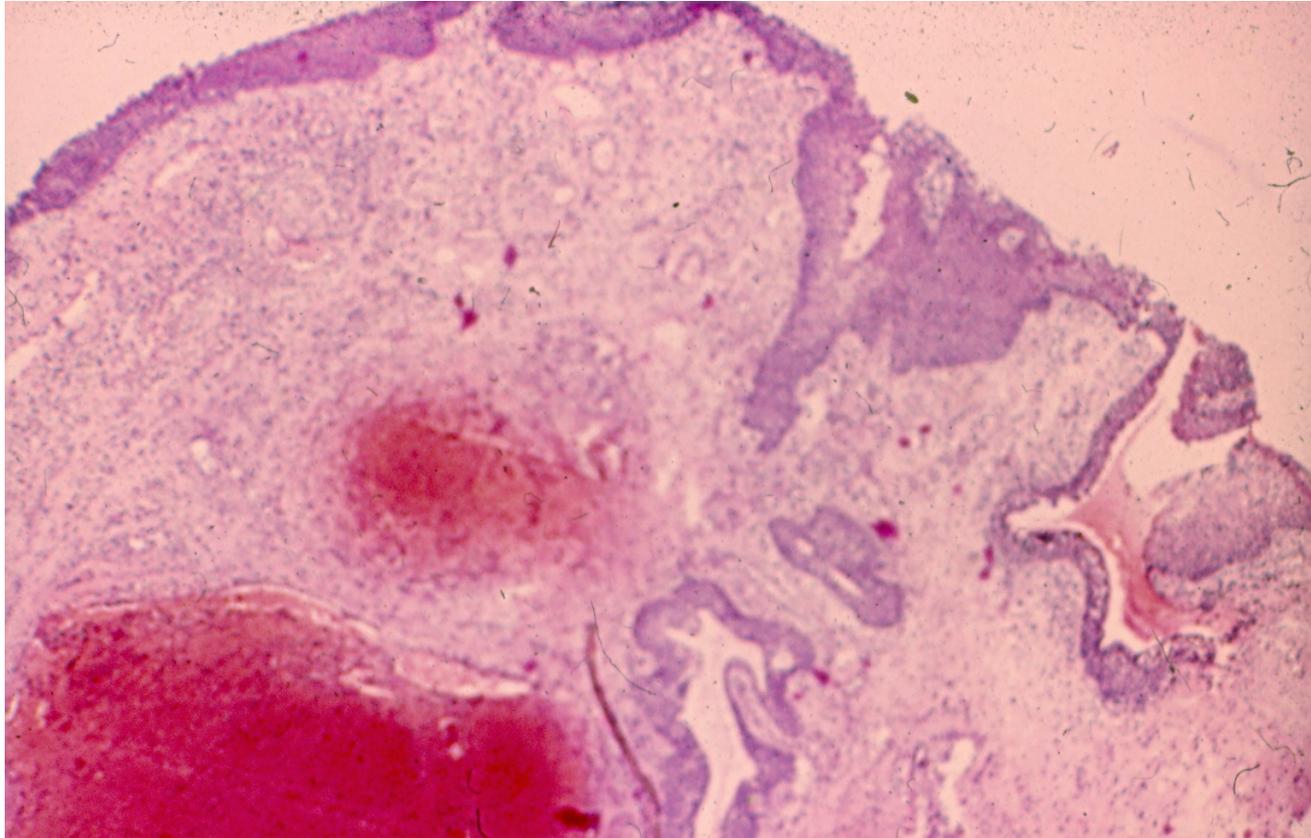
Mucosa congesta, iperplastica (Ectropion)

Uova di Naboth

Infiltrato linfomonocitario

Acantosi e paracheratosi dell'epitelio **esocervicale**

Metaplasia epidermoidale, superficiale e ghiandolare, **endocervicale**



Endocervicite- Epidermizzazione superficiale-Fenomeni emorragici

CERVICITI

Cervicite Gonococcica

Età infantile (trasmissione materna), giovanile (promiscuità)

Vulvovaginite purulenta con frequente (50%) propagazione in senso ascendente → **malattia pelvica infiammatoria**

Sede elettiva: Ghiandole endocervicali e del Bartolino, meato uretrale

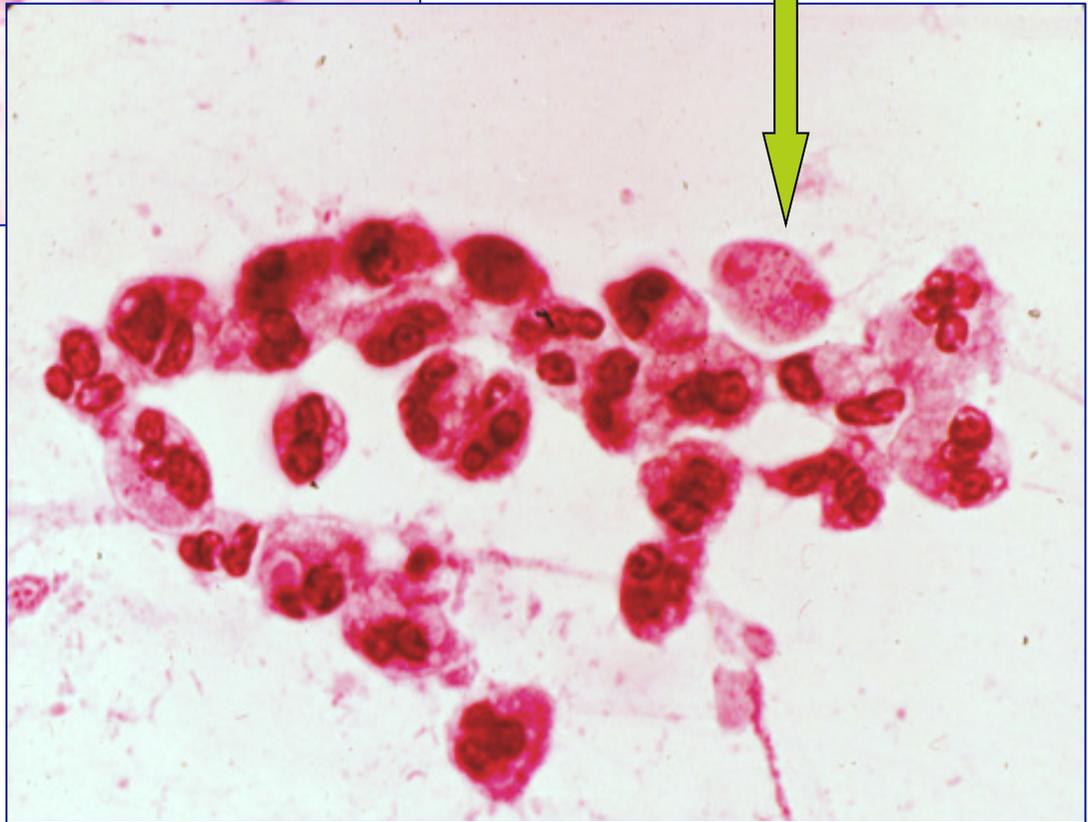
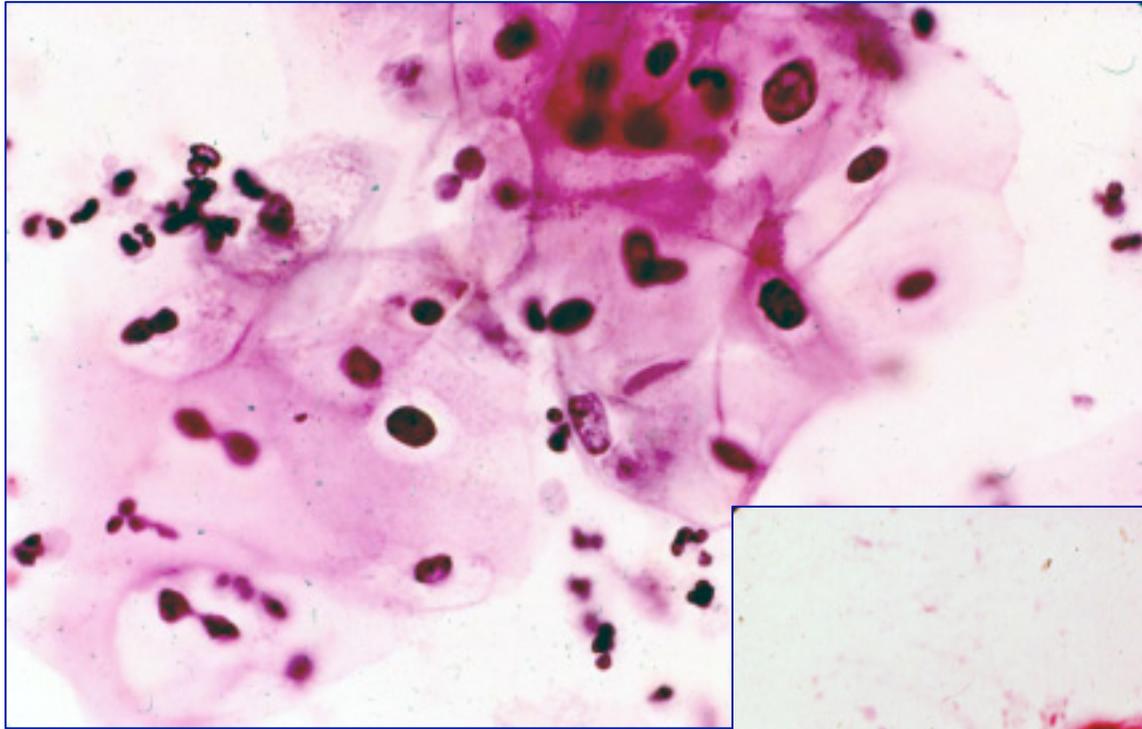
Cervico-vaginite da Trichomonas Vaginalis

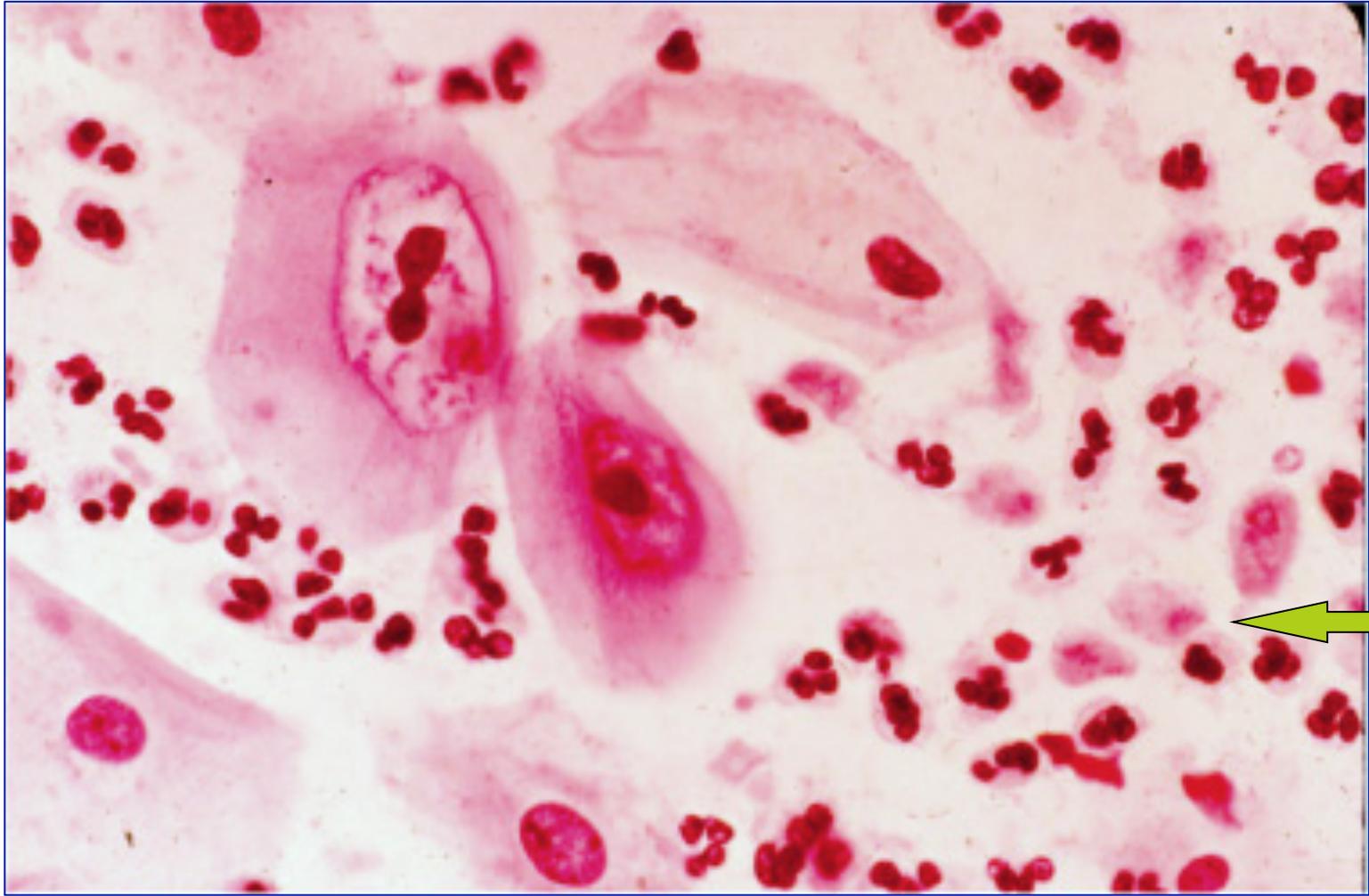
Protozoo fusiforme 15-30 μ , flagellato

Perdite vaginali giallo-verdastre contenenti il protozoo

La sintomatologia è assente nei periodi di latenza quando il protozoo è annidato nell'endocervice

Flogosi muco-purulenta con aspetti **enfisematosi** (minute cisti contenenti aria nel connettivo sottoepiteliale)





CERVICITI

Cervicite da **Clamidia Tracomatis**

Parassita intracellulare obbligato (incapace di sintetizzare ATP) delle cellule dell'epitelio colonnare cervicale e dell'uretra

In progressivo incremento

Contagio → sessuale

Latenza: 8-20 giorni dal contagio

Cervico-vaginite e uretrite mucopurulenta

- **Diffusione ascendente → malattia pelvica**
- **Aborti spontanei**

**Trasmissione al neonato attraverso il canale del parto:
congiuntiviti tracomatose e polmoniti interstiziali**

CERVICITI VIRALI: CMV, HSV, HPV

CERVICITE DA CITOMEGALOVIRUS

Rara, trasformazione citomegalica delle cellule dell' epitelio endocervicale

CERVICITE HERPETICA

Herpes Simplex tipo II/I

9-22% di donne asintomatiche

Contagio sessuale

Sede: Vulva, vagina, esocervice

Sintomi: disuria, dolore vulvare, secrezione acquosa

Macro: lesioni vescicolo-ulcerative su sfondo rossastro

Micro: vescicole intra-epiteliali

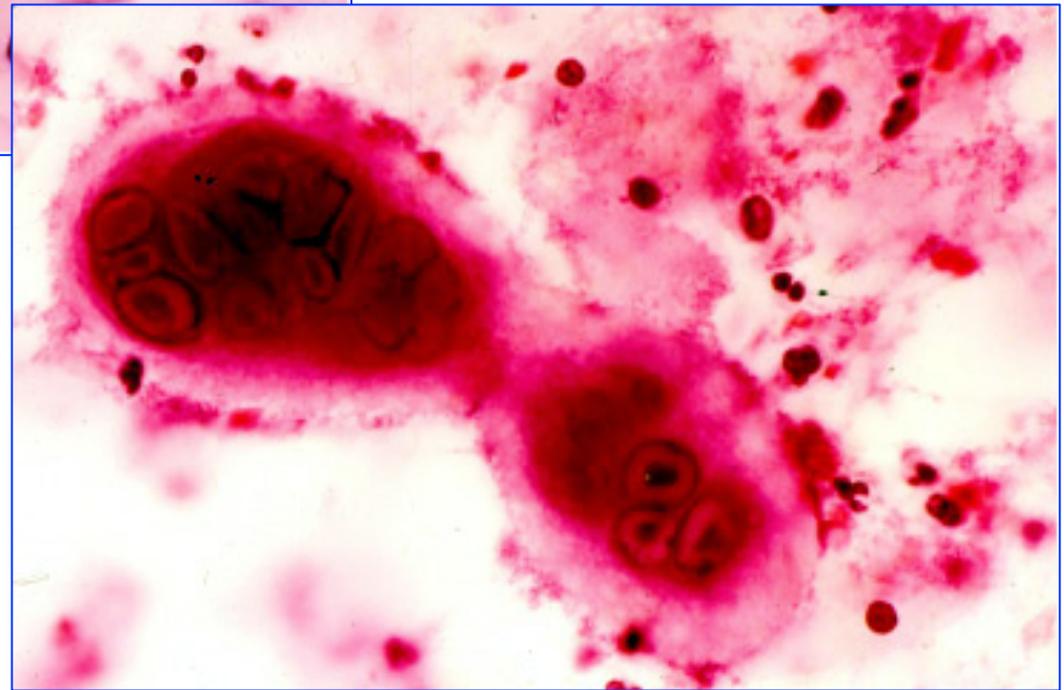
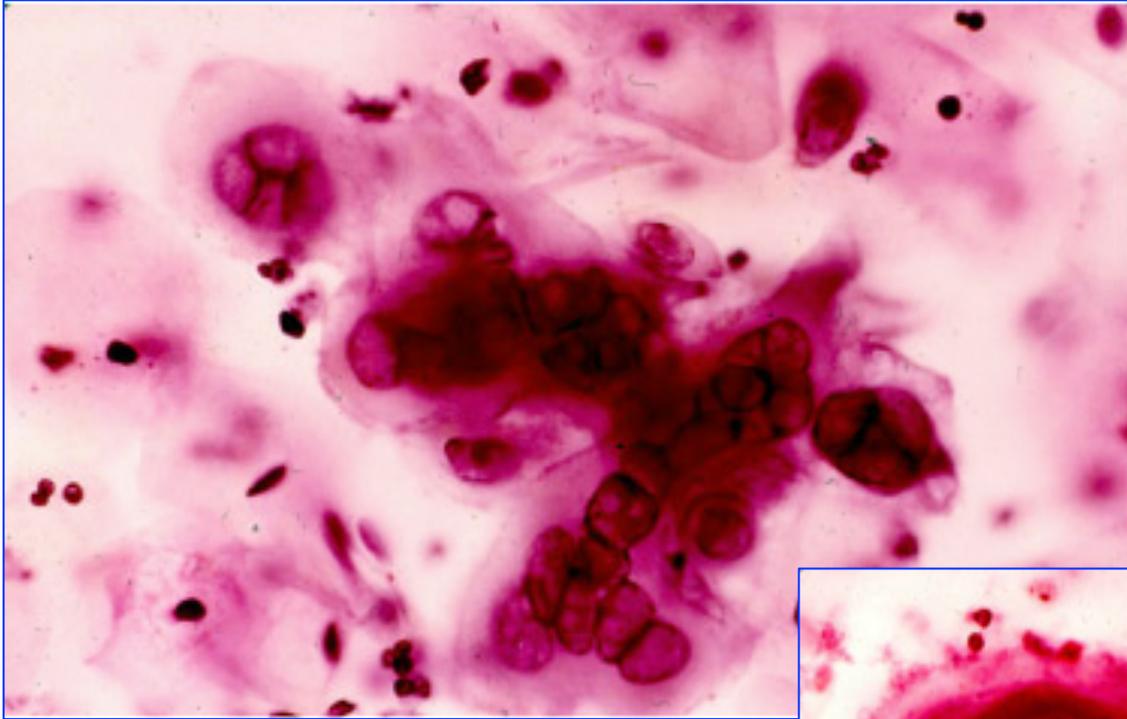
inclusi nucleari (Cowdry), cromatina a vetro smerigliato

cellule plurinucleate, carioressi

Complicanze: aborto spontaneo, malformazioni fetali (SNC)

Fattore di rischio per ca. cervico-uterino

Herpes Virus



CERVICITI VIRALI: HPV

CERVICITE da HPV (Human Papilloma Virus)

Contagio sessuale

Sede: Vulva, perineo, vagina, esocervice

Sintomi: spesso asintomatica, bruciore

Macro: Condiloma piano / acuminato

Condiloma acuminato

Neoplasia papillomatosa, rilevata, unica o multipla, sessile o pedunculata

Dimensioni → da pochi mm a 1-2 cm

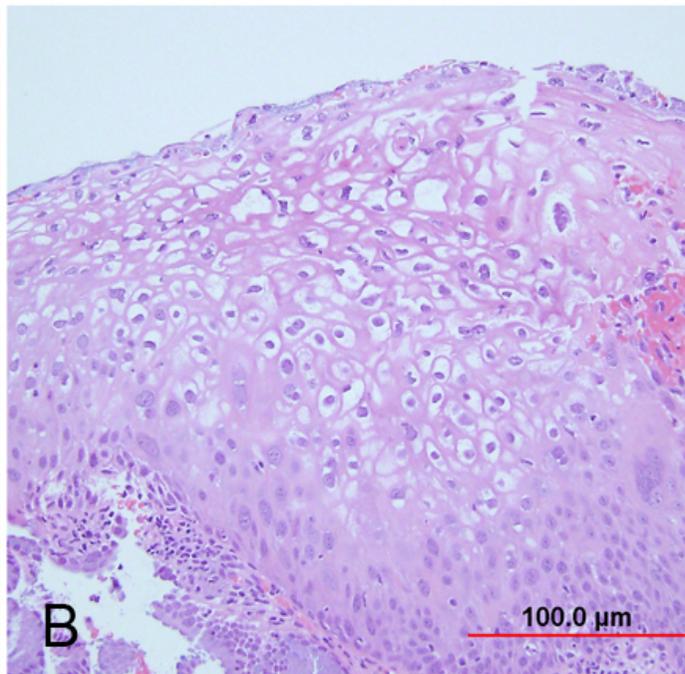
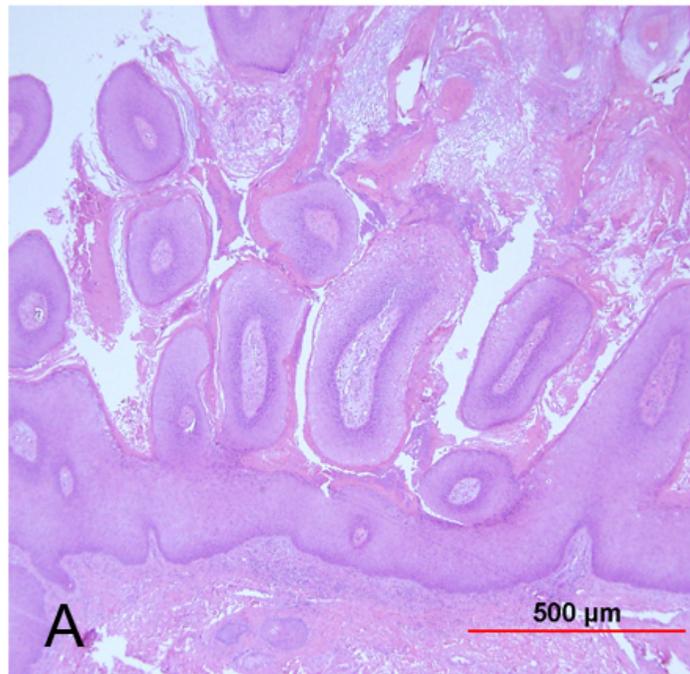
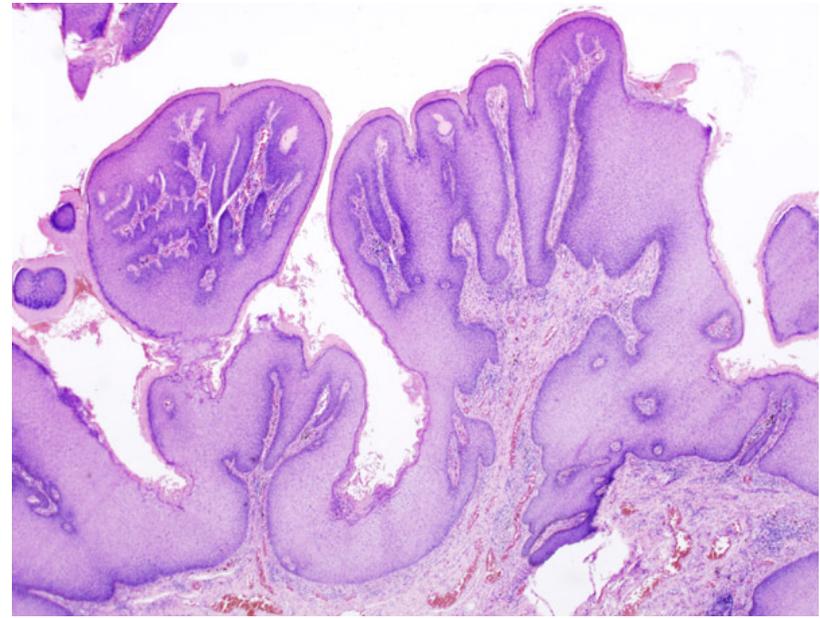
Istologia: Asse connettivo-vascolare ramificato

