

PARTICULARITĂȚI MORFOPATOLOGICE ÎN HIPERPLAZIA NODULARĂ BENIGNĂ DE PROSTATĂ

MORPHOPATOLOGICAL PECULIARITIES IN NODULAR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

V. Bobu², V. Petrovici¹, Ie. Zota¹, S. Rusu¹, V. Renița², M. Bîrsan³, P. Banov²

¹-Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Catedra Morfopatologie,
(șef catedră - dr. hab. în med., MC AȘ RM, prof. Ie. Zota)

²- Instituție Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal “Sf. Treime”, Secția Urologie

³- Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică

Rezumat

Scopul studiului vizează efectuarea unei cercetări complexe macromicroscopice în estimarea particularităților morfopatologice ale prostatei în hiperplazia nodulară benignă, pentru soluționarea chirurgical-terapeutică și a pronosticului postoperatoriu. Rezultatele studiului aplicat au detectat unele particularități patogenetice și histopatologice a proceselor lezionale identificate în teritoriul prostatic restructurat nodular. Acestea aveau origine diferită, printre care predominau procesele inflamatorii cronice proliferativ-fibroplastice și acute cu implicații în divers raport a parenchimului prostatic. În lanțul patogenetic al proceselor lezionale sunt unele reflecțiuni etiologice ale rolului infecției virale. În concluzie, explorările efectuate au permis specificarea caracterului proceselor patologice coexistente hiperplaziei nodulare de prostată, formularea unui concept evolutiv ale asocierilor patogenetice ale prostatitei și hiperplaziei nodulare, implicațiile directe în procesele lezionale a zonei de frontieră (enucleare) ce au permis stabilirea certă a fondalului real patologic al cavității reziduale de clivaj, facilitând astfel alegerea unui plan chirurgical și terapeutic optim.

Summary

The purpose of the study consist in the effectuation of some complex macroscopically researches in the estimation of morphopatological peculiarities in nodular benign prostatic hyperplasia for surgical-therapeutic solving and of the postoperative prognosis. The results of the study detected some pathogenic peculiarities and of the activity of the identified lesion processes in the nodular prostatic territory, these manifested a diverse origin, including acute and inflammatory chronic proliferative fibroplastic processes with implications in the prostatic parenchyma.

In the pathogenetic chain of the lesion processes are given some ethiological reflections of the role of viral infection. In conclusion, the performed explorations allowed the specification of the character of pathological processes coexisting to prostatic nodular hyperplasia, the formulation of an evolving concept of pathogenetic associations of prostatitis and nodular hyperplasia, direct implications in the lesion processes of the border area that allowed the definite establishment of the real pathological fund of the residual cavity of the cleavage that facilitates the choice of the best.

Actualitatea

Prostata, este o glandă impară a sistemului reproductiv masculin. Principalele sale funcții sunt secreția și stocarea unui lichid care constituie până la o treime din volumul de material spermatic, elaborarea de prostaglandine, de asemenea participarea la normalizarea procesului urodinamic [2, 9]. Unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ale prostatei sunt prostatitele cu o frecvență de 8 – 35% la vârsta de 20-50 ani, atingând 60 – 75 % la persoanele peste 50 ani [1] și hiperplazia benignă nodulară (HBP) – adenomul prostatic – cu o rată înaltă de 60-70% dintre bărbați după vârsta de 50-60 de ani. HBP este una dintre cele mai răspândite patologii urologice, devenind și o problemă destul de actuală manifestându-se prin prezența la diferite vârste, inclusiv la tineri [7,11]. În lanțul patogenetic al HBP este inclusă o gamă etiologică largă, inclusiv suportarea diverselor patologii inflamatorii, infecțioase, precum și cele venerologice [5,10]. În literatura de specialitate destul de contradictorii sunt expuse concepțiile asupra etiopatogeniei HBP [2, 6, 8, 11]. Până

în prezent, persistă diverse opinii referitoare la entitatea HBP care, după părerea unor autori [4, 7], este tratată ca hiperplazie adenomatoasă, iar după părerea altora – ca prostatită cronică lobulară, însă mult mai frecvent fiind înregistrată ca o tumoră benignă – adenom de prostată.

Scopul studiului

Scopul studiului vizează efectuarea unei cercetări complexe macromicroscopice pentru estimarea particularităților morfopatologice ale prostatei în hiperplazia nodulară benignă (adenomul prostatic), întru soluționarea managementului chirurgical-terapeutic și a pronosticului postoperatoriu.

Material și metode

Drept material pentru realizarea studiului au servit piesele postoperatorii înlăturate prin adenomectomie de prostată aplicată la 30 pacienți cu vârsta cuprinsă între 45-68 ani cu diagnosticul de adenom prostatic. Investigațiile morfopatologice au inclus examinarea particularităților macroscopice

intraoperatorii a prostatei cu aplicarea retrospectivă a morfometriei (organometriei și macrometriei). Materialele prelevate intraoperator au fost inițial fixate în sol. Formol 10% timp de 12-24 ore, apoi examinate macroscopic cu selectarea fragmentelor tisulare din diverse zone ale formațiunilor nodulare, fiind prelucrate conform protocolului standard pentru investigațiile histopatologice. La etapa de colorație au fost utilizate metoda uzuală *hematoxină-eozină* și metodele speciale *picrofuxină după van Gieson*, *histiobacterioscopia cu azur-eozină*. Estimarea particularităților proceselor patologice detectate s-a efectuat în coraport cu componentele structural-funcționale ale prostatei. Prelucrarea statistică s-a efectuat cu utilizarea pachetului de Soft STATISTICA 7 (SUA), (2007) prin metodele variațională și corelațională.

