

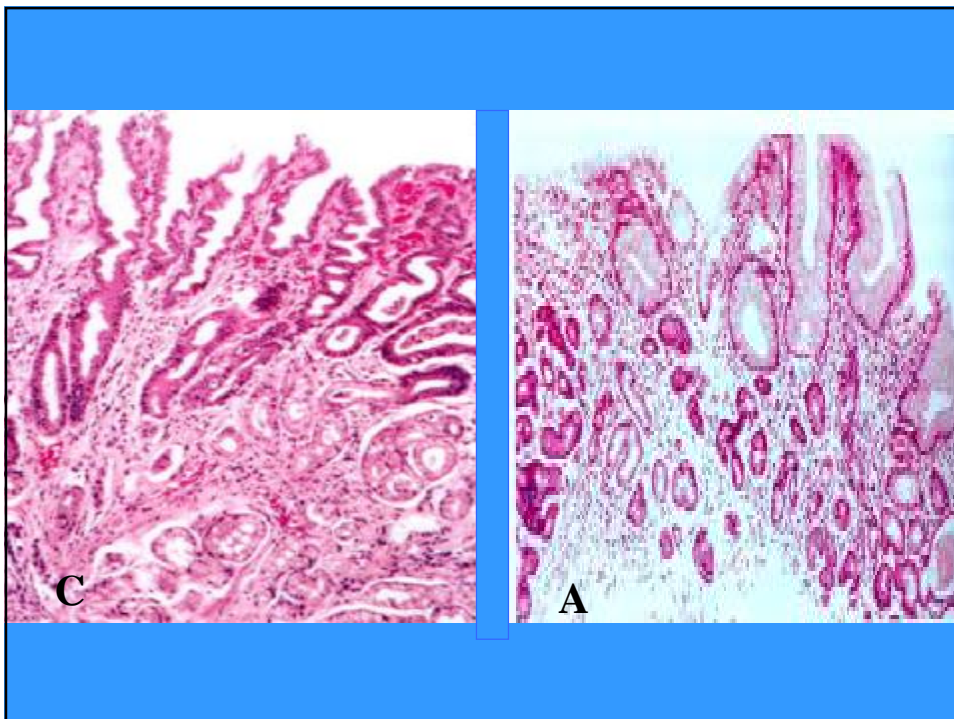
Gastriti croniche

✓ Tipo A

Sede preferenziale : fondo . Anticorpi anticellule parietali. Anemia perniciosa. Ipocloridia Acloridia
Flogosi cronica coinvolgente le strutture ghiandolari , complessi linfoepiteliali. Atrofia

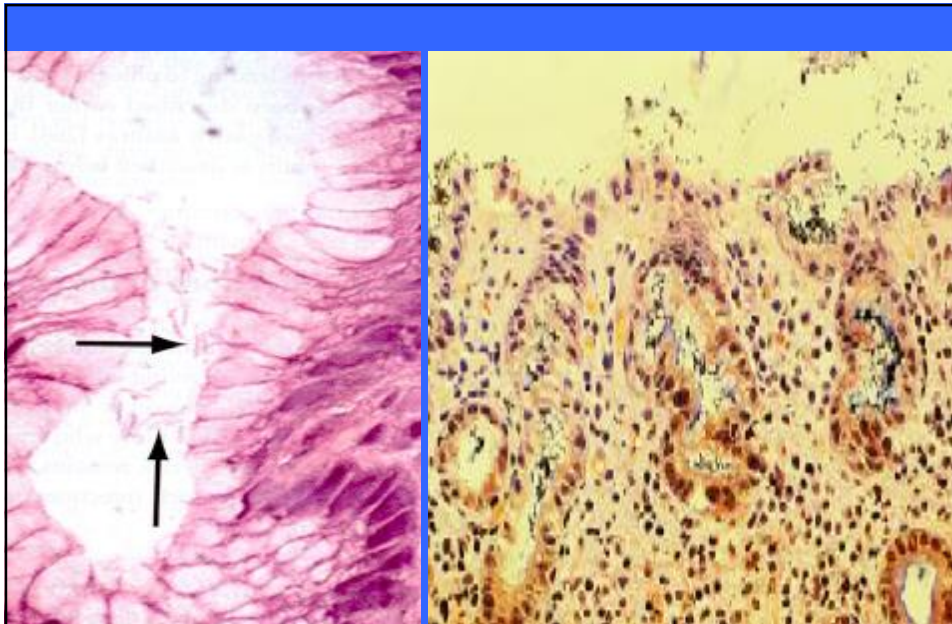
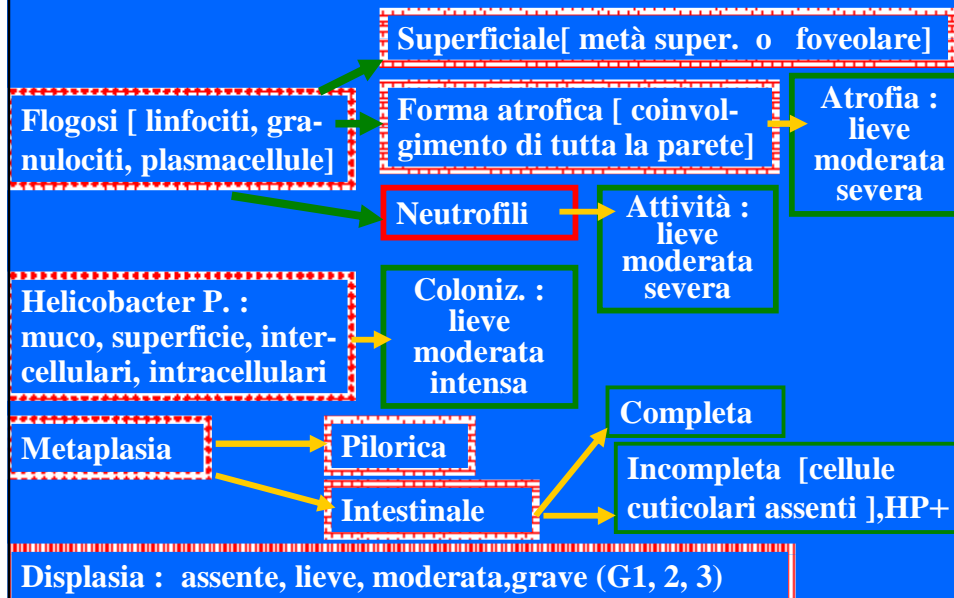
✓ Tipo C

Gastrite chimica o da reflusso. Sede : piloro
Ipertrofia mucosale. Erosioni superficiali. Edema spiccato. Vasi dilatati e congesti. Ipertrofia e ramificazione della muscolaris mucosae. Infiltrati infiammatori scarsi o assenti

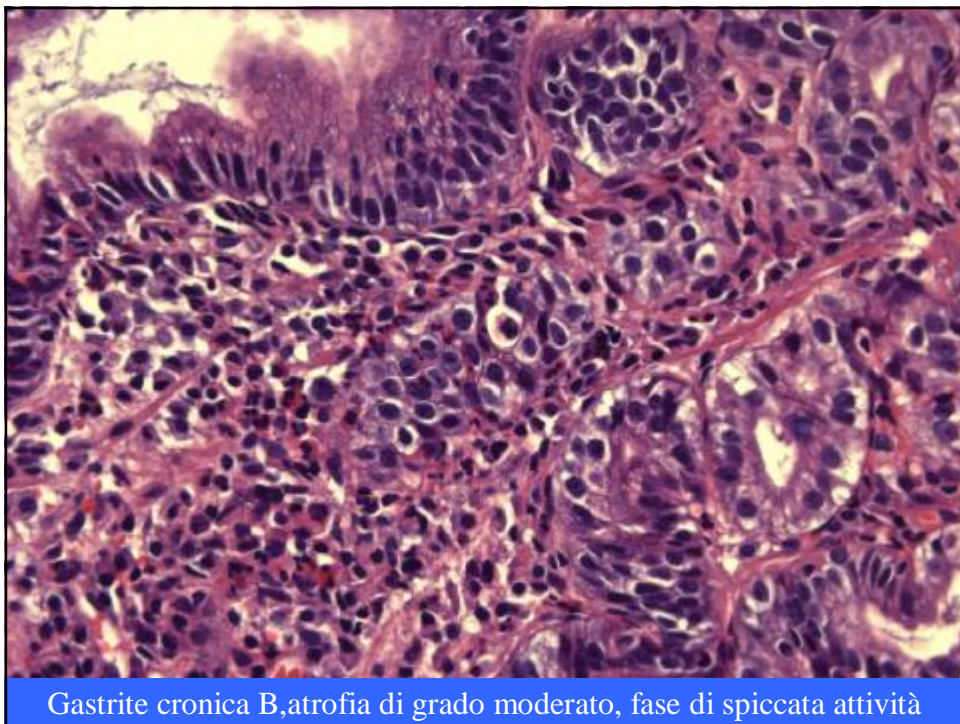
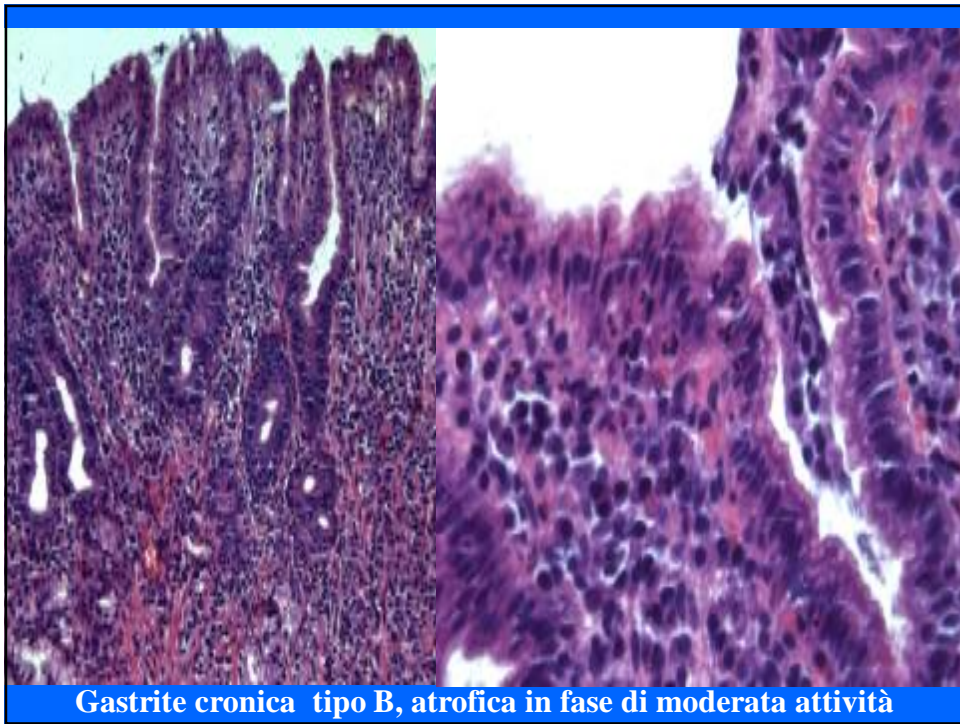