 Epitelio pavimentoso stratificato

 Acantosi, iper-paracheratosi, **coilocitosi**

Aumento di numero e dimensioni, rara regressione

Associato a virus di basso rischio (6-11)



CERVICITI VIRALI: HPV

Condiloma Piano

Età: 20-30 anni

Frequenza: 3% pap-test di donne >30 anni

Macro: Lesione non rilevata

Sede esocervicale

Chiazza/placca bianca

Istologia: Ispessimento epiteliale

Acantosi, iper-paracheratosi, **coilocitosi**

Aumento di numero e dimensioni, frequente regressione

Associato a virus di basso (6-11) o alto rischio (5, 8, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68)

Progressione in **neoplasia intraepiteliale cervicale (CIN)**

CERVICITI VIRALI: HPV

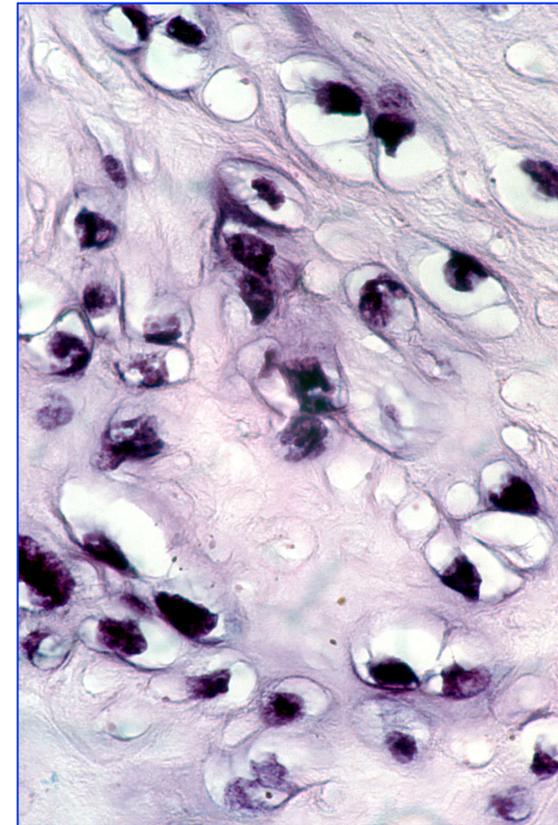
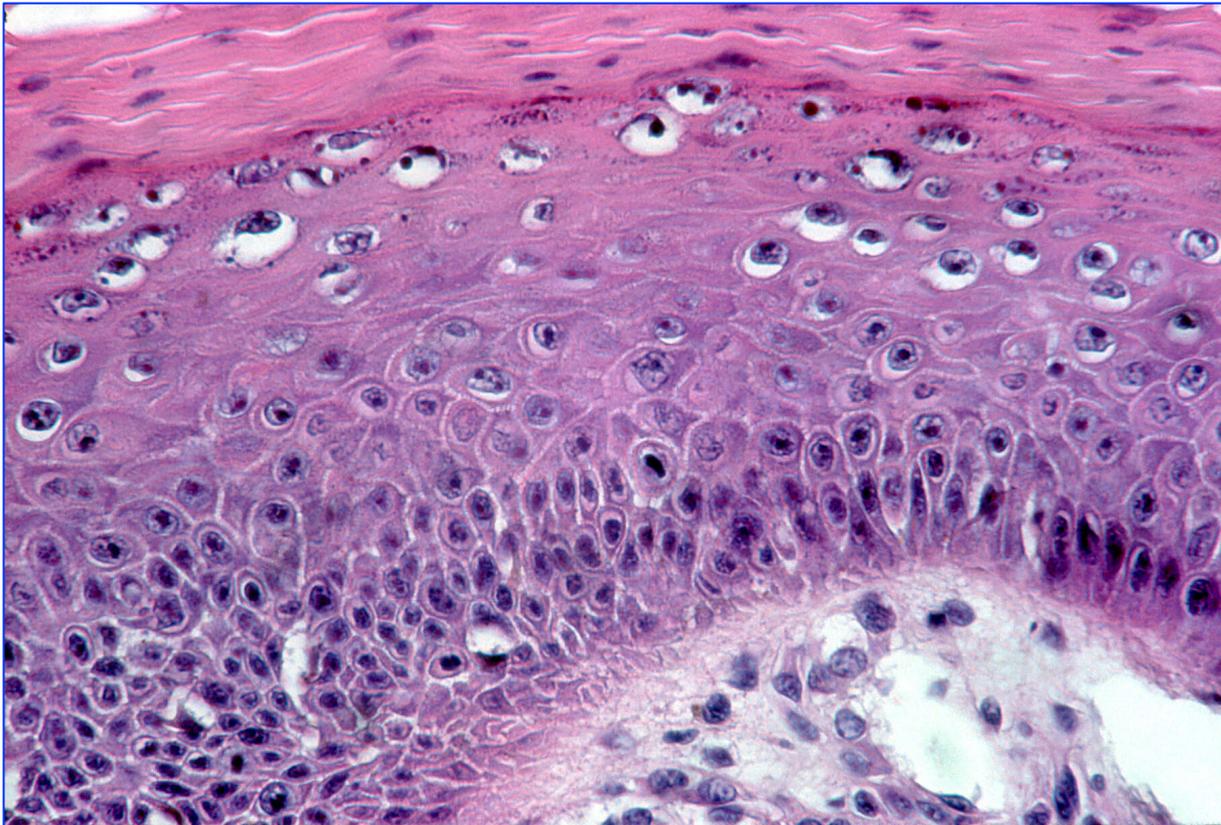
EFFETTO CITOPATICO da HPV = COILOCITOSI

Anisonucleosi

Ipercromia nucleare

Singolo vacuolo perinucleare nelle cellule parabasali

Aspetto “scodella” negli strati superficiali



ECTROPION o EROSIONE della PORTIO

Protrusione della mucosa endocervicale oltre i limiti dell'orifizio uterino esterno (O.U.E.) (pseu-erosione = non ulcerazione)

Età fertile

Macro: Area Iperemica, vellutata, molliccia, papillare, con evidenza dei vasi del corion

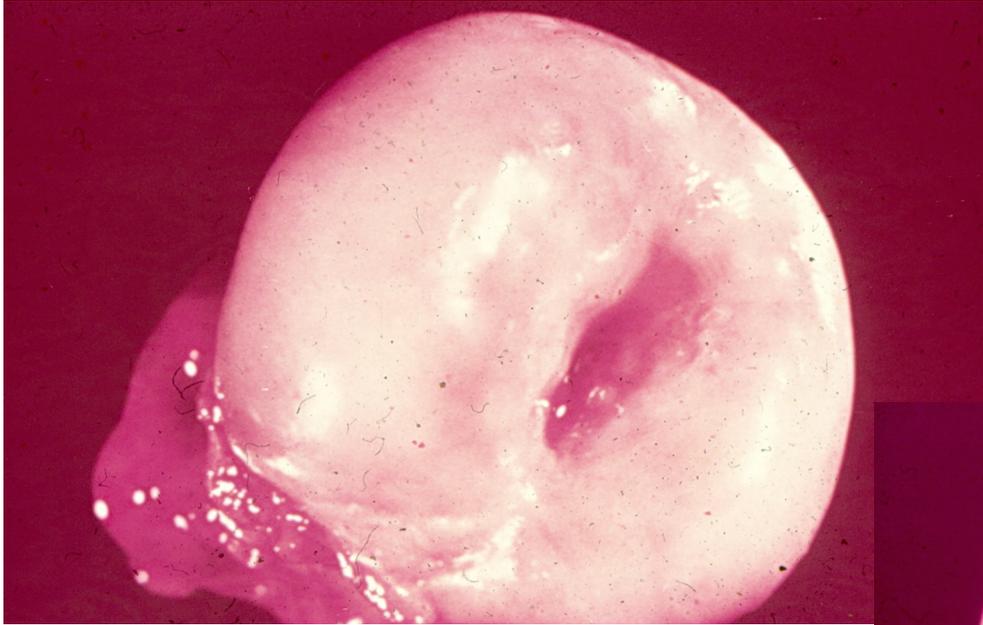
Epitelio endocervicale in superficie → semplice

Epitelio endocervicale + ghiandole endocervicali nel corion → ghiandolare

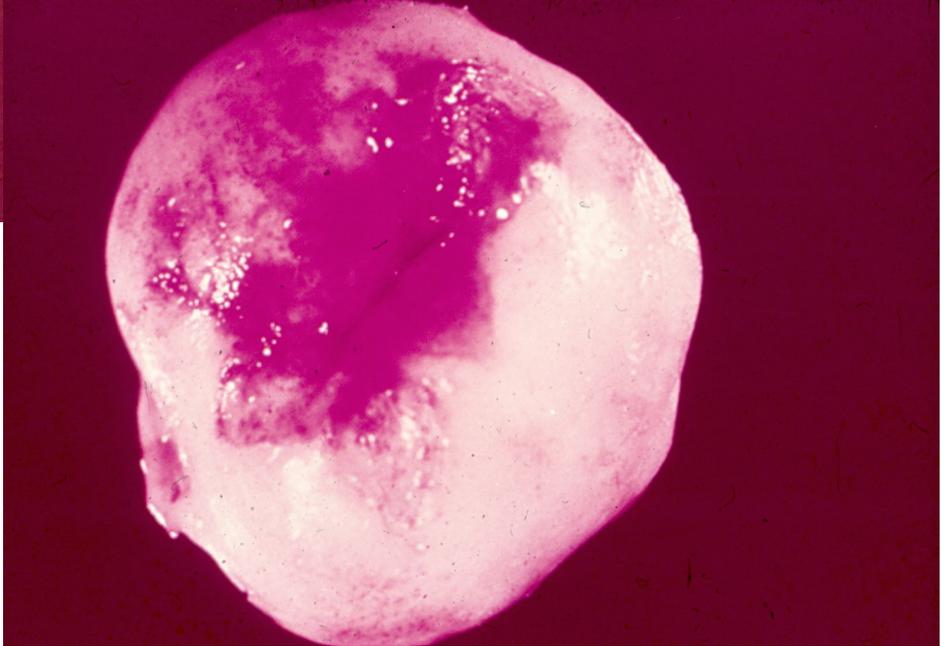
Epitelio sollevato in papille + ghiandole endocervicali nel corion → papillare

In menopausa ENTROPION : Retrazione della mucosa endocervicale

Presenza di epitelio squamoso nel canale cervicale



← Portio normale



↑
Ectropion

ECTROPION o EROSIONE della PORTIO

ZONA DI TRASFORMAZIONE

Tratto di mucosa compresa nella eversione che per l' ambiente acido e gli stimoli flogogeni = **METAPLASIA SQUAMOSA**

Proliferazione cellule di riserva

Stratificazione delle cellule di riserva

Differenziazione squamosa

Epidermizzazione immatura

Epidermizzazione matura

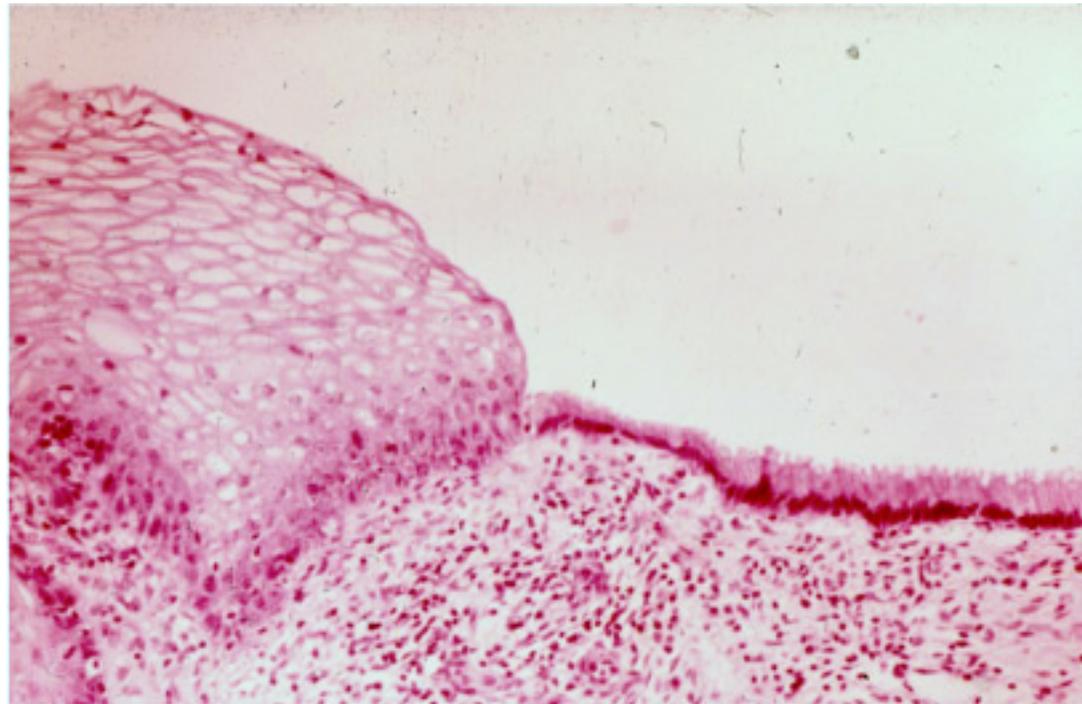
Passaggio a ponte sui colletti ghiandolari con dilatazione cistica delle ghiandole → uova di Naboth

Epidermizzazione dell' epitelio ghiandolare

Nelle fasi iniziali conservazione dell' epitelio cilindrico superficiale

Epitelio
Pavimentoso
Pluristratificato

Portio



Epitelio
colonnare

Endocervice

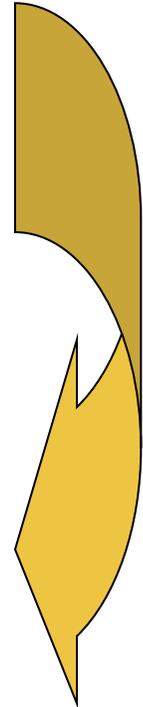
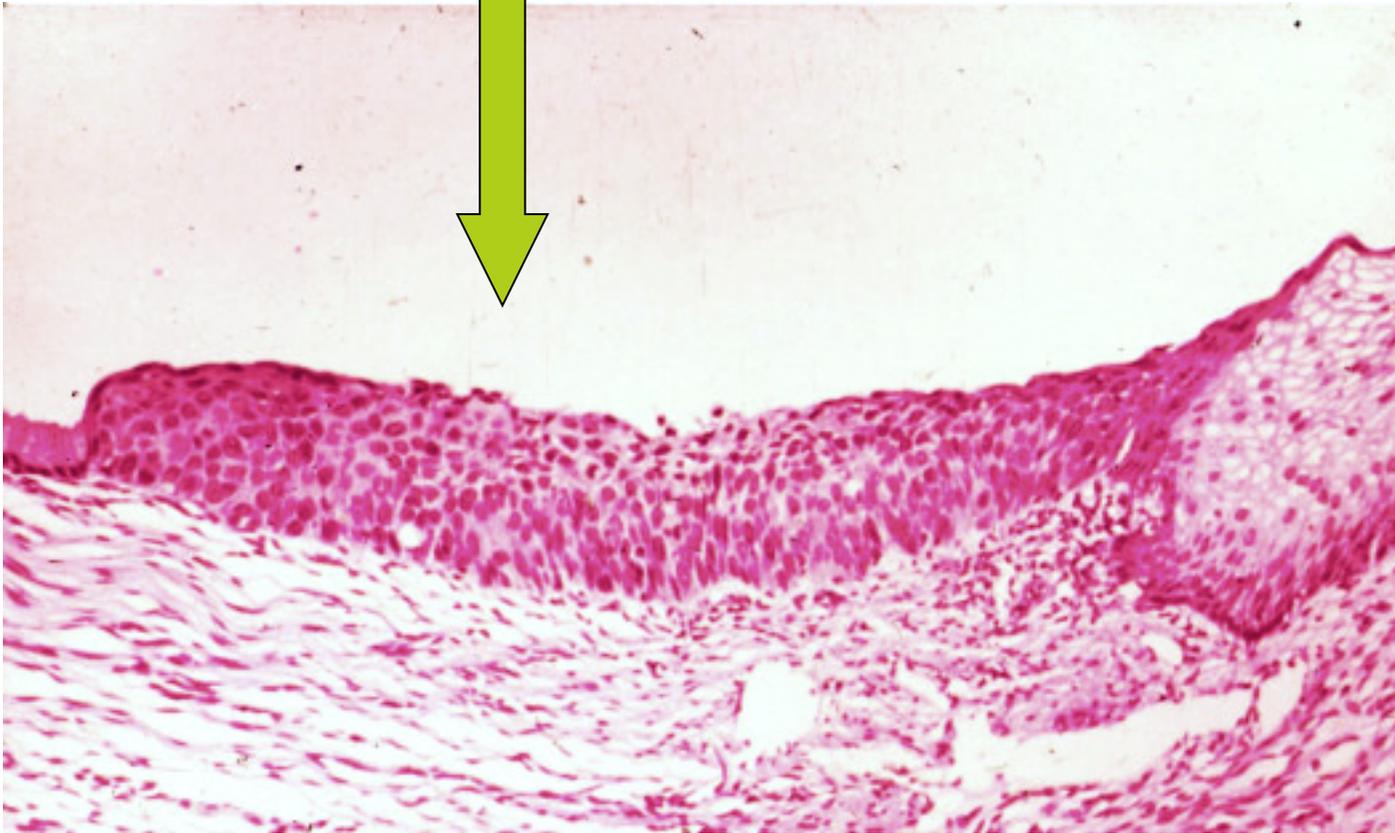
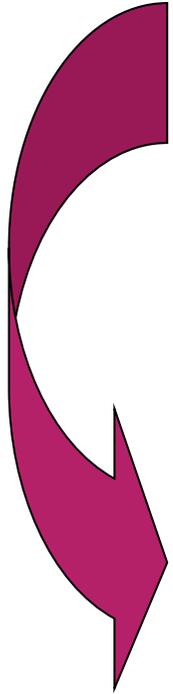


Giunzione squamo-colonnare

**Epitelio colonnare
endocervicale**

Metaplasia squamosa

Epitelio portiale



ENDOMETRIO: IPERPLASIA

Età → premenopausale 40-50 anni

Processo Iperplastico dello stroma e delle ghiandole per eccessivo e prolungato stimolo estrogenico = Fase Proliferativa persistente

Patogenesi:

- Persistenza del follicolo ooforo → Cisti follicolare → produzione di estrogeni (la mancata formazione del corpo luteo impedisce la fase secretiva)
- Trasformazione microcistica delle ovaie
- Tumori ovarici estrogeno-secernenti (es. Tecoma)
- Terapia estrogenica sovradosata e protratta

In postmenopausa: produzione ectopica di estrogeni

Sensibile a **terapia progestinica**

ENDOMETRIO: IPERPLASIA

Macro: Mucosa ispessita, edematosa, polipoide

Micro:

Componente ghiandolare

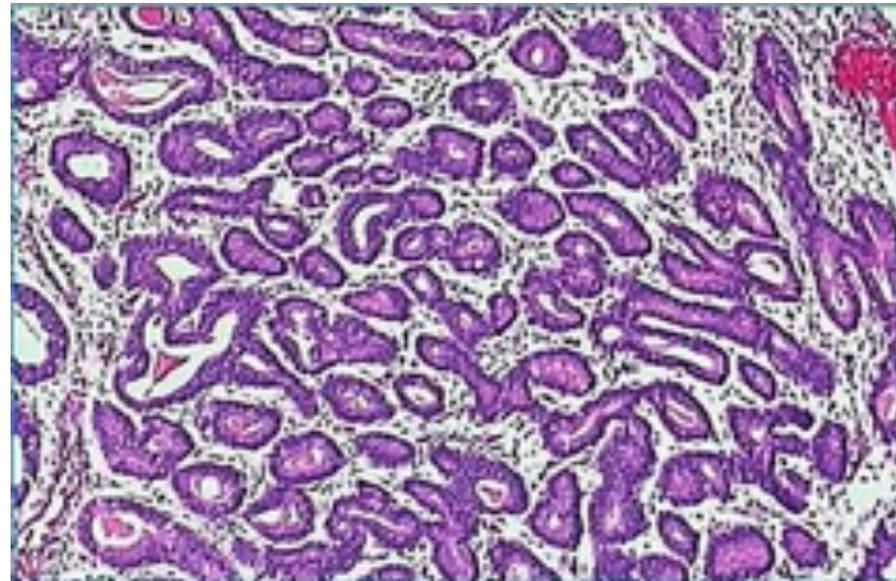
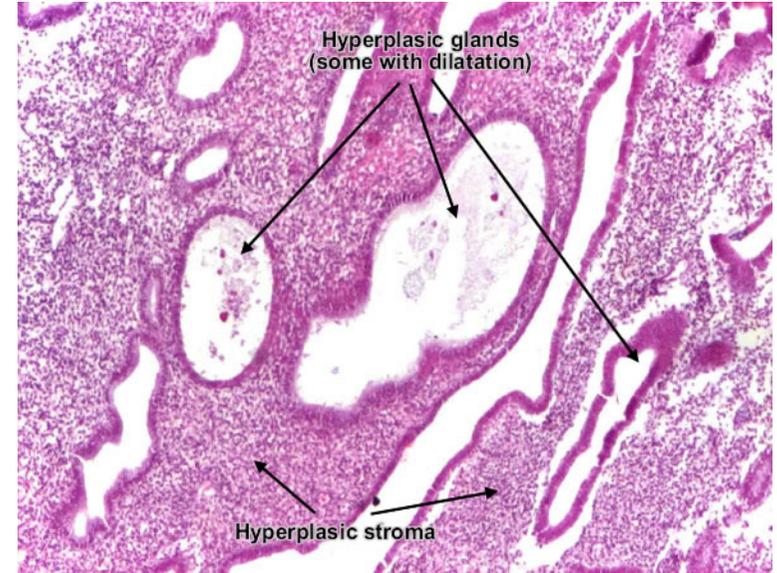
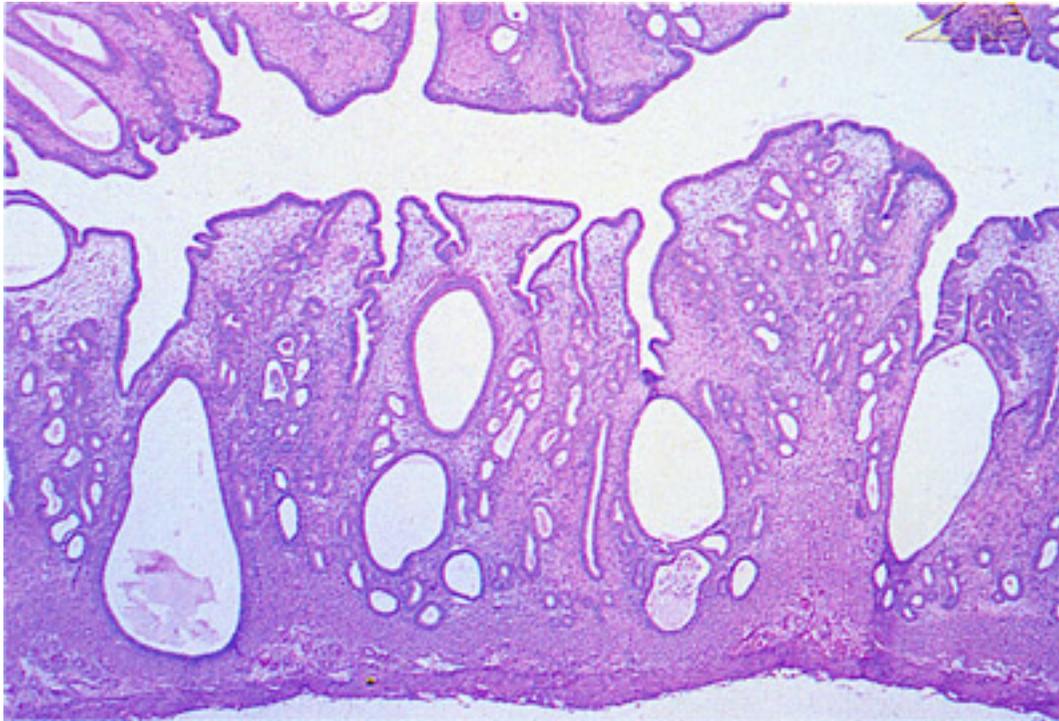
- Ghiandole iperplastiche, ampie, con invaginazioni sul fondo
- Pseudostratificazione dei nuclei
- Cellule alte con nuclei ipercromatici
- Non segni di attività secretiva
- Mitosi
- Dilatazione cistica (d.d. con atrofia cistica retrogressiva)
- Metaplasia epidermoidale