Rezultate și discuții

Frecvența majoră în dependență de topografie a fost înregistrată de adenomul (HBP) cu localizare anterioară (cranială), alcătuind 75% din cazurile analizate. Repartiția în coraport cu lobii prostatei în majoritatea cazurilor HBP a interesat preponderent ambii lobi cu variații de dimensiuni de la 5,0 x 8,0 până la 14,0 x 9,0 cm. Examinările retrospective prin aplicarea metodelor de morfometrie au înregistrat o variație de greutate a structurilor nodulare. Astfel, la 86,7% dintre pacienți acestea au avut o greutate între 90-120g, iar în 4 cazuri 180-210 gr. Conform aspectului macroscopic în 84,5% structurile nodulare aveau o formă variabilă cu suprafețe neregulate micro - macro-nodulare, având o consistență densă-elastică sau cu o elasticitate scăzută, cu zone de caracter moale-elastic și un aspect color extrem de variat, cu prezența structurilor chistice sau aspect cribros-spongios, concomitent cu un divers grad de stază și hemoragii micro- sau macrofocare. În cadrul explorărilor morfologice ale caracteristicilor structurale ale componentelor tisulare în HBP s-a relevat o diversitate microarhitectonială cu implicații ale componentelor structurale de bază cum sunt cele glandulare acinar-ductale, stromale-fibromusculare, inclusiv și la limita zonei de enucleare a nodulilor, manifestate prin modificări variate ca și caracter și origine.

În toate piesele tisulare prelevate din diverse zone ale structurilor nodulare prostatice s-a constatat hipertrofia structurilor glandulare, acinar-ductale, fiind caracterizate microscopic printr-un aspect al hiperplaziei nodulare de tip adenomatos, structurile glandulare fiind tapetate cu epiteliu prismatic înalt. De asemenea, în unii noduli s-au constatat modificări mixte având un aspect atât adenomatos cât și chistico-dilatativ, care mult mai frecvent manifestau o transformare chistică micro- și macrofocală, uneori cu prezența unui aspect multinodular. Structurile acinar-ductale chistic dilatate au fost tapetate cu epiteliu preponderent cubic, circumscrise la periferie de un țesut fibromuscular sau fibro-glandular.

În paralel, în aceiași noduli structurați arihitectonial adenomatos s-a constatat un aspect polimorf, pe contul asocierii proceselor inflamatorii de divers caracter, care în mod diferit implicau atât stroma fibro-musculară, cât și structurile acinar-ductale, cu sau fără prezența proceselor hipertrofice.

Totodată, unele formațiuni hiperplazice adenomatoase aveau aspect de conglomerate constituite din multipli noduli acinar-glandulari cu unele glande voluminoase și chistic dilatate. Modificări de tip adenomatos sau glandular-chistic ale componentelor structurale acinar -ductale s-au constatat și în aria

zonei periferice, de enucleare, unde, de asemenea, s-au relevat și structuri acinar-ductale relativ normale. Unele formațiuni hiperplazice prezentau o structură mai mult glandular-chistică, ultimele fiind de mărimi considerabile cu un conținut eozinofil de diversă intensitate, circumscrise sau penetrate de arii tisular fibroase cu incluziuni glandulare mult mai compacte. În paralel, în acestea cazuri cu structuri nodulare chistic dilatate, în 3 cazuri s-a constatat prezența hiperplaziei cribroase intraacinare cu neformarea secundară a unor structuri adenomatoase nodulare proliferative la nivelul acinusurilor chistic dilatate.

În unele zone ale nodulilor s-au relevat de asemenea și procese fibroplastice sclero-cicatriceale cu dezorganizarea microarhitectonială a nodulilor. În aceste zone componentele acinare adiacente manifestau dilatări chistice cu prezența unui conținut proteic mult mai abundent, iar din exterior fiind în divers raport circumscrise de țesuturi fibro-musculare și structuri glandulare concomitente cu procese inflamatorii focale și difuze.

Examinările efectuate prin utilizarea metodei de histiobacterioscopia cu azur-eozină în depistarea agenților micotico-bacterieni în lamele tisulare cu proces activ inflamator n-au relevat agenții respectivi.

În cadrul cercetărilor histopatologice prin metode uzuale de colorație (*hematoxină-eozină*) și specifice (*după van Gieson*) din partea componentelor acinar-ductale și a stromei fibromusculare, concomitent cu modificările hiperplazice și dilatări chistice acinar-ductale s-au constatat diverse procese inflamatorii cronice primare la nivel de acinus și stromă. Concomitent erau prezente diverse structuri glandulare restructurizate prin hiperplazii adenomatoase asociate, cu procese inflamatorii expresive periglandulare și periductale, uneori având aspectul unor manșoane hipercelularizate. Stroma, de asemenea, în diferită măsură, manifesta procese inflamatorii polimorfoculare și proliferative concomitent cu procese sclerogene cu substituirea componentului muscular.

În conformitate cu particularitățile histopatologice constatate ale proceselor patologice și ale gradului de activitate al acestora, care s-au manifestat printr-o gamă largă lezională, cele mai frecvente fiind modificările inflamatorii *cronice și în acutizare*, cu implicații în diferită măsură a componentelor structurale glandular-ductale și ale stromei.