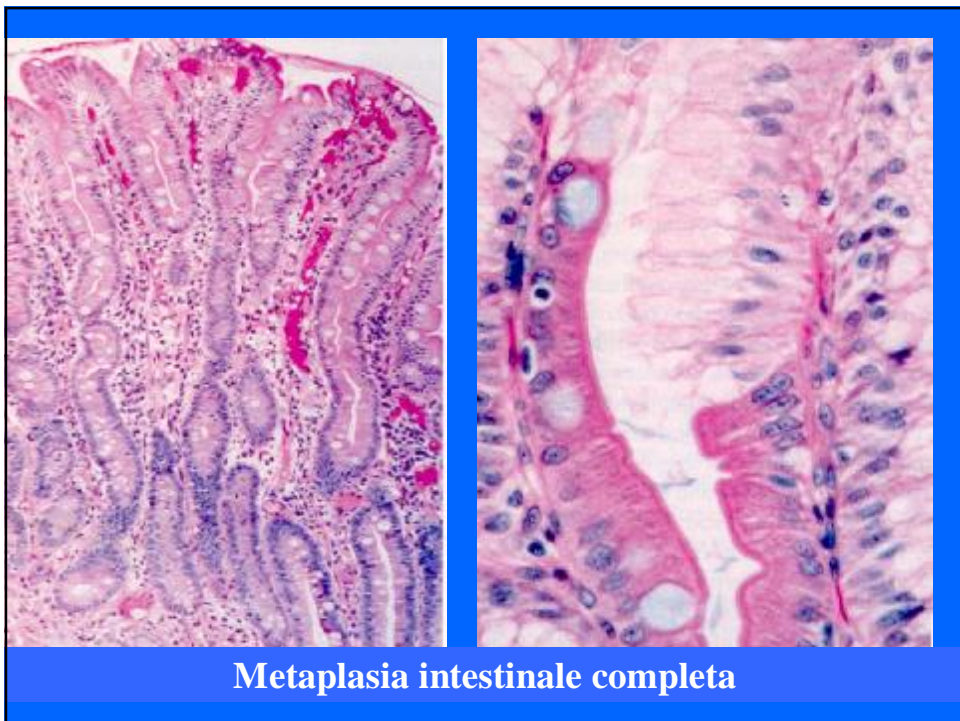
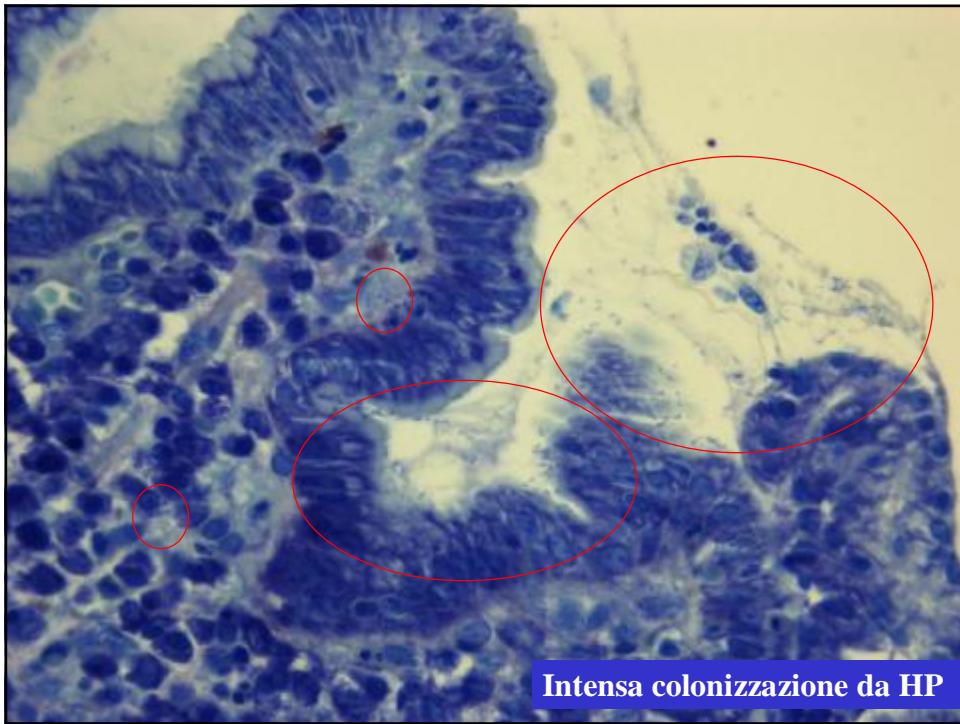
Gastriti croniche

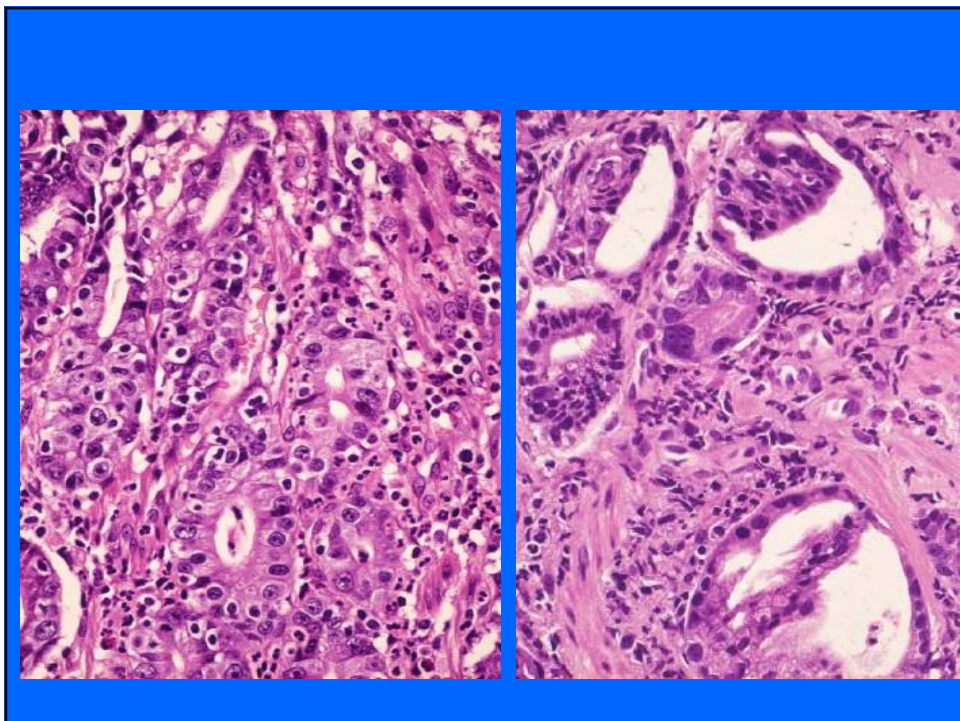
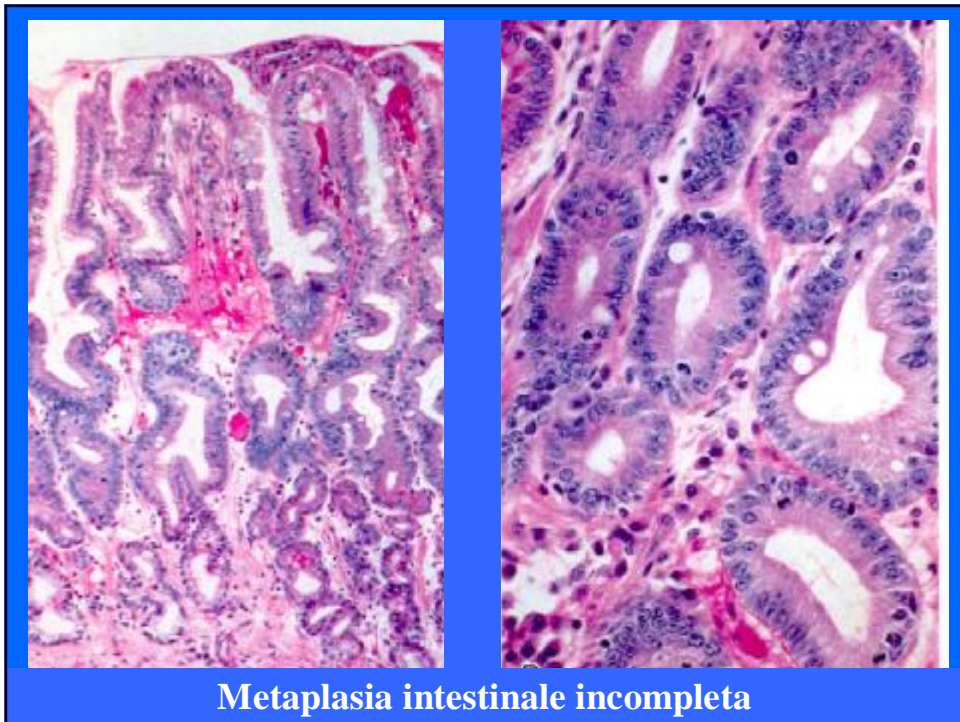
✓ Tipo B : sede preferenziale fondo-piloro