Stroma

- Iperplasia con cellule rotondeggianti e fusate
- Vasi congesti, trombizzati → con focolai di necrosi e di emorragie

ENDOMETRIO: IPERPLASIA SEMPLICE





ENDOMETRIO: IPERPLASIA ATIPICA

Componente ghiandolare

Architettura ghiandolare sovvertita

Ghiandole ravvicinate (rapporto ghiandole / stroma > 1)

Epitelio pluristratificato, sollevato in papille

Aspetto “**a dito di guanto**”

> mitosi

Stroma

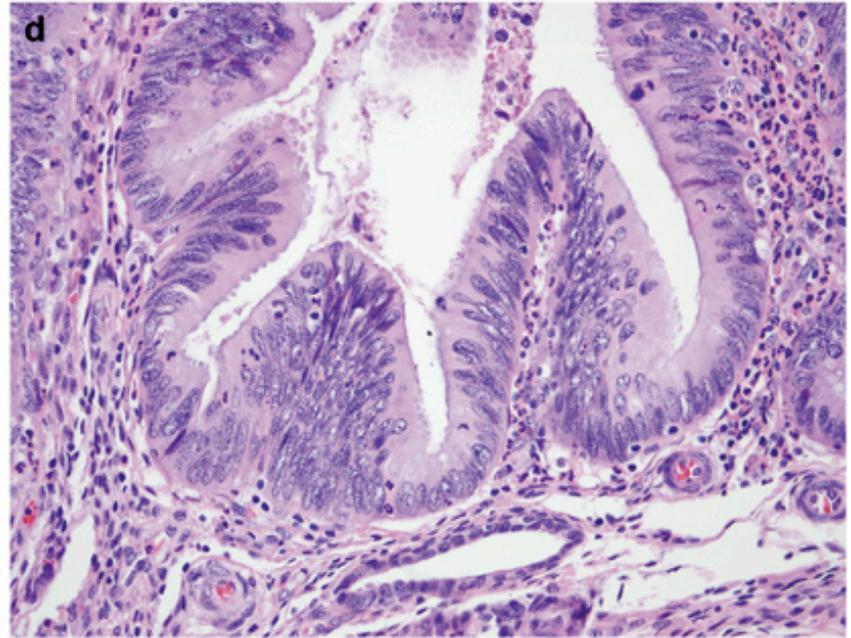
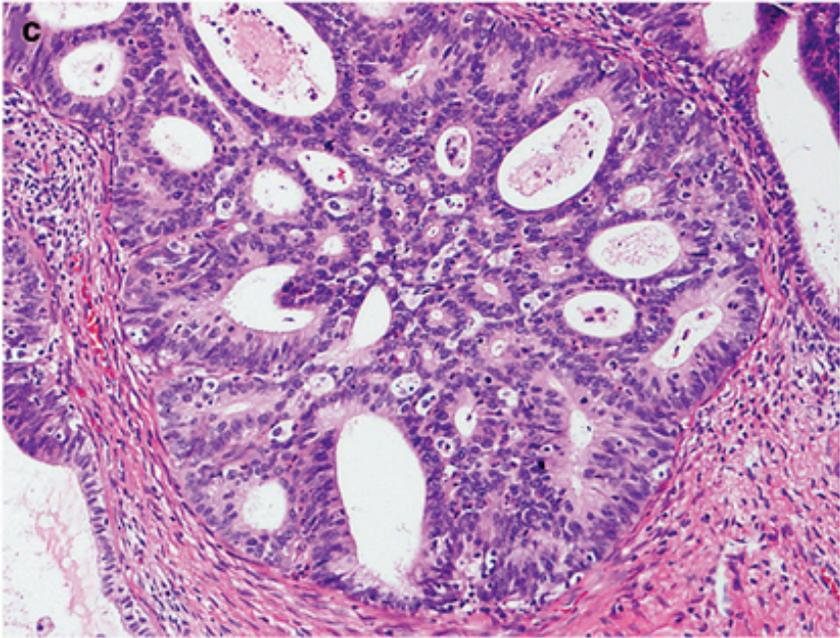
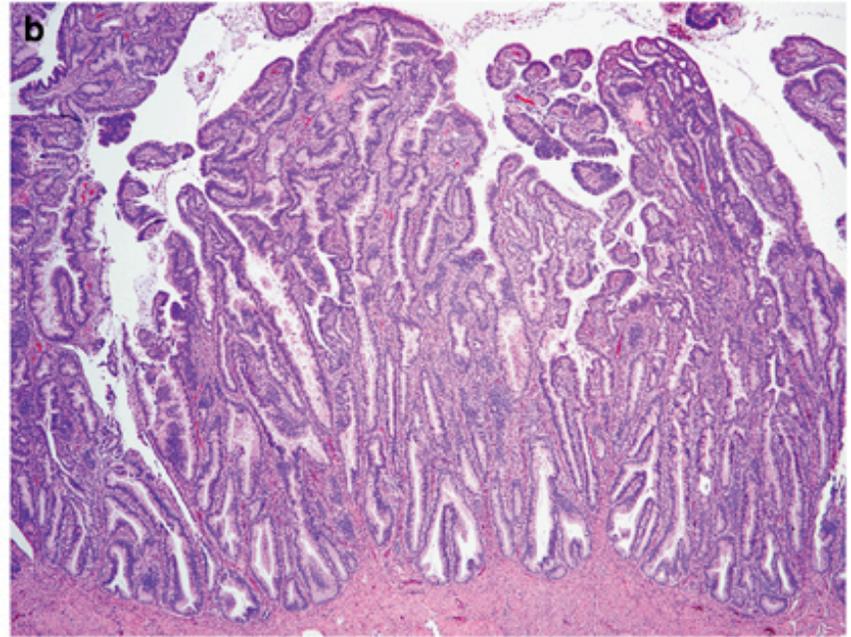
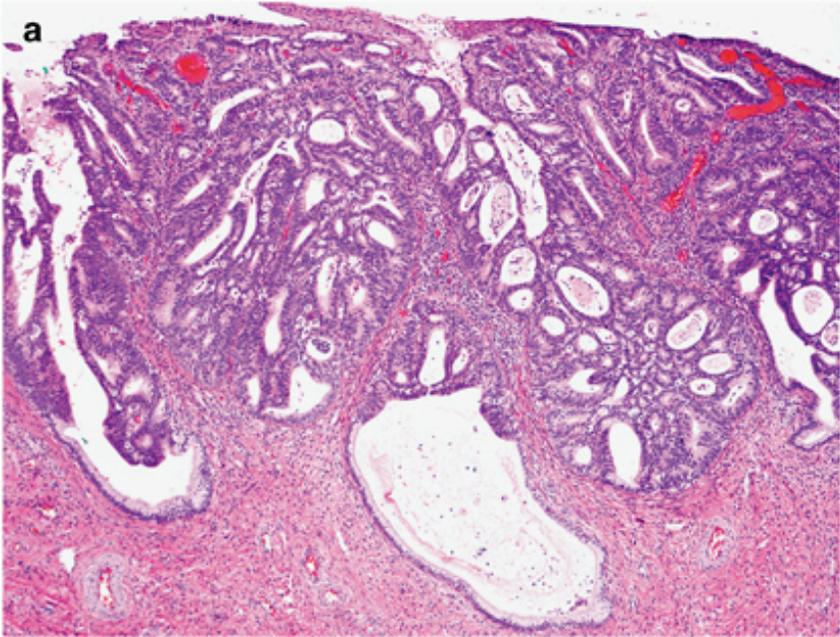
sempre presente, pur esile, tra una ghiandola e l'altra (aspetto “**back to back**”)

DD con l'adenocarcinoma ben differenziato

presenza di cellule schiumose con citoplasmaricco di lipidi

Grading lieve / moderata / grave (> rischio progressione neoplastica)

- **progressivo incremento del n° delle ghiandole e riduzione dello stroma**
- **>ramificazione ghiandolare**
- **>pluristratificazione con gemmazione e papille**
- **> rapporto N/C**
- **pleomorfismo nucleare**



ENDOMETRIO: IPERPLASIA STROMALE

Frequente a seguito di prolungata terapia progestinica

Trasformazione simil-deciduale dello stroma con discreto grado di atrofia ghiandolare

Correlare il quadro clinico-morfologico

Dismenorrea Membranacea

Emissione di ammassi membranosi commisti al sangue mestruale che riproducono a stampo la cavità uterina

Micro: Endometrio iperplastico dissociato dal sangue

Patogenesi: Iperprogesteronismo spontaneo o iatrogeno

Da tumori funzionanti dell' ovaio

UTERO: TUMORI

Primitivi e secondari

Primitivi: **Benigni / maligni**

Primitivi benigni **epiteliali = polipi**

mesenchimali = leiomioma

Primitivi maligni **epiteliali = carcinoma** del corpo / del collo

misti = carcinosarcomi o t. **misti mulleriani**

mesenchimali = leiomiosarcoma

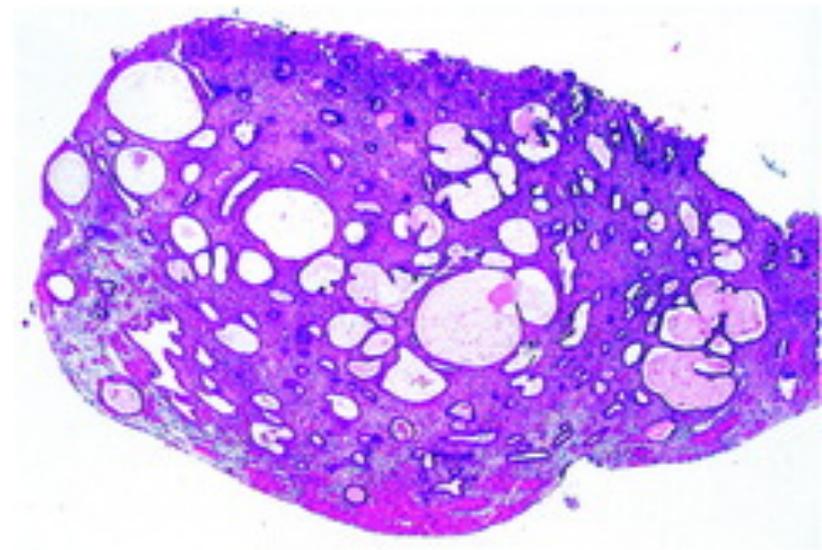
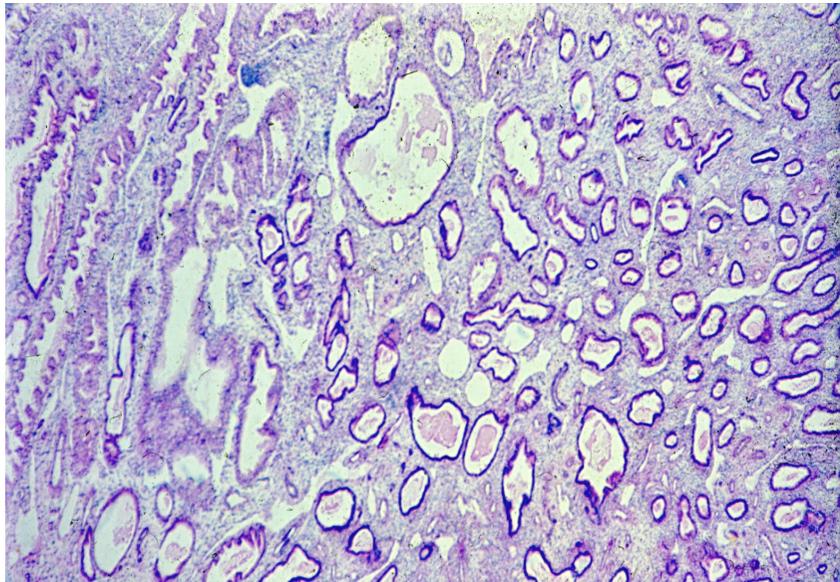
sarcoma dello stroma endometriale

UTERO: TUMORI EPITELIALI BENIGNI

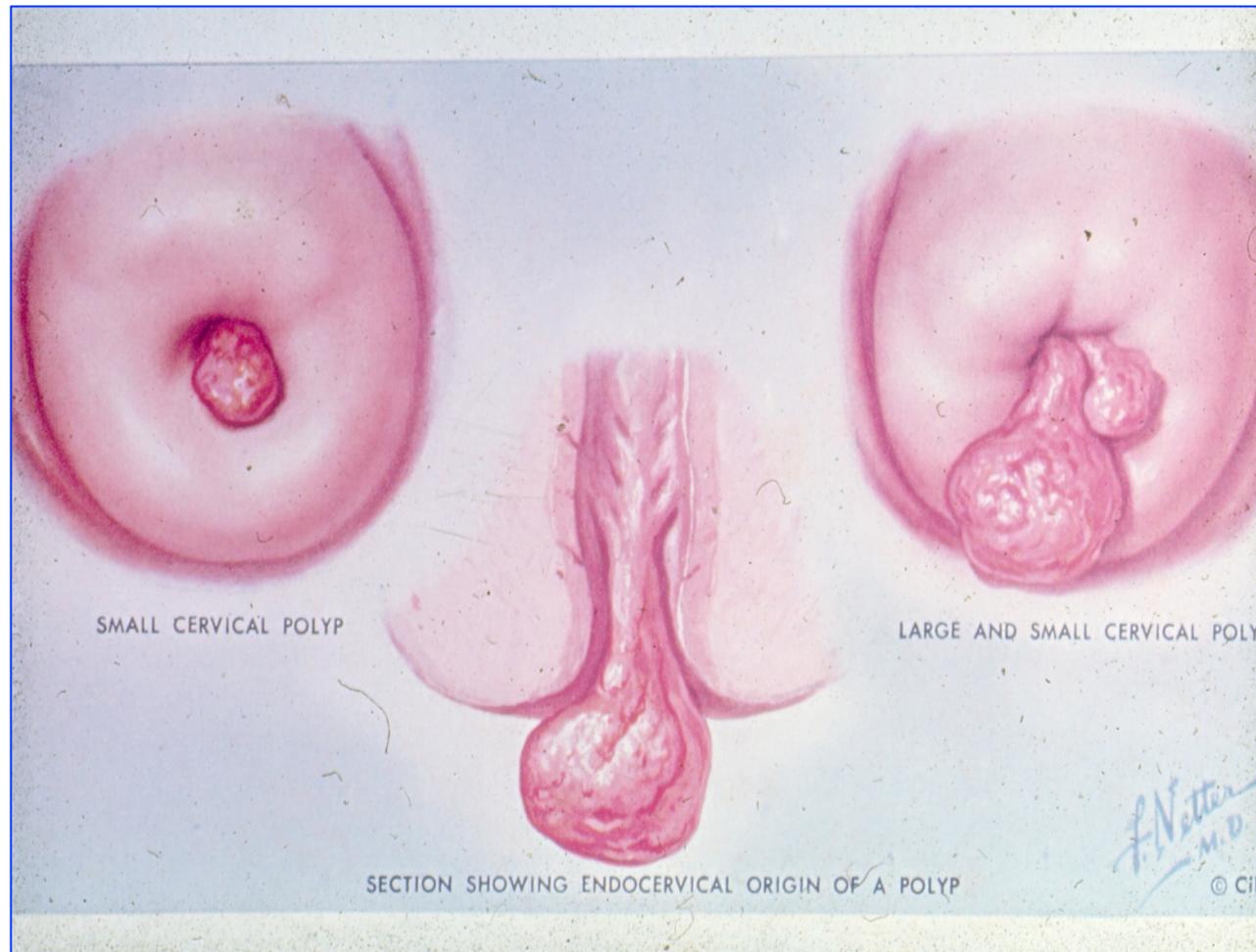
POLIPI

Sede:	Endometriali	Endocervicali
Età:	Perimenopausale	Adulte fertili
Numero:	Multipli	Unico
Patogenesi:	Anomalia ormonale	Infiammazione
Sintomi:	Sanguinamento	Silenti, spotting, infertilità
	Isteroscopia	Esame ginecologico
Micro:	Ghiandole endometriali	Ghiandole cervicali

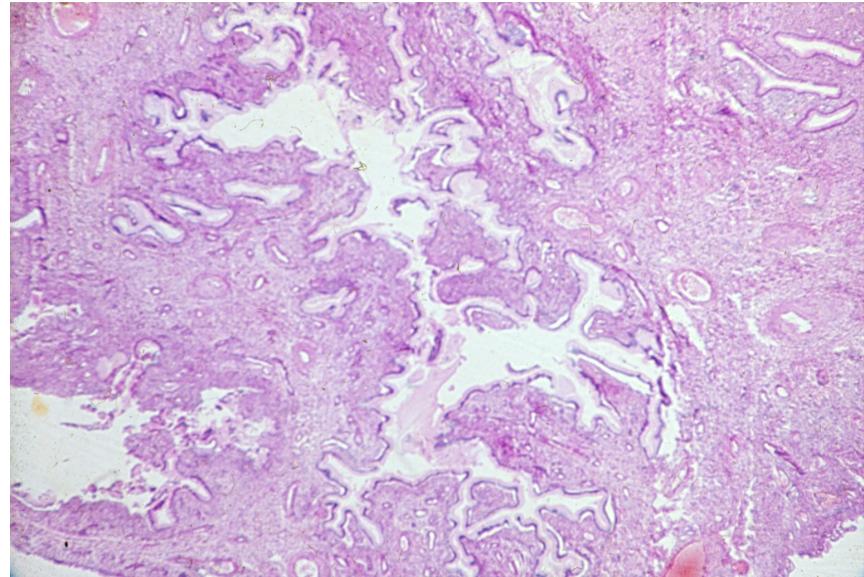
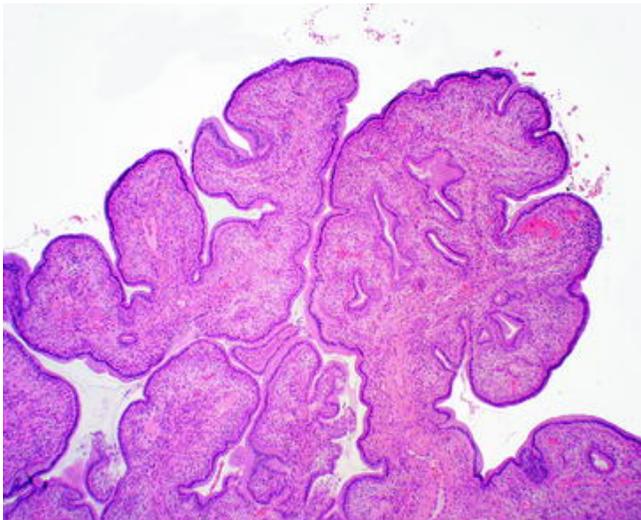
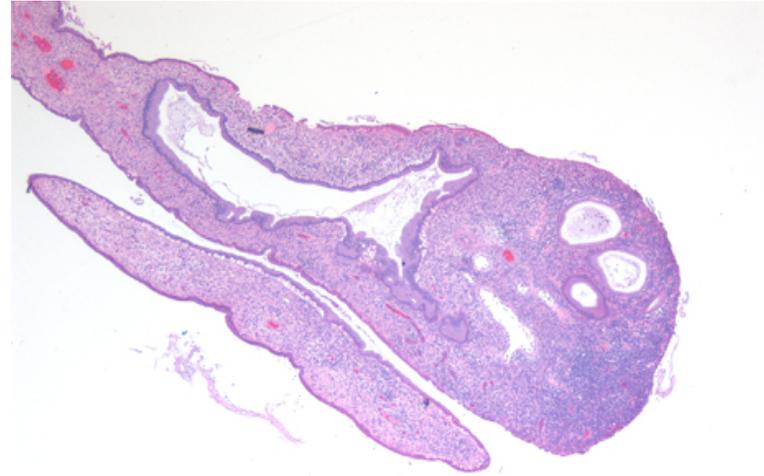
UTERO: Polipo endometriale



UTERO: Polipo endocervicale



UTERO: Polipo endocervicale



UTERO: TUMORI MESENCHIMALI BENIGNI

LEIOMIOMA

Frequenza: 25→40% donne >30 anni

Sede: Sottomucoso - intramurale - sottosieroso – infraligamentoso

Numero: 1 – decine

Patogenesi: iperestrogenismo, gravidanza tardiva, nulliparità, obesità

Dimensioni: pochi mm. – decine di cm.

