

PARTICULARITĂȚILE MORFOLOGICE ALE CANCERULUI SUPERFICIAL (NEINVAZIV) AL VEZICII URINARE

MORPHOLOGICAL FEATURES OF SUPERFICIAL (NONINVASIVE) BLADDER CANCER

Andrei Tripac, N.Bogdanskaia, Nicolae Ghidirim, V.Țurcan, Boris Duda

Institutul Oncologic RM; Catedra Oncologie și Hematologie USMF „N.Testemițanu”

Summary

There were studied 68 cases of superficial (non-muscle invasive) bladder cancer for better understanding of etiology and pathology of this relatively frequent disease. Current cases of surgical treatment performed on base of oncurologic department, as well the archived cases on base of morfopathologic department, were classified according to the last classification recommended by WHO in 2004. It was found out that the papillary form of growing usually appears on fond of practically healthy urotelium. Than the infiltrative form of growing is most likely to appear on fond of such named precancerous pathologic processes and is characterized by worse recurrence and progression prognosis.

Introducere

Cancerul vezicii urinare în RM ocupă locul opt printre tumorile maligne. Cancerul superficial (neinvasiv) Ta, T1, Tis alcătuiește circa 50% din toate cazurile nou depistate. Diagnosticul, tratamentul și pronosticul maladiei în mare măsură depinde de aprecierea corectă a apartenenței nozologice a tumorii depistate, gradul de diferențiere și nivelul invaziei în peretele vezical.

Obiective

Studierea particularităților morfologice ale cancerului superficial (neinvasiv) al vezicii urinare în baza materialului chirurgical al secției oncurologie Institutul Oncologic din Moldova.

Metode de cercetare

Întregul material chirurgical, cu includerea pieselor morfologice, au fost studiate microscopic și clasificate conform ultimelor recomandări ale OMS. Piese revizuite din arhiva IO au fost studiate pentru posibilitatea unificării și comparării lor ulterioare conform cerințelor internaționale.

Noi am studiat 68 cazuri de cancer al vezicii urinare preponderent cu creștere cu invazie superficială conform clasificării histologice recomandate de OMS din 2004. În această clasificare formele superficiale ale cancerului vezicii urinare, numite și tranzitocelulare sau uroteliale, sunt împărțite în cele papilare și infiltrative, în dependență de forma de creștere față de peretele vezical. La rândul lor, cele papilare - în dependență de propagarea membranei bazale a mucoasei sunt divizate în invazive și neinvasive.

Rezultate

Din cazurile examinate de noi, la 47 de pacienți s-a diagnosticat forma papilară de cancer urotelial și la 21 de pacienți - forma infiltrativă. Toate cazurile de formă infiltrativă au cuprins doar patologiile cu afectarea mucoasei și submucoasei, adică fără invazia în stratul muscular. Histologic s-a examinat atât tumoarea propriu-zisă, cât și mucoasa în apropierea nemijlocită

de tumoare, în unele cazuri și mucoasa condiționat sănătoasă, adică la o distanță suficientă de tumoare.

Cancerle uroteliale papilare neinvasive (28/47) se prezentau având un tablou histologic tipic de o tufă ramificată acoperită de uroteliul constituit din mai mult de 7 straturi de celule cu semne de atipie (anaplazie). Trebuie de menționat, că macroscopic o parte din tumori aveau piciorușul lat iar restul - piciorușul îngust. Gradul de diferențiere al epiteliului preponderent se descria ca o anaplazie ușoară (G1). În 6 cazuri s-a observat diferențiere moderată (G2). În afara tumorii, în lamina proprie a tunicii mucoase, nu s-au depistat careva schimbări patologice sau procese precanceroase decât un edem neînsemnat.

Puțin se deosebea tabloul morfologic în cazurile de carcinoame uroteliale papilare invazive. Din 19 pacienți ai acestui grup în 8 cazuri s-a depistat invazia straturilor superficiale ale laminei proprii a tunicii mucoasei, de menționat că anume în aceste focare de invazie se descoperea un grad sporit de atipie celulară a tumorii (G2, G3). În restul cazurilor se determina o invazie mai profundă, dar fără afectarea tunicii musculare propria a peretelui vezical. În stroma înconjurătoare, față de focarele de invazie tumorală, de regulă, s-a observat infiltrație limfoidă, uneori cu formarea foliculelor limfoide. Ca și în cazul de carcinom urotelial papilar neinvasiv, nu s-au evidențiat careva procese predecesoare (precanceroase) de fond.

Carcinoamele uroteliale infiltrative (21/68) morfologic se refereau la diferite forme histologice: cu diferențiere adenomatoasă, pavimentoasă, micropapilară și microchistică (pseudoadenomatoasă). După gradul de anaplazie celulară majoritatea cazurilor se descriau ca diferențiere moderată (G2). După caracterul de invazie stromală carcinoamele uroteliale infiltrative se deosebeau prin infiltrare cu „frontul larg” sau creștere micropapilară. De menționat că, independent de forma de invazie stromală, în toate cazurile stratul muscular propriu al peretelui vezical rămânea intact.

