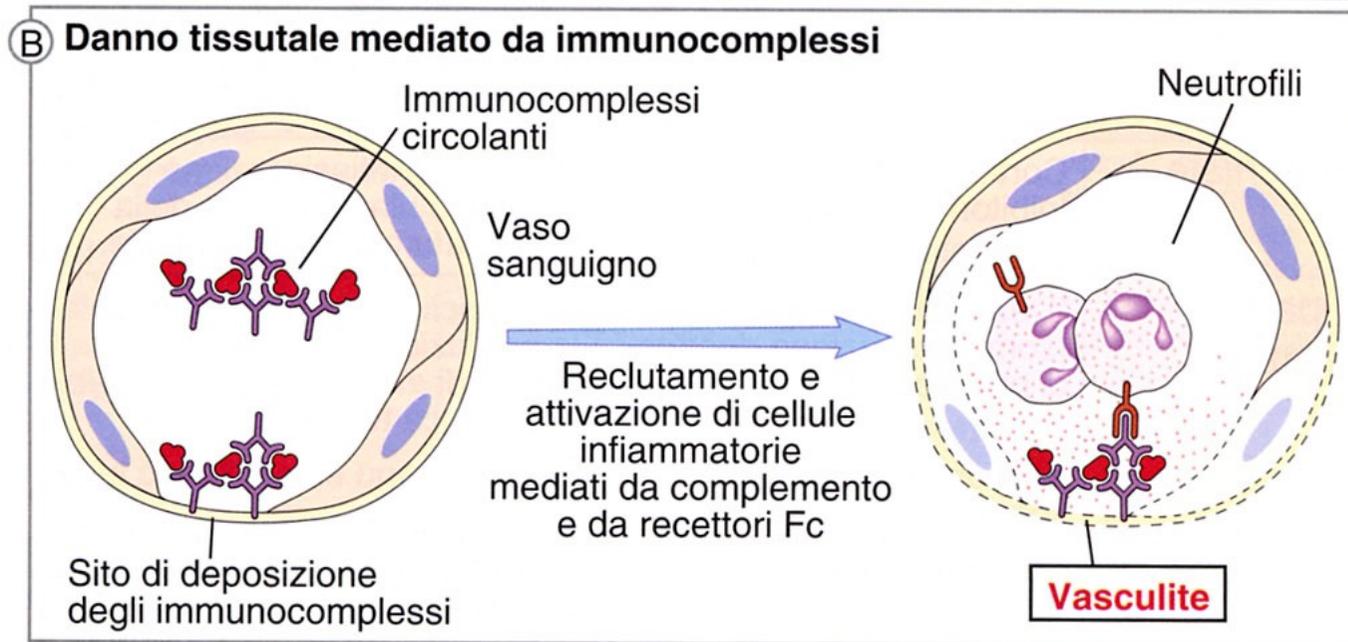


IPERSENSIBILITA' DI III TIPO:

è dovuta alla formazione di immunocomplessi circolanti e alla loro deposizione **patologia da immunocomplessi**

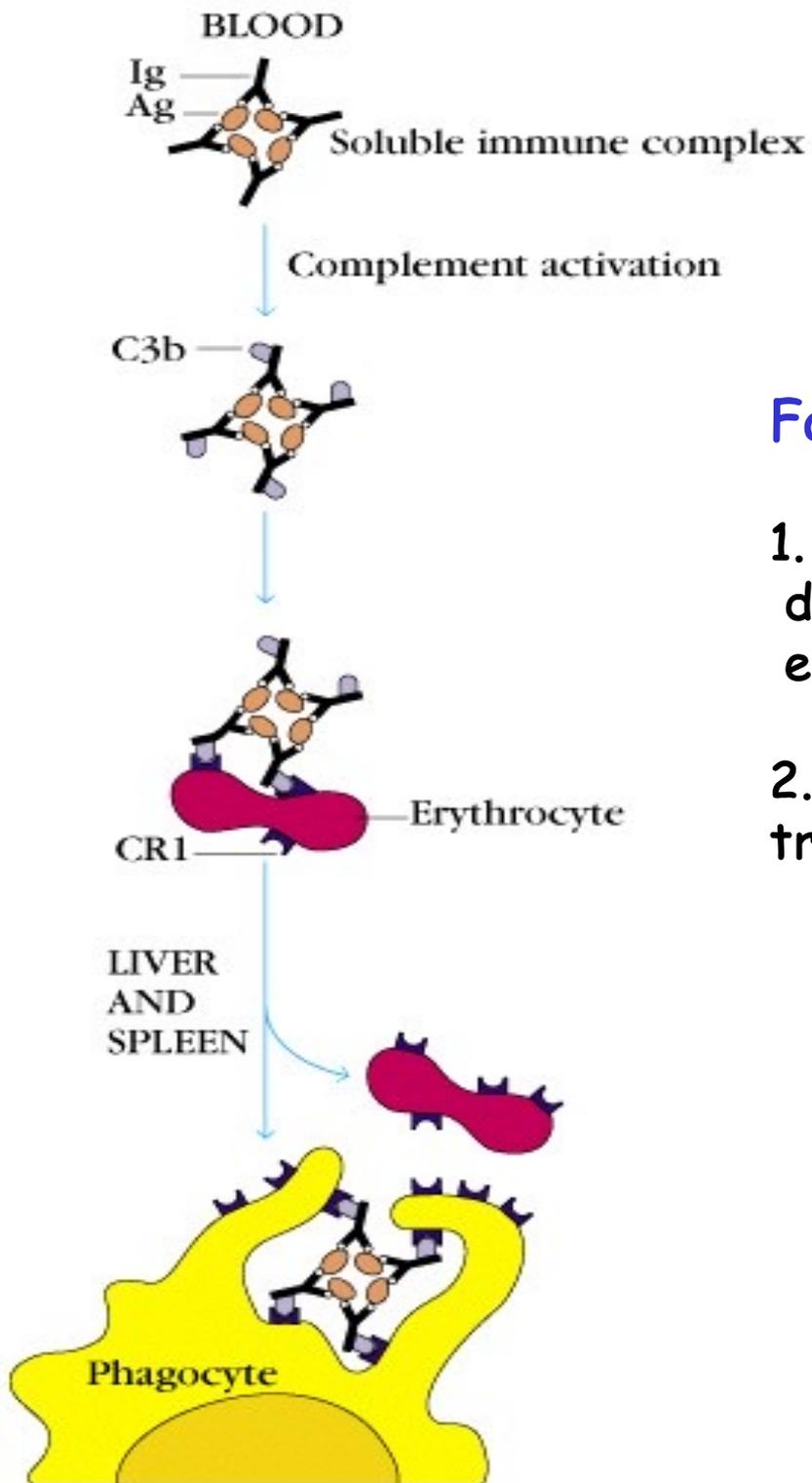


La gravità della reazione dipende dal numero e dalla localizzazione degli immunocomplessi (anche sistemica se entrano in circolo)

QUANDO SI FORMANO GLI IMMUNOCOMPLESSI?

Gli immunocomplessi (IC) circolanti si formano e si depositano:

- quando sono presenti antigeni persistenti sia di origine esogena che endogena
- quando è alterato il meccanismo di rimozione degli stessi.



Come vengono rimossi gli IC?
 Il complemento ha un ruolo centrale
 insieme agli eritrociti e ai fagociti

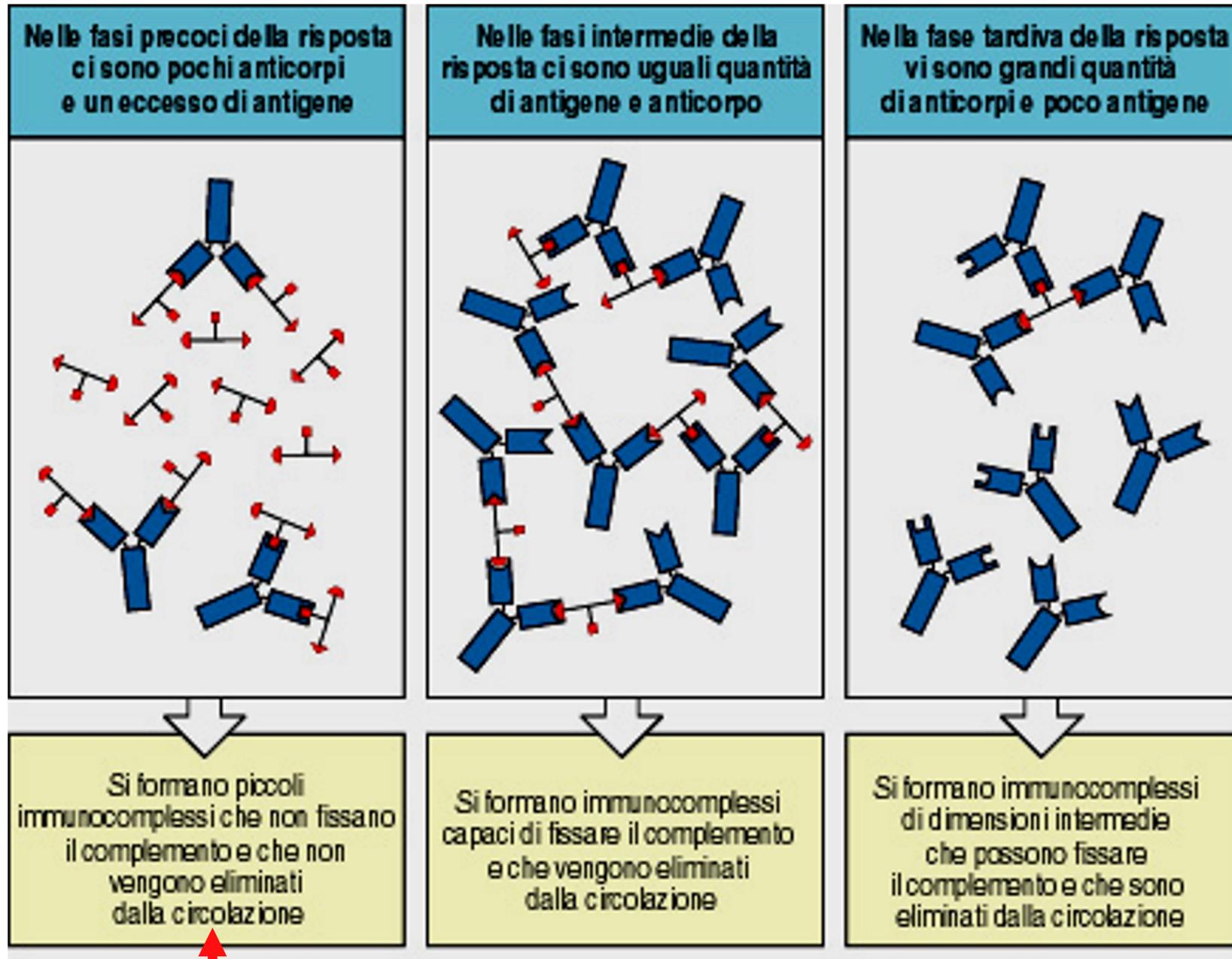
Fattori predisponenti alle malattie da IC