Macro: nodulo ben demarcato, biancastro, fascicolato

Aspetto Istologico: Fascicoli di cellule fusate, intersecati

Nuclei “ a sigaro”

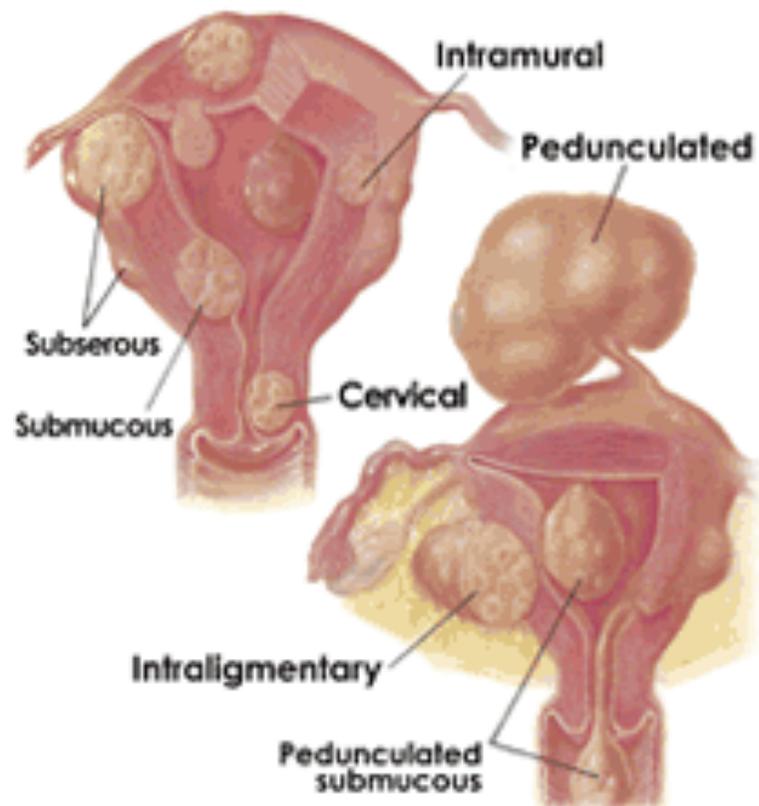
Varianti: Cellulare

Epitelioide

Simplastico

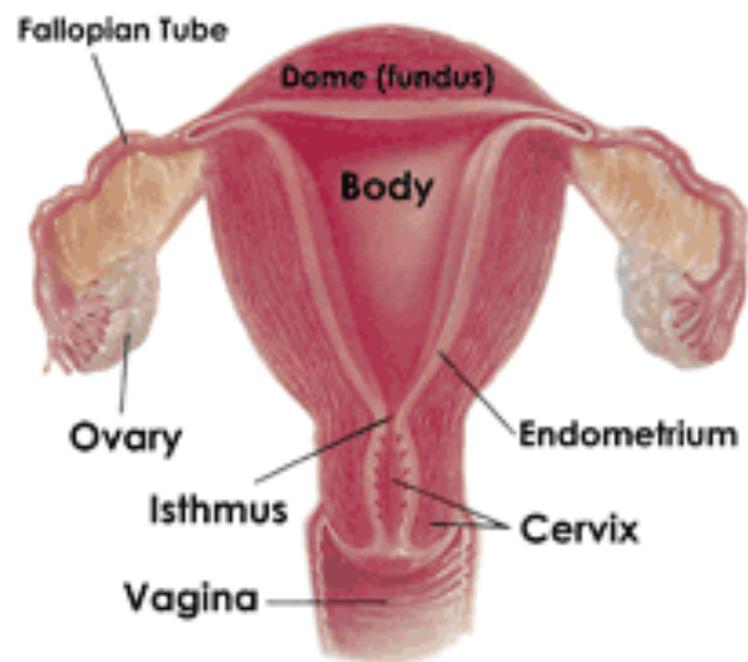
Mitoticamente attivo

FIBROID TUMORS

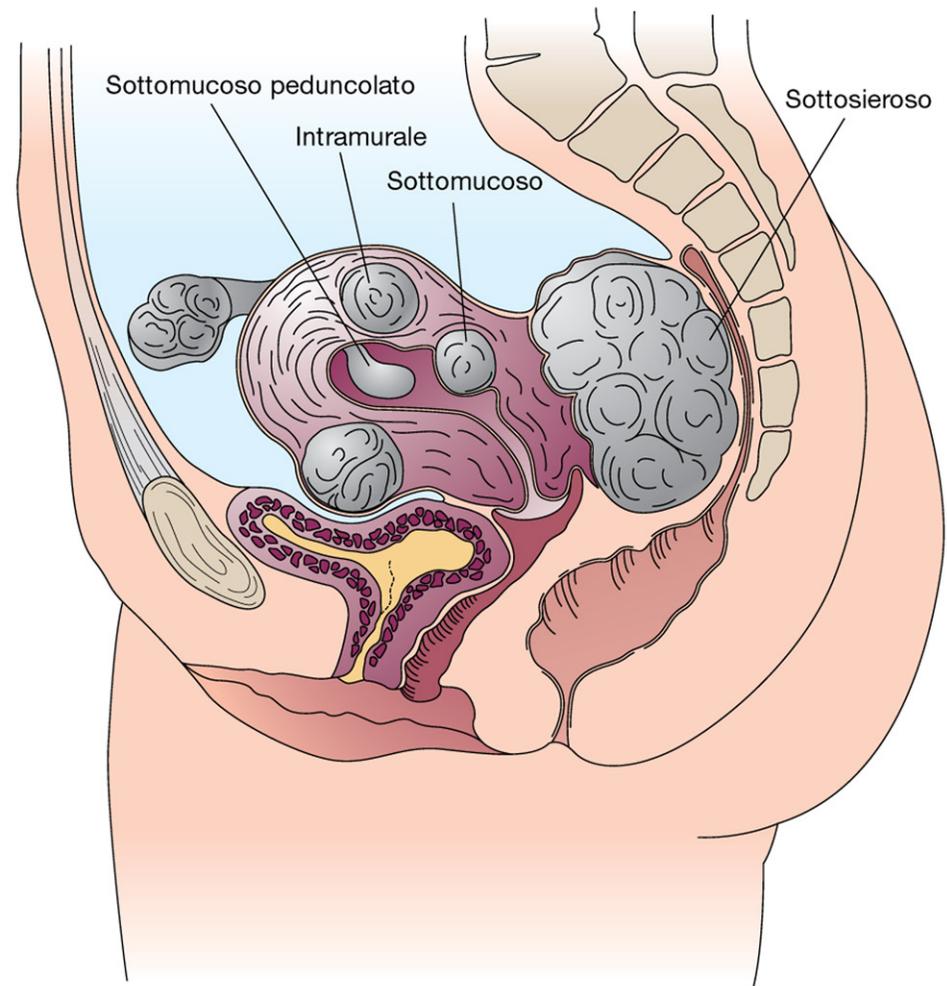


Front/Interior view with fibroids

NORMAL UTERUS

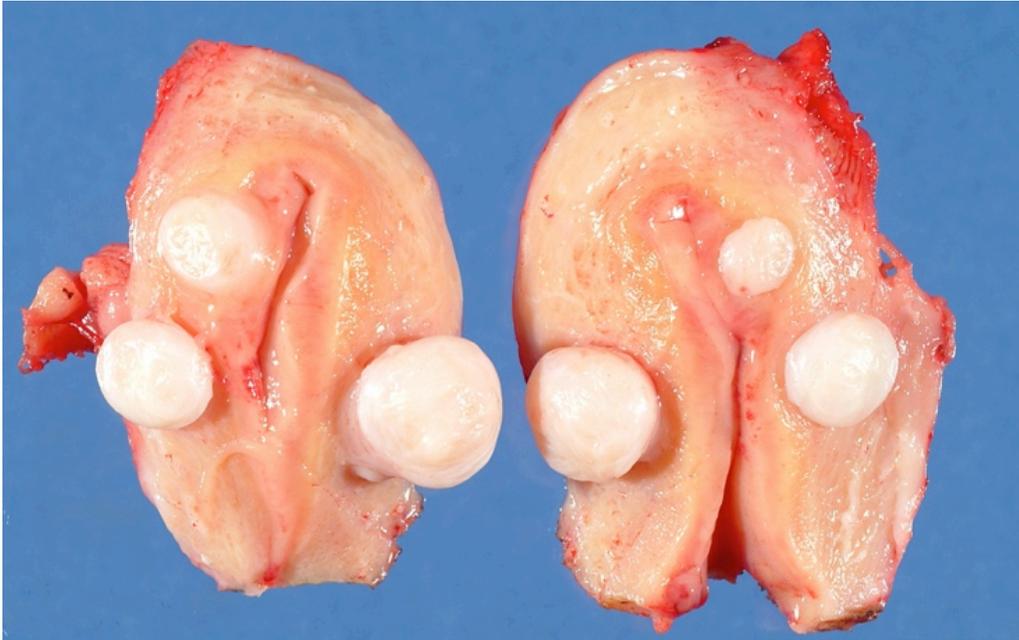


Front view of healthy uterus



Rubin, Patologia

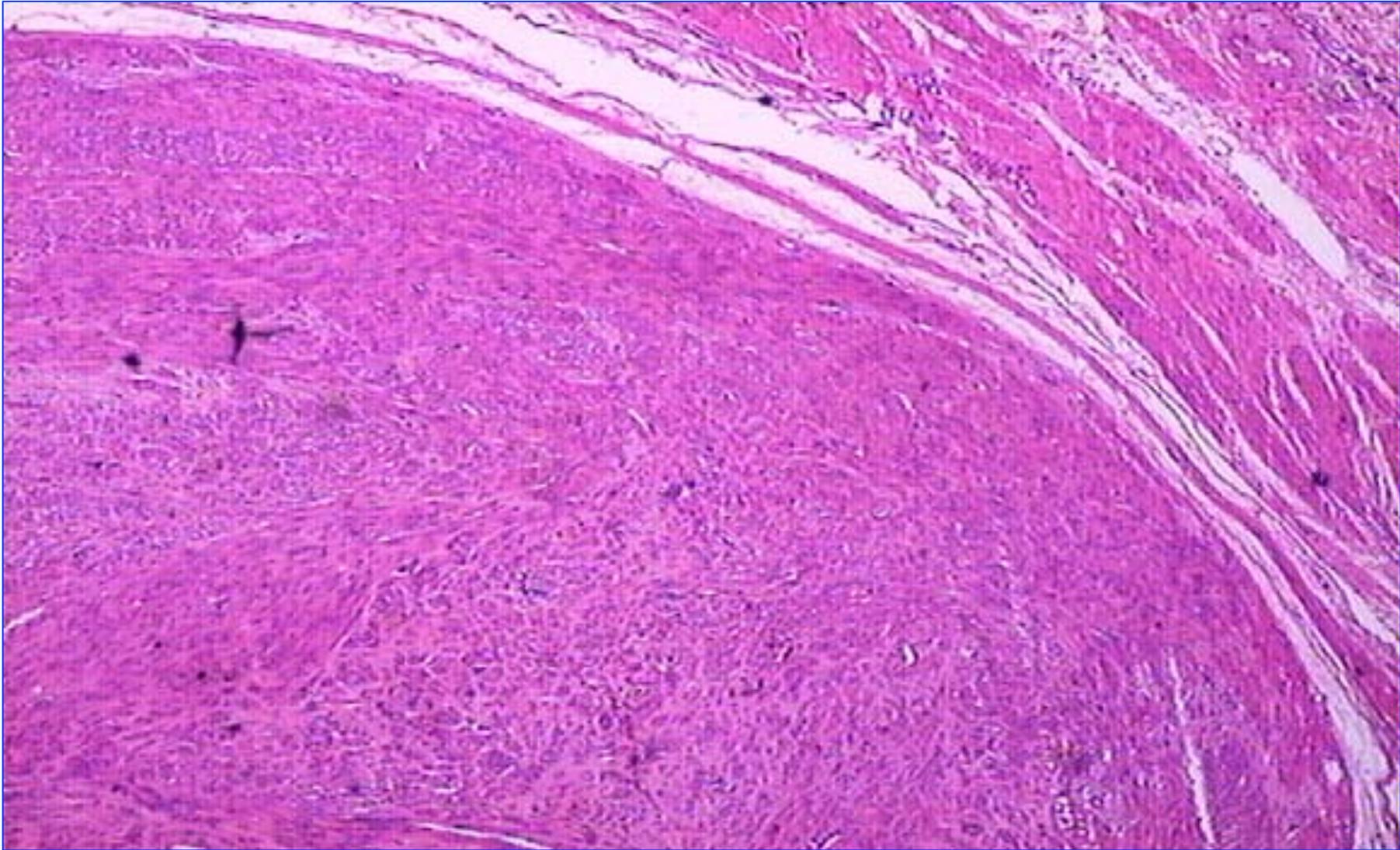
Copyright 2006 Casa Editrice Ambrosiana



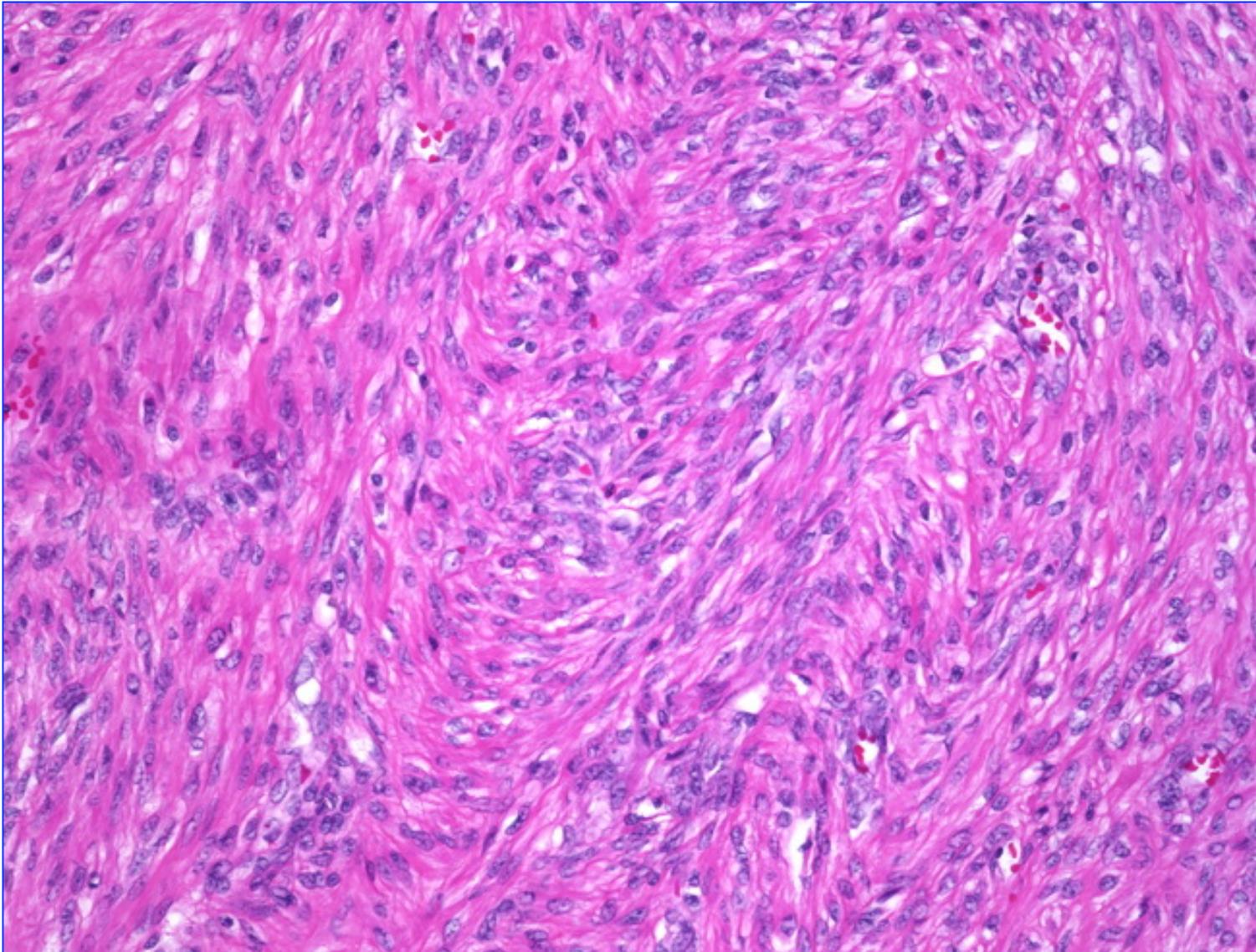

HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE 1

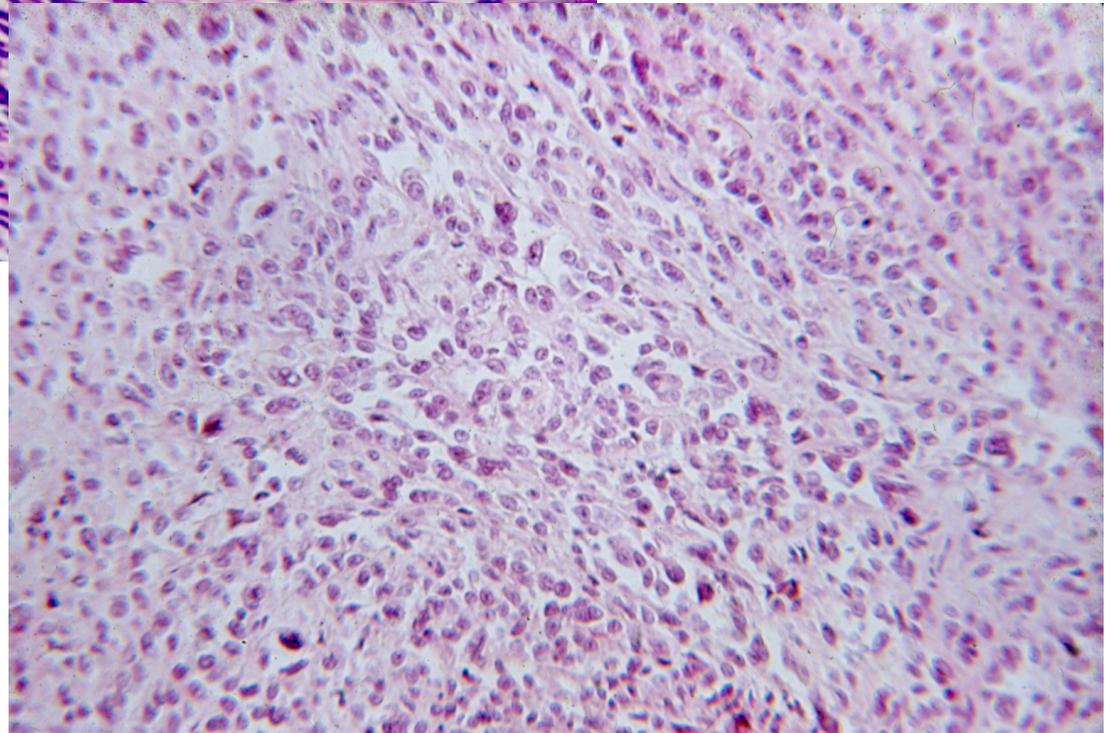
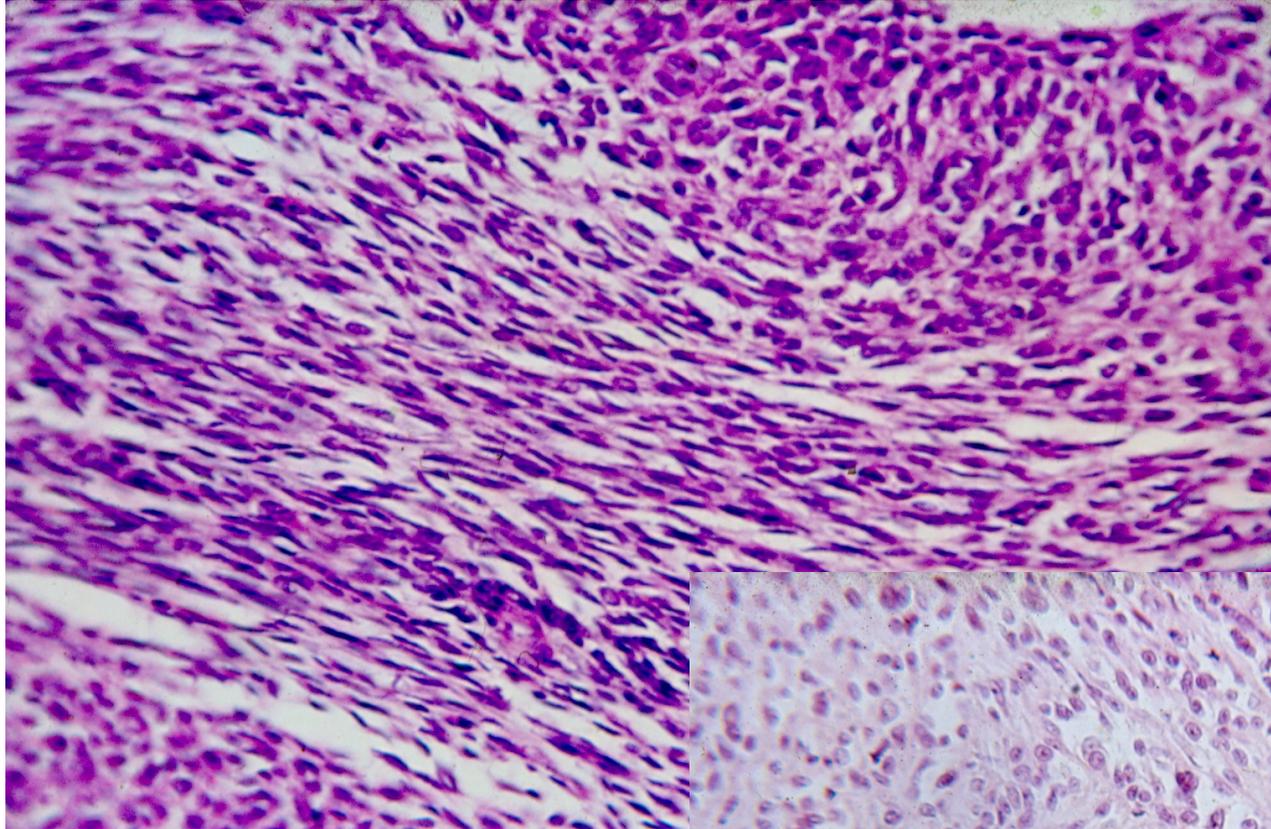


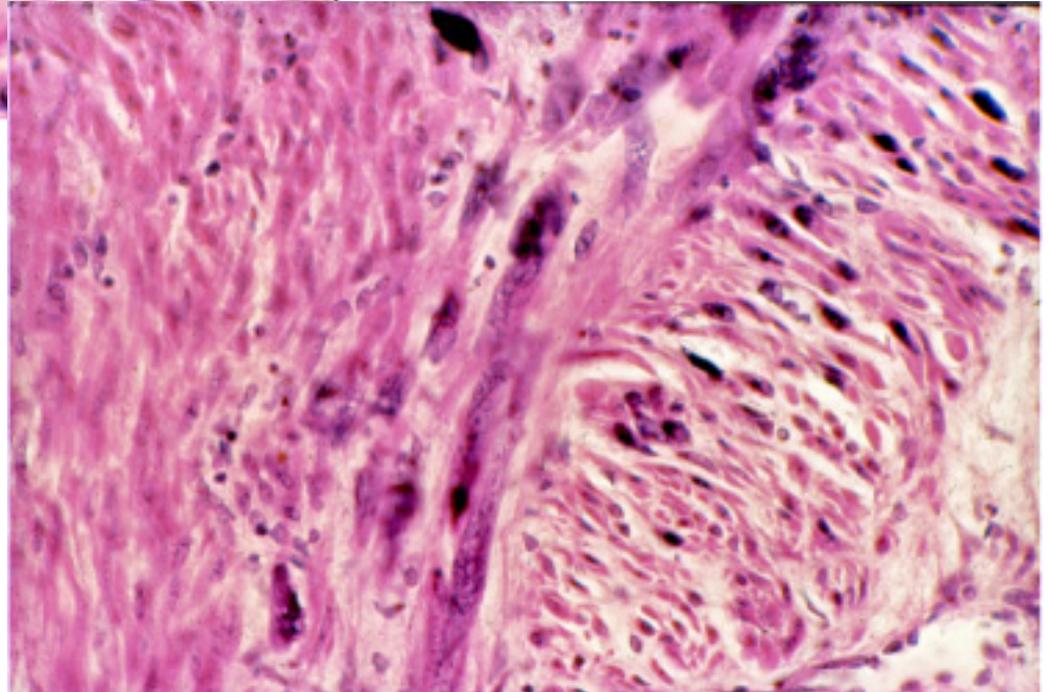
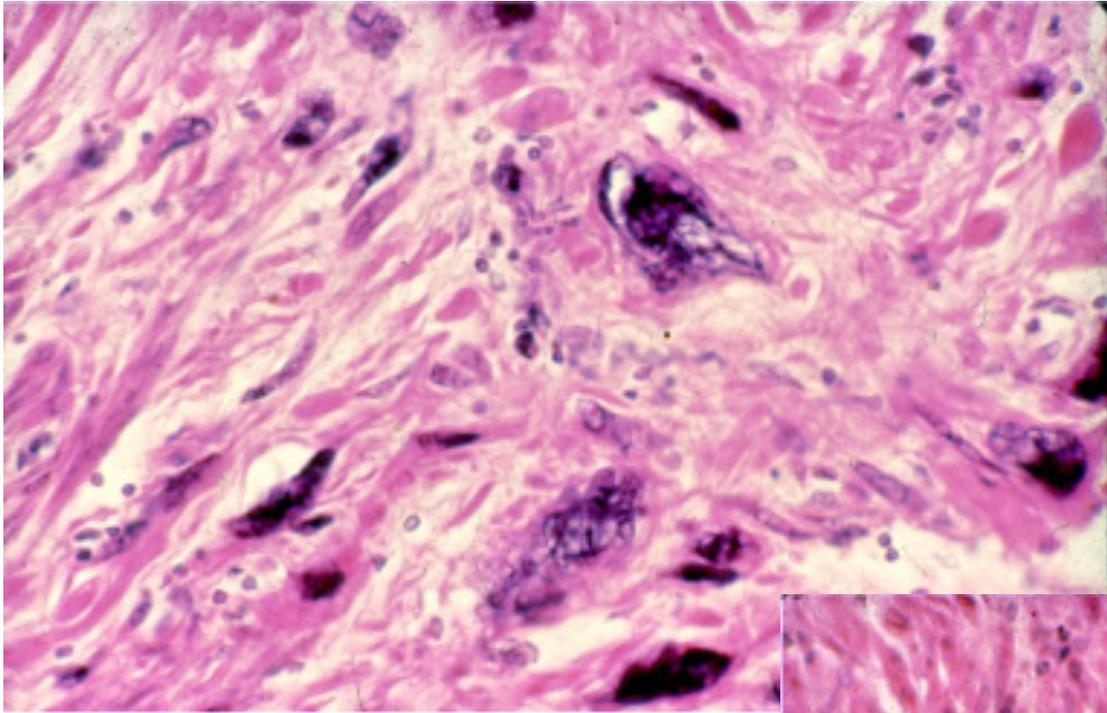
UTERO: LEIOMIOMA