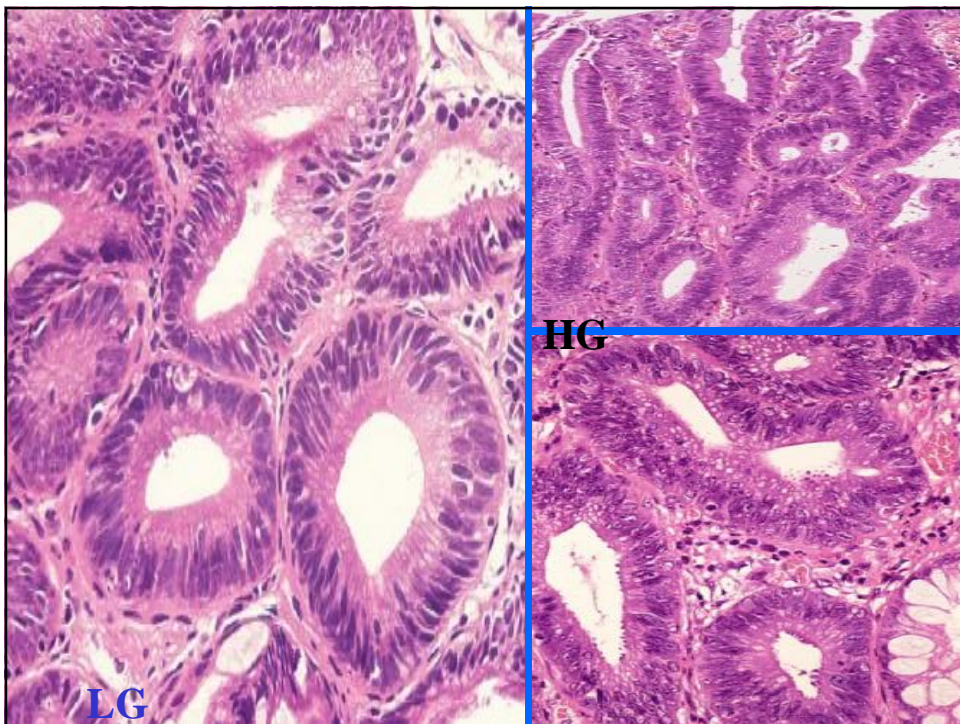
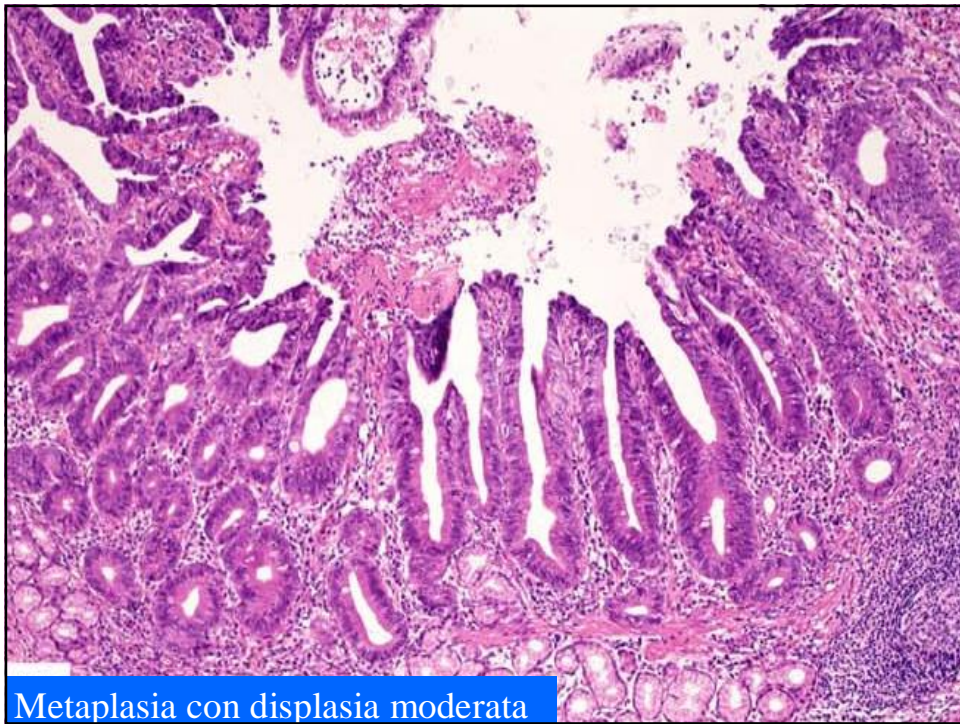


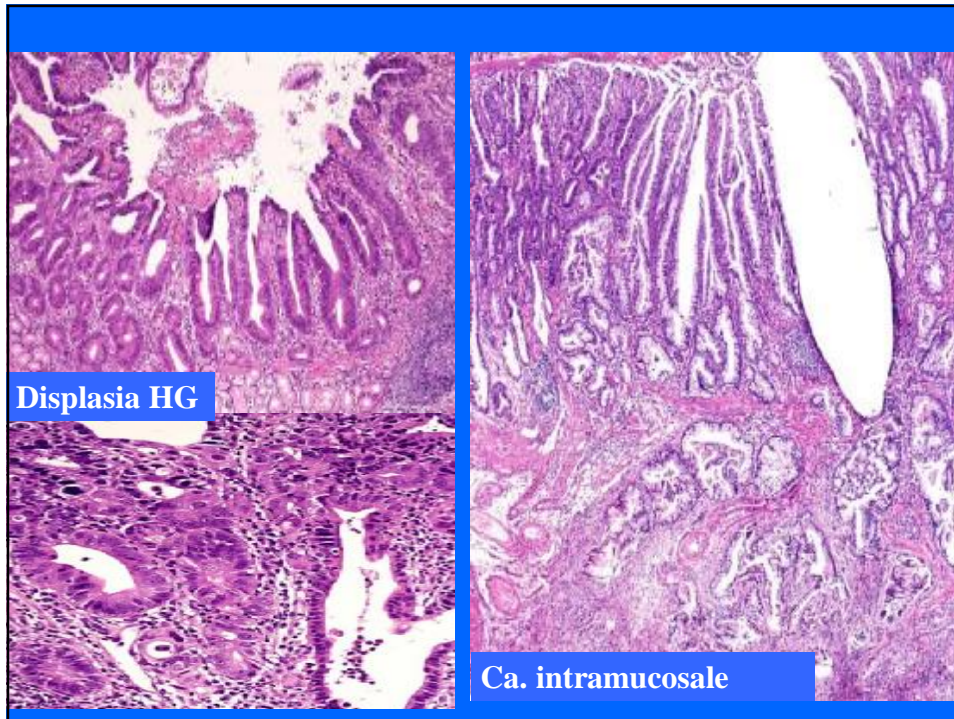
Presenza di HP : 90% delle gastriti croniche, 70% delle ulcere gastriche, 95% delle ulcere duodenali, 50% dei carcinomi gastrici











ALTRE FORME DI GASTRITE

- q Gastrite emorragica** Forma acuta, spesso insorgente su una gastrite cronica, legata a : alcool, antiinfiammatori, stress o CMV. Mortalità : 50%. DD con gastropatia congestizia da ipertensione portale
- q Gastrite linfocitica** Linfocitosi intraepiteliale. Spesso associata a malattia celiaca
- q Gastrite allergica** Infiltrazione mucosale di eosinofili con alterazioni iperplastiche e regressive dell'epitelio.
- q Gastrite eosinofila diffusa** Edema e diffusa infiltrazione eosinofila della parete associata a sintomi di allergia ed eosinofilia periferica. Possibile ostruzione pilorica
- q Gastrite granulom.** Idiopatica, Crohn, Sarcoidosi, Micosi

SIGNIFICATO CLINICO E BIOLOGICO DELLA DISPLASIA

Displasia ↔ Nei tessuti adiacenti di “early carcinoma”: 50-100%
↔ Nei tessuti adiacenti di ca. avanzati: 80% ca.

REGRESSIONE STABILIZZAZIONE PROGRESSIONE

G 1	66%	15%	19%
G 2	30%	30%	40%
G 3	12,5%	12,5%	75%

ULCERA GASTRICA

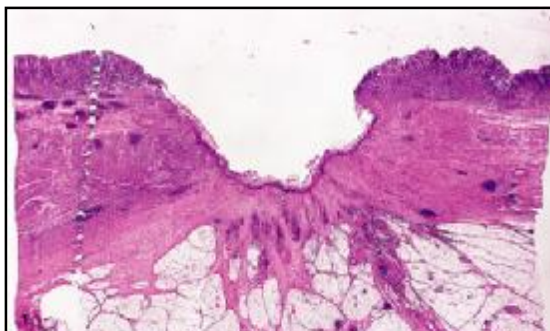


Ulcera in fase attiva
 Ulcera cicatrizzata

Margini ben definiti. Convergenza delle pliche gastriche. Essudato fibrino-purulento sul fondo. Assenza di micronodularità ai margini.

Sede preferenziale [90% dei casi] : piccola curva(incisura angolare)
 generalmente su aree di metaplasia [pilorica], acloridia

Livello di profondità → Sottomucosa
 Tonaca muscolare
 Oltre la muscolare



Istologia dell'ulcera attiva :

- essudato fibrino-purulento con batteri e detriti cellulari
- necrosi fibrinoide
- tessuto di granulazione
- tessuto fibroadiposo
- fibrosi e flogosi nella sierosa

Ulcera in fase di cicatrizzazione

Linfonodi regionali reattivi

Cicatrizzazione : iperplasia rigenerativa dai margini. Frequente metaplasia intestinale. Terapia con H₂- bloccanti : riduzione del cratere del 50% dopo 6-8 settimane. Terapia chirurgica : terapia inefficace, emorragie, perforazione, ostruzione, recidiva

RAPPORTI TRA ULCERA E CARCINOMA

- 10-15% dei carcinomi si presentano come ulcere benigne
- biopsie multiple sui margini [aree micronodulari] per la D.D:
- Rischio reale di trasformazione : 1,1-1,8%
- Rischio dei gastresecati ?

POLIFI GASTRICI

Iperplastico

75% dei polipi gastrici. Spesso insorgente su aree di gastrite atrofica. Raramente multipli
 Trasformazione maligna : 1-2% Talora associato a carcinomi extra-gastrici. Istologicamente : iperplasia, infiltrati linfocitari, fibrosi .