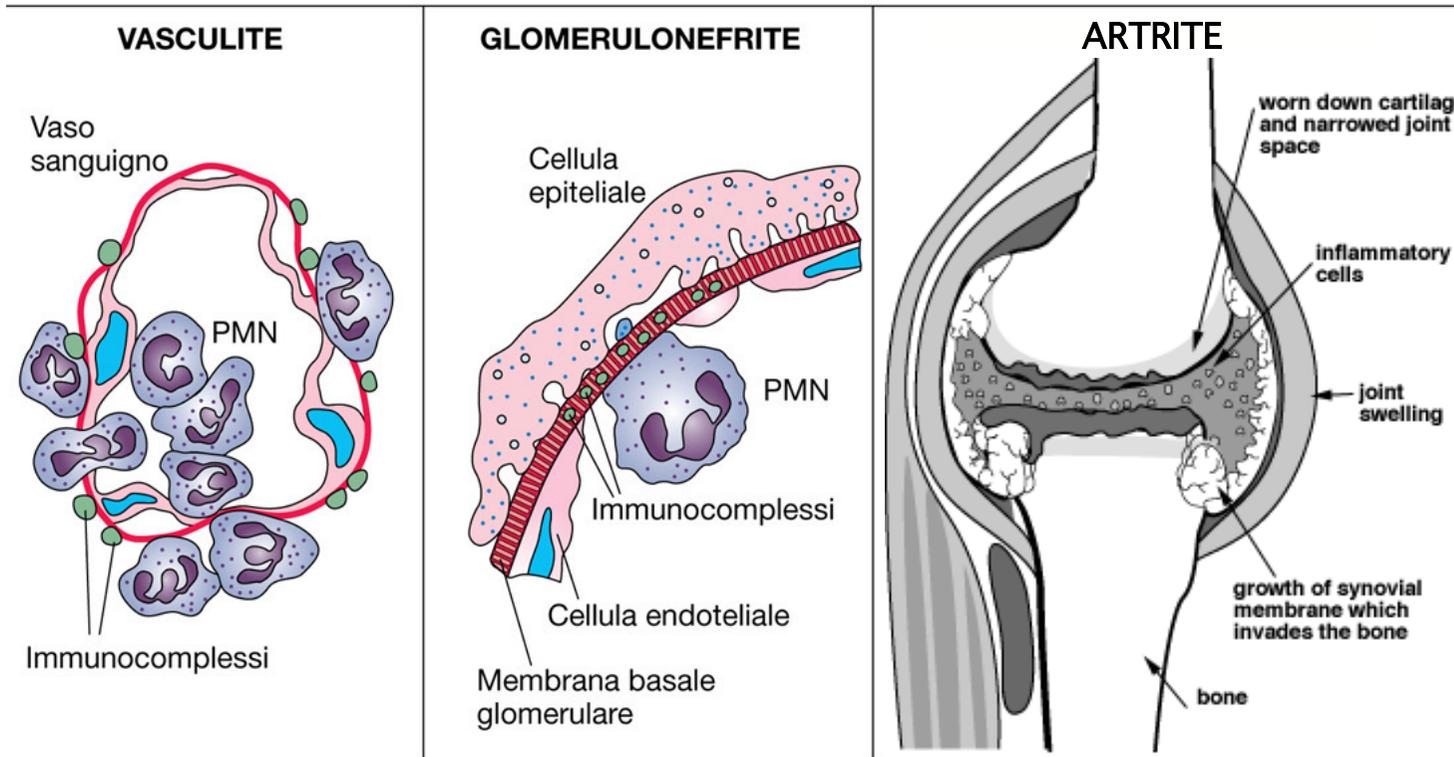
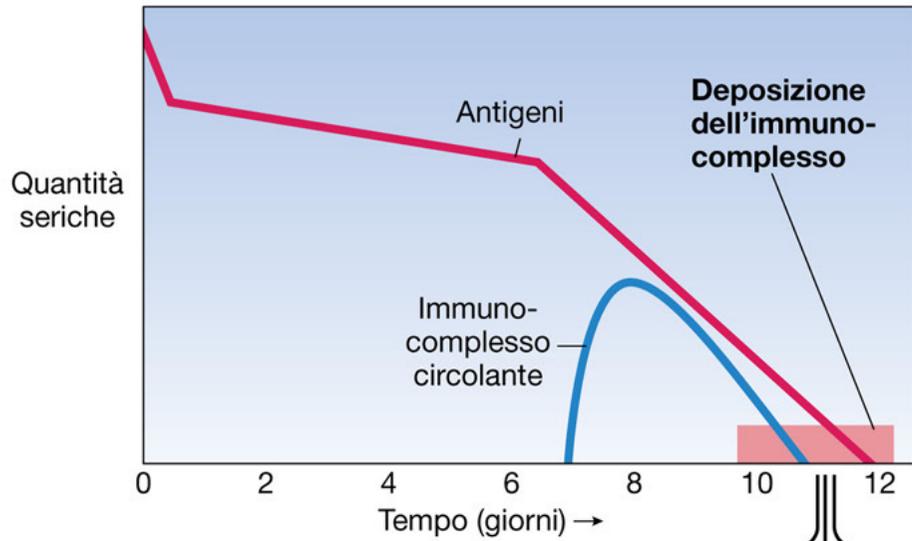
1. difetti ereditari delle prime componenti del complemento (C1q, C1r, C1s, C4, C2, C3) e del recettore CR1 per il complemento
2. Saturazione/inefficienza dei sistemi di trasporto e di rimozione



*Precipitazione degli IC circolanti
 nelle pareti vascolari*

Gli IC che si depositano sono quelli di piccole dimensioni





I vasi cutanei sono sede frequente di deposizione di IC:
vasculiti cutanee



Vasculite leucocitoclastica: interessa i piccoli vasi del derma.

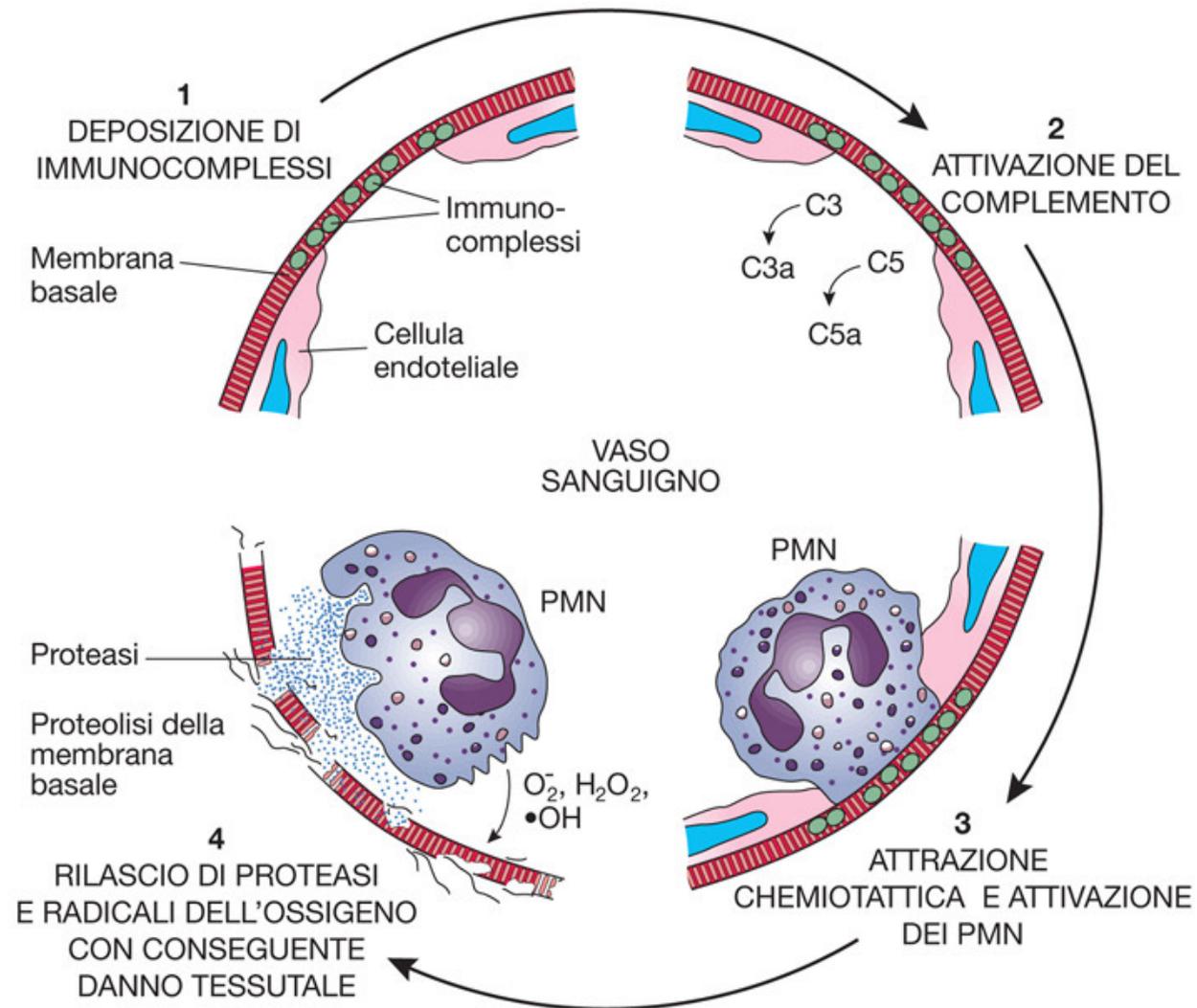
Via di accesso	Patologia risultante	Sito di deposizione degli immunocomplessi
Endovenosa (alta dose)	Vasculite	Pareti dei vasi sanguigni
	Nefrite	Glomeruli renali
	Artrite	Spazi articolari
Sottocutanea	Reazione di Arthus	Area perivascolare
Inalatoria	Polmone del contadino	Interfaccia alveoli/capillari