UTERO: LEIOMIOMA







UTERO: NEOPLASIE LEIOMUSCOLARI

Aggressività variabile (sec. Kempson):

Leiomioma

Tumore leiomuscolare a incerto potenziale di malignità (STUMP)

Leiomiosarcoma

Indice Mitotico: calcolato su 4 set di 10 HPF

Atipia Citologica: focale /diffusa, lieve/moderata/severa

Necrosi: coagulativa / ialina / con fenomeni ulcerazione mucosa

N.B.: non valido in gravidanza

Interfaccia tumore/tessuti vicini

UTERO: NEOPLASIE STROMALI

Riguardano lo **STROMA SPECIALIZZATO ENDOMETRIALE**

Nodulo stromale

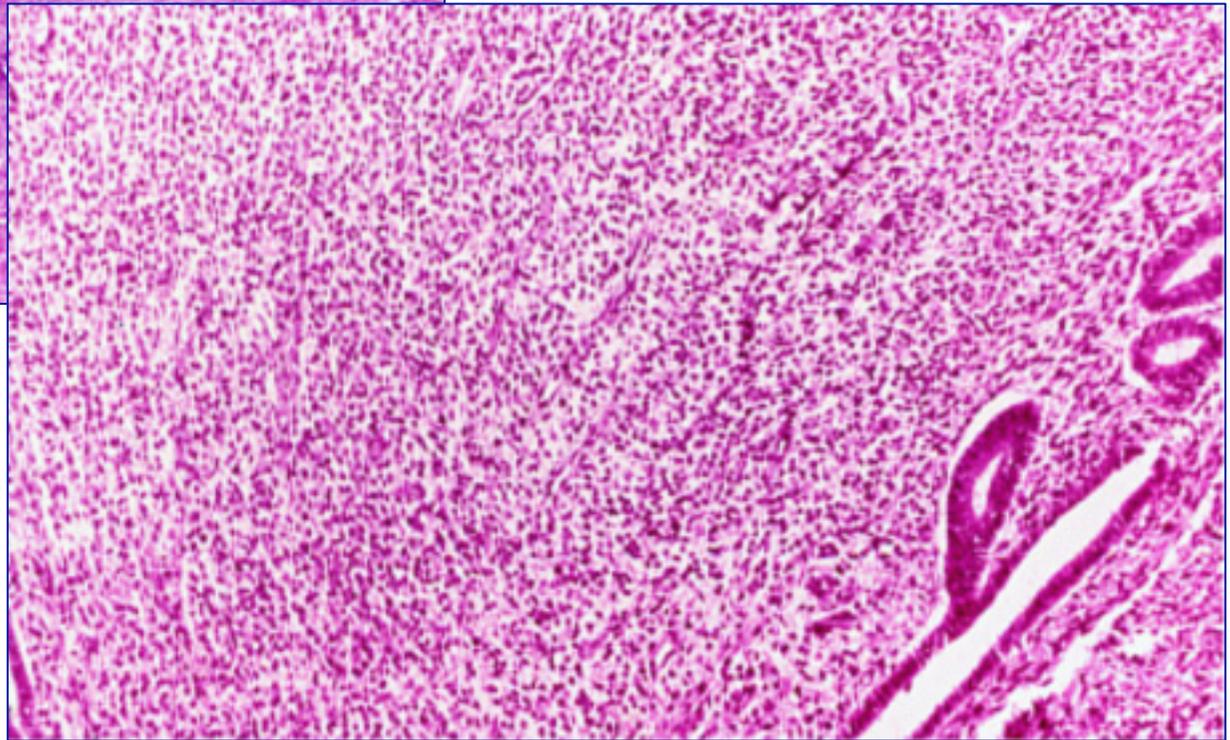
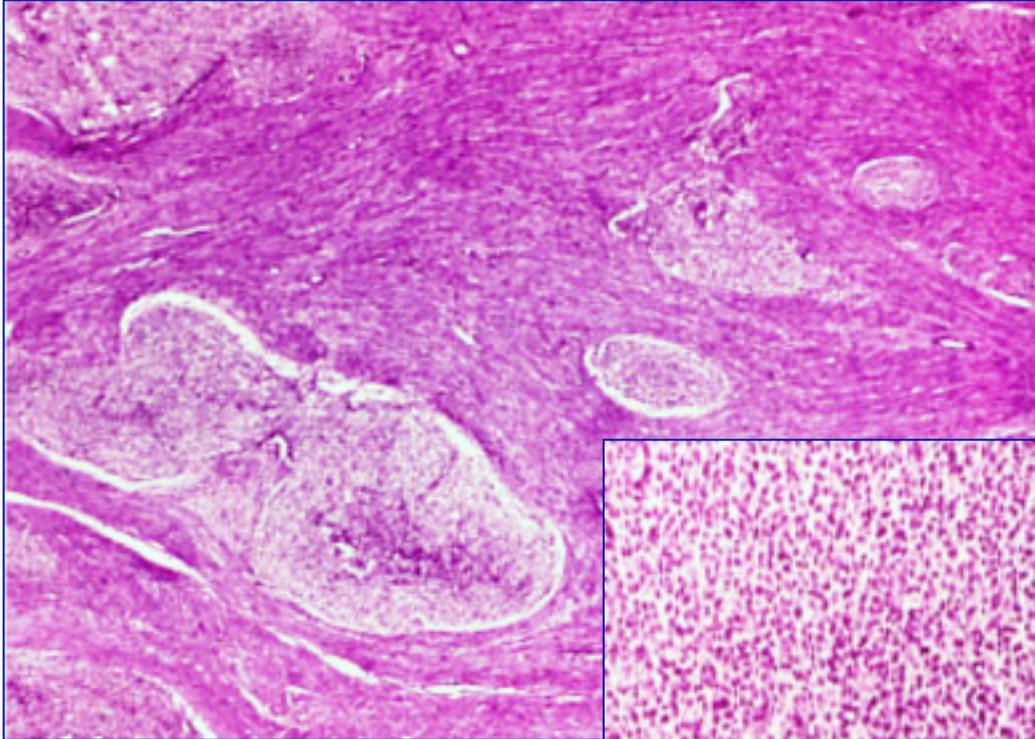
Sarcoma stromale di basso grado (miosi stromale endolinfatica)

Sarcoma stromale di alto grado (differenziato / indifferenziato)

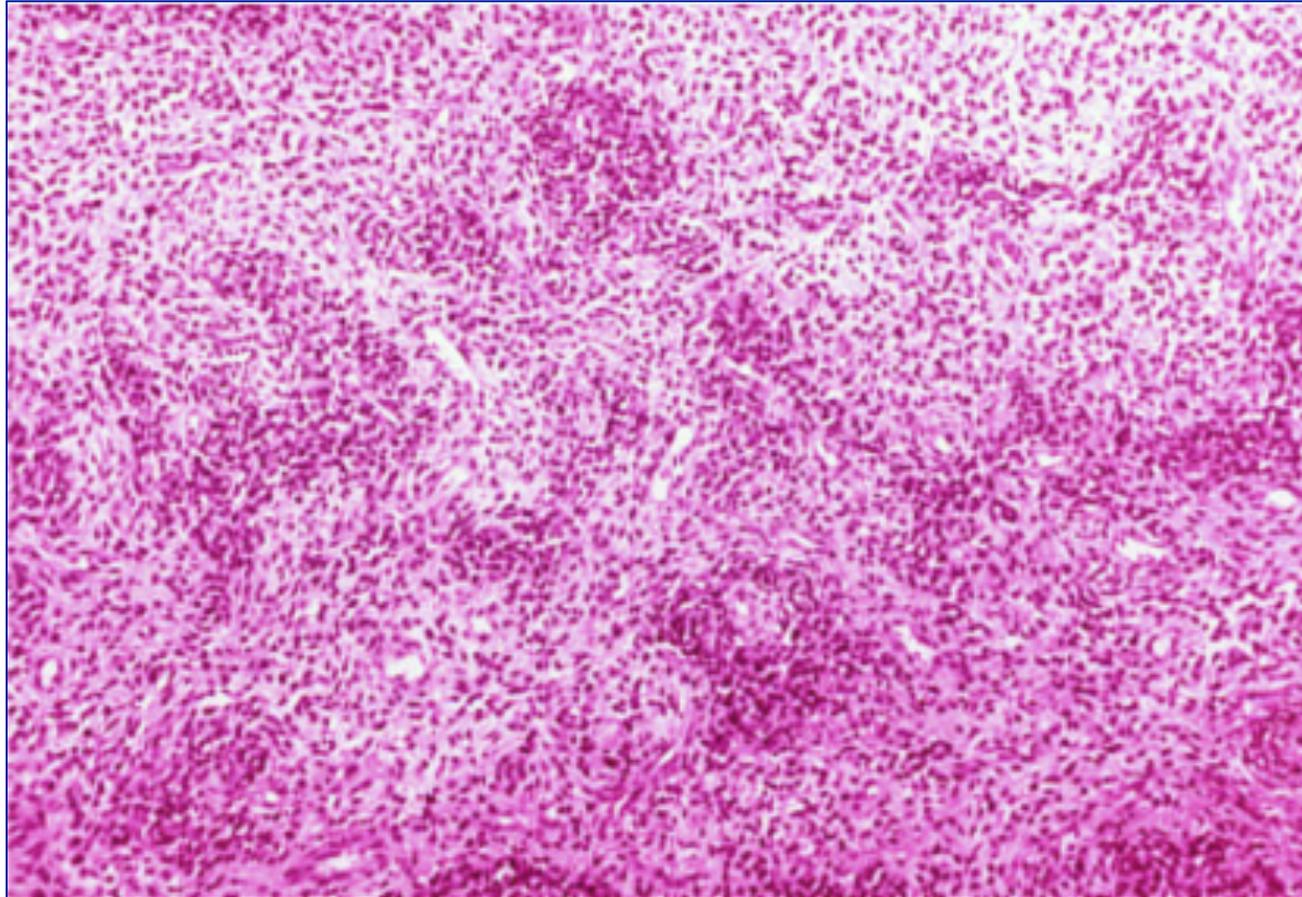
Indice Mitotico: calcolato su 4 set di 10 HPF

Atipia Citologica: focale /diffusa, lieve/moderata/severa

UTERO: SARCOMA STROMALE



UTERO: SARCOMA STROMALE



UTERO: NEOPLASIE MISTE

Proliferazione combinata di cellule epiteliali e mesenchimali

Benigne

Adenomioma (= endometriosi in leiomioma)

Adenofibroma

Maligne

Adenosarcoma (omologo / eterologo)

Tumore misto Mulleriano maligno (carcinosarcoma)

(omologo / eterologo)

Prognosi peggiore delle corrispondenti neoplasie monoderliche

UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

DISPLASIA = alterazione della maturazione cellulare
Precursore del carcinoma cervico-portiale

Grading: Lieve – Moderata – Grave (CIN 1-2-3)

Reversibilità delle alterazioni

lieve → possibile

moderata → dubbia

grave → improbabile

Durata della trasformazione

CIN1 → CIN3: 6-7 anni

CIN3 → (1/4 dei CIN3) Carcinoma microinvasivo: 5 anni

E' funzione del virotipo (alto/basso rischio), dell'interazione E6/p53 e E7/Rb e della reattività dell'ospite

Carcinoma microinvasivo = invasione stromale <3 mm.

UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

75% delle donne sessualmente attive si infettano nel corso della vita

Picco intorno ai 25 anni

Genotipi ad alto rischio associati a carcinoma:

16=50%, 18=20%, tutti i restanti ceppi il 30%

70-90% dei casi → infezione è transitoria → eliminazione del virus

La persistenza del virus all'interno delle cellule ospiti, sino all'integrazione, determina l'insorgenza di lesioni precancerose (CIN) che possono evolvere in carcinoma (microinvasivo e invasivo)

Cofattori facilitanti

HSV, Chlamydia, Gonococco, Trichomonas

UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

Alterazioni morfologiche

Citologiche: Iperplasia cellulare

Dimensioni nucleari

Ipercromasia nucleare

Presenza di glicogeno

Mitosi superficiali

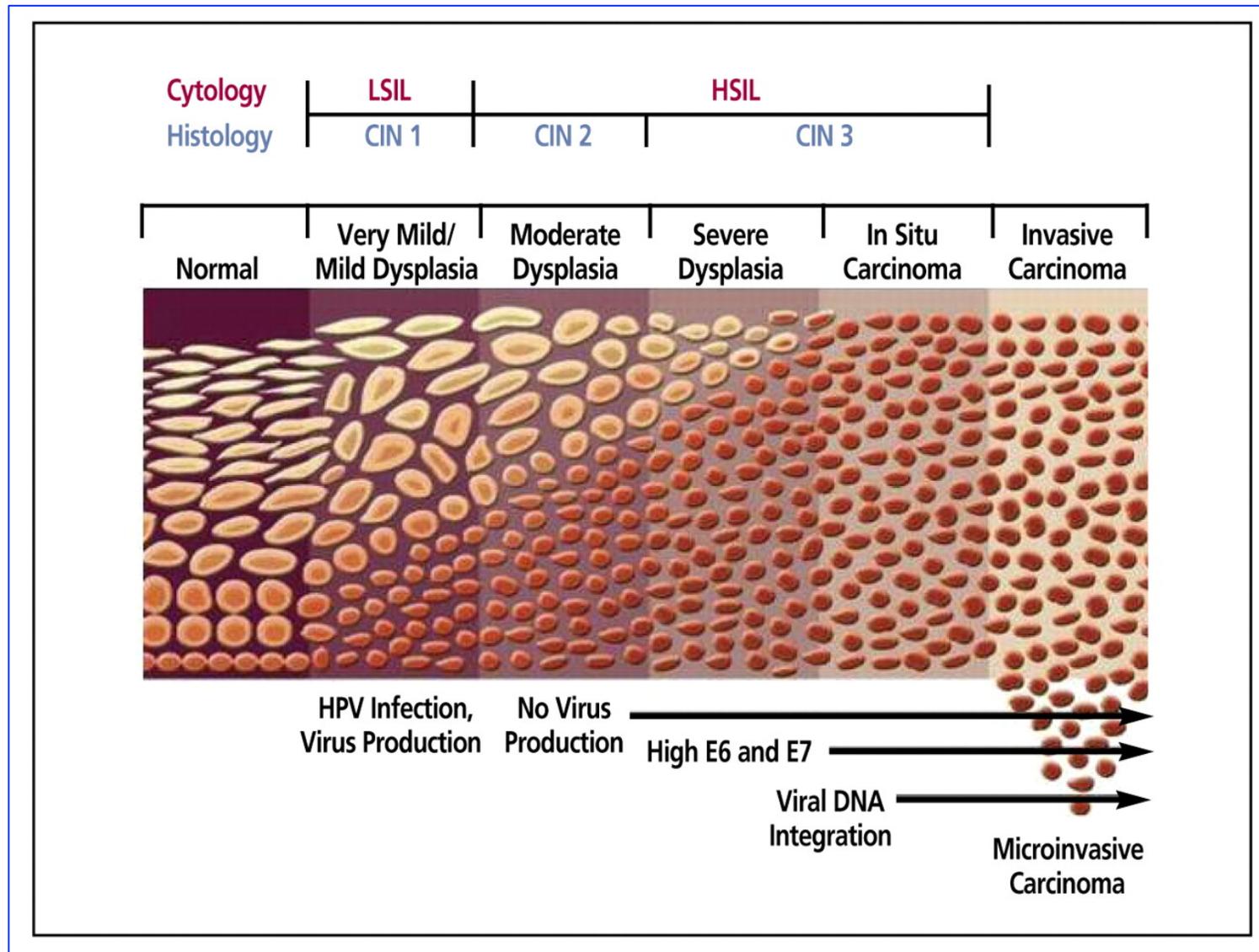
Architetturali: > spessore epitelio

anomala stratificazione dell'epitelio

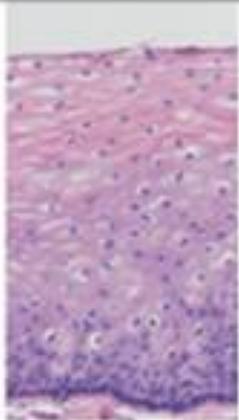
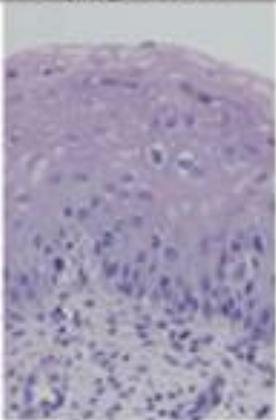
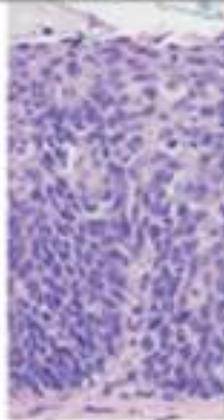
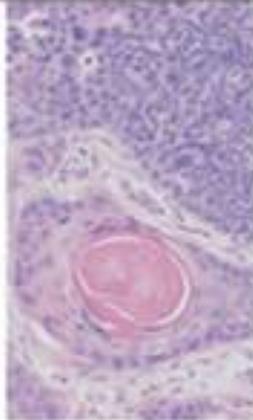
perdita della polarità maturativa

> della zona scura

UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

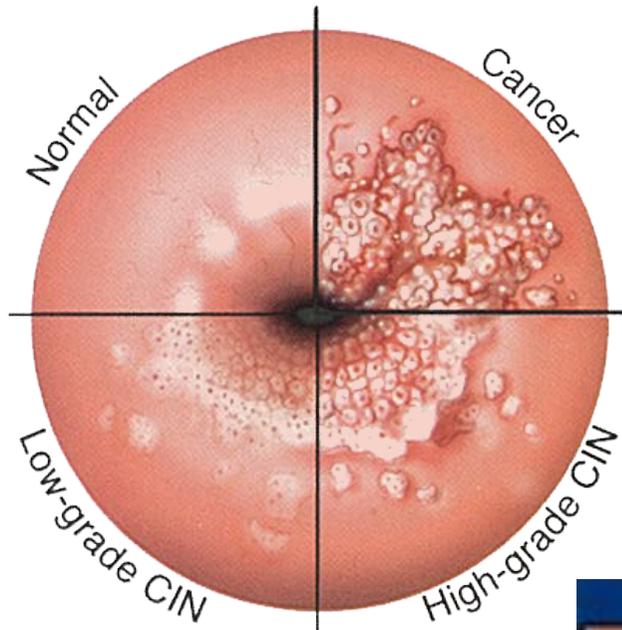


UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

Non-Dysplastic Epithelium	LSIL	HSIL			Micro-Invasion
	CIN 1	CIN 2	CIN 3		
	Mild Dysplasia	Moderate Dysplasia	Severe Dysplasia	Carcinoma in Situ	
					

Images courtesy of Chisa Aoyama, MD, David Geffen School of Medicine at UCLA.