În zonele cu o hiperplazie glandulară redusă leziunile inflamatorii aveau uneori un caracter inflamator difuz cronic sau micro-macrofocal purulent, cu implicații ale structurilor acinar-ductale asociate cu leziuni stromale. În structurile nodulare hiperplazice restructurizate adenomatos, destul de frecvent, procesele inflamatorii infiltrative manifestau un caracter mai mult de focar sau dispers periglandular de origine limfoidă, acesta fiind în diferită măsură repartizat și în aria septurilor fibromusculare, formând structuri pseudofoliculare limfocitare. Este necesar să menționăm că, foarte frecvent, procesele inflamatorii disperse sau micro-macrofocale invadeau și zona periferică a nodulului, uneori având un caracter infiltrativ difuz.

Nu mai puțin importantă a fost constatarea manifestărilor dereglărilor circulatorii, morfologic relevate prin vasculite, endovasculite și perivasculite, pe lângă procesele inflamatorii și la distanță. În 43% (13 cazuri) s-a constatat prezența trombovasculitelor cu implicații ale vaselor de divers calibr, asociate uneori cu infarcte ischemice și hemoragice, în alte cazuri s-au depistat trombovasculite cu trombi de diversă structură și

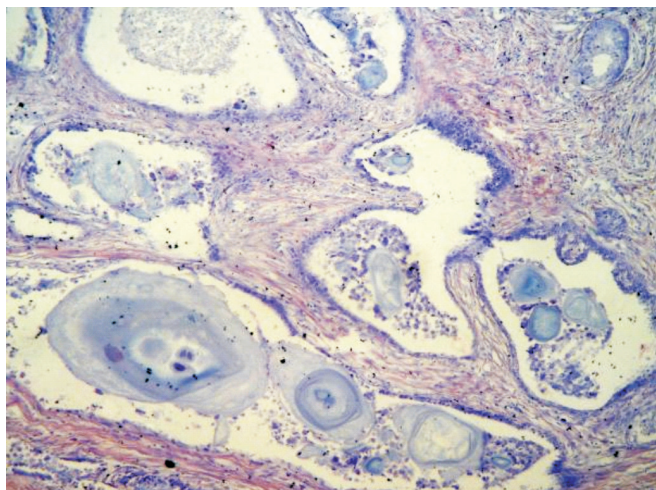


Fig.1. Aspect microscopic de ansamblu în procesele distrofice și inflamatorii. Corpusculi amilacei. Colorația cu azur-eozină. x 150

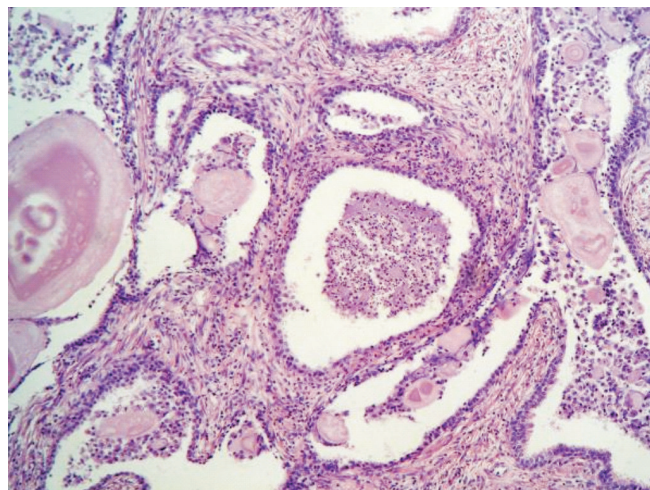


Fig.2. Aspect microscopic de ansamblu în procesele mixte distrofico-inflamatorii. Colorație hematoxil-eozină. x 150

vechime, unii fiind în stadiul de organizare și recanalizare. În cadrul structurilor hiperplaziate, inclusiv în zonele adiacente, vasele de tip arterial manifestau și modificări hipertensive hipertrofico-stenozante concomitente cu cele sclerozive. Concomitent cu cele menționate s-au constatat și hemoragii micro-macro focale, inclusiv în stadiul de organizare cu depozitări de hemosiderină, aglomerări de macrosidrofagi, în unele cazuri prezența calcinozei microfocale.

În paralel cu cele mai frecvente procese patologice menționate, s-au depistat și procese de origine *distrofică*, exprimate prin prezența corpusculilor amilacei (simpexioni), care aveau aspect ovoid, omogen sau stratificat în structuri concentrice, de divers volum, prezenți preponderent în lumenul acinar-glandular chistic dilatat (fig.1). De menționat că, pe lângă procesele distrofice adesea erau prezente procesele inflamatorii infiltrativ-productive cu manifestări de acutizare, caracterizate prin predominarea componentului celular leucocitar (fig.2).

Prin urmare, conform modificărilor histopatologice, principalele leziuni ce însoțesc hiperplazia nodulară de prostată sunt procesele inflamatorii cronice în remisie sau în acutizare, adesea cu manifestare în focar sau difuză, alternând cu zone relativ normale. Procesele inflamatorii s-au manifestat în teritoriul studiat prin prezența caracterului celular proliferativ al componentelor structurale stromale, epitelial glandulare

și infiltrativ al diverselor populații celulare, ce caracterizează evoluția și gradul de activitate a procesului lezional inflamator. În cadrul manifestărilor lezionale inflamatorii, de asemenea cu procesele infiltrativ inflamatorii celulare, s-a constatat și predominarea edemului stromei ce a contribuit la extinderea de volum a nodulilor adenomatoși.