Adenomi

Sessili o peduncolati. Istologicamente : 1. Tubulare, 2. Villosi, 3. Tubulo villosi . Displasia[G1, 2, 3].
 Rischio di trasformazione : 3-4%

A ghiandole fundiche

Proiezioni polipoidi di circa 3-4 mm di ghiandole fundiche. Microcisti delimitate da epit. Fundico.
 Forme associate a S. di Zollinger-Ellison

Infiammatorio fibropolipoide

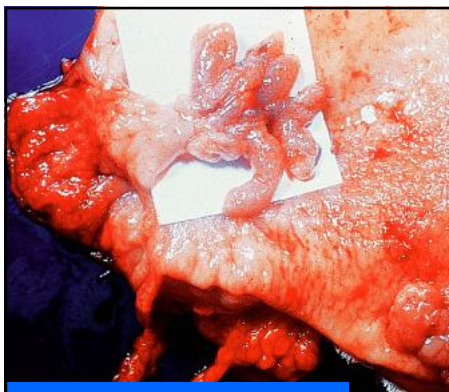
Sede preferenziale : antro, su aree di gastrite atrofica. Istologicamente : Proliferazioni di tessuto fibroso e vascolare, infiltrato linfocitario con eosinofili. Evoluzione benigna



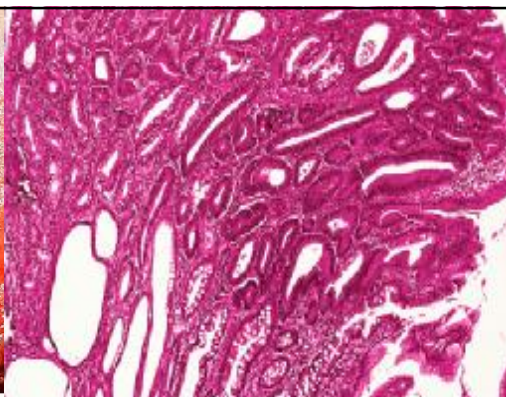
Aspetto istologico del polipo iperplastico



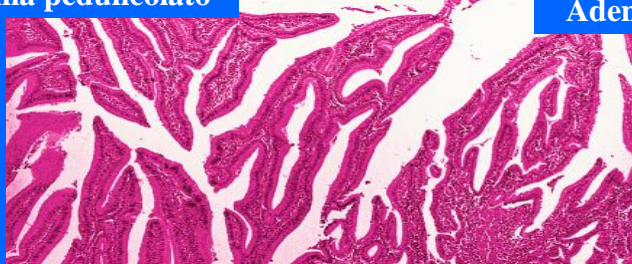
Polipi sessili multipli [ombelicatura centrale]



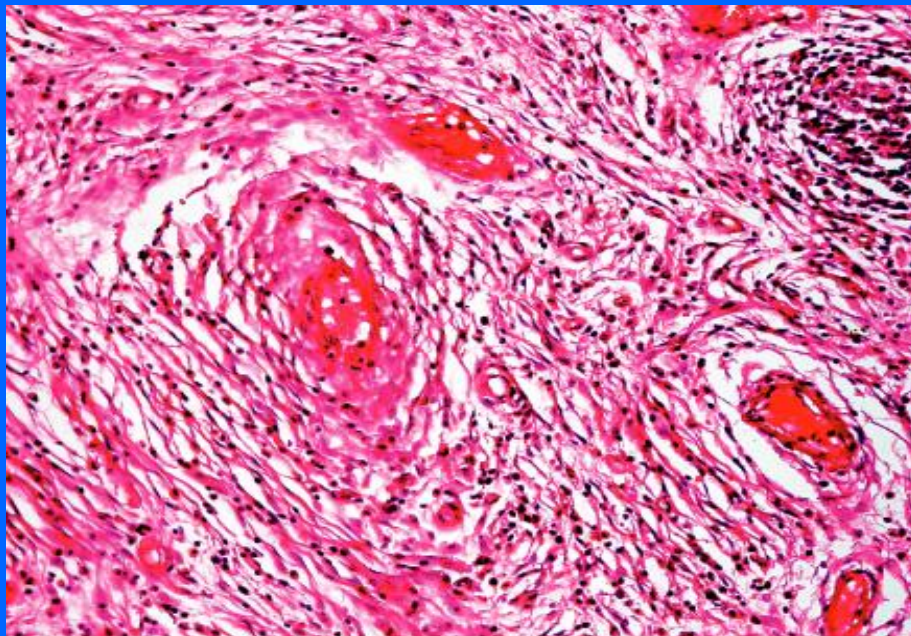
Adenoma pedunculato



Adenoma tubulare

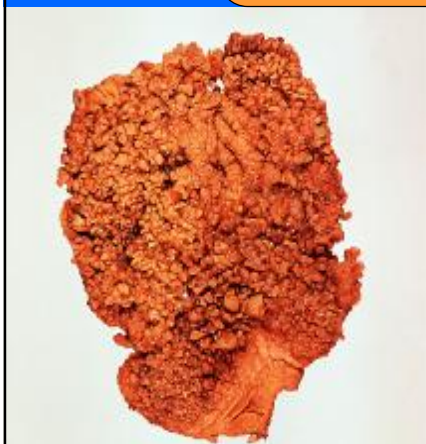


Adenoma villoso

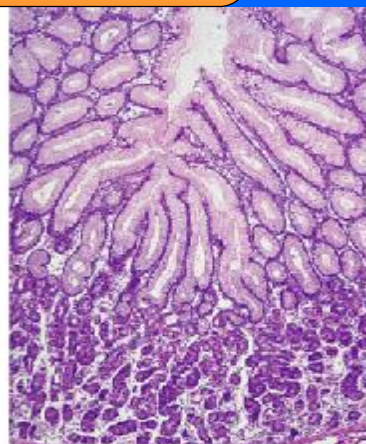


Polipo infiammatorio fibroide

Malattia di Menetrier



Aspetto macroscopico

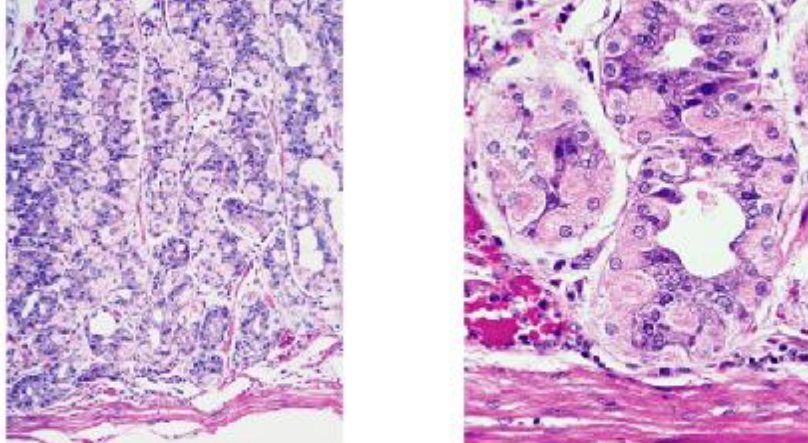


Aspetto istologico

Gastropatia iperplastica e ipertrofica. Ipertrofia spiccata delle pliche gastriche [aspetti cerebriformi]. Ipocloridia e ipoproteinemia

Istologic. Iperplasia foveolare. Dilatazione cistica.

Sindrome di Zollinger-Ellison



Iperplasia secretoria delle ghiandole del fondo con aumento delle cellule parietali [ipergastrinemia] e delle cellule neuroendocrine. Spesso rappresenta un aspetto di sindromi endocrine complesse caratterizzate anche dalla presenza di carcinomi neuroendocrini . Possibile presenza anche di polipi a cellule fundiche.

CARCINOMA GASTRICO

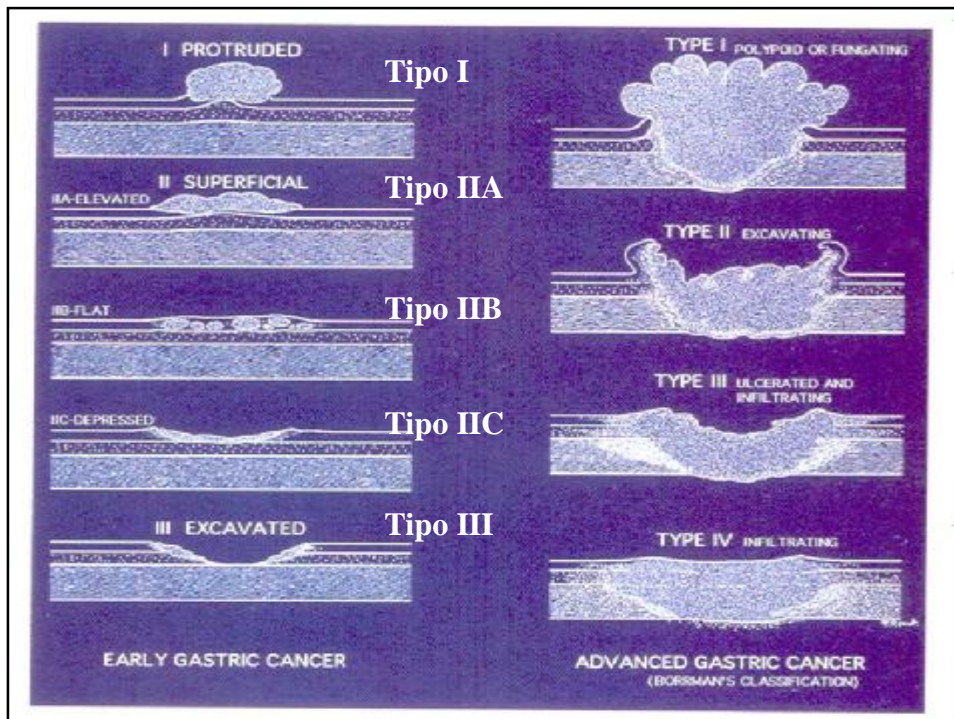
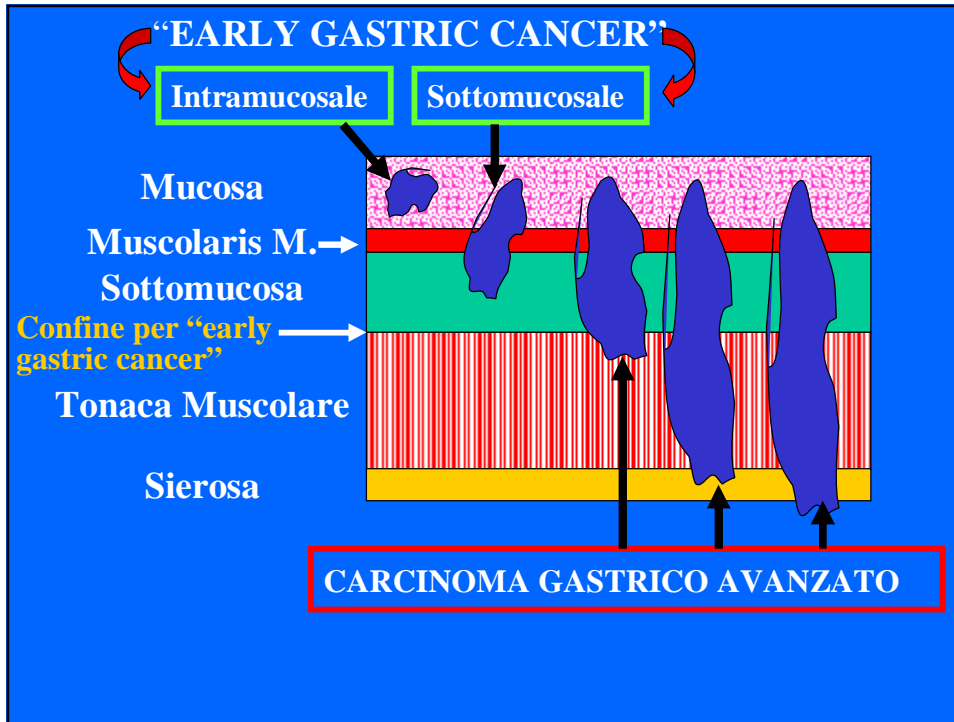
Alta incidenza in Giappone : 80/100.000/ anno; in Europa: 10-20 / 100.000;Italia : incidenza alta in Emilia; bassa in Sicilia e Sardegna