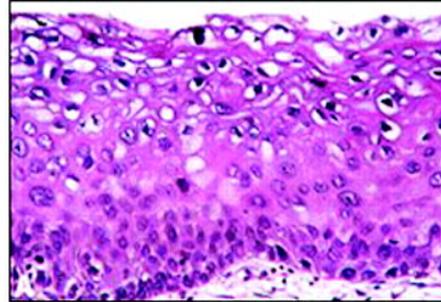
UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)



UTERO: NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

LSIL

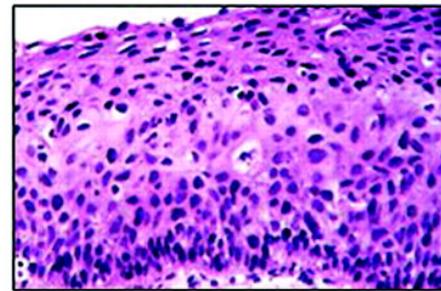
CIN1



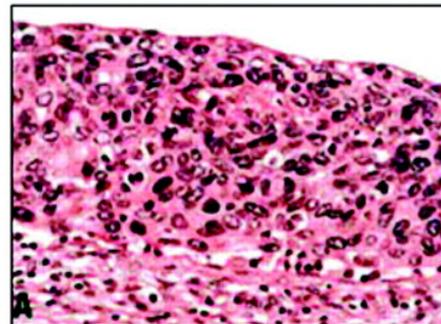
Frequent
cytological
follow-up

HSIL

CIN2



CIN3



Cone
biopsy

UTERO: CARCINOMA

	Corpo	Collo
Frequenza	<	>
Età	55-60	35-45
Situazione ormonale	Iperestrogenismo	=
N°parti	no correlazione	correlazione
Infezioni virali	no	HPV
Obesità	+	=
Iperensione	+	=
Diabete +		=
Iperplasia atipica endometriale	+	=
CIN	=	+

UTERO: CARCINOMA ENDOMETRIALE

Frequenza in > **per Invecchiamento della popolazione**

Età: **post-meopausale (55-65), raro < 40 anni**

Sintomi: **sanguinamento in menopausa**

Fattori predisponenti: **Nulliparità**

Diabete, ipertensione, obesità

**Androstenedione (surrene), estrone (adipe),
estriolo (utero)**

Iperestrinismo

Assente post-castrazione

Iperplasia endometriale

Tumori ormono-secernenti (a c. granulosa)

Cicli anovulatori

Terapia estrogenica

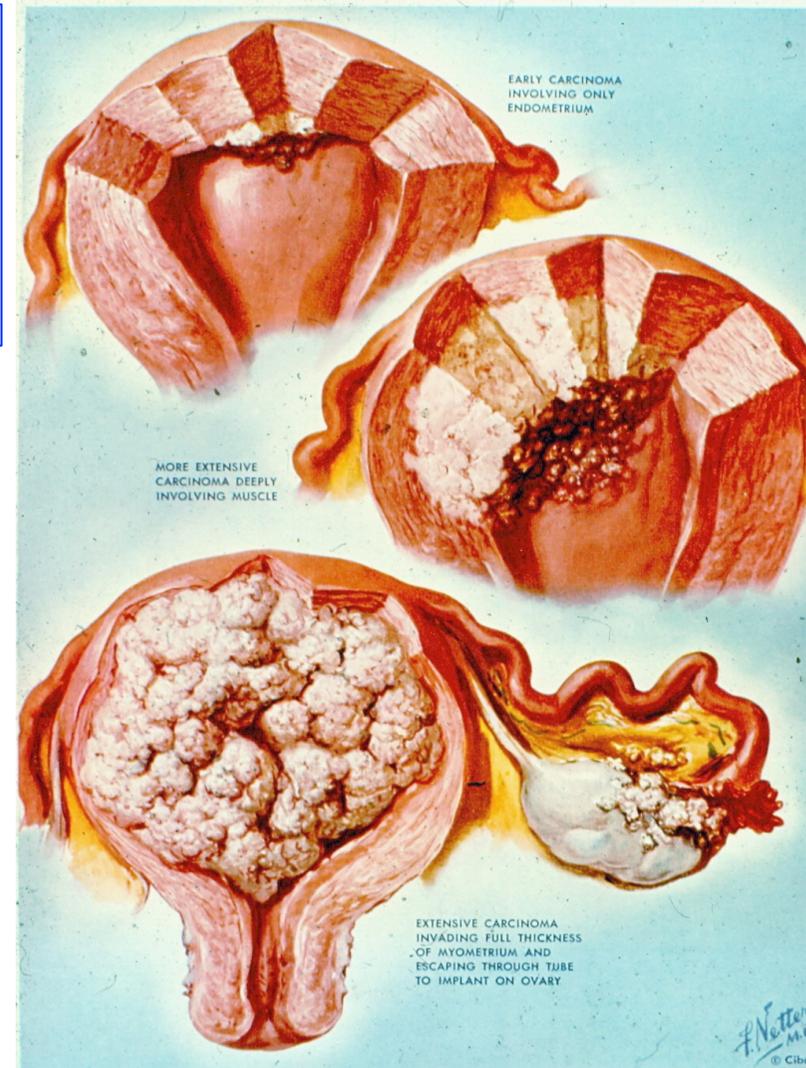
UTERO: CARCINOMA ENDOMETRIALE

Macro: Vegetante endocavitario

Scarsamente infiltranti

+ frequenti sulla parete posteriore

Progressione in diffuso

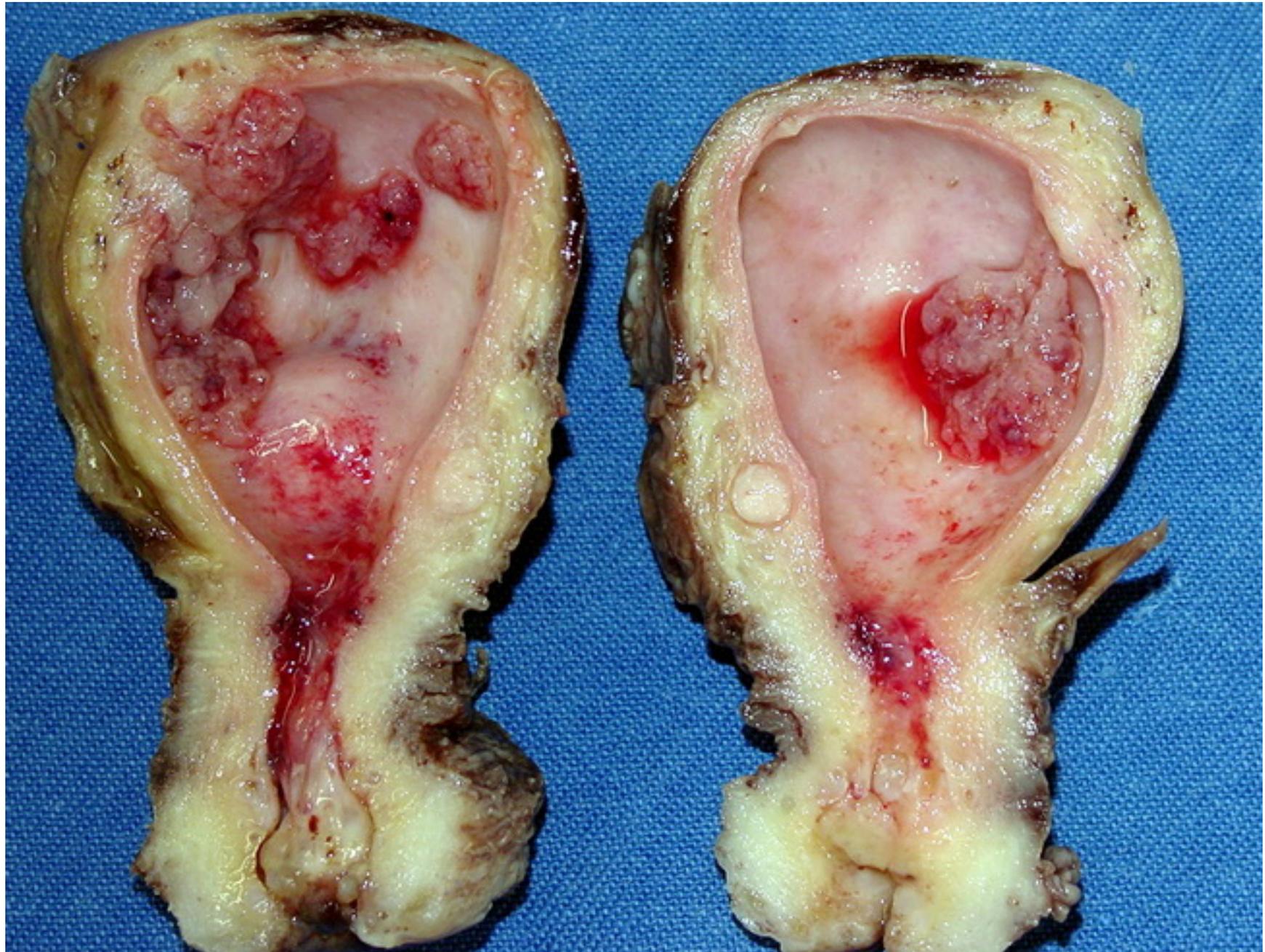


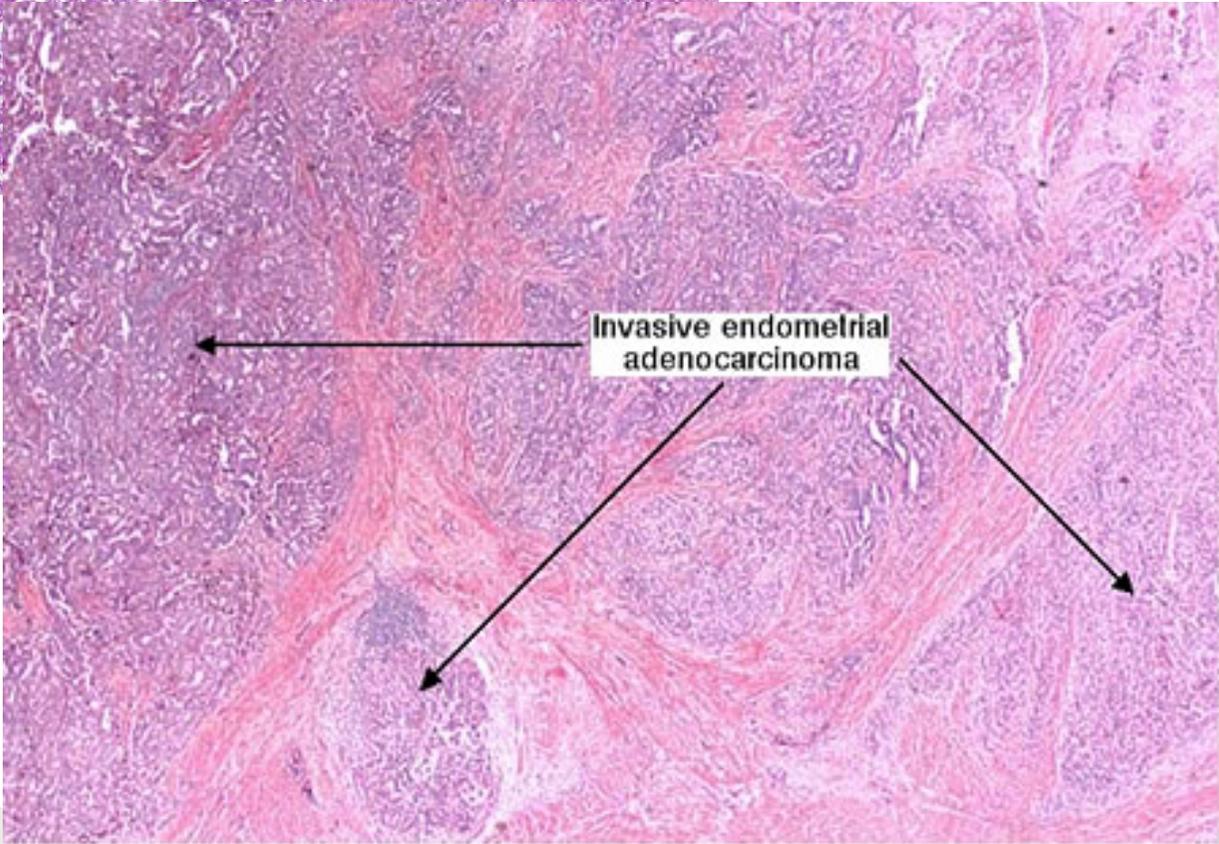
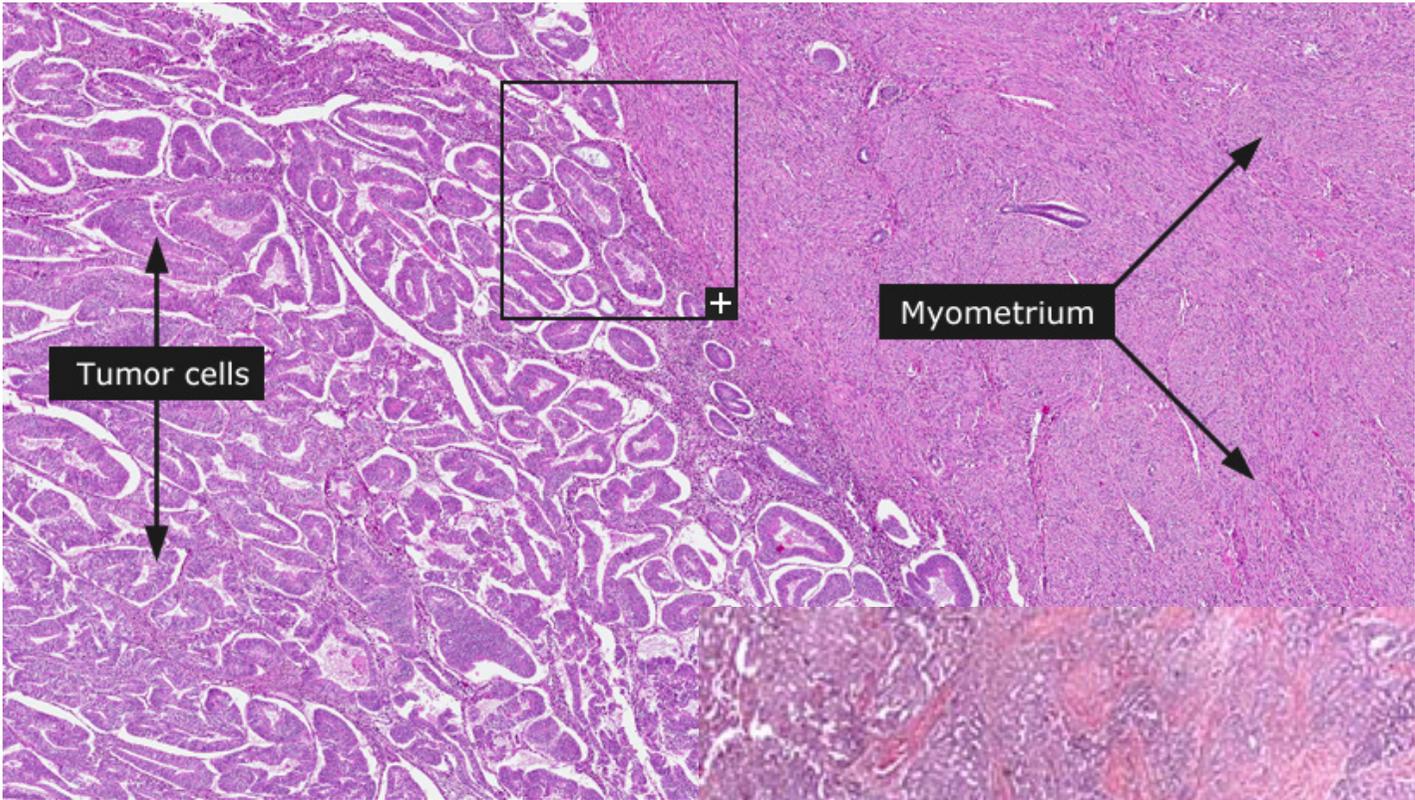
UTERO: CARCINOMA ENDOMETRIALE

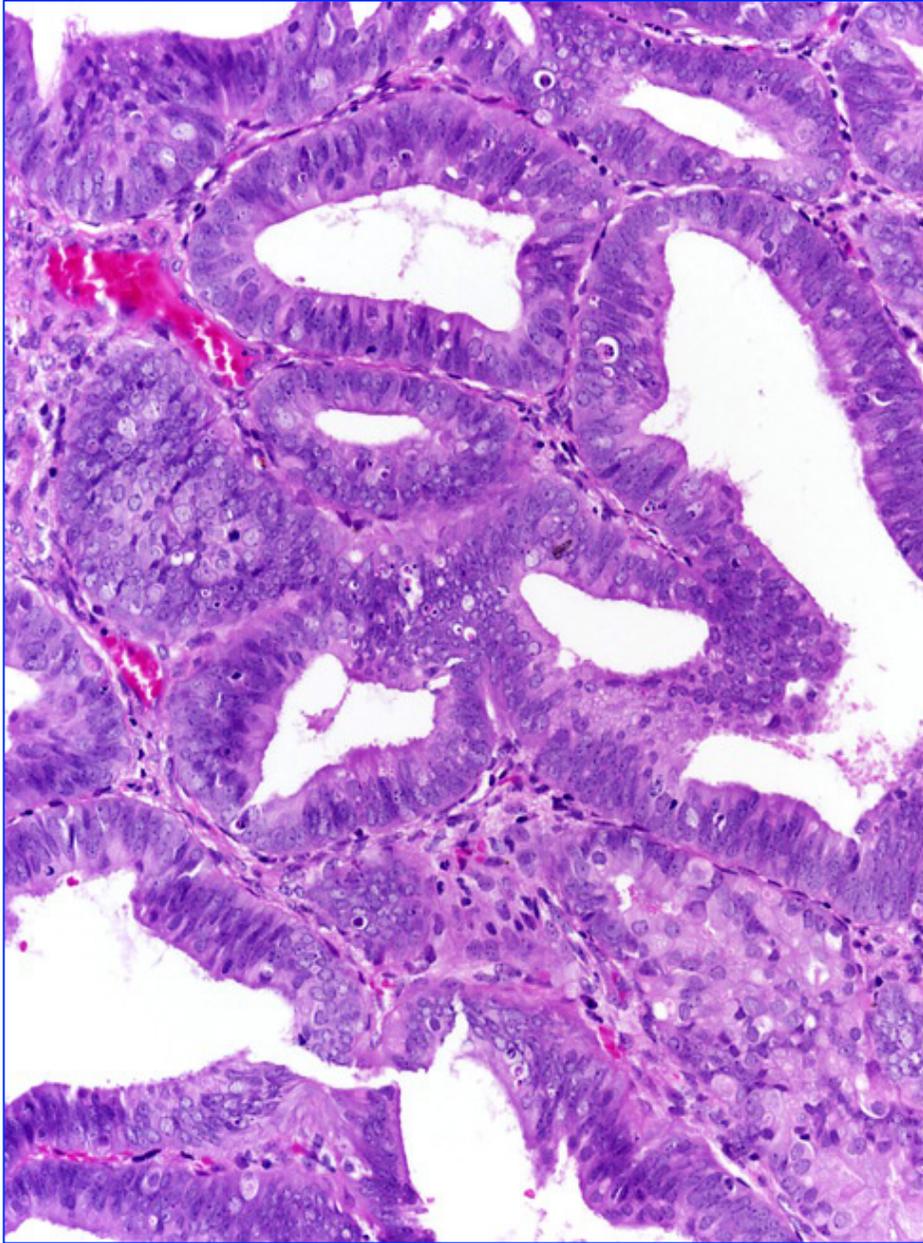
Micro: **Adenocarcinoma**

Tipo I: Più frequente
Peri-menopausale
Estrogeno-dipendente
Preceduto da **iperplasia endometriale**
Alterazioni di PTEN (q10) e k-Ras
G1-2, superficialmente invasivo
Istotipo **endometriode**
Cheratinizzazione (adeno-squamoso)

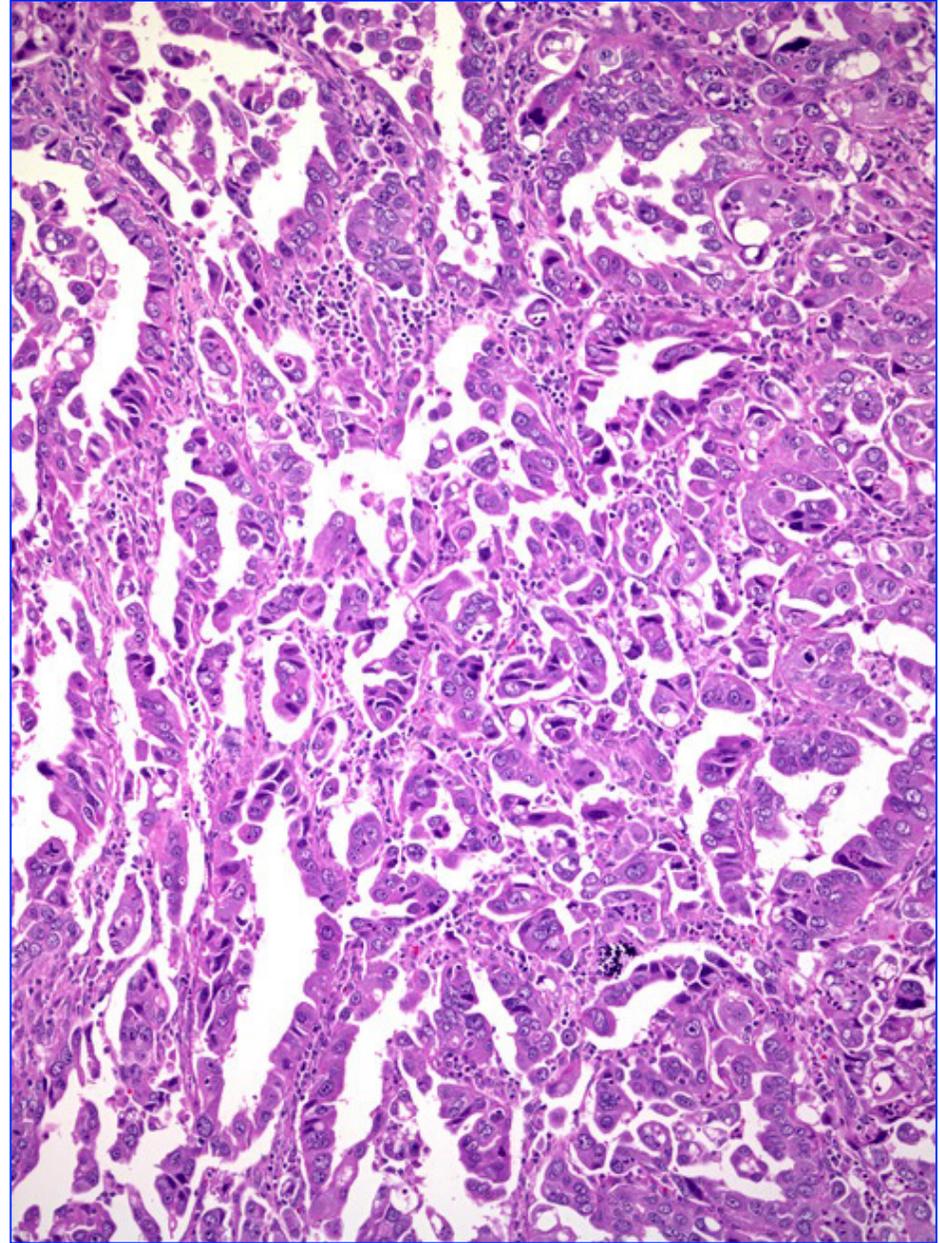
Tipo II: Più raro
Post-menopausale
Estrogeno-indipendente
Spesso su **endometrio atrofico**
Alterazioni di p53 (p17)
G2-3, rapidamente progressivo, prognosi peggiore
Istotipo **siero-papillifero** o a cellule chiare
Corpi psammomatosi







Adenoca. Tipo I - endometrioid



Adenoca. Tipo II – siero-papillifero

UTERO: CARCINOMA ENDOMETRIALE

DECORSO

Scarsa tendenza alla invasione per contiguità

Prognosi correlata all'invasione del miometrio (</> 1/2)

Metastasi linfonodali → peri-para aortici
inguinali superficiali

Localizzazioni secondarie al peritoneo pelvico

Metastasi a distanza: tardive e poco frequenti:

Fegato

Polmoni

Surreni

Ossa

UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE

Micro:

Carcinoma spinocellulare → 90-95%

95% a grandi cellule (cheratinizzante / non cheratinizzante)

5% a piccole cellule (con differenziazione di tipo neuroendocrino)
(prognosi infausta per precoce invasione linfatica)

Prognosi

Stadio 0 possibile guarigione 90%

Stadio I sopravvivenza a 5 anni 85%

Stadio II 70 %

Stadio III 25 %

Stadio IV 10%

Adenocarcinoma → 5-10%

tipo endocervicale (muciparo)

mesonefrico

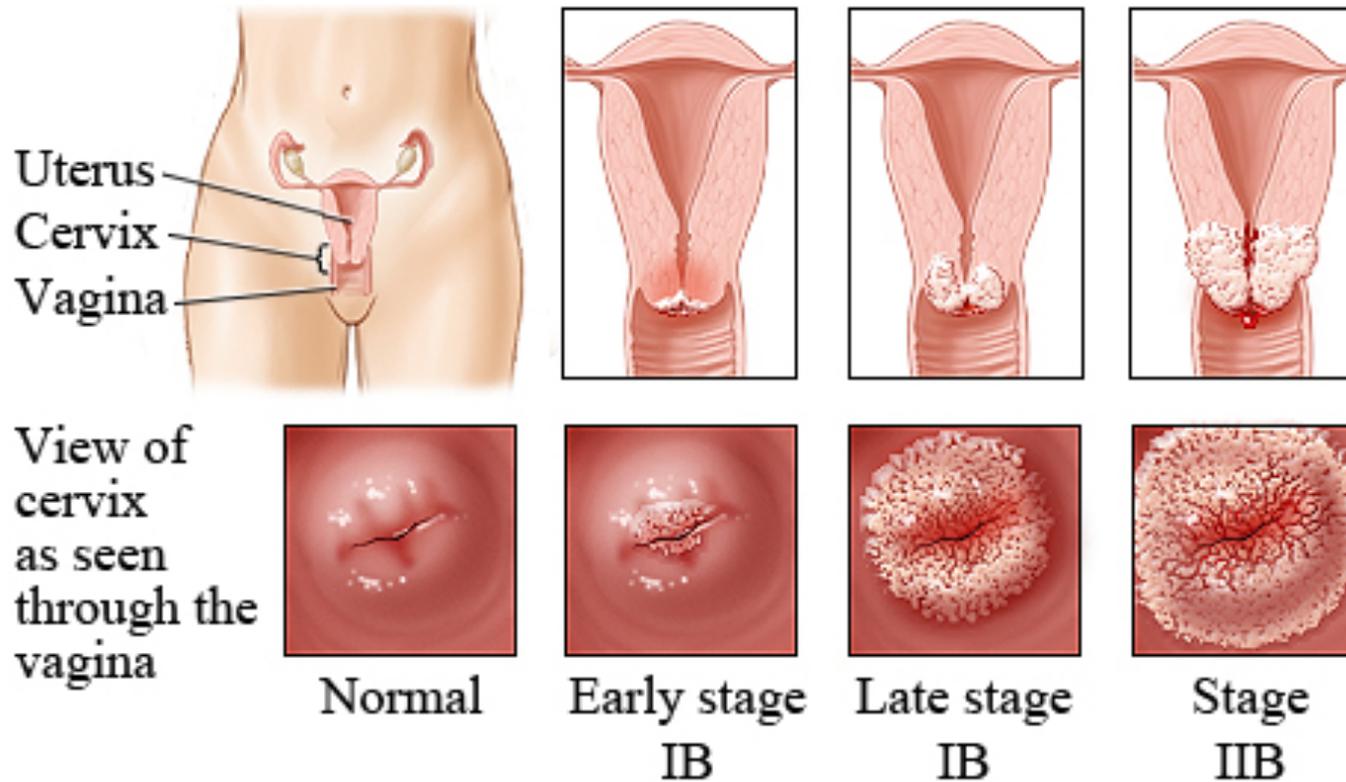
a cellule chiare

UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE

STADIAZIONE (FIGO 1994)