Figura 12.33 Le manifestazioni patologiche delle reazioni di ipersensibilità di tipo III dipendono dal sito in cui si depositano gli immunocomplessi.

La tavola mostra i tipi di reazioni che si manifestano in relazione alla via di penetrazione dell'antigene. La malattia da siero si manifesta in seguito alla somministrazione endovenosa di grandi quantità di antigene. Le fotografie mostrano emorragia cutanea (foto **a**) e orticaria (foto **b**) conseguenti alla malattia da siero. Foto per gentile concessione di R. Gehr.

Il danno è causato dall'intervento dei neutrofili richiamati e attivati dai fattori del complemento!



Malattie umane mediate da immunocomplessi

Malattia	Antigene bersaglio	Meccanismo	Manifestazioni
Lupus eritematoso sistemico	DNA, nucleoproteine, altri	Infiammazione mediata da complemento e recettori Fc	Nefrite, artrite, vasculite
Poliarterite nodosa	Antigene di superficie del virus dell'epatite B	Infiammazione mediata da complemento e recettori Fc	Vasculite
Glomerulonefrite post-streptococcica	Antigeni della parete cellulare degli streptococchi	Infiammazione mediata da complemento e recettori Fc	Nefrite

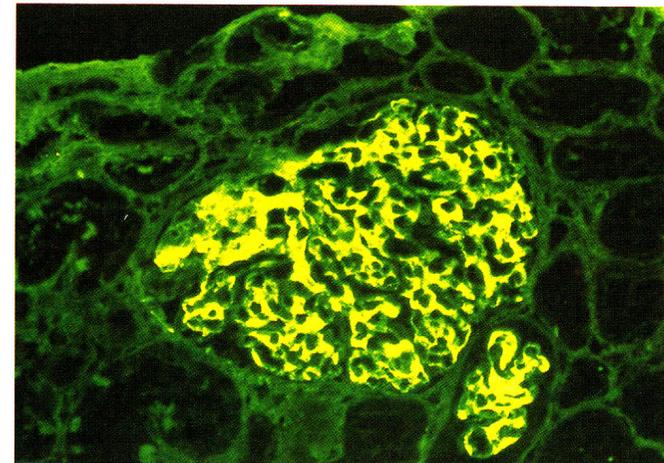
Il lupus eritematoso sistemico (LES)

- **Malattia infiammatoria cronica sistemica, ad eziologia multifattoriale e patogenesi autoimmune.**
- **Caratterizzato dalla produzione di anticorpi anti-nucleo rivolti verso diverse specificità antigeniche.**
- **Prototipo delle malattie da immunocomplessi.**