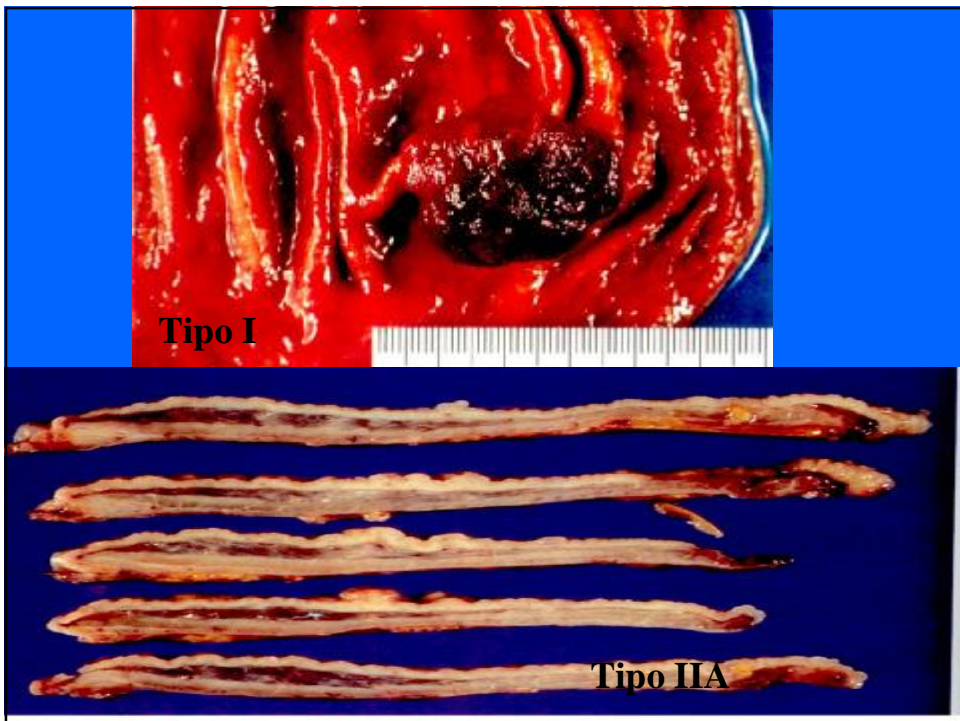
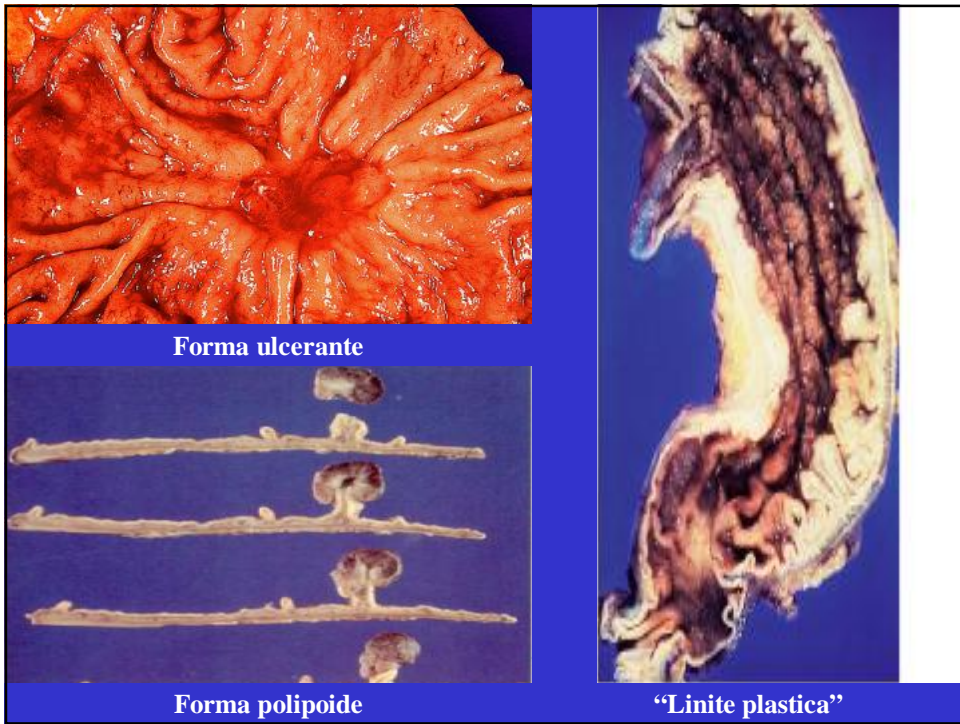
FATTORI CORRELATI :

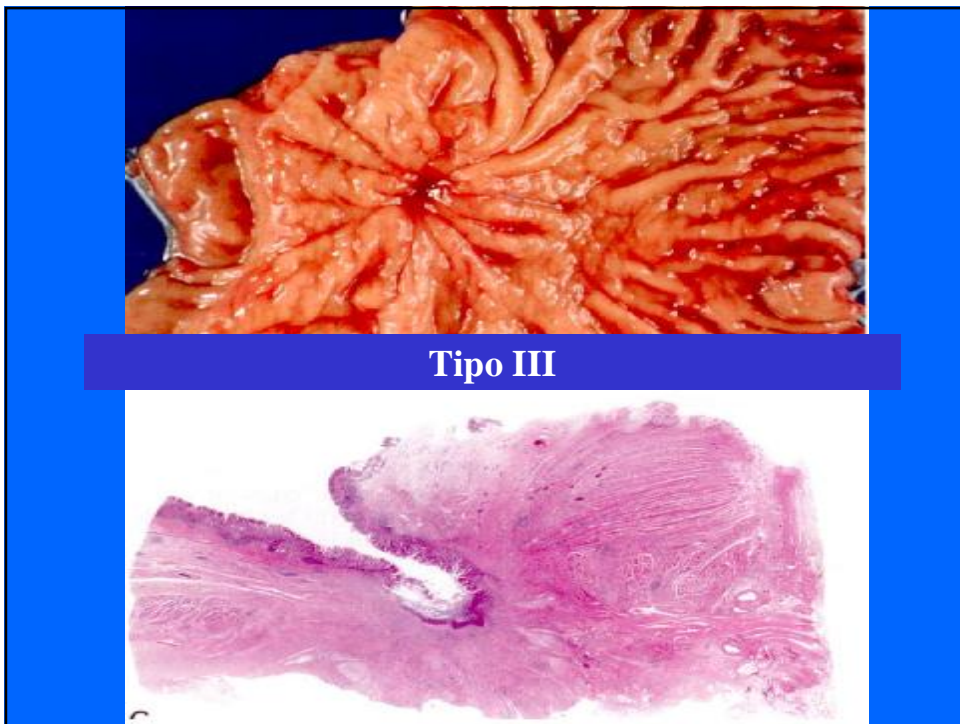
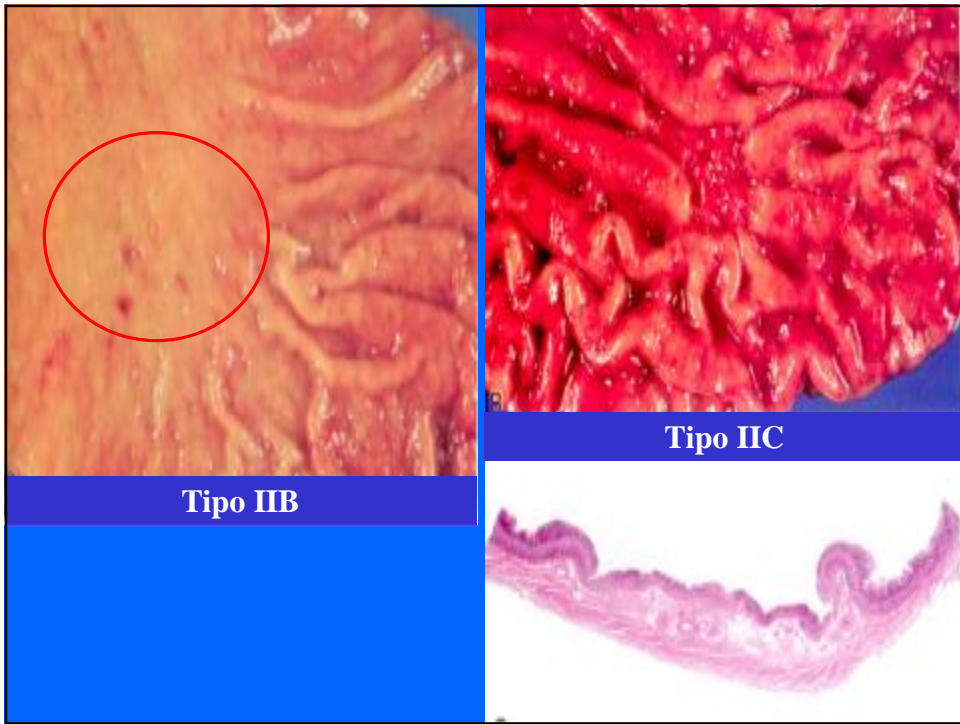
- ✓ Atrofia gastrica[>90% dei casi]
- ✓ HP [nitriti - nitriti-nitrosamine cancerogene].
- ✓ Predisposizione genetica
- ✓ Gastroresezione
- ✓ Fattori dietetici[micotossine..]
- ✓ Lesioni e condizioni precancerose (adenomi, M di Menetrier, Anemia perniciosa)
- ✓ Chemio- e radio-terapia

PARAMETRI MOLECOLARI

- § p53
- § c-met
- § Geni correlati alle caderine e catenine
- § APC
- § bcl-2 e Bax [5-15% dei casi]
- § c-myc
- § cclina D1
- § K-ras







ISTOTIPI DEL CARCINOMA GASTRICO

CLASSIFICAZIONE DI LAUREN PER I CA. AVANZATI

- ☐ Adenocarcinoma di tipo intestinale [53%]
- ☐ Adenocarcinoma di tipo diffuso [33%]