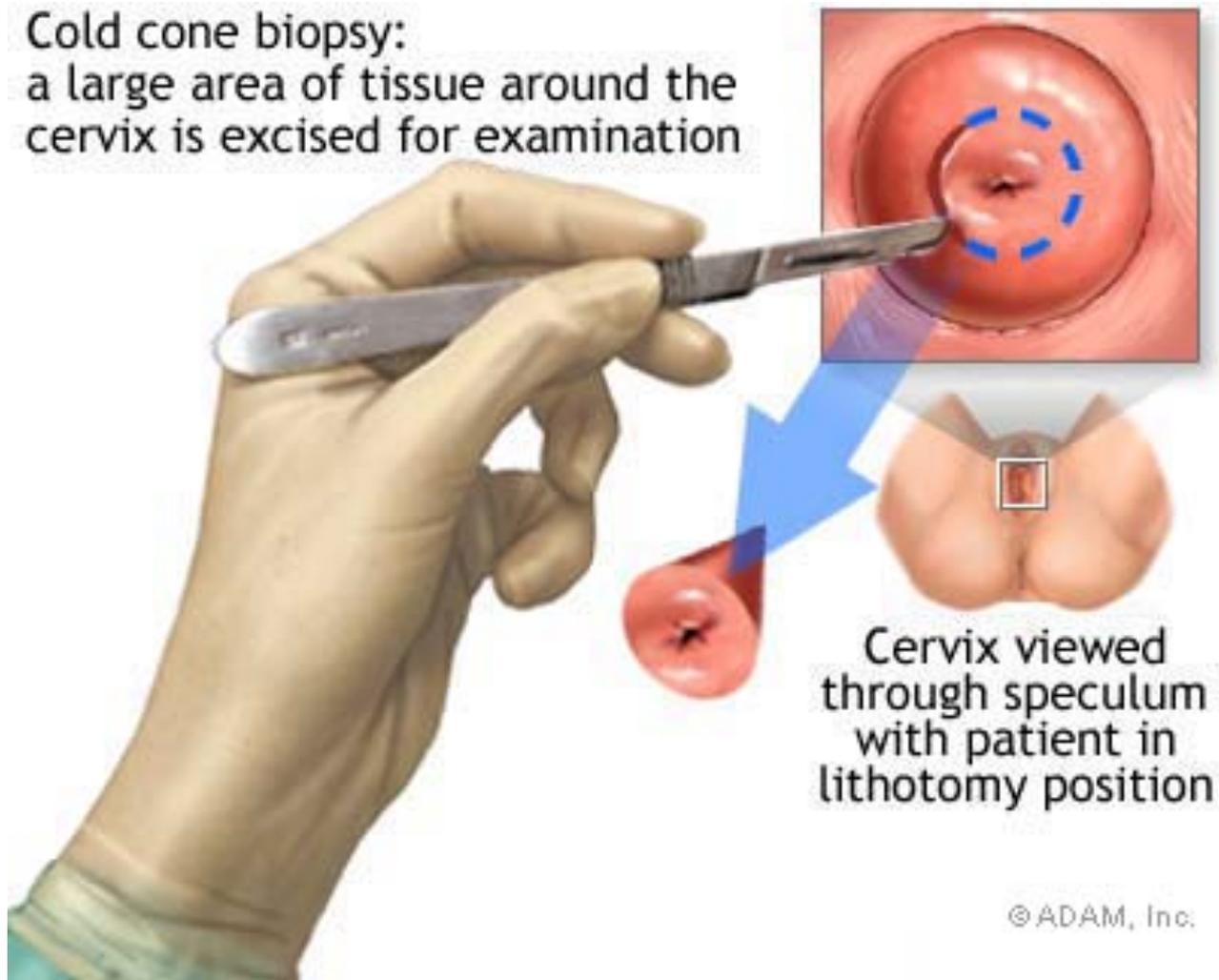
Stadio 0	CIS → Ca. intraepiteliale
Stadio I	Confinato al collo
	I A microinvasivo (istologico)
	IA 1 Invasione dello stroma < 3mm ed estensione orizzontale < 7mm
	IA 2 Invasione dello stroma 3-5 mm ed estensione orizzontale < 7mm
	I B Lesioni di dimensioni > di IA 2
	IB 1 Lesioni di dimensioni <4 cm
	IB 2 Lesioni di dimensioni > 4 cm
Stadio II	Esteso oltre la cervice ma non al pavimento pelvico
	IIA non infiltrante il parametrio
	II B infiltrante il parametrio e i 2/3 superiori della vagina
Stadio III	Esteso al pavimento pelvico e vagina
	III A infiltrante il 1/3 inferiore delle vagina
	III B infiltrazione del pavimento pelvico
Stadio IV	Esteso oltre la pelvi o infiltrazione mucosa rettale o vescicale
	IV A metastasi organi adiacenti
	IV B metastasi a distanza

UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE



UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE

Cold cone biopsy:
a large area of tissue around the
cervix is excised for examination

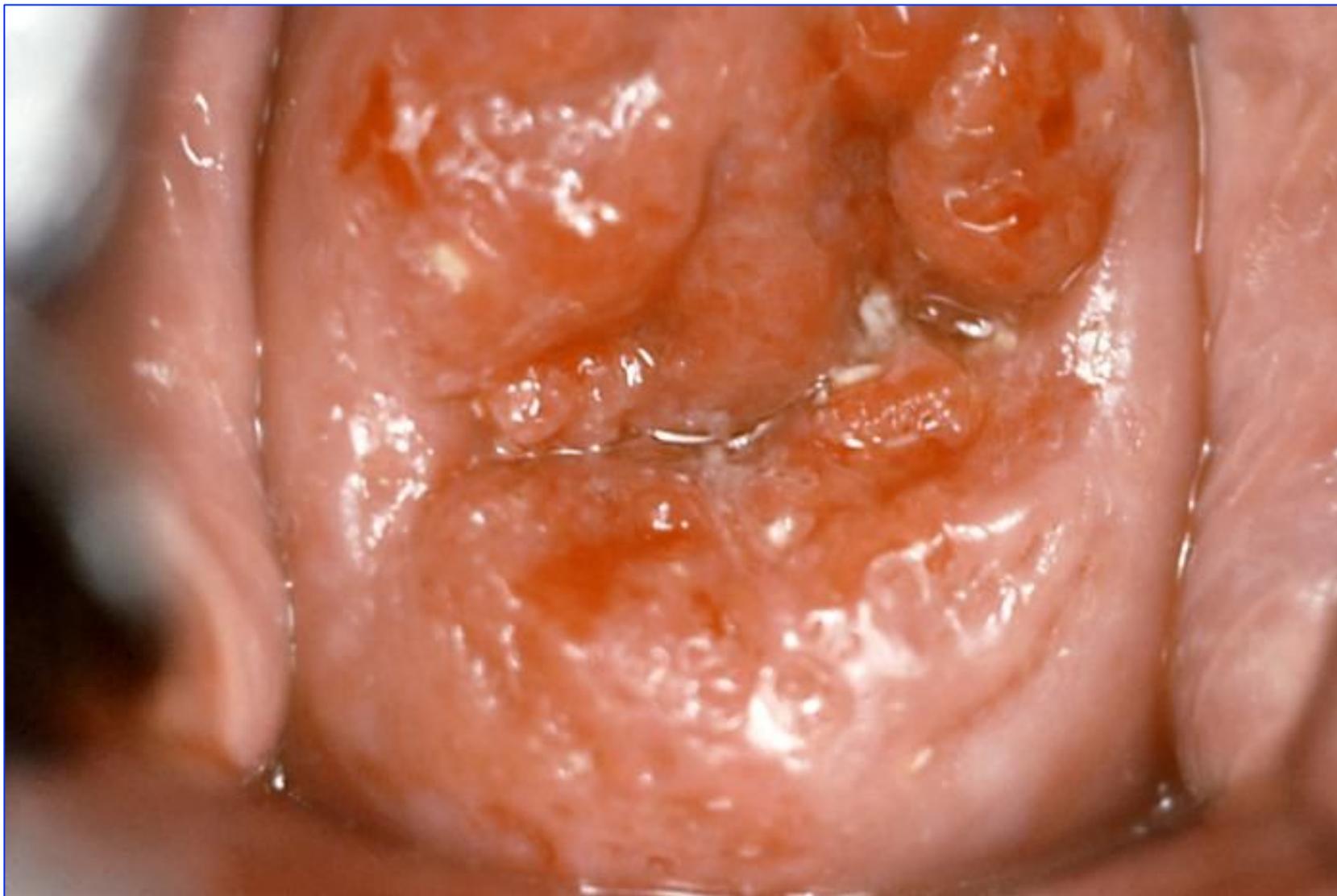


Cervix viewed
through speculum
with patient in
lithotomy position

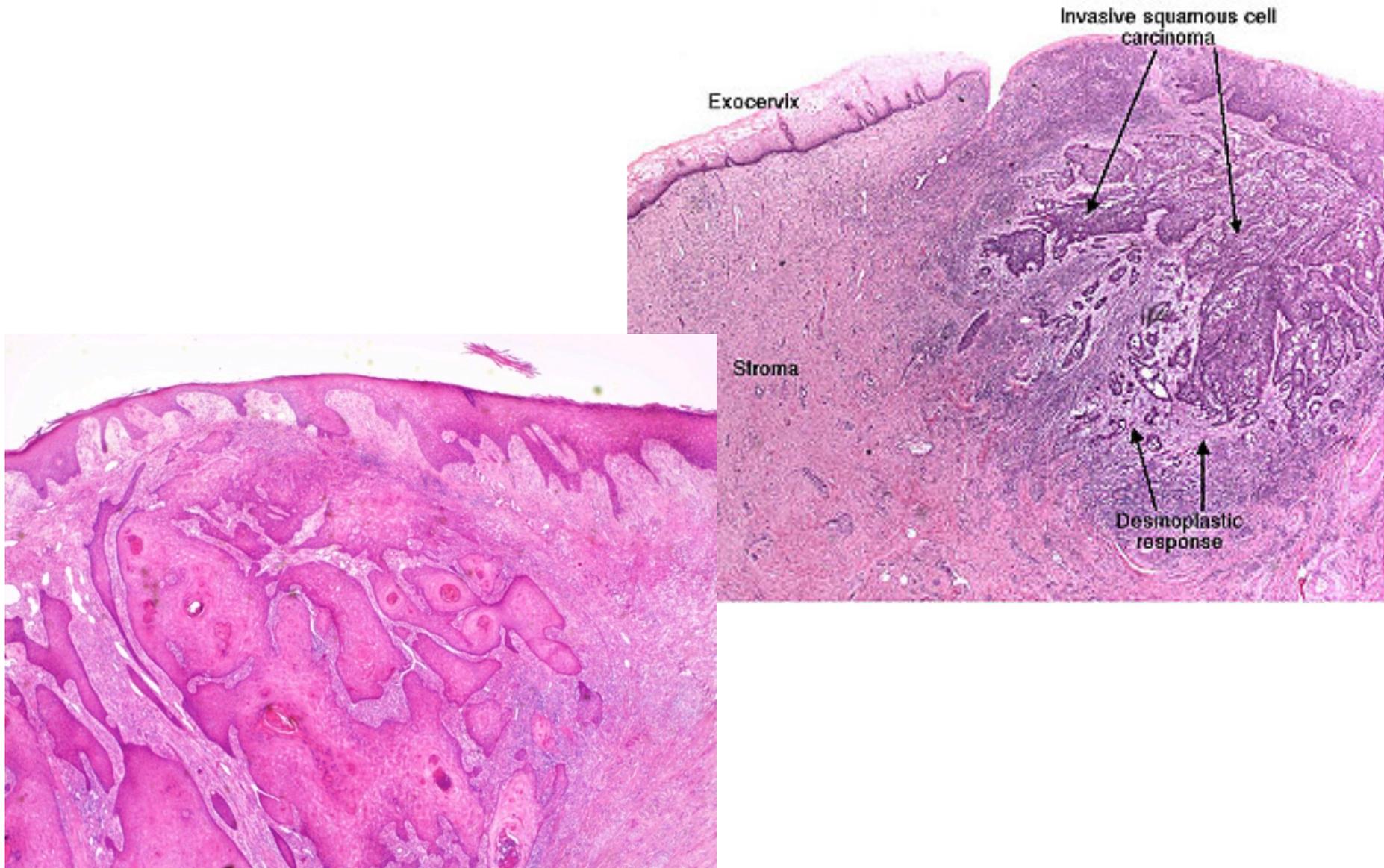
UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE



UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE



UTERO: CARCINOMA CERVICO-PORTIALE



UTERO: MALATTIA TROFOBlastICA

MOLA VESCICOLARE /IDATIDEA

Ammasso hydatis → acqua

Degenerazione cistica dei villi coriali

Con Iperplasia del trofoblasto (cito / sincizio / intermedio)

Consequente morte dell'embrione

Picco di incidenza: 19° settimana di gravidanza

Fattori di rischio: Età > 40 anni

Primiparità < 20 anni

Sintomi: crescita asimmetrica

volume maggiore per età gestazionale

β-HCG maggiori per età gestazionale

metrorragie, tossiemia

UTERO: MOLA VESCICOLARE

MACRO: utero voluminoso per l'età gestazionale

villi di volume aumentato (1-2 cm.)

aspetto a grappolo d'uva

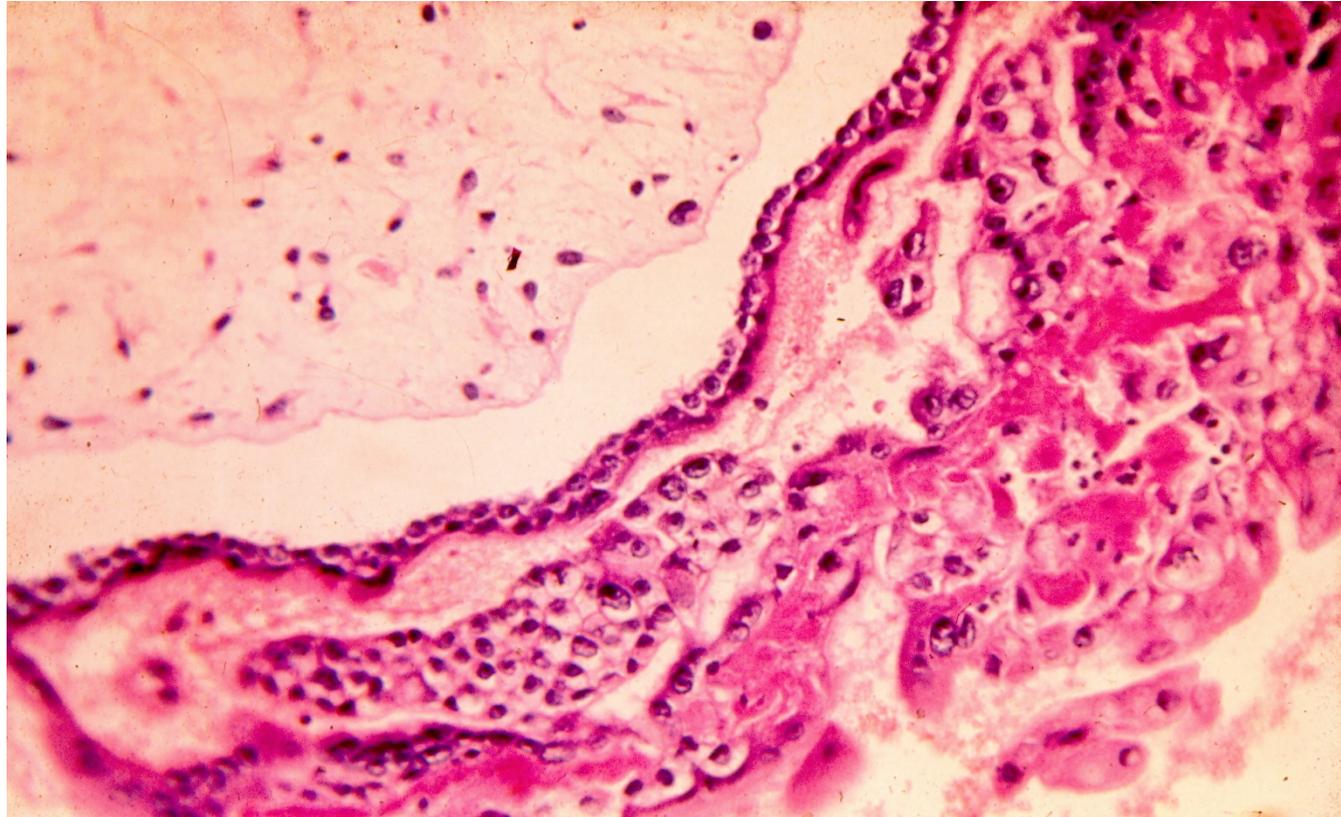
MICRO: Villi edematosi con scomparsa dei capillari

Lacune prive di cellule → **cisterne**

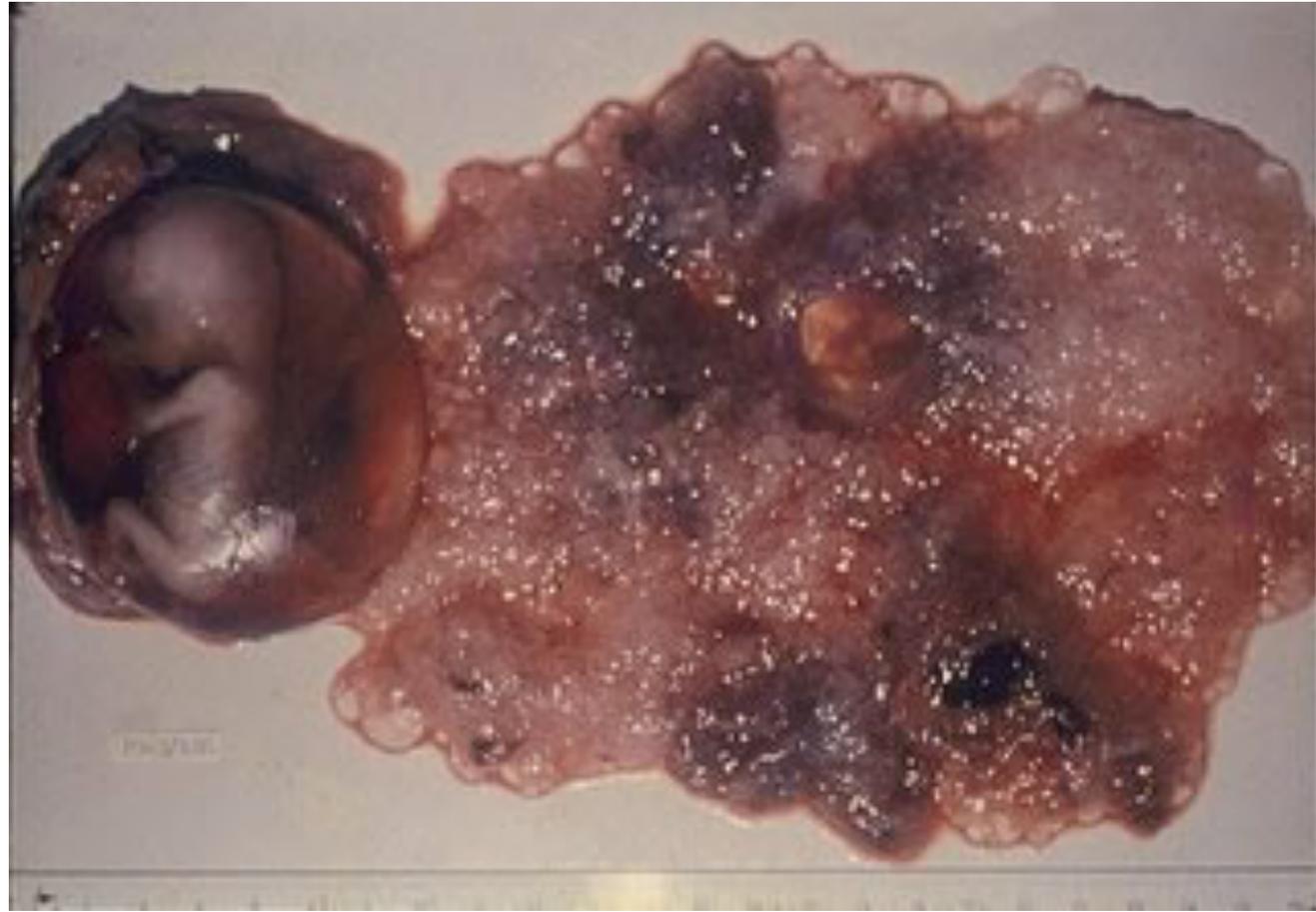
Iperplasia cito- (cellule mononucleate, tondeggianti, con scarso citoplasma)