© 2000 Garland Publishing/Elsevier Science

Eritema a farfalla

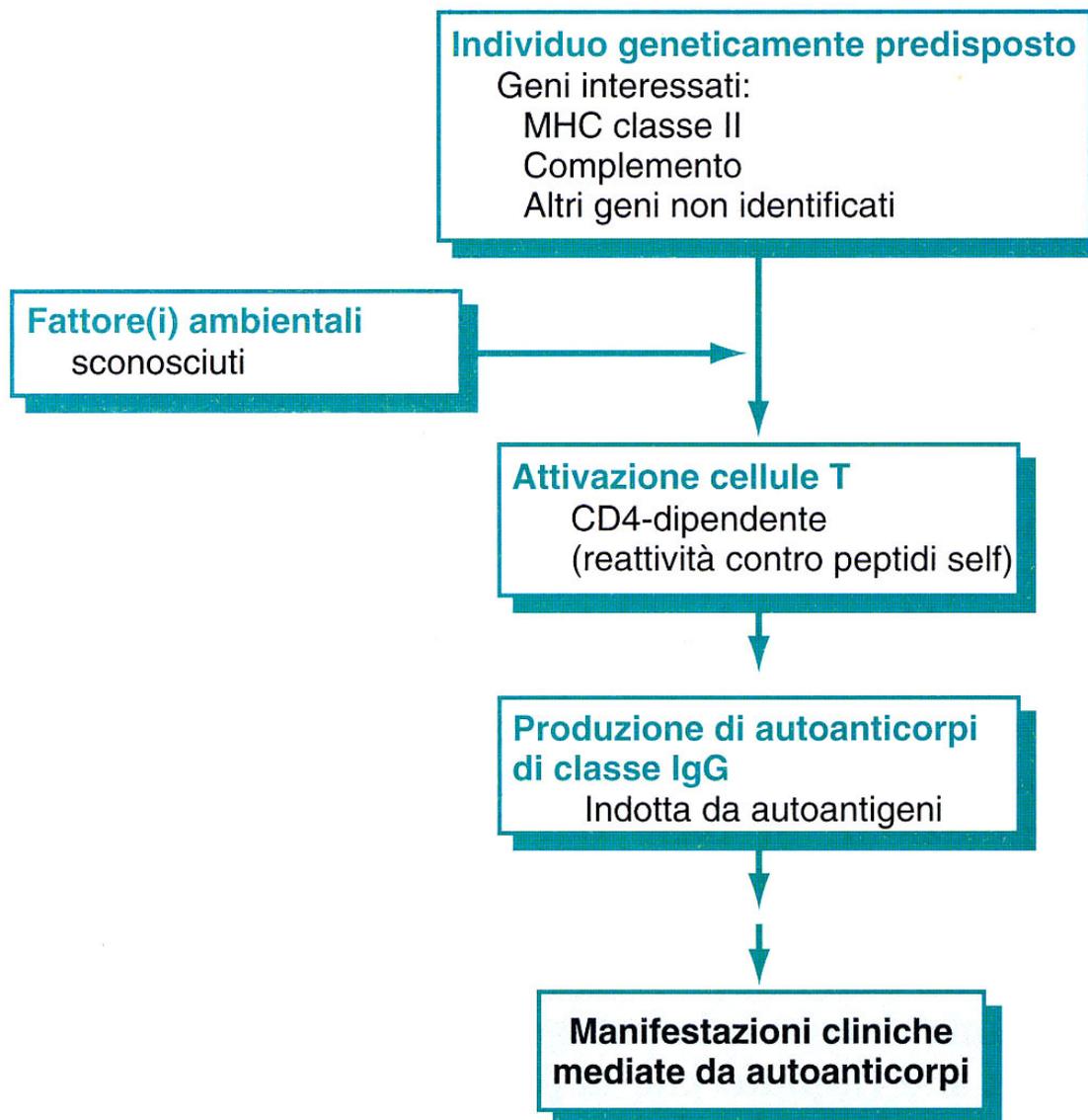


Deposizione di IC a livello della membrana basale dei glomeruli renali

Lupus cutaneo acuto generalizzato



Modello di patogenesi del LES

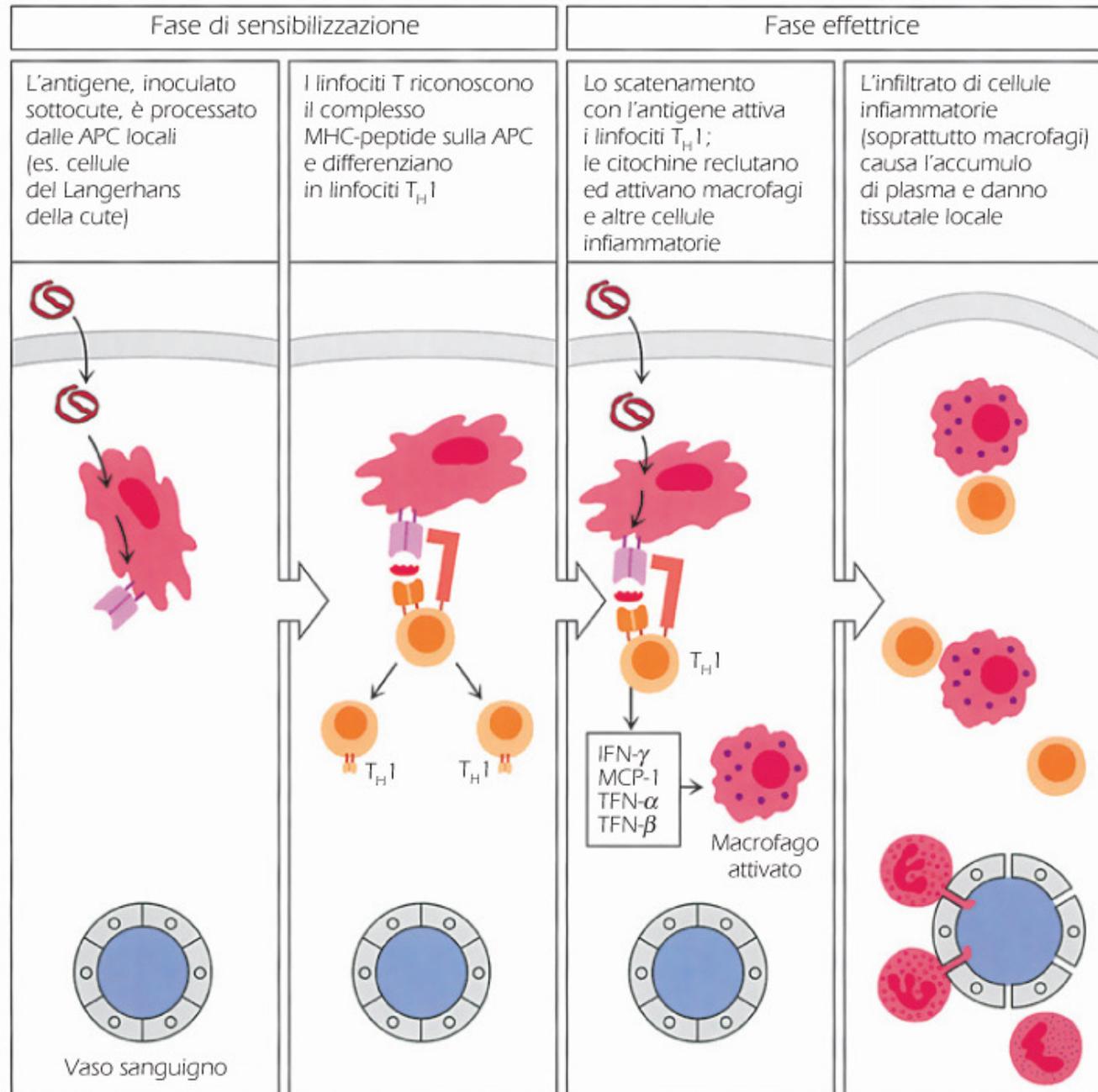


Diagnosi di laboratorio delle malattie autoimmuni

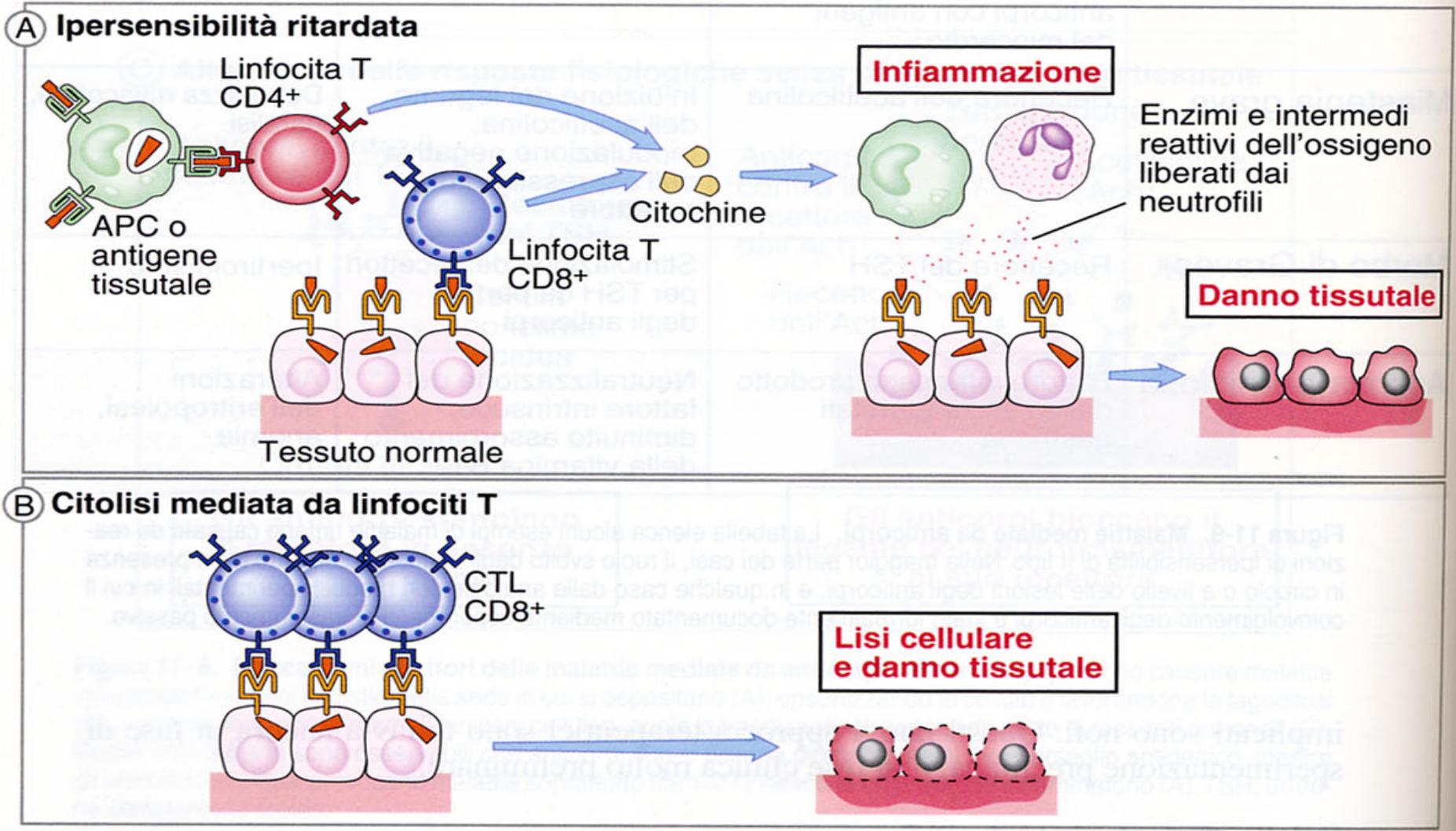
*La diagnosi di laboratorio delle malattie autoimmuni si basa sul fatto che esse sono caratterizzate dalla presenza di autoanticorpi diretti contro antigeni presenti in vari tessuti dell'organismo (**componenti del nucleo, elementi del citoscheletro, antigeni mitocondriali e ribosomiali, ecc.**).

*Ciascuna patologia è associata ad un gruppo particolare di anticorpi, che se ricercati nel siero dei pazienti possono essere utilizzati come marcatori ed aiutare il clinico nella diagnosi differenziale.

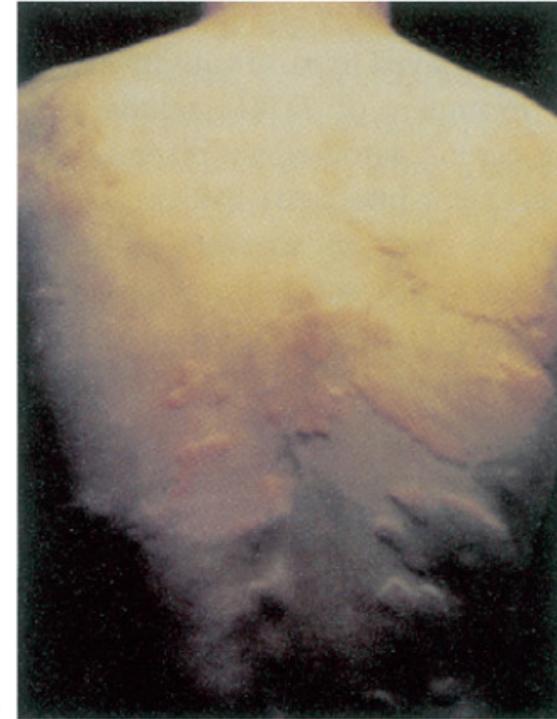
L'IPERSENSIBILITA' di IV tipo (DTH)



Meccanismi di danno tissutale



Pazienti con TBC o vaccinati verso la TBC risultano positivi alla tuberculina



L' eritema si manifesta dopo circa 48 ore dall' inizio del test.