Leziunile inflamatorii, frecvent predominante în componentele acinar-ductale nodulare restructurizate erau asociate cu fenomene hipersecretorii, descumări epiteliale, prezența de macrofage, lipofage, grăsimi citoplasmice (fig.3 a) în unele cazuri cu leziuni erozive-ulcerative (fig.3. b). Nu mai puțin frecvent, s-au constatat în aspect lezional de mozaic procesele inflamatorii piogene caracterizate prin prezența elementelor granulocitare de tip neutrofil în diferită măsură și activitate fagocitară, uneori manifestând aspectul unor lacuri piogene prin implicația structurilor glandulare (fig.4).

La nivelul acinusurilor, inclusiv și în cazurile cu prezența corpusculilor amilacei, procesele inflamatorii erau în divers raport prezentate și de un exsudat leucocitar asociat cu leziuni piogen-distructive a componentului acinar glandular, asociat și cu implicații marcante a stromei fibro-musculare ce au caracterizat prezența unui proces inflamator în acutizare. De menționat că infiltratul inflamator acut prezintă și o topografie de realizare haotică, mult mai frecvent fiind răspândit conform

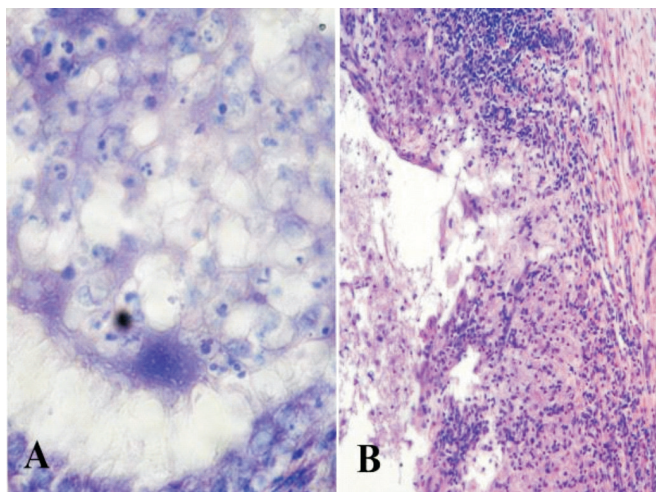


Fig.3. Aspect microscopic de ansamblu a conținutului glandular restructurizat. Colorația cu azur-eozină. x 200 (a) x 150 (b)

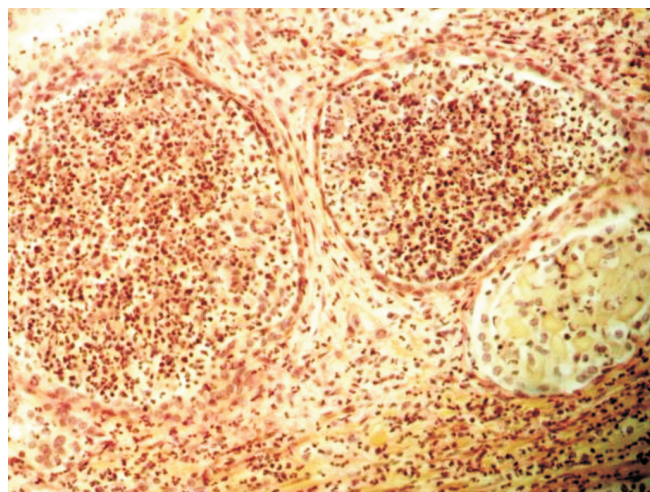


Fig.4. Aspect microscopic de ansamblu a componentelor glandular-stromale în proces inflamator acut piogen. Colorația van Gieson. X 150

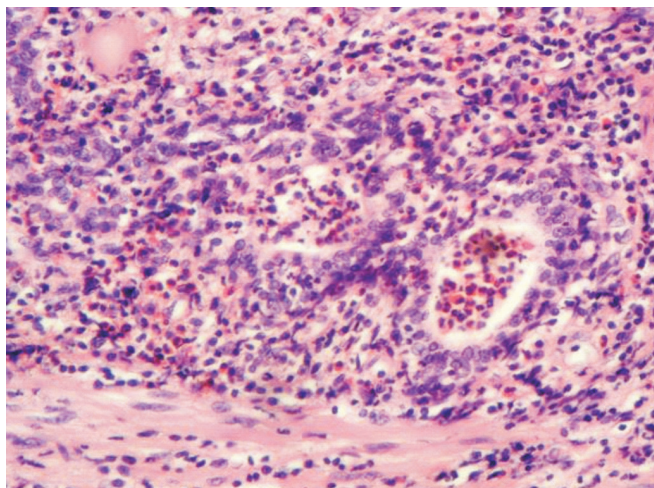


Fig. 5. Aspect microscopic al procesului inflamator polimorfocelular cu component eozinofil semnificativ. Colorația hematoxilină-eozină. x 200

ramificațiilor structurilor acinar-ductalale în focar sau difuz, și cu implicații ale dispozitivului vascular, inclusiv și la limita zonei de enucleare. În 20% (6) din cazuri, în focar și difuz, în componența infiltrației inflamatorii granulocitare s-a constatat și prezența componentului celular eozinofil în diverse elemente structurale (fig. 5).

Este necesar să menționăm că procesele inflamatorii acute atestate, frecvent manifestau o declanșare morfologică concomitent preexistentă a proceselor infiltrative polimorfocelulare sau limfocitare și a celor fibroplastice ce manifestau o implicație mult mai generalizată a componentelor structurale. Procese proliferative nu mai puțin active s-au constatat adiacent leziunilor purulent-distructive, la limita structurilor glandulare piogenice, conferind acestora un aspect abcedant. În paralel, au fost depistate și leziuni granulomatoase nespecifice cu infiltrate diverse și prezența celulelor gigante de tipul corpurilor străini (fig. 6 c), ultimele fiind mult mai frecvent întâlnite în jurul simplexionilor (corpusele amilacei) din zona acinară sau în aria stromei la baza cărora uneori se observau reziduuri glandulare.