Printre cazurile de carcinoame uroteliale infiltrative în 5 cazuri s-a depistat cancer „in situ” a epiteliului tranzitocelular

în adiacență nemijlocită cu tumoarea invazivă. În 7 cazuri s-au evidențiat elemente de formă proliferativă ale cistitei cronice, și anume cuiburi „Fon-Brun”, cistita adenomatoasă și chistică, care de fapt, sunt nu altceva, decât etapele de dezvoltare ale aceleiași proces patologic. La 2 pacienți în regiunea cuiburilor „Fon-Brun” s-au depistat focare de displazie caracterizate prin proliferarea celulelor uroteliale, creșterea raportului nuclear-citoplazmatic, polimorfismul nuclear și apariției celulelor cu activitatea mitotică fie numai în straturile bazale, fie în toată profunzimea epitelului.

Concluzii

- 1) În limitele uneia și aceleiași tumori gradul de diferențiere celulară poate varia de la o anaplazie ușoară (G1) la cea

moderată (G2); sau de la moderată (G2) la diferențiere joasă (G3). De obicei această diferență se depistează la examinarea părților exofite și invazive ale aceleiași tumori, faptul este important de cunoscut pentru prelevarea corectă a biopsiei tumorii.

- 2) Atât formele invazive cât și cele neinvazive a tumorilor uroteliale superficiale cu formă de creștere papilară se pare că se dezvoltă de novo, adică pe fond de mucoasă practic sănătoasă.
- 3) Carcinoamele uroteliale superficiale cu formă de creștere infiltrativă se deosebesc prin diferențiere joasă, riscul recidivării și progresării înalt, și apariția pe fondul proceselor patologice așa numite precanceroase a mucoasei vezicale.

Bibliografie

1. RAMAKUMAR S., BHUIYAN J., BESSE J.A., ROBERTS S. Comparison of screening methods in the detection of bladder cancer // J. Urol. – 1999. – Vol.161, N.2. – P.388_394.
2. WEISS M.A., MILLS S.E. Neoplasms of the urinary tract. – Vol. 5: Atlas of genitourinary tract disorders. – 1991. – Chapter 12. – P.12.2_12.46.
3. МАТВЕЕВ Б.П. Рак мочевого пузыря // Клиническая онкоурология / Под ред. Б.П.Матвеева. – М.:Вердана, 2003. – С. 197_406.
4. ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С., ПЕТРОВ С.Б. Опухоли мочевого пузыря. – Харьков: Факт, 2002. – 301 с.
5. RAMAKUMAR S., BHUIYAN J., BESSE J.A., ROBERTS S. Comparison of screening methods in the detection of bladder cancer // J. Urol. – 1999. – Vol.161, N.2. – P.388_394.
6. TINZL M., MARBERGER M. Urinary Markers for Detecting Bladder Cancer // EAU Update Series. – 2003. – Vol.1, № 2. – P. 64_70.
7. ALLARD P., BERNARD P., FRADET Y. et al. The early clinical course of primary Ta and T1 bladder cancer // Europ. Urol. – 1998. – Vol.81. – P.692_698.
8. CHOPIN D.K. et al. Superficial bladder cancer // Europ. Urol. – 2002. – Vol.42. – P. 533_541.
9. MESSING E.M. et al. Urothelial tumors of Urinary Tract. – Philadelphia: WB Saunders Company, PA, 1998. – P. 2327_2410.

CANCER RENAL ASOCIAT CU RINICHI ÎN POTCOAVĂ INCOMPLET DUBLAT PE DREAPTA SITUAT INTERAORTOCAVAL. PREZENTARE DE CAZ

RENAL CELL CARCINOMA ASSOCIATED WITH RIGHT INCOMPLET DUBLED HORSESHOE KIDNEY, SITUATED INTERAORTOCAVAL

Ghenadie Gorincioi, Anatol Mustea, Corneliu Iurcu, Boris Duda

Departamentul Urologie Oncologică. Institutul Oncologic din RM

Summary

Kidney abnormalities comprise about 40% of all congenital anomalies. Horseshoe kidney is found in 13 % of all kidney anomalies, and affect 0,2-0,25 % of population. Horseshoe kidney and renal cell carcinoma are associated, but is an unusual entity. There is a case presentation of number and renal fusion abnormalities' combination, localized interaortocaval, and associated with renal cell carcinoma. In the case of renal fusion anomaly, in which renal tissue is presented as an unique organ with anomaly vascularization, nephro sparing interventions for keeping the organ function are selected.

Introducere

Rinichiul în potcoavă este o anomalie de fuziune (simfiză) renală cel mai des întâlnită, ocupând aproximativ 13% din

toate anomaliile renale congenitale, și afectând ≈0,2-0,25% din populație. Pentru prima dată este descris în 1521 de De Carpi în timpul autopsiei. Sub acțiunea teratogenă în perioada