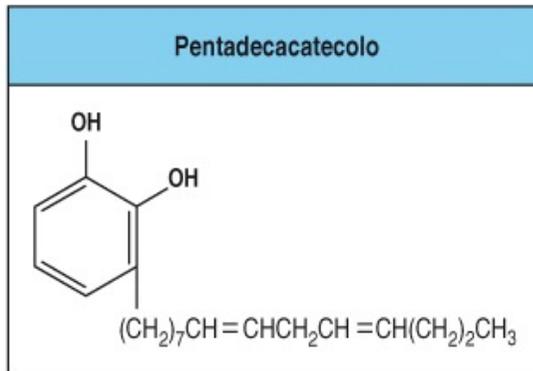


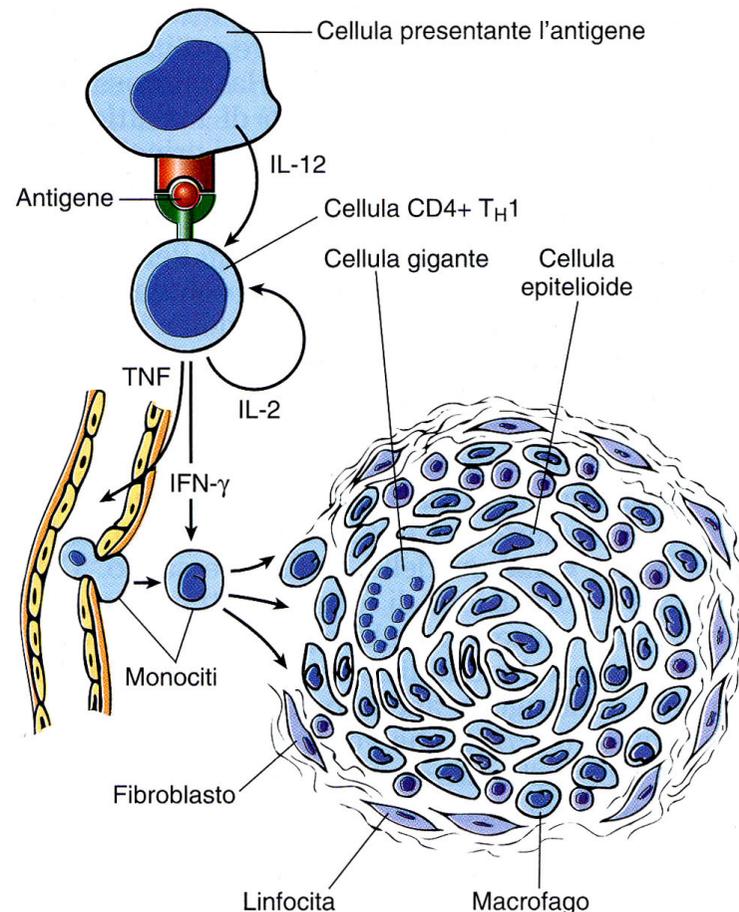
Figura 12.38 Il contatto fisico con il pentadecacatecolo presente nell'edera velenosa provoca dermatite.

La parte superiore della figura mostra la struttura chimica del pentadecacatecolo. La fotografia mostra le tipiche vescicole in un paziente affetto da dermatite da contatto provocata dall'edera velenosa (nella Figura 12.1 è mostrata la pianta). Foto per gentile concessione di R. Geha.



Peter Parham
Il Sistema Immunitario
Edises

L'ipersensibilità di IV tipo è un meccanismo di difesa contro numerosi patogeni intracellulari, tra cui micobatteri, funghi e alcuni parassiti.



Inoltre è coinvolta nel rigetto dei trapianti e nell'immunità contro i tumori.

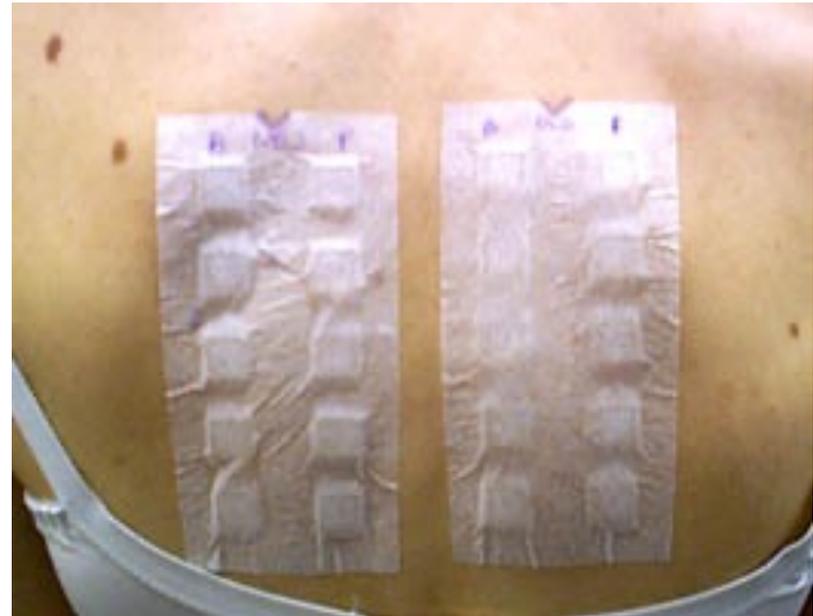
La Dermatite da contatto

L'ipersensibilità può essere causata dal contatto con agenti sensibilizzanti quali metalli o additivi della gomma



IL PATCH TEST

Questo test serve a diagnosticare malattie quali la dermatite da contatto causate da reazioni di ipersensibilità ritardata. Si utilizzano speciali dischi di alluminio che contengono tracce di potenziali agenti sensibilizzanti che vengono mantenuti per 48 ore a contatto con la cute del paziente. E' possibile valutare l'allergia verso metalli quali il nickel e il rame, la lanolina, coloranti e cosmetici.



Malattie mediate dai linfociti T

Malattia	Specificità dei linfociti T patogeni	Malattia umana
Diabete mellito insulino-dipendente (di tipo I)	Antigeni delle cellule β delle isolette del pancreas (insulina, decarbossilasi dell'acido glutammico, altri)	Specificità dei linfociti T non definita
Artrite reumatoide	Antigeni della sinovia articolare (non identificati)	Specificità dei linfociti T e ruolo degli anticorpi non definiti
Encefalomielite allergica sperimentale	Proteina basica della mielina, proteina proteolipidica	Sclerosi multipla (postulata)

L' Artrite reumatoide

- Malattia autoimmune, cronica e sistemica il cui bersaglio principale è costituito dalle articolazioni
 - nel 70 % dei pazienti si riscontra la presenza di anticorpi che reagiscono contro la regione costante di altri anticorpi (**fattore reumatoide**)
- Le donne (terza-quinta decade) sono 5 volte più a rischio degli uomini.
- I sintomi includono malessere, stanchezza e dolori muscoloscheletrici generalizzati e successivamente localizzati a livello delle articolazioni.



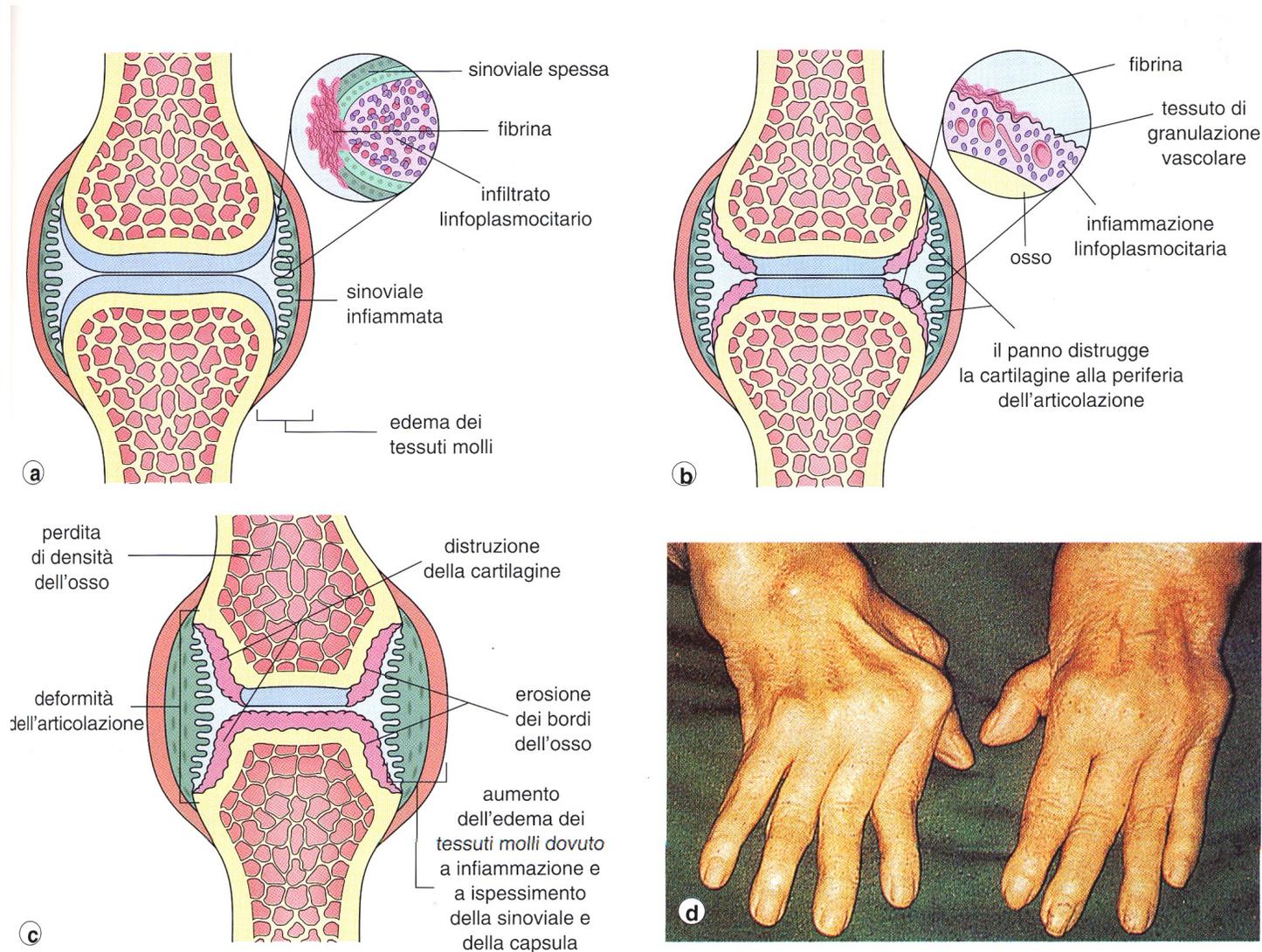
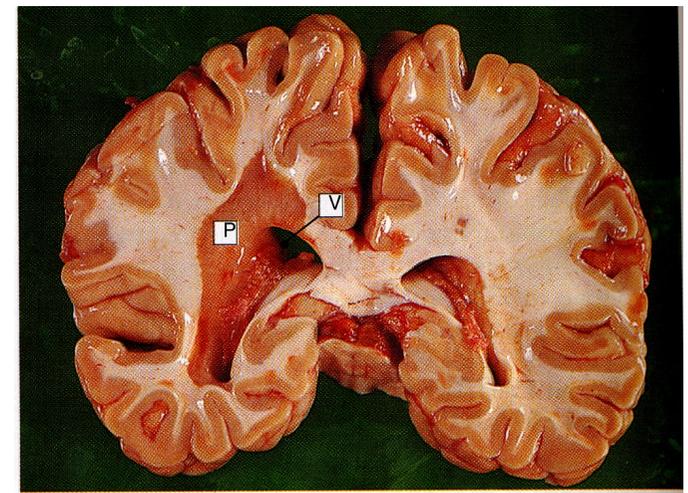
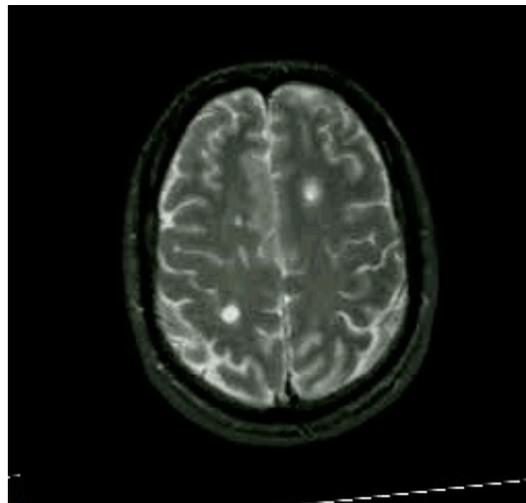