În paralel, în structurile glandulare asociate cu proces inflamator preponderent cronic s-a constatat și prezența metaplaziei malpighiene a epiteliului glandular (fig. 7).

Un alt aspect remarcat în cadrul acestui studiu este că pacienții n-au prezentat un istoric anamnesthic de infecții acute

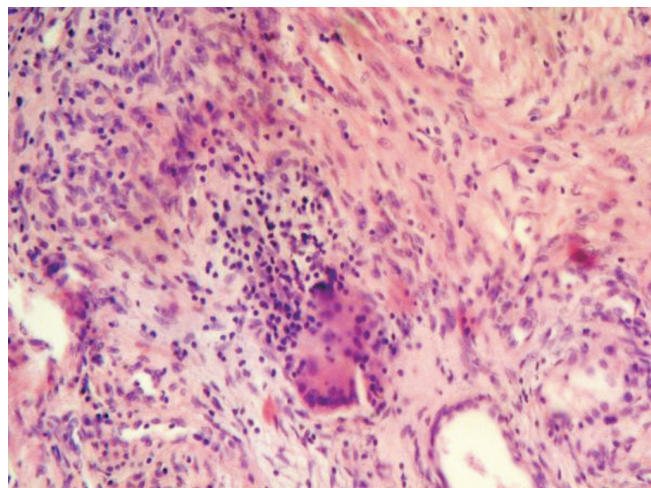


Fig. 6. Proces inflamator de tip granulomatos cu celule de tip „corp străin”. Colorație hematoxilină-eozină. x 150

ale tractului urinar. Nu mai puțin semnificativă este depistarea în unele cazuri a unui polimorfism citoplasmatic-nuclear celular cu o structură tipică, morfologic certă cu cea a celulei în metamorfoza virusului citomegalic (fig. 8). Histologic, polimorfismul testat s-a constatat în unele structuri glandulare asociate cu un proces inflamator perifocal discret sau moderat limfocitar și limfo-histiocitar (fig. 8 a). Conform aspectului histologic al celulelor citomegalovirotice atestate, acestea denotă diverse stadii evolutive ale celulelor virusate (fig. 8.b). După părerea noastră, acest fenomen depistat ocazional, doar în piese histologice unice în cadrul hiperplaziei glandulare nodulare concomitente unui proces inflamatoriu polimorfocelular, având un caracter lezional focal merită atenție, dat fiind faptul că acesta confirmă opiniile unor cercetători referitor la rolul etiologic al infecțiilor ca verigă certă în lanțul patogenetic al prostatitelor și hiperplaziilor [Kah,1980, Orland S.M 1985]. Sunt necesare mai multe studii ale problemei constatate, însă cu toate acestea remarcăm că fenomenul depistat permite să ajungem la o cunoaștere mai largă a aspectului etiopatogenetic și a persistării proceselor inflamatorii, inclusiv în cadrul hiperplaziei nodulare de prostată.

În cadrul examinărilor histopatologice frecvent au fost constatate și leziuni inflamatorii predominant interstițiale în componentul stromal fibro-muscular, constituind circa 83,3%

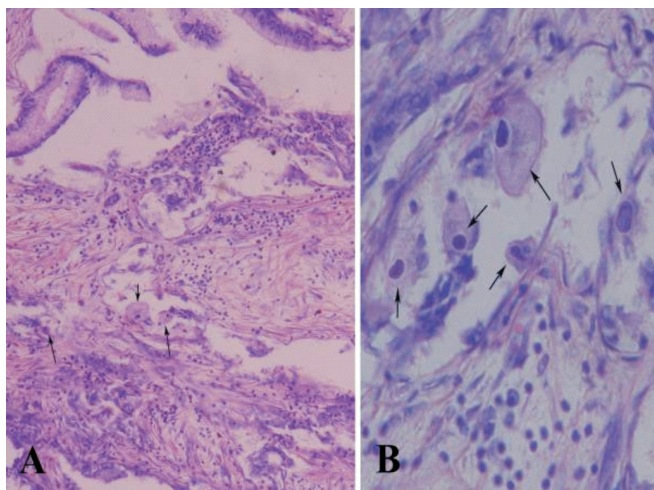


Fig. 7. Aspectul microscopic al metaplaziei epiteliale în cadrul proceselor inflamatorii. Colorația hematoxilină-eozină. x 150

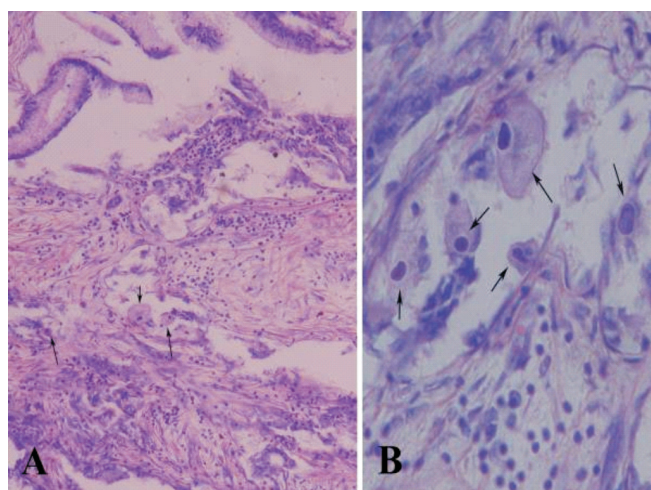


Fig. 8. Aspectul microscopic al polimorfismului celular în afecțiunile virusului CMV. Colorație cu azur-eozină. x 100(a), x 200(c)