CLASSIFICAZIONE DI MING PER I CA. AVANZATI :

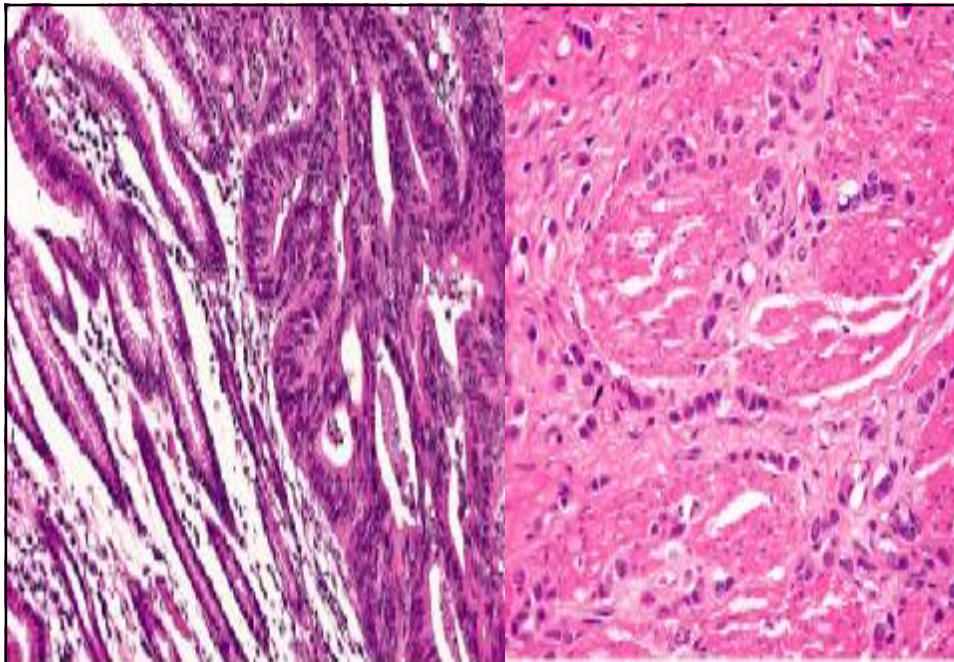
- ☐ Espansivo
- ☐ Infiltrante

CLASSIFICAZIONE DEL WHO

- ☐ Adenocarcinoma papillare 6,6%
- ☐ Adenocarcinoma tubulare 54%
- ☐ Adenocarcinoma mucoide <1%
- ☐ Adenocarcinoma a cellule ad anello con castone 25,4%
- ☐ Carcinoma poco differenziato 13,5%

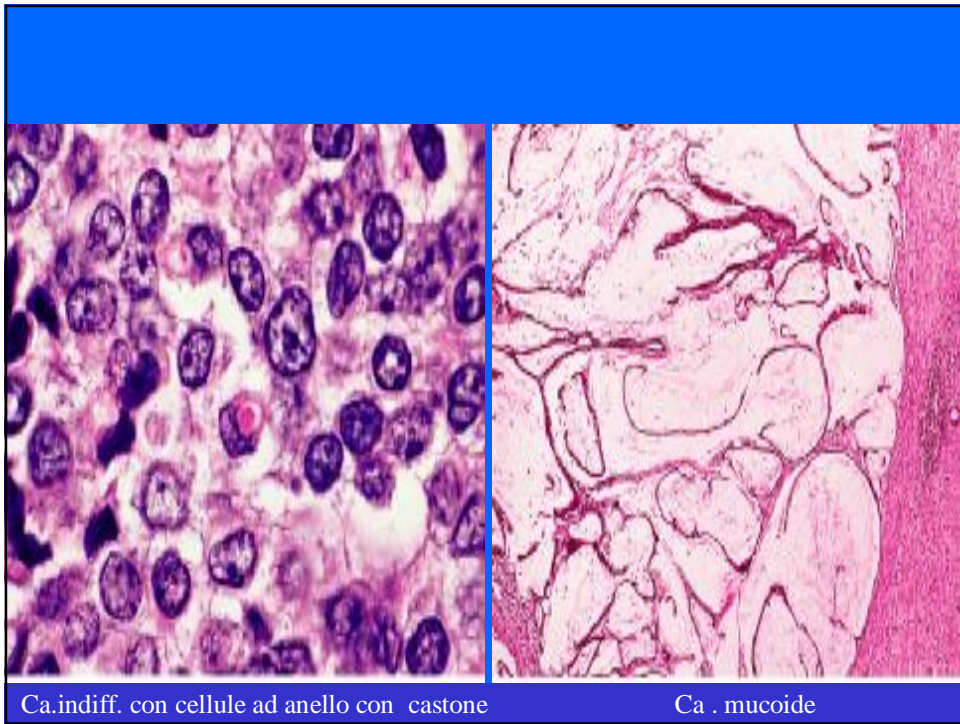
Early gastric cancer

ALTRE VARIETA' : Ca. squamoso, adenosquamoso, a piccole cellule, carcinoma sarcomatoide, indifferenziato.....



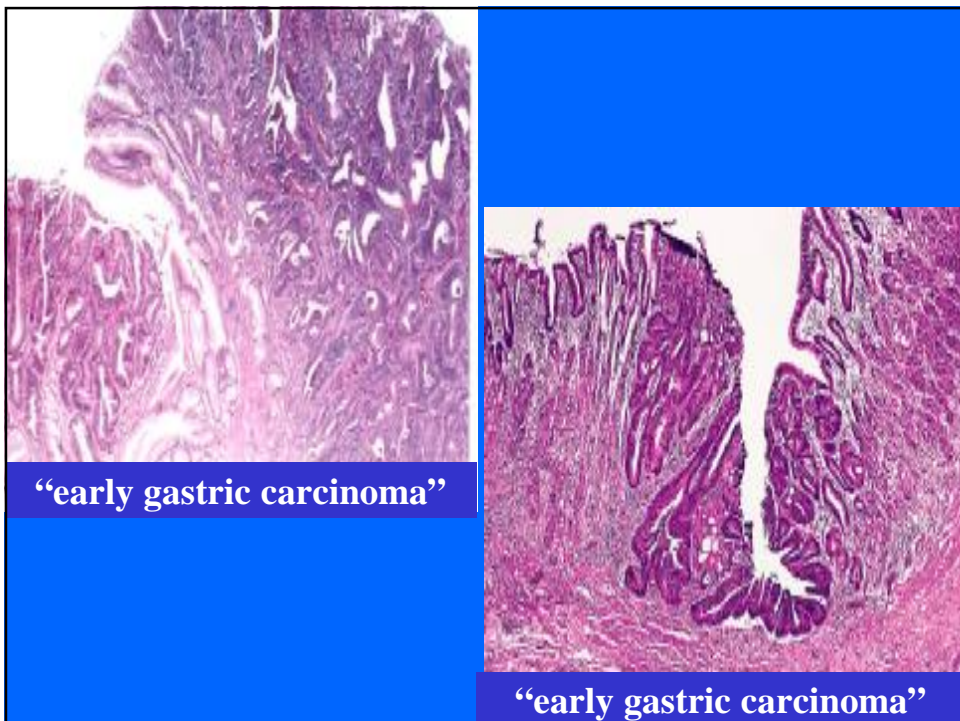
Adenoca. di tipo intestinale

Adenoca. di tipo diffuso



Ca.indiff. con cellule ad anello con castone

Ca . mucoide



“early gastric carcinoma”

“early gastric carcinoma”

COMPORAMENTO BIOLOGICO E PROGNOSI

FATTORI PROGNOSTICI

Morfologici

- ⊗ Stadio
- ⊗ Istotipo
- ⊗ Sede [piloro]
- ⊗ Margini tumore
- ⊗ Margini di escissione
- ⊗ Reazione cito-stromale

Molecolari

- ⊗ c-erbB-2
- ⊗ p53
- ⊗ Antigene di Thomsen
- ⊗ Catepsina
- ⊗ Marcatori cinetici

INVASIVITA'

Duodeno(piloro)

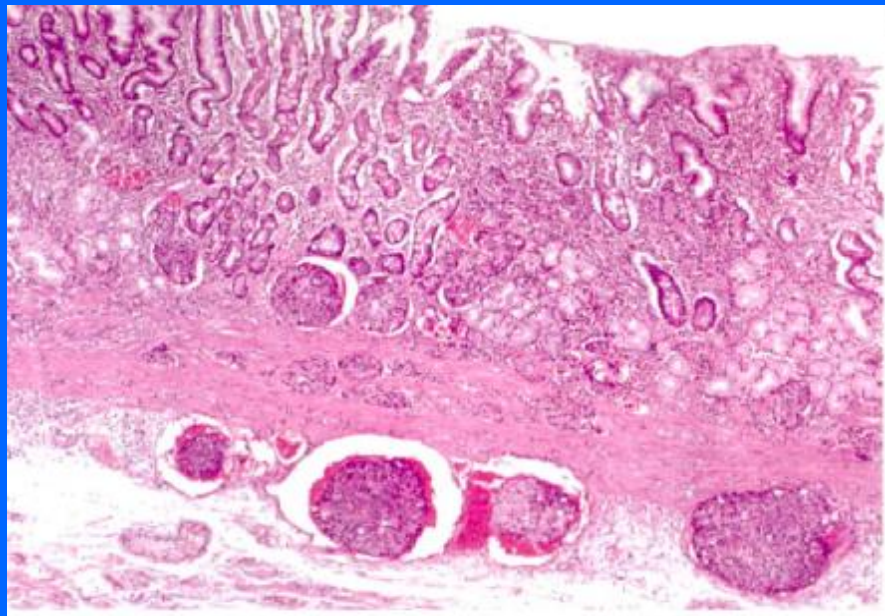
Esofago (cardias)