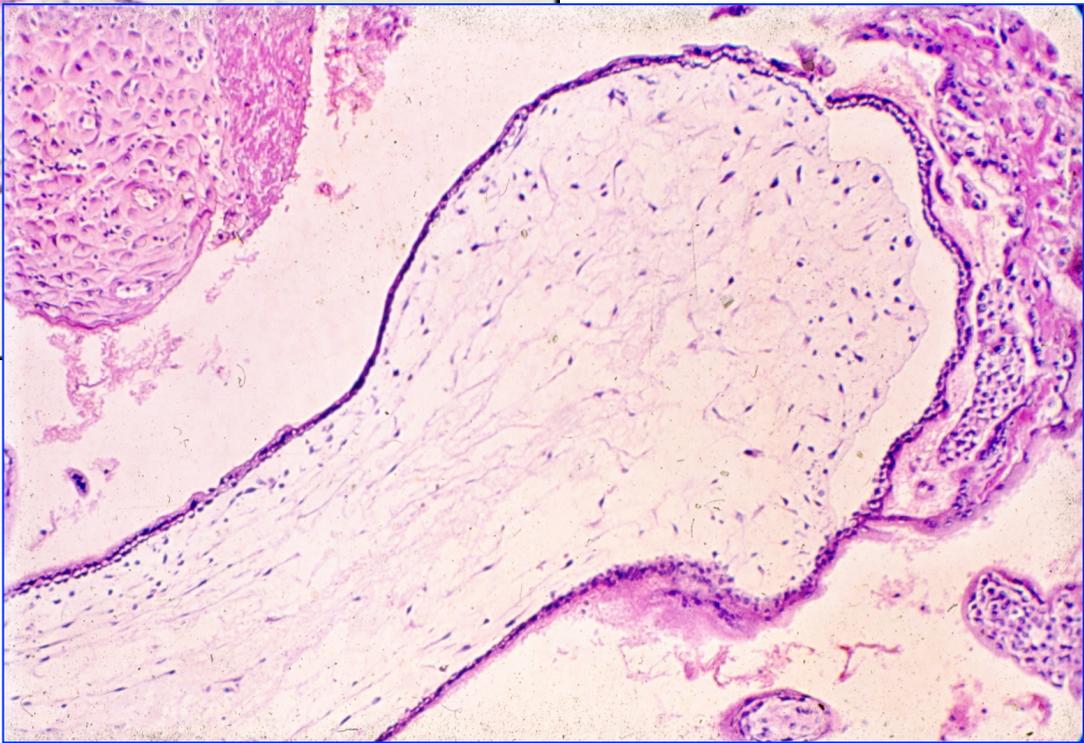
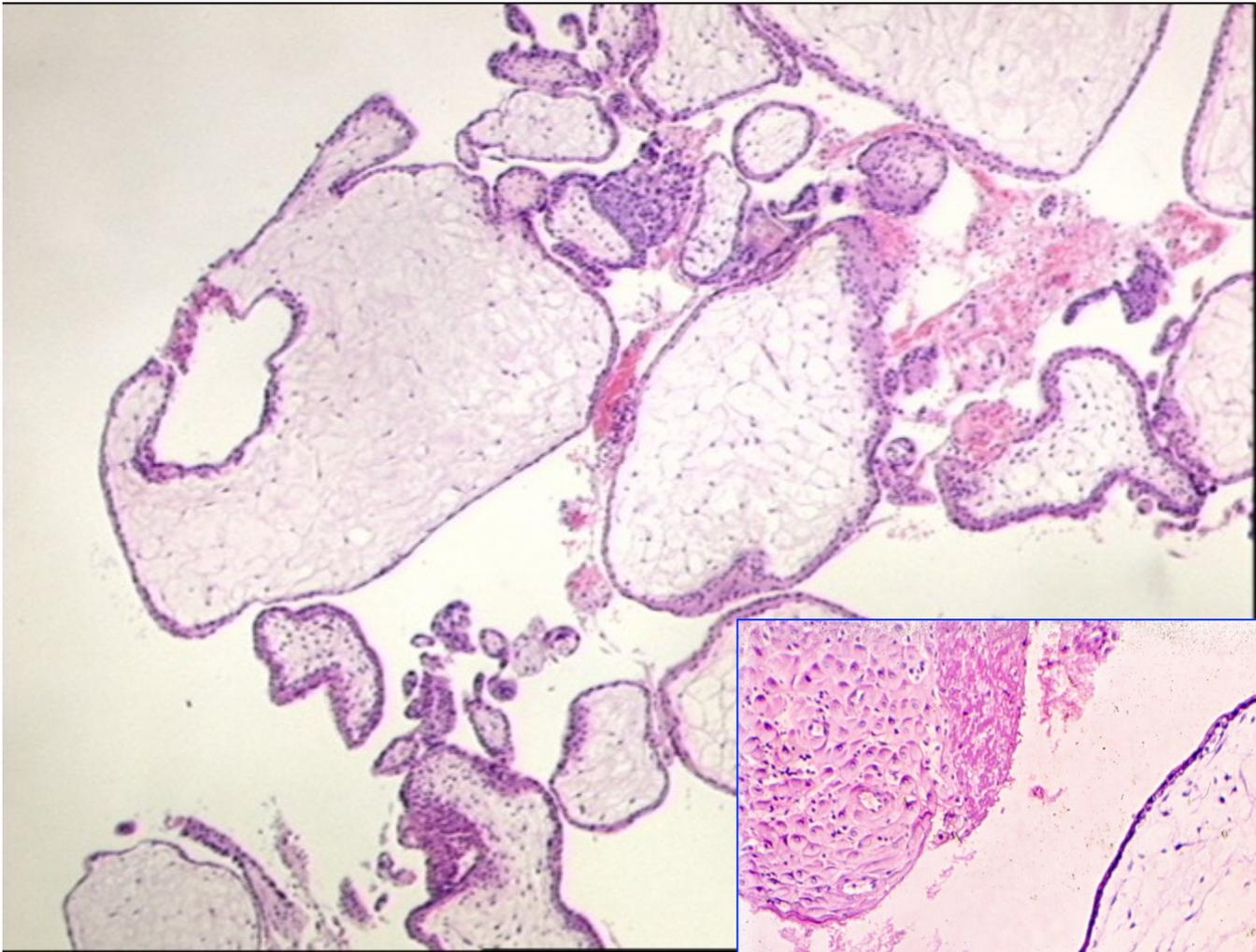
e sinciziotrofoblastica (multinucleate, eterogenee, con ampio citoplasma)

Produzione di β -HCG



Cito e sinciziotrofoblasto





UTERO: MOLA VESCICOLARE

Parziale → alterazioni moderate e limitate ad alcuni villi

Completa → con alterazioni accentuate ed estese

Invasiva → aggressività locale

Iperplasia delle cellule coriali

Penetrazione nel miometrio

Invasione vascolare

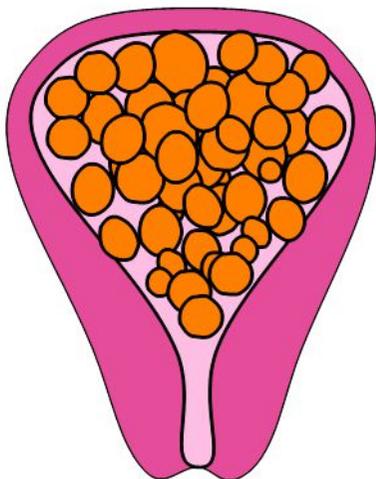
Infiltrazione dei parametri

Mola metastatizzante (polmoni – possono regredire dopo asportazione della mola))

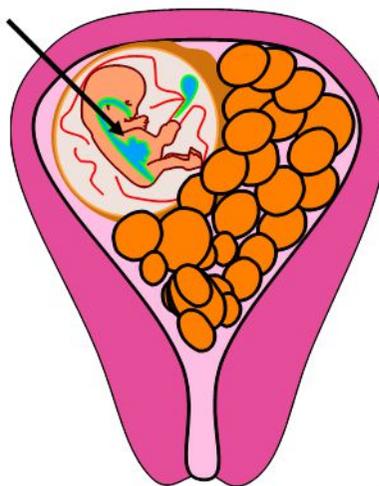


Varietà di mola vescicolare

Embrione e/o cavità amniotica



completa



parziale

Prof. Gianluigi Pilu
Università di Bologna



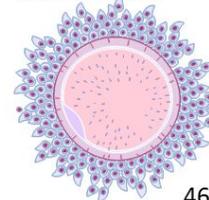
Eziologia della mola completa e parziale

COMPLETA

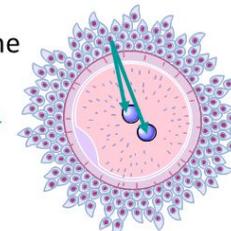


23

Ovocita vuoto



duplicazione



46 cromosomi (di solito 46,XX) paterni

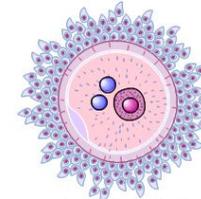
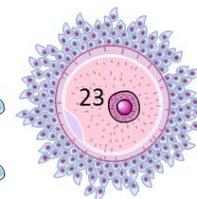
PARZIALE

Due spermatozoi



23

23



69 cromosomi (triploidia)

UTERO: MOLA VESCICOLARE

Grading sec. caratteri di iperplasia e di differenziazione del trofoblasto

Grado I Iperplasia minima / differenziazione massima

Grado II Iperplasia moderata / differenziazione buona

Grado III Iperplasia marcata / indifferenziazione

Criteri prognostici: Grading + livelli ematico di β -HCG

Dopo asportazione della mola → Normalizzazione delle gonadotropine (ematica e urinaria) in 4-8 settimane

Persistenza di livelli elevati → Ritenzione di frammenti
Trasformazione in coriocarcinoma

UTERO: CORIONEPITELIOMA

Gravidico

Extragravidico

Maschile

C.Gravidico: 50% dei casi → trasformazione di una mola vescicolare
25% dei casi → segue una gravidanza abortiva
20-25% → insorge in corso di gravidanza (periodo di latenza da 2 settimane a 7 anni)

Secrezione di β -HCG → >1000000 di U.I./24 h

Sintomatologia: **Metrorragie, iperemesi, tossiemia**

> di volume dell'utero superiore all'epoca di gravidanza

Perdite ematiche scure dopo il parto

Macro: Massa **molliccia, polipoide**, vegetante, villosa

Colorito rosso intenso → emorragie e necrosi

Infiltrazione estesa della parete uterina

Rottura d' utero ed emoperitoneo

UTERO: CORIONEPITELIOMA

Gravidico

Micro: Assenza di villi coriali

Ammassi e cordoni cellulari

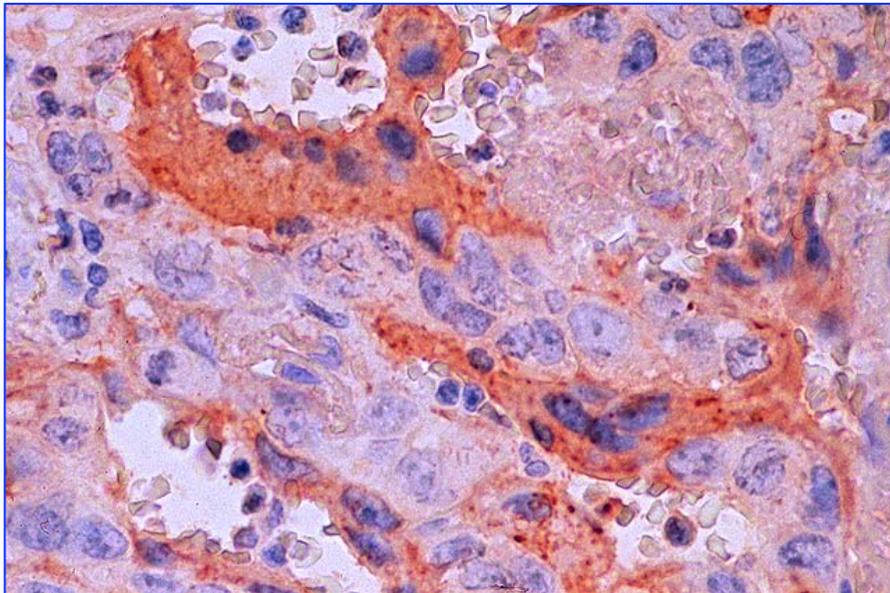
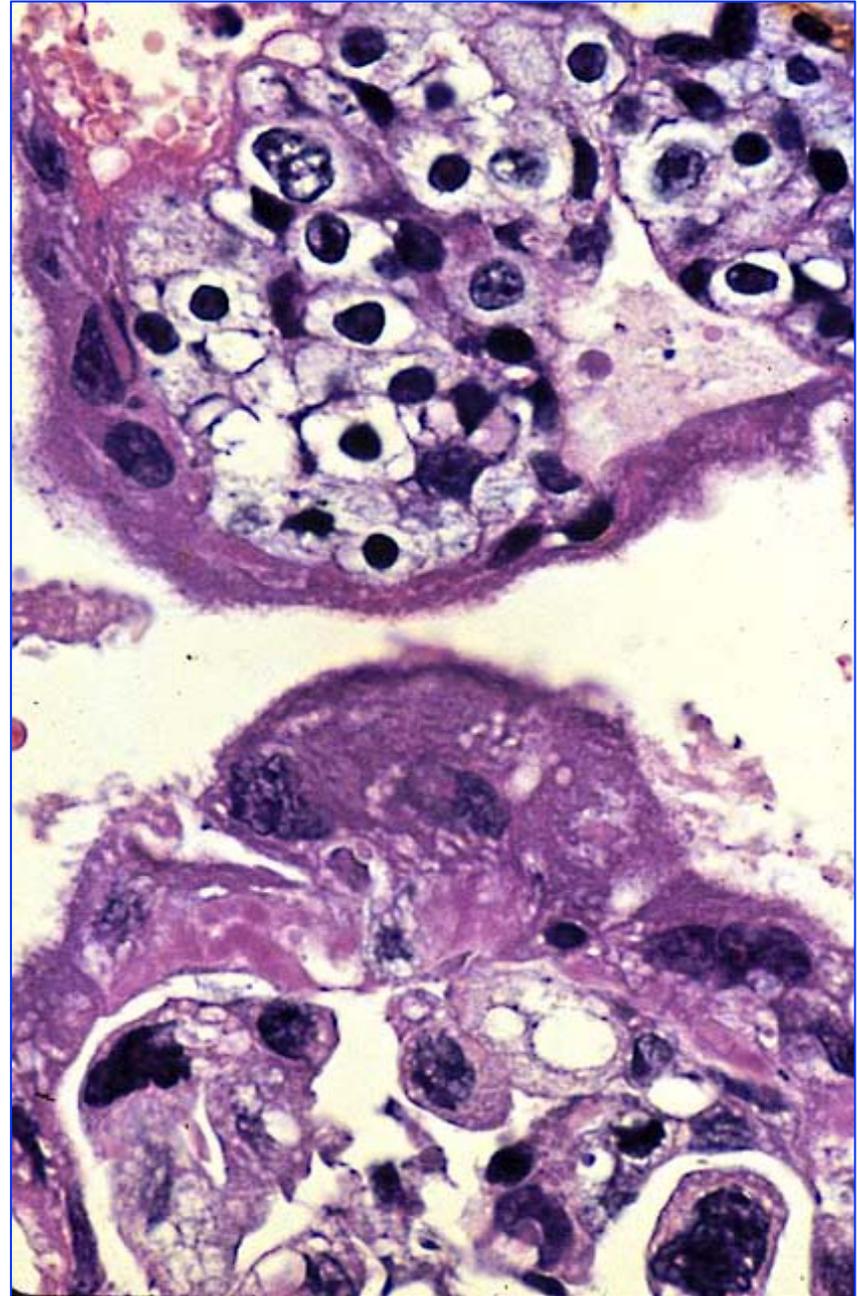
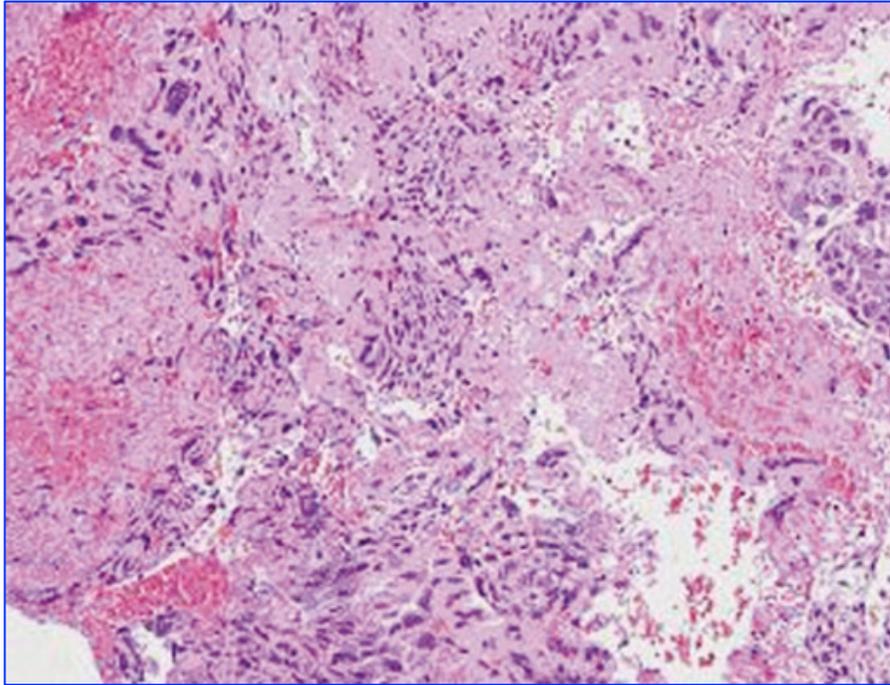
Cellule di Langhans (piccole, nucleo voluminoso, PAS+)

Sinciziotrofoblasto (ampie, multinucleate, nuclei piccoli)

Lacune ematiche con gettoni cellulari

Rottura d' utero ed emoperitoneo

Metastasi: polmoni, fegato, encefalo (anche all'esordio)
possibile regressione spontanea



UTERO: CORIONEPITELIOMA

Extra-Gravidico

In M/F con neoplasie a cellule germinali

Sede: ovaio, testicolo, retroperitoneo, mediastino, epifisi

Sintomi (F): pseudo-gravidanza

Pigmentazione areola e linea alba

Aumento di volume mammario

Test di gravidanza +

Sintomi (M): Femminilizzazione / devirilizzazione

Ginecomastia

Macro: Masse emorragiche friabili, spugnose

Micro: come il gravidico + possibili aree teratomatose

Prognosi: peggiore del gravidico (OS a 5 anni = 60%)

UTERO: ENDOMETRIOSI

Ghiandole e stroma endometriale in sede ectopica

Interna (corpo uterino) o **ADENOMIOSI**
(leiomioma) o **ADENOMIOMA**

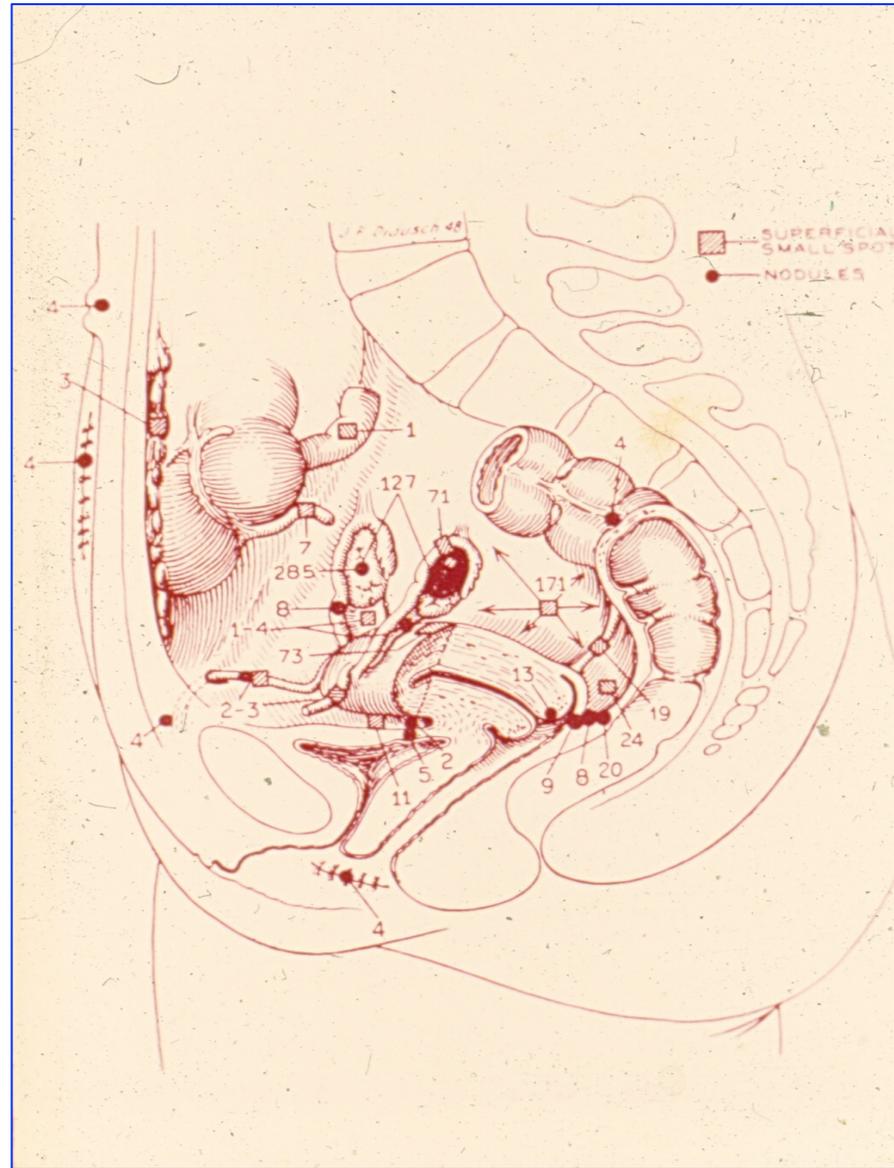
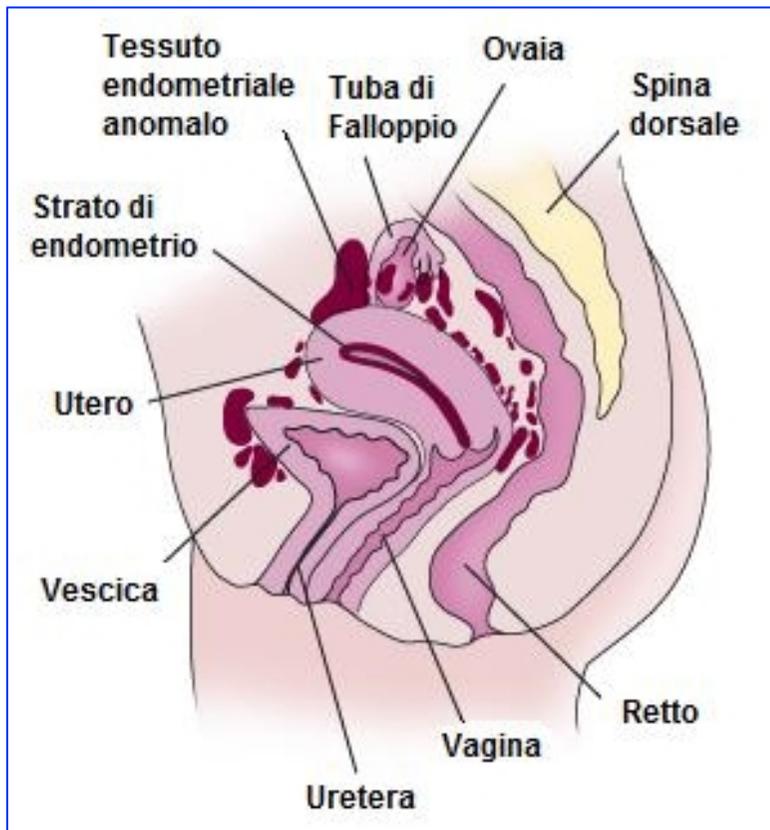
Esterna:

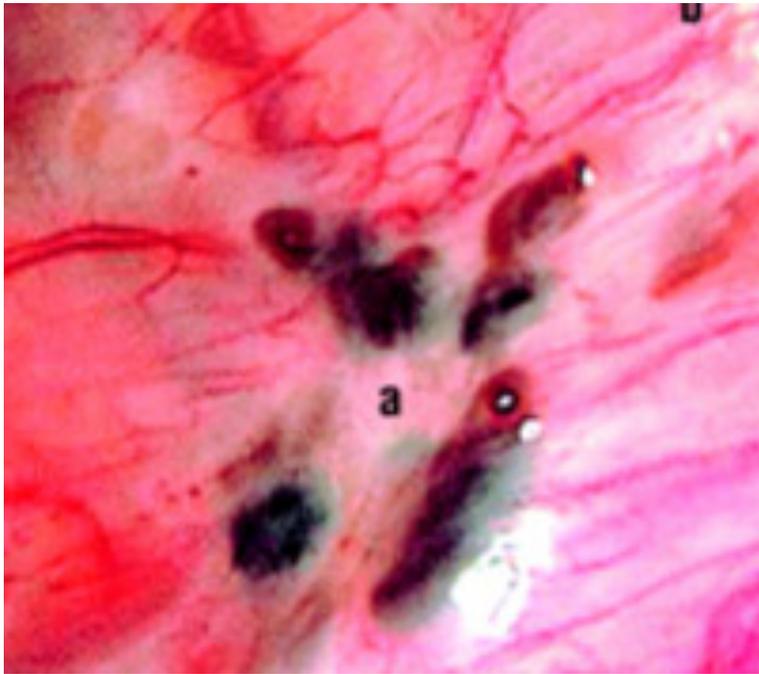
- Cervice / tube / ovaio (cisti)
- Peritoneo pelvico
- Cavità addominale
- Retto e vescica
- Polmoni
- Cicatrici laparotomiche da taglio cesareo

Sintomi: dismenorrea dolorosa, iperpolimenorrea
dolore e tensione al basso ventre
infertilità

Macro: Placche o noduli rosso-brunastri, emorragici

Micro: ghiandole e stroma endometriale, talora disepitelizzazione
macrofagi con emosiderina





Endometriosi interna o Adenomiosi