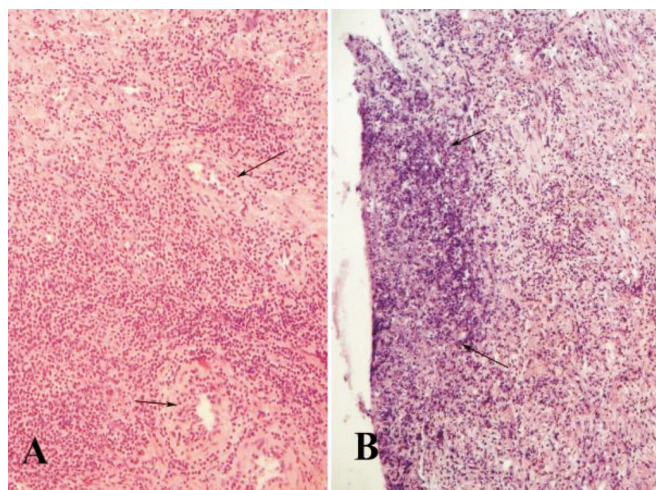


Fig. 9. Aspect microscopic al leziunilor inflamatorii în zona de enucleare. Colorație hematoxilina-eozina. x 100

(25 cazuri), comparativ cu componentul acinar. Trebuie de menționat faptul că procesele inflamatorii cu manifestări acute sau piogene distructive s-au relevat esențial atât în stricturile glandulare, stromale ale adenomului, cât și în cele din zona periferică a nodulilor la limita de enucleare (fig. 9).

În aceste zone erau prezente atât procese inflamatorii productive, fibroplastice, modificări atrofile ale fibrelor musculare, asociate cu vasculite (fig. 9.a), cât și procese inflamatorii leucocitar-distructive focale și difuze sau cu tendință de abcedare (fig. 9 b). La limita zonei enucleate s-au depistat și procese inflamatorii mixte distructive glandulare și ale stromei prezente în această zonă, inclusiv procese alterativ-necrotice (fig. 10 a) cu infiltrații polimorfocelulare perifocale (fig. 10 b). Un alt moment constatat este implicarea în procesele inflamatorii și a structurilor nervoase preponderent a fascicuilor nervoși, inclusiv și la distanță de focarele inflamatorii, cu nu mai puțină frecvență în zona de enucleare, ce se manifestau prin implicațiile procesului infiltrativ celular și lezional distrofic al fascicuilor nervoși (fig. 10 d).

Pentru evaluarea comparativă a proceselor patologice constatate concomitent cu hiperplazia nodulară de prostată, în special cele de origine inflamatorie, infiltrativ-celulară și proliferativ-fibroplastică, precum și a proceselor asociate, frecvent depistate, cum sunt cele distrofice și discirculatorii, s-a utilizat o analiză statistică a acestora în coraport cu localizarea lor și comparativ cu componentul structural de bază: acinar-ductal glandular, stromal fibromuscular, inclusiv cu zona periferică corespunzătoare limitei de enucleare a nodulilor în hiperplazia de prostată.

După cum observăm din analiza statistică a datelor comparative prezentate în fig. 11 repartitia proceselor patologice identificate histopatologic concomitent hiperplaziei de prostată în componentele structurale, leziunile cu implicarea stromei fibro-musculare (1) au alcătuit $21,2 \pm 2,35$; implicațiile componentului acinar-ductal (2) $22,76 \pm 2,35$ și cele prezente în zona de enucleare (3) $22,3 \pm 1,99$. Prin urmare, putem conchide, că în evoluția hiperplaziei nodulare de prostată (adenomului prostatic) concomitent au loc procese patologice cu predilecție în componentul acinar-ductal și în zona de enucleare, comparativ cu cele din stroma fibro-musculară. Totodată, analiza comparativă a proceselor patologice detectate în hiperplazia nodulară de prostată la diferite nivele structurale (componentul acinar-

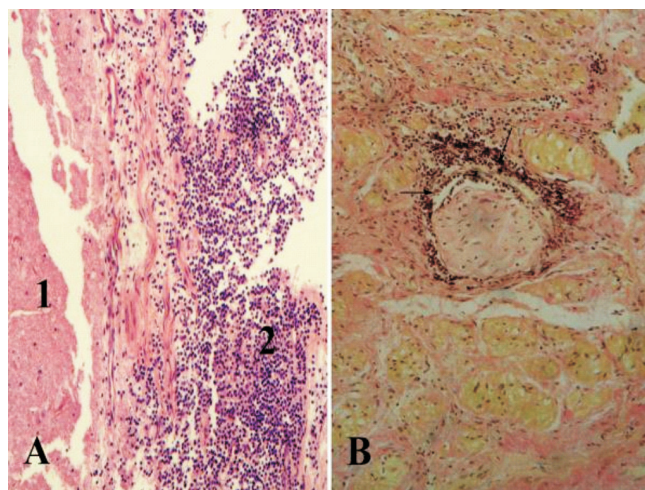


Fig. 10. Aspect microscopic inflamatoriu lezional al unor componente structurale la limita zonei de enucleare. Colorație hematoxilina-eozina. x 150 (A). Colorație van Gieson. x 100 (B)

ductal glandular, stroma fibro-musculară și la limita zonei de enucleare) efectuată în baza datelor obținute nu a stabilit deosebire statistică între componente structurale ($p > 0,05$).