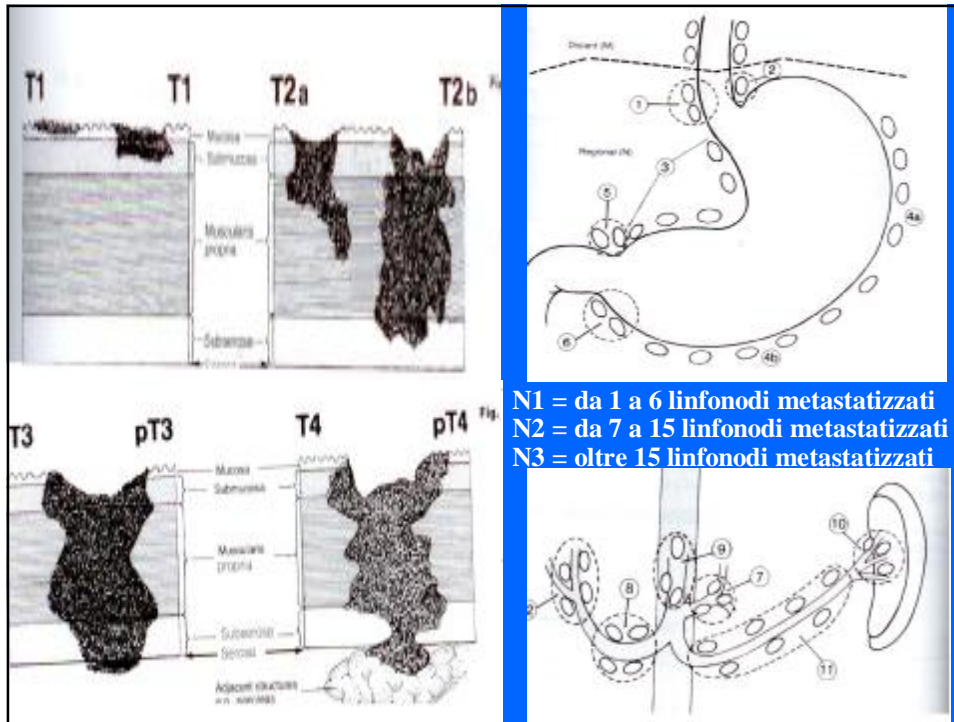
Invasione linf.
sottomucosali

Invasione sierosa: colon
omento, pancreas, milza
,ovaio(Krugenberg)

METASTASI EMATICHE

Fegato, polmone, surreni,
ovaio





PROGNOSI DEL CARCINOMA GASTRICO

Follow-up a 5 anni in media : 10-20%

“Early gastric cancer”

95%

97% Intramucosali

85-91% sottomucosali

Carcinoma avanzato

T2 60-80%

T3 40-50%

T4 20-30%

TUMORI NEUROENDOCRINI [NET]

✓ Iperplasia a cellule G

Gastrinomi

✓ Tumori neuroendocrini A cellule enterocromaffini (istamina)

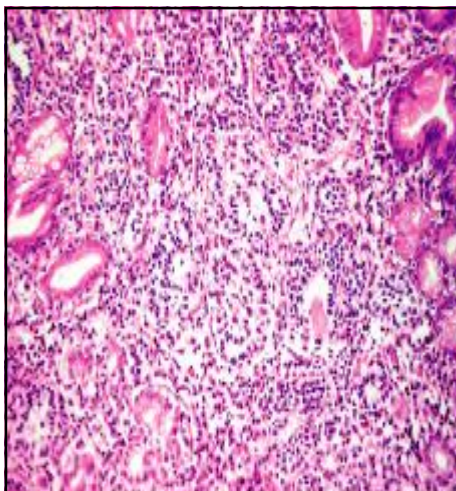
- Gastriti atrofiche
- MEN
- Sporadici

Forme miste

METASTASI : LINFONODI, FEGATO

DIAGNOSI : Markers, Grading

FOLLOW-UP [5 ANNI] : 70-80%



Carcinoma neuroendocrino



Enolase neuronale specifica

TUMORI GASTROINTESTINALI STROMALI[GIST]

Tumori con capacità differenziative multiple[muscolare,neuro-ectodermico], comportamento biologico variabile.

Caratteristica comune : CD 117 [c-kit: recettore per tirosin-chinasi] . Istogenesi : da cellule stromali di diverso tipo, da cellule multi- potenti [cellule di Cajal].

Associati a sindromi complesse (Recklingausen, Carney...) 0 sporadici.

Sedi : Sottomucosa 60% , sottosierosa 30%, intramucosale 10%.

Macroscopicamente : ulcerazione centrale, margini netti [RX]

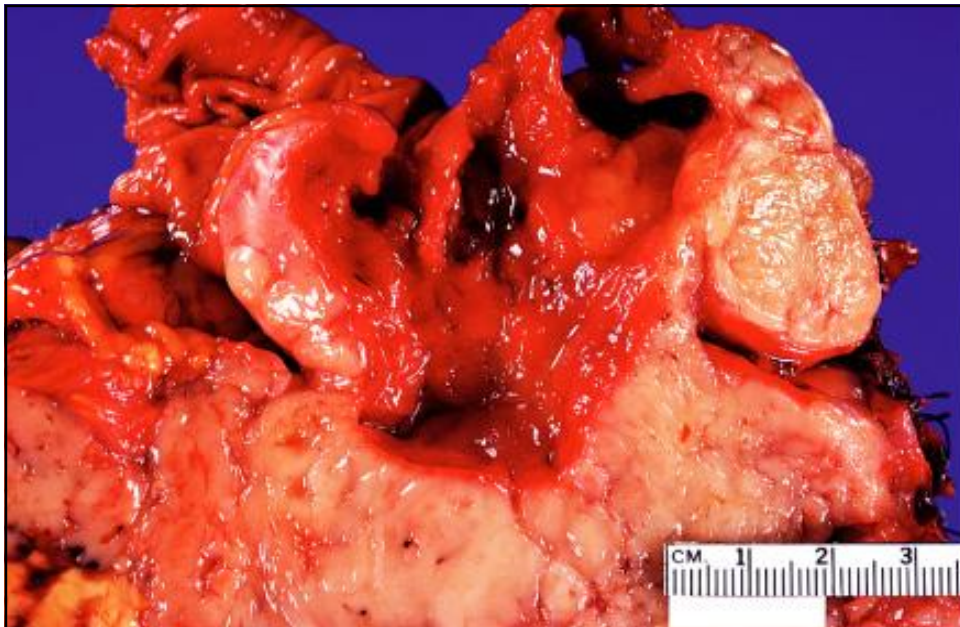
CLASSIFICAZIONE DEI "GIST" GASTRICI

- § T. a differenziazione muscolare [actina, desmina...]
- § T. a differenziazione neurale [NSE, S100.....]
- § T. a differenziazione mista
- § T. indifferenziati [CD117 -, CD 34 +-]

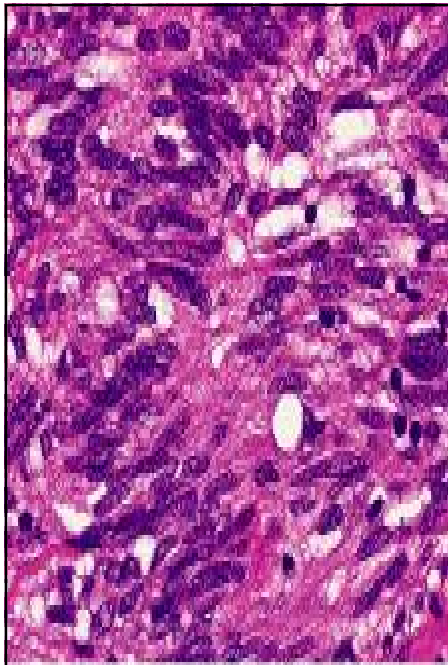
ASPETTI BIOLOGICI E CLINICI DEI GIST

Parametri utilizzati : Mitosi, Dimensioni, Atipie, Cellularità, Necrosi, Ploidia, Ki 67

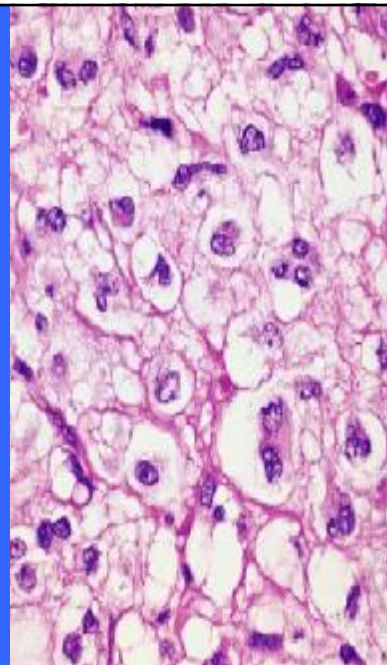
GRADING :	FIGURE MITOTICHE :
✓ A rischio minimo	< 5/50
✓ A rischio basso	<5
✓ A rischio intermedio	6-10
✓ Ad alto rischio	>10



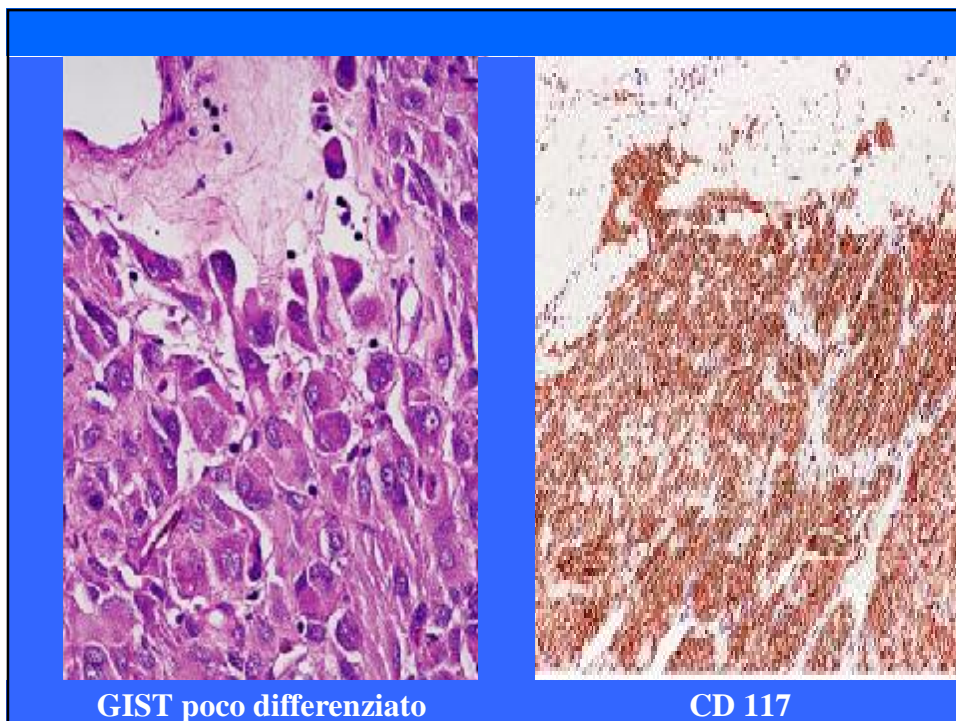
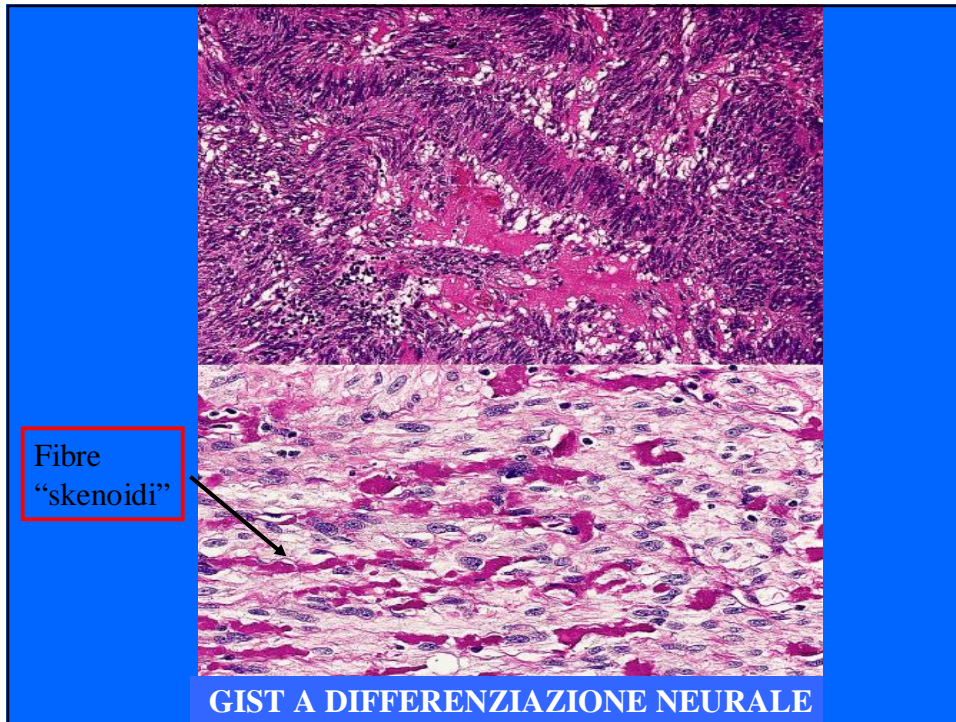
GIST con aree di necrosi e di ulcerazione