Figura 24.13 Artrite reumatoide. (a) L'alterazione patologica più precoce dell'artrite reumatoide è la **sinovite reumatoide**. La sinovite è rigonfia con andamento villosa. C'è un forte aumento delle cellule infiammatorie croniche (principalmente linfociti e plasmacellule) nello stroma della sinovia, spesso con un essudato di **fluido**, che si raccoglie nel cavo articolare, e di **fibrina**, che si deposita sulla superficie della sinoviale. L'edema dei tessuti molli provocato dalla infiammazione della sinovia può essere cospicuo. (b) Con il tempo c'è una **distruzione della cartilagine articolare**; il tessuto di granulazione vascolare cresce attraverso la superficie della cartilagine (**panno**) dai bordi della articolazione, e la superficie articolare mostra perdita di cartilagine al di sotto del panno, che si estende. Il fenomeno è più evidente ai margini dell'articolazione. (c) Il panno infiammatorio causa **distruzione focale dell'osso**. Al bordo dell'articolazione c'è una distruzione osteolitica dell'osso, responsabile delle «erosioni» visibili sulla radiografia. Questa fase è associata con deformazioni della articolazione. (d) La caratteristica deformità e l'edema dei tessuti molli che accompagna la malattia reumatoide di lunga durata delle mani.

La sclerosi multipla (MS)

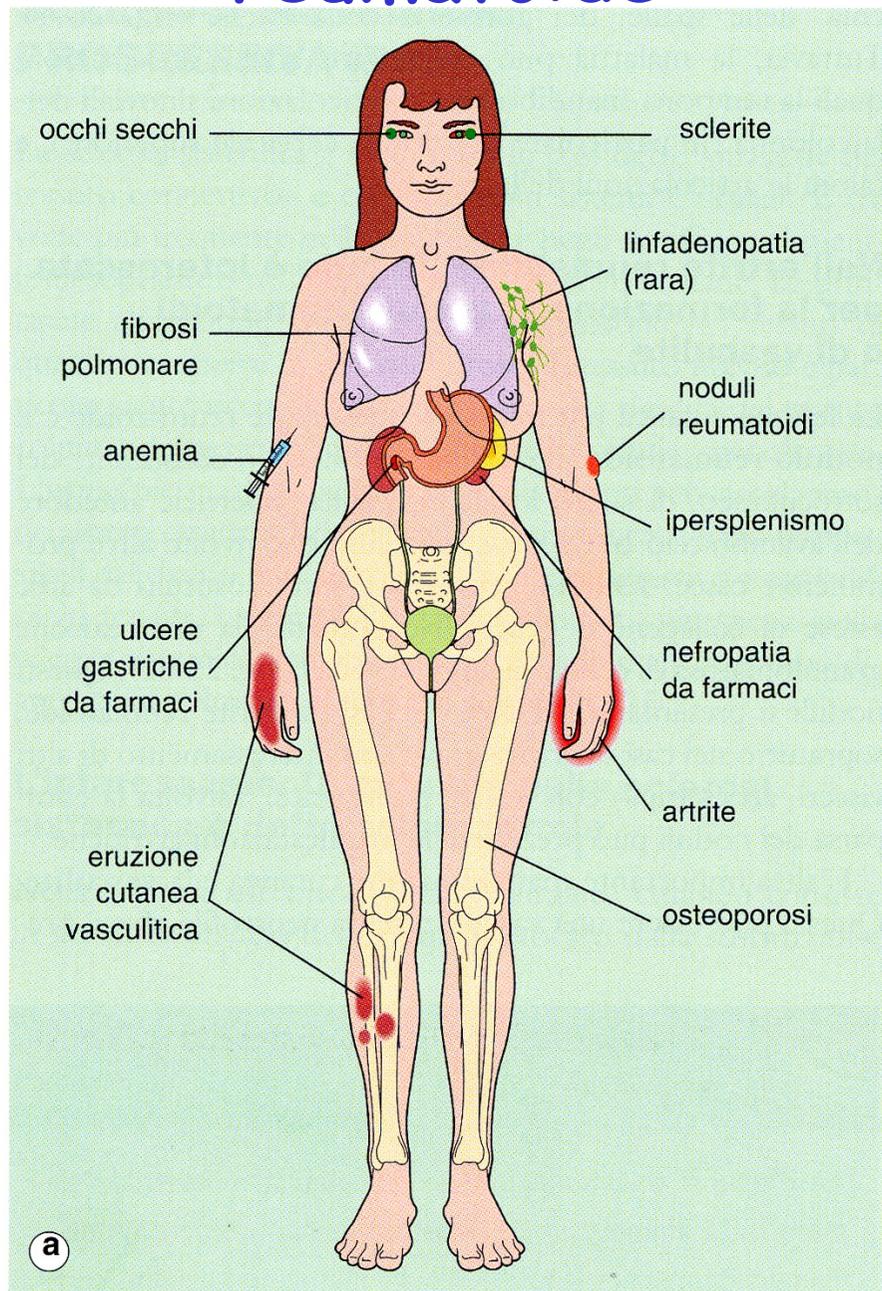
- Malattia cronica organo-specifica
 - È una malattia demielinizzante del SNC caratterizzata da episodi di deficit neurologici, separati nel tempo, dovuti a lesioni della sostanza bianca.
- È la più comune malattia demielinizzante con una prevalenza di ~ 1 individuo su 1000
 - il sesso femminile presenta una maggiore incidenza (60% dei casi, seconda-quarta decade)
- I sintomi includono malessere, tremori, deficit motori e sensoriali del tronco e degli arti, riduzione della memoria e dell'attenzione.

Immagine ottenuta dopo risonanza magnetica del cervello di un paziente affetto da sclerosi multipla. Le lesioni appaiono come placche multiple a margini definiti di aspetto grigiastro.

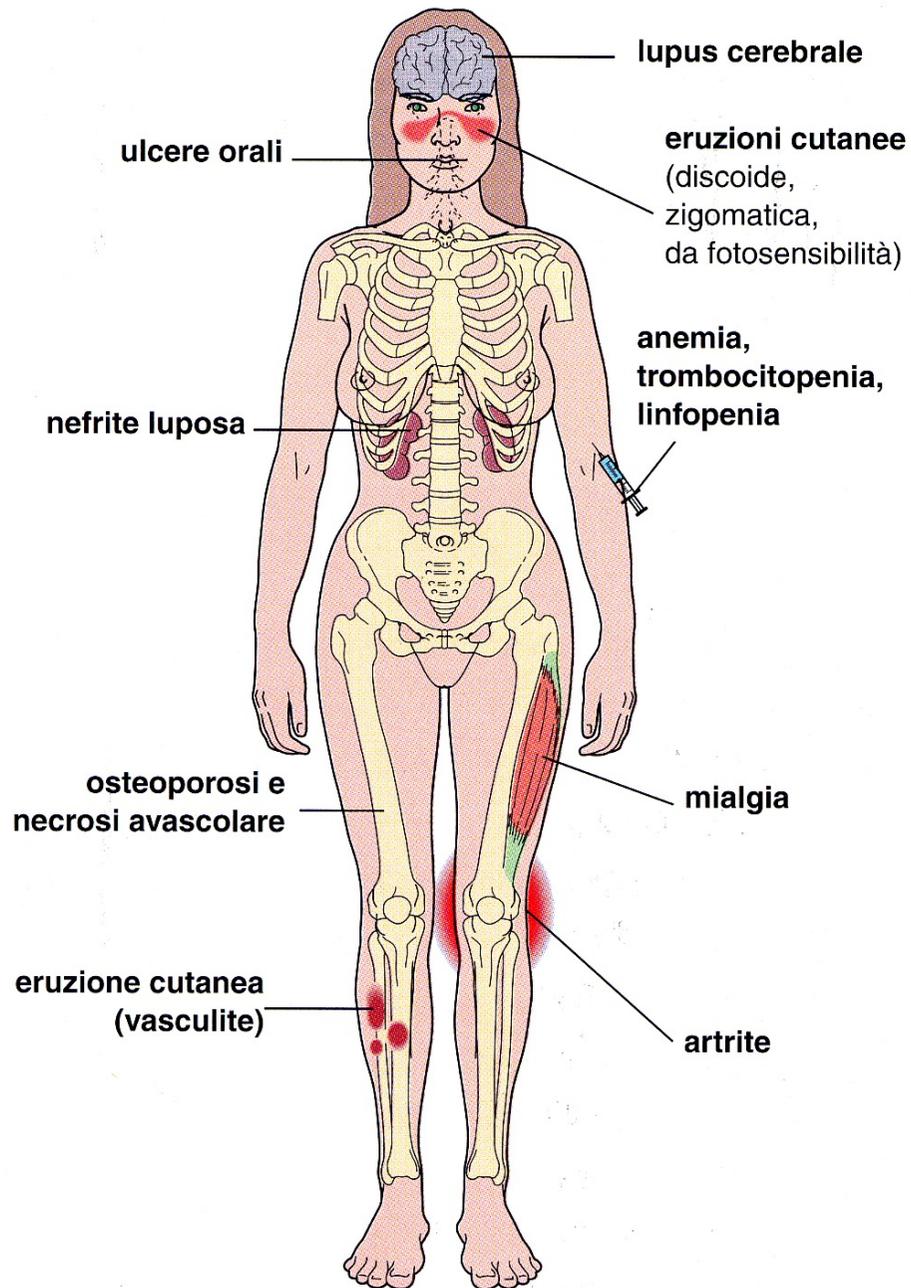


Anche malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide e la sclerosi multipla vengono classificate tra le reazioni di ipersensibilità di IV tipo.

Manifestazioni sistemiche dell'artrite reumatoide



Manifestazioni sistemiche del LES



Tumore (gonfiore) **o** ***neoplasia*** (nuova crescita):

*popolazione cellulare di nuova formazione che ha preso origine quasi sempre da una sola cellula somatica dell' organismo, colpita da una serie sequenziale di alterazioni genomiche (mutazioni, tipo epigenetico,etc.) trasmissibili alla progenie cellulare

*effetti fenotipici: comparsa di funzioni abnormi, perdita o riduzione di altre funzioni

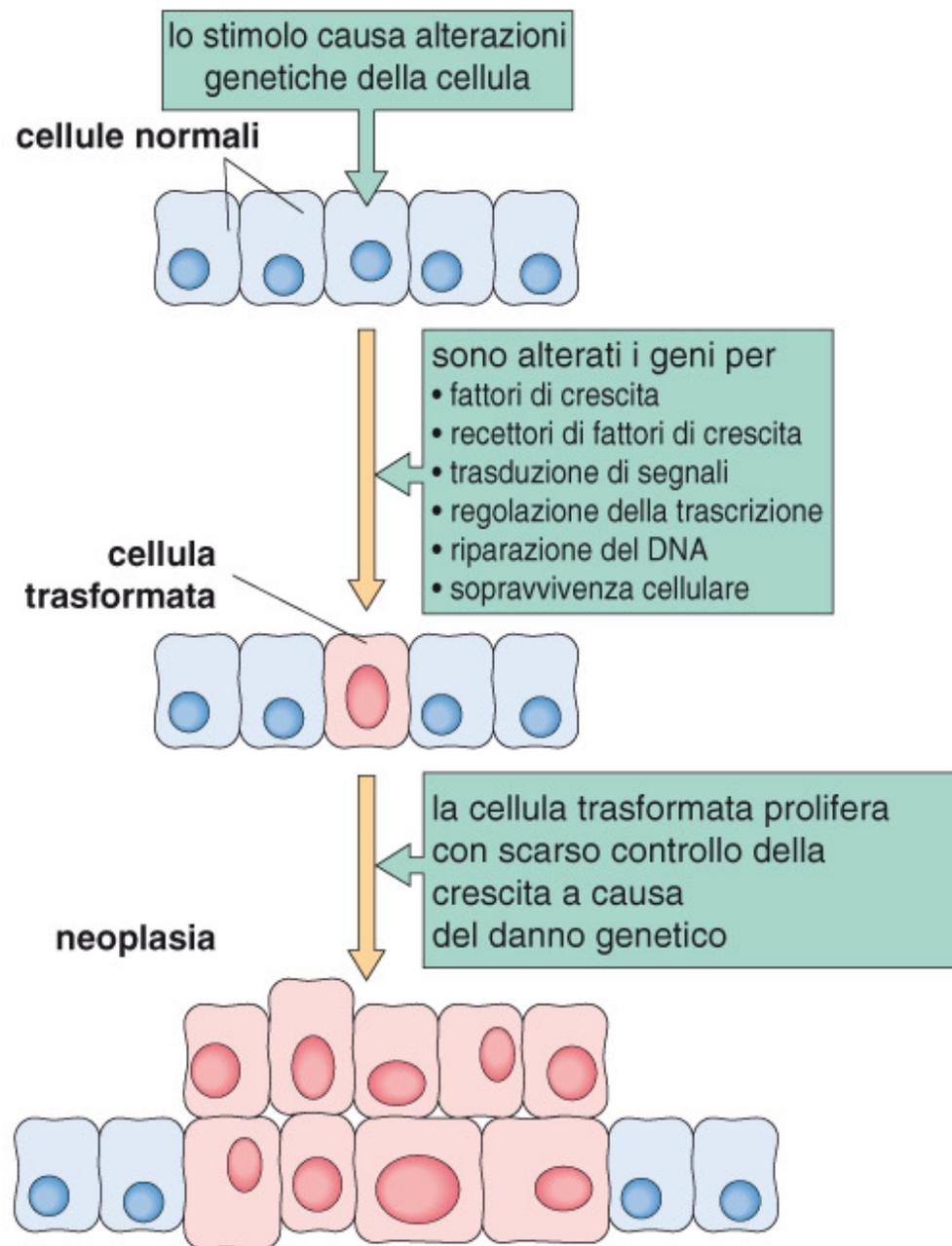
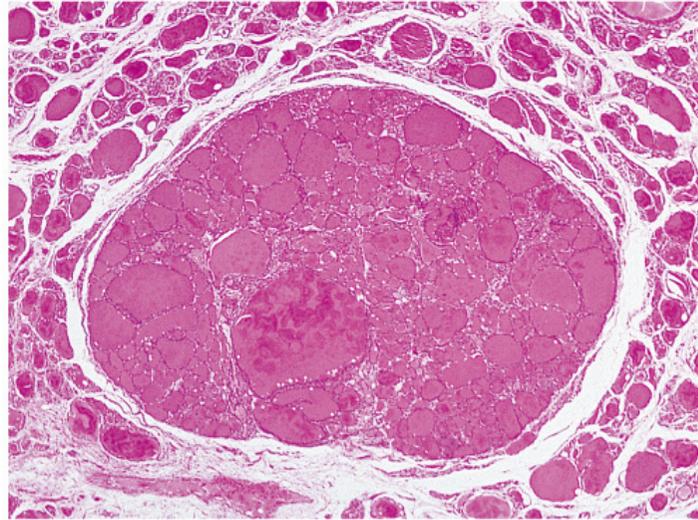


Fig. 6.5 Aspetti istologici delle neoplasie

	Benigne	Maligne
<i>Comportamento</i>	Solo crescita espansiva; si accresce localmente	Crescita espansiva e invasiva; può metastatizzare
<i>Istologia</i>	Assomiglia alle cellule di origine (ben differenziato)	Mostra mancanza di differenziamento cellulare
	Poche mitosi	Molte mitosi, alcune delle quali di forma anormale
	Rapporto nucleo/citoplasmatico normale o lievemente aumentato	Rapporto nucleo/citoplasmatico elevato
	Le cellule hanno aspetto uniforme in tutto il tumore <i>Non recidivano</i>	Le cellule variano per forma e dimensioni (pleomorfismo cellulare) e/o i nuclei variano per forma e dimensioni (pleomorfismo nucleare) <i>Possibilità della recidiva</i>

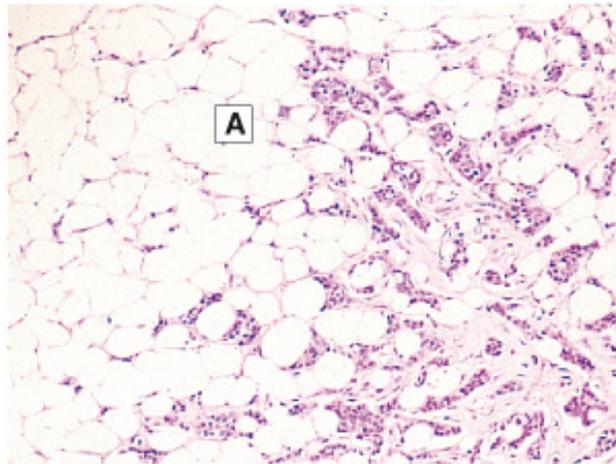
Neoplasia benigna della ghiandola della tiroide



A. Stevens, J. Lowe, I. Scott Patologia, terza edizione

Copyright 2010 C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

Margine di un tumore maligno della mammella



A. Stevens, J. Lowe, I. Scott Patologia, terza edizione

Copyright 2010 C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

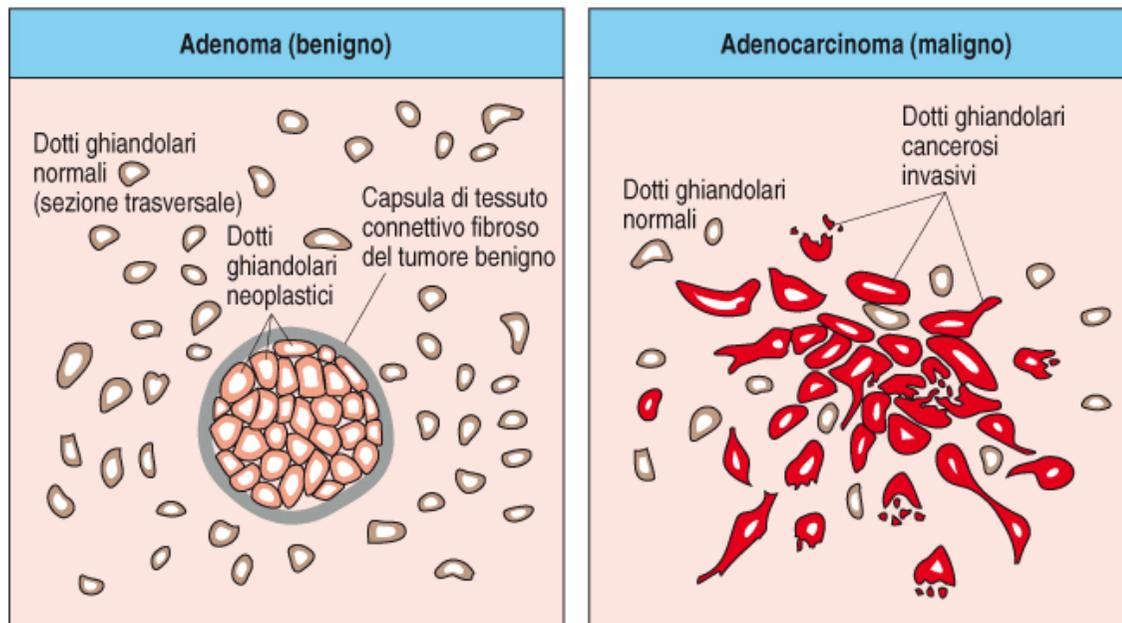


Figura 16.1 Le differenze fra neoplasie benigne e maligne derivate dallo stesso tessuto. Il diagramma illustra dei carcinomi mammari. Adenoma è il nome dato ai tumori benigni del tessuto ghiandolare; i tumori maligni dei tessuti ghiandolari sono definiti adenocarcinomi.

Criteri di classificazione dei tumori

Prognostico: benigno o maligno

Istogenetico: tessuto di origine

Eccezioni: tumori definiti sulla base dell'organo e non del tessuto (es. epatoma, timoma); tumori definiti sulla base dello studioso che lo ha identificato per primo (es. linfoma di Hodgkin, sarcoma di Ewing)

Classificazione dei tumori sulla base del tessuto di origine

- ❖ Epiteliali

- ❖ Del tessuto connettivo e muscolo

- ❖ Dei tessuti emopoietici

- ❖ Del sistema nervoso

- ❖ Dei melanociti

- ❖ Di origine placentare ed embrionale

Eziologia e Patogenesi dei tumori:

Cause esogene o ambientali

- agenti chimici* (composti chimici)
- agenti fisici* (es. radiazioni)
- agenti biologici* (virus oncogeni ed un solo batterio -*Helicobacter pylori*)

Cause endogene

- mutazioni trasmesse dai genitori alla prole*
- mutazioni per errori nella duplicazione del DNA*
- squilibri ormonali*
- agenti mutageni che non vengono neutralizzati (ROS)*

* tutti gli agenti cancerogeni agiscono inducendo alterazioni a carico del DNA

Cancerogenesi:

Iniziazione:

trasformazione della cellula somatica normale in cellula neoplastica latente priva dell'autonomia moltiplicativa

Promozione:

Formazione di un clone di cellule portatrici delle stesse alterazioni genomiche della cellula iniziata, che si rende clinicamente manifesto quando raggiunge una determinata massa

Progressione:

Ulteriore accumulo di mutazioni nel genoma della popolazione neoplastica (ad es. quelle responsabili del fenotipo invasivo e metastatico).

Concetto del tumore come entità dinamica.

Gradazione (grading): gravità delle caratteristiche istologiche e citologiche

Parametri: grado di differenziazione, frequenza di mitosi, pleomorfismo cellulare e nucleare, etc.

Stadiazione (staging): stadio di sviluppo in cui il tumore si trova al momento della diagnosi (eventualmente a quello dell'intervento chirurgico)

Parametri: **T** (estensione del tumore), **N** (invasione dei linfonodi), **M** (presenza di metastasi)

Gradazione (grading):

G1: cellule molto differenziate

G2: differenziazione di medio grado

G3: differenziazione di basso grado

G4: cellule indifferenziate

G5: cellule il cui grado di differenziazione non è definibile

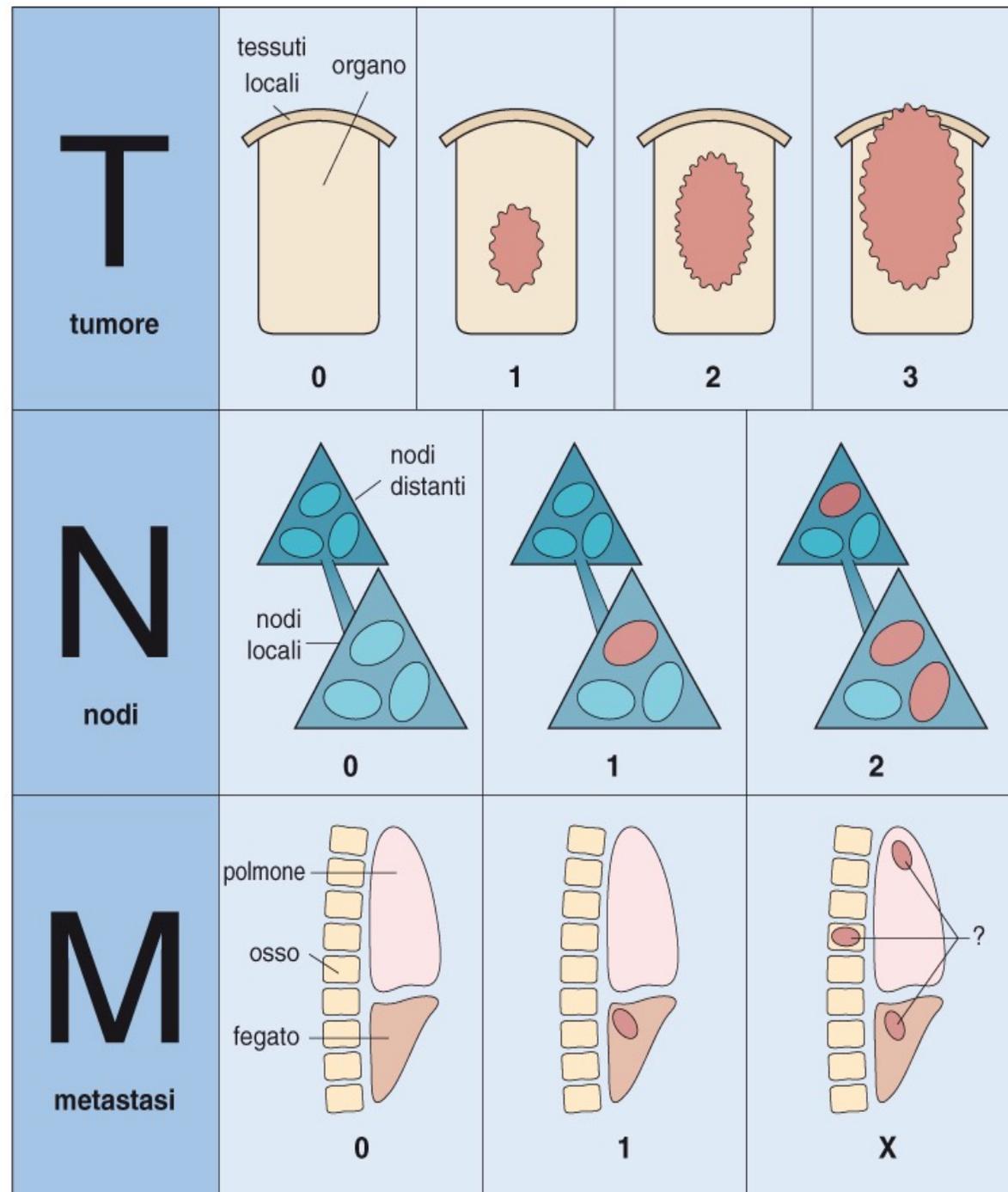
Stadiazione (staging): stadio TNM

T0= lesione in situ, T1, T2, T3, T4= tumori di dimensioni crescenti

N0= assenza di coinvolgimento linfonodale, N1, N2, N3= interessamento di un numero crescente di linfonodi

M0= assenza di metastasi a distanza, M1, M2= presenza di metastasi a distanza di numero crescente

Stadiazione e (staging)



Caratteristiche dei tumori maligni

*Differenziazione e anaplasia

*Origine clonale /eterogeneità genetica

*Tasso di crescita

*Immortalità (cellule staminali tumorali, CSC e cellule che iniziano il tumore, T-IC)

*Invasione locale

*Mestastatizzazione

METAPLASIA

Un tipo cellulare differenziato viene sostituito da un tipo cellulare differente (può regredire rimuovendo la causa irritante)