În cadrul analizei statistice a repartiției proceselor patologice: inflamatorii (infiltrativ celulare și proliferativ-fibroplastice) și celor asociate distrofice și discirculatorii evaluate separat în componentele structurale, s-au stabilit unele deosebiri cu suport statistic. Conform figurii 12 în componentul structural acinar-ductal predomină indicii inflamatorii celulari (1) $3,7 \pm 0,26$ și procesele proliferativ-fibroplastice (2) $3,33 \pm 0,23$, comparativ cu indicii proceselor distrofice (3) $1,8 \pm 0,20$ și circulatorii (4) $2,7 \pm 0,22$. La acest nivel structural, concomitent adenomului de prostată procesele inflamatorii (1) și cele proliferativ-fibroplastice (2) predomină cu suport statistic ($p < 0,05$).

Analiza comparativă efectuată în baza datelor detectate, a stabilit că în stroma fibromusculară (fig. 13) indicii predominanți sunt procesele inflamatorii cu predominarea celor proliferativ-fibroplastice (2) $3,6 \pm 0,25$, comparativ cu cele infiltrativ-celulare (1) $3,0 \pm 0,29$, pe când procesele distrofice (3) și dereglările circulatorii (4) alcătuiesc $2,23 \pm 0,21$ și $2,4 \pm 0,25$, respectiv. Astfel, procesele inflamatorii detectate concomitent adenomului, predomină față de cele distrofice și circulatorii, cu suport statistic la nivel de 5% ($p < 0,05$).

Analiza statistică comparativă a proceselor patologice evaluate în zona de enucleare conform figurii 14, a reflectat predominarea indicilor inflamatori celulari (1) $3,96 \pm 0,25$ și tulburările circulatorii (4) $3,33 \pm 0,16$ în comparație cu procesele inflamatorii proliferativ-fibroplastice (2) $2,66 \pm 0,24$ și distrofice (3) $1,76 \pm 0,19$. Comparând datele obținute, în zona de enucleare are loc predominarea proceselor inflamatorii celulare (1) și a celor circulatorii (4) comparativ cu cele proliferativ-fibroplastice (2) și distrofice (3) cu suport statistic la nivel de 5% ($p < 0,05$). Totodată, după cum observăm din figura 14, în zona de enucleare s-au stabilit deosebiri statistice între toate tipurile de procese patologice cu suport statistic $p < 0,05$.

Analiza corelațională a detectat o corelație maximă între procesele patologice evaluate în: stromă (1) și componentul acinar-ductal (2) ($r = 0,81$), corelație puternică între procesele patologice evaluate în componentul acinar-ductal (2) și cele evaluate în zona de enucleare (3) a adenomului ($r = 0,79$). De asemenea, o corelație destul de puternică s-a stabilit între

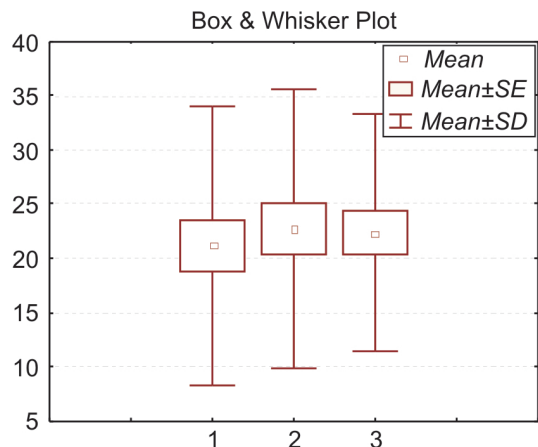


Fig. 11. Date comparative ale repartiției proceselor patologice concomitente adenomului de prostată. 1) Stroma fibro-musculară; 2) Componentul acinar-ductal; 3) Zona periferică de enucleare



Fig.12. Date comparative ale proceselor patologice în componentul acinar-ductal. 1) Proces inflamator-celular; 2) Proces proliferativ-fibroplastic; 3) Proces distrofic; 4) Tulburări circulatorii

procesele patologice evaluate în stroma fibro-musculară (1) și zona de enucleare a adenomului (3) ($r=0,60$) (tab. 1).

Astfel, în conformitate cu rezultatele analizei statistice conchidem că procesele patologice de diferită origine evaluate în hiperplazia nodulară de prostată sunt coexistente și realizate semnificativ în toate structurile parenchimului prostatic restructurizat nodular, dar și în limita zonei periferice de enucleare a adenomului în cadrul adenomectomiei.

Tabelul 1

Analiza corelațională a proceselor patologice în componentele structural-zonale

Procese patologice coexistente	Stromă fibro-musculară (1)	Componentul acinar-ductal (2)	Zona de enucleare a adenomului (3)
1	1,00	-	-
2	0,81	1,00	-
3	0,60	0,79	1,00

Prin urmare, din punct de vedere histopatologic, rezultatele obținute ne-au permis să identificăm în structurile prostatei adenomatos restructurate existența certă a unor procese patologice concomitente de origine inflamatorie polimorfocelulară și proliferativ-fibroplastică cu modificări consecutive sclero-fi-

brozive și defomative, precum și a celor de caracter granulocitar, ce caracterizează particularități de acutizare, în divers raport asociate cu procese distrofice și dereglări circulatorii. Complexitatea și polimorfismul lezional prin afectarea componentelor acinar-ductale și ale stromei, rețelei vasculare, inclusiv neurale, constituie un tablou caracteristic și destul de semnificativ pentru diagnosticul histopatologic al prostatitei cronice în remisie sau acutizare. Rezultatele investigațiilor histopatologice au relevat, de asemenea, că procesele inflamatorii și hipertrofico-hiperplazice nodulare, ce caracterizează adenomul de prostată, sunt coexistente cu implicații variate ale componentelor structurale evaluate concomitent în zona de enucleare, ce reflectă direct tabloul lezional cert din zona cavității reziduale de clivaj după enuclearea adenomului. În același context menționăm, că prezența infiltratului inflamator granulocitar relevă prezența unui proces inflamator infecțios, inclusiv viral, constatat în studiul dat, sau non infecțios evoluat cu particularități acute, reziduale sau recurente, care denotă morfopatologic caracterul de remisie sau progresiv al prostatitei.