GIST a diff. muscolare



GIST muscolare epitelioida



LINFOMI GASTRICI

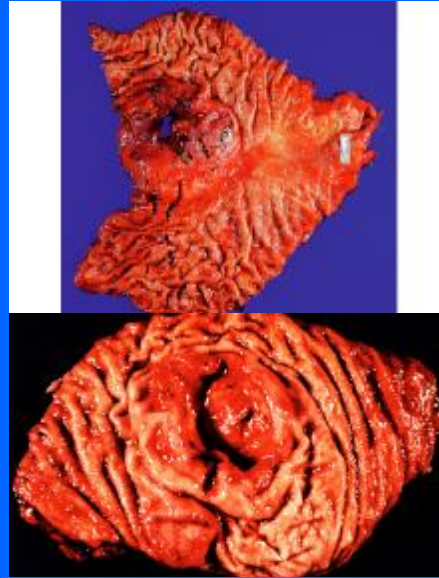
LINFOMI NON-HODGKIN :

■ L. A BASSO GRADO :

- Tipo MALT
- Follicolare

■ LINFOMI AD ALTO GRADO

[Centroblastico, immunoblastico].



Linfomi non-Hodgkin

LINFOMI GASTRICI

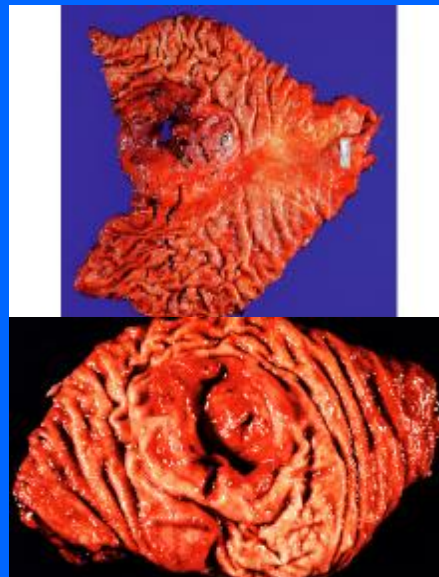
LINFOMI NON-HODGKIN :

■ L. A BASSO GRADO :

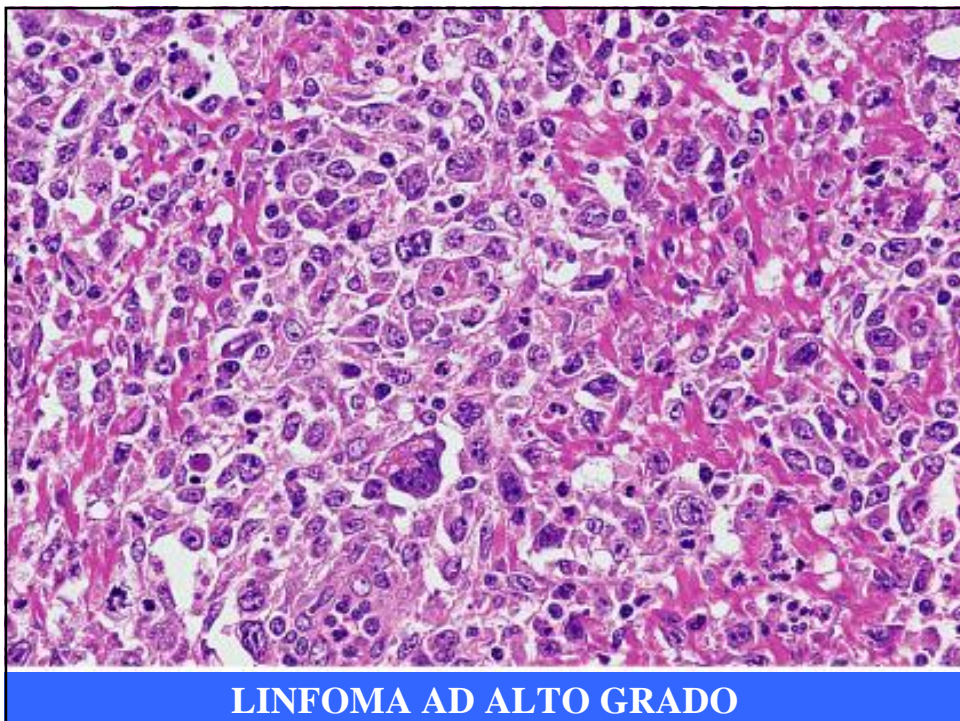
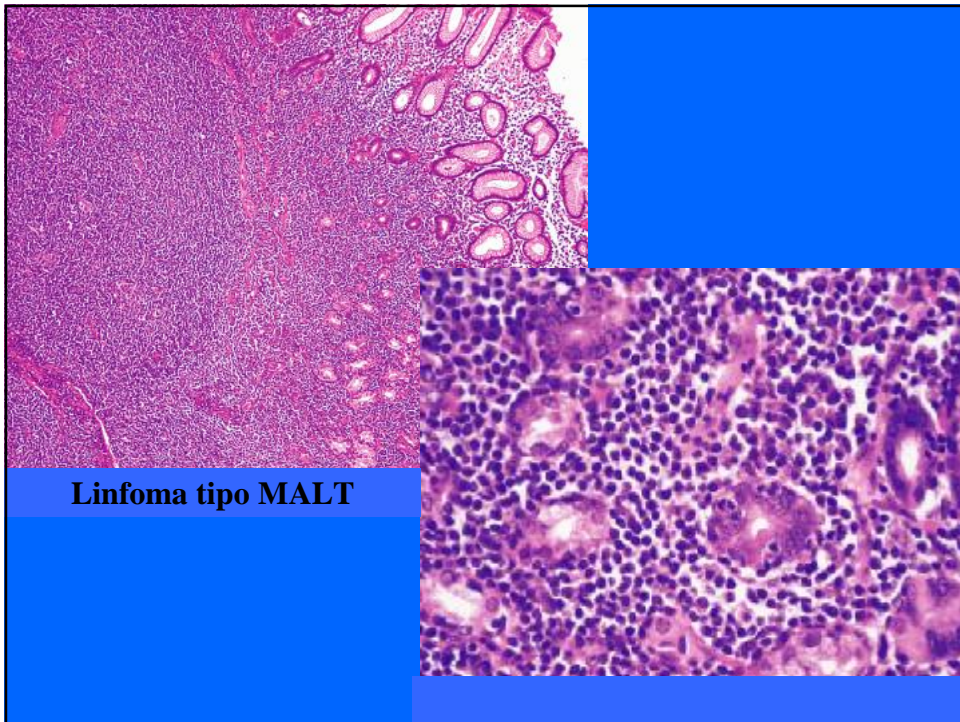
- Tipo MALT
- Follicolare

■ LINFOMI AD ALTO GRADO

[Centroblastico, immunoblastico].

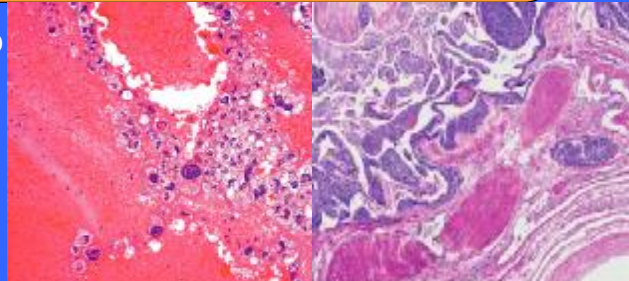


Linfomi non-Hodgkin



ALTRI TUMORI NON EPITELIALI

TUMORE GLOMICO
MIOBLASTOMA
T. A CELLULE
GERMINALI

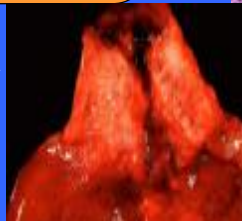


CORIOCARCINOMA

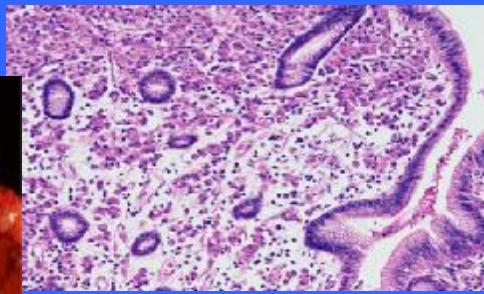
T. GLEMICO

TUMORI SECONDARI

MAMMELLA
POLMONE
MELANOMA



“Cratere”



METASTASI DI CA. LOBULARE