Așadar, în baza rezultatelor explorărilor macromicroanatomice detectate, hiperplazia nodulară benignă (adenomul) arhitectonial structurizată, frecvent reprezintă un complex de modificări macro- și microstructurale ale parenchimului prostatic. Particularitățile morfologice sunt determinate de

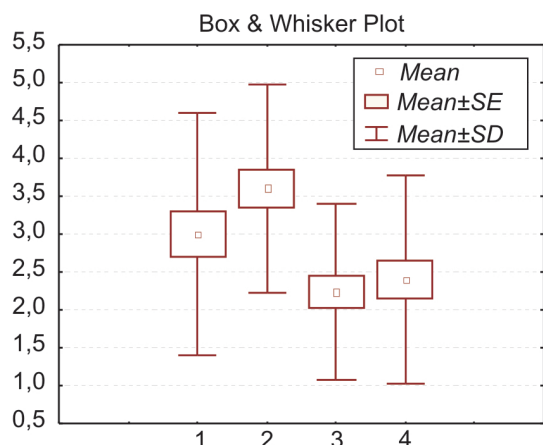


Fig.13. Date comparative ale proceselor patologice în componentul fibro-muscular. 1) Proces inflamator-celular; 2) Proces proliferativ-fibroplastic; 3) Proces distrofic; 4) Tulburări circulatorii



Fig. 14. Date comparative ale proceselor patologice în zona de enucleare. 1) Proces inflamator-celular; 2) Proces proliferativ-fibroplastic; 3) Proces distrofic; 4) Tulburări circulatorii

restructurarea componentului acinar-ductal prin hiperplazii glandulare de tip adenomatos concomitente cu diverse procese patologice, cu predilecție a celor de origine inflamatorie cu implicații în măsură diferită a structurilor tisulare, caracterizând preexistența sau evoluția concomitentă a unei prostatite cronice în remisie sau acutizare, de origine infecțioasă și non infecțioasă, ceea ce reflectă cu certitudine unele laturi ale originii hiperplaziei de prostată.

Concluzii

1. Rezultatele studiului morfopatologic aplicat au permis diagnosticarea în cadrul adenomului prostatic a modificărilor grave de origine inflamatorie, cu implicații considerabile ale componentelor structural-arhitectoniale, ce pledează destul de semnificativ pentru preexistența sau coexistența concomitentă a prostatitei.

2. Hiperplazia nodulară benignă (adenomul prostatic) anatomostructurizată, reprezintă un complex de modificări macro- și microstructurale, complexitatea cărora este determinată de asocierea cu procesele lezionale de origine inflamatorie prin implicații ce caracterizează evoluția concomitentă a unei prostatite cronice sau în acutizare.

3. Explorările histopatologice efectuate, în paralel cu prelucrarea statistică a particularităților identificate în aria nodulilor hiperplazici și la limita de enucleare a acestuia, au contribuit la determinarea certă a componentului structural patologic, ceea ce a permis de a stabili particularitățile fondalului patologic al cavității reziduale de clivaj ce facilitează managementul chirurgical și terapeutic optim.

Bibliografie

1. Bennett B.D., Culberson D.E., Petty C.S., et al. Histopathology of prostatitis // *J. Urol.* – 1990. – Vol. 143. – P. 265A.
 2. Clermont Y. The cycle of the seminiferous epithelium in men // *Am. J. Anatomy.* – 1963. - V.112. - N1. - P. 35-51.
 3. Grayhack J.T., Kozlowski J.M. Benign prostatic hyperplasia // *Adalt and pediatnc urol ogy/Eds JY Gillenwater et al 2nd ed – V. 2.* – Chicago: Mosby Year Book, 1991. – P. 1211-1276.
 4. Moraru I. Morfopatologia aparatului urinar//*Anatomia patologică, Vol.2, Ediție medicală, București 1980, p 429-509.*
 5. Orland S. M., Hann Ph. M., Wein A. S. Prostatitis, prostatosis and prostatodynia // *Urology.* – 1985. – V.25. - N5. - P. 439-460.
 6. Акулович А. И. Патогенез, диагностика и лечение неспецифического простатита: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Минск, 1982. 22 с.
 7. Краевский Н. А, Смольяникова А. В, Саркисова Д. С. Опухоли предстательной железы.// *Руководство для врачей. Том 2, с. 338- 348.*
 8. Каган С. Н., Шубин В. М., Брестлер В. М. и др. О патогенезе некоторых форм мужского бесплодия // *Урол. и нефрол.* – 1979. - №3. - С.43-48.
 9. Ткачук В. Н, Горбачев А. Г., Акулянский Л. И. Хронический простатит., *Л. Медицина, 1989., с-209.*
 10. Кан Д. В., Сегал А. С., Кузьменко А. Н., и др. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: (Методические рекомендации). - М., 1980.
 11. Филатова Е. А. Ультразвуковая диагностика заболеваний предстательной железы у детей, 2009, http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v8/papers/filippova_v8.htm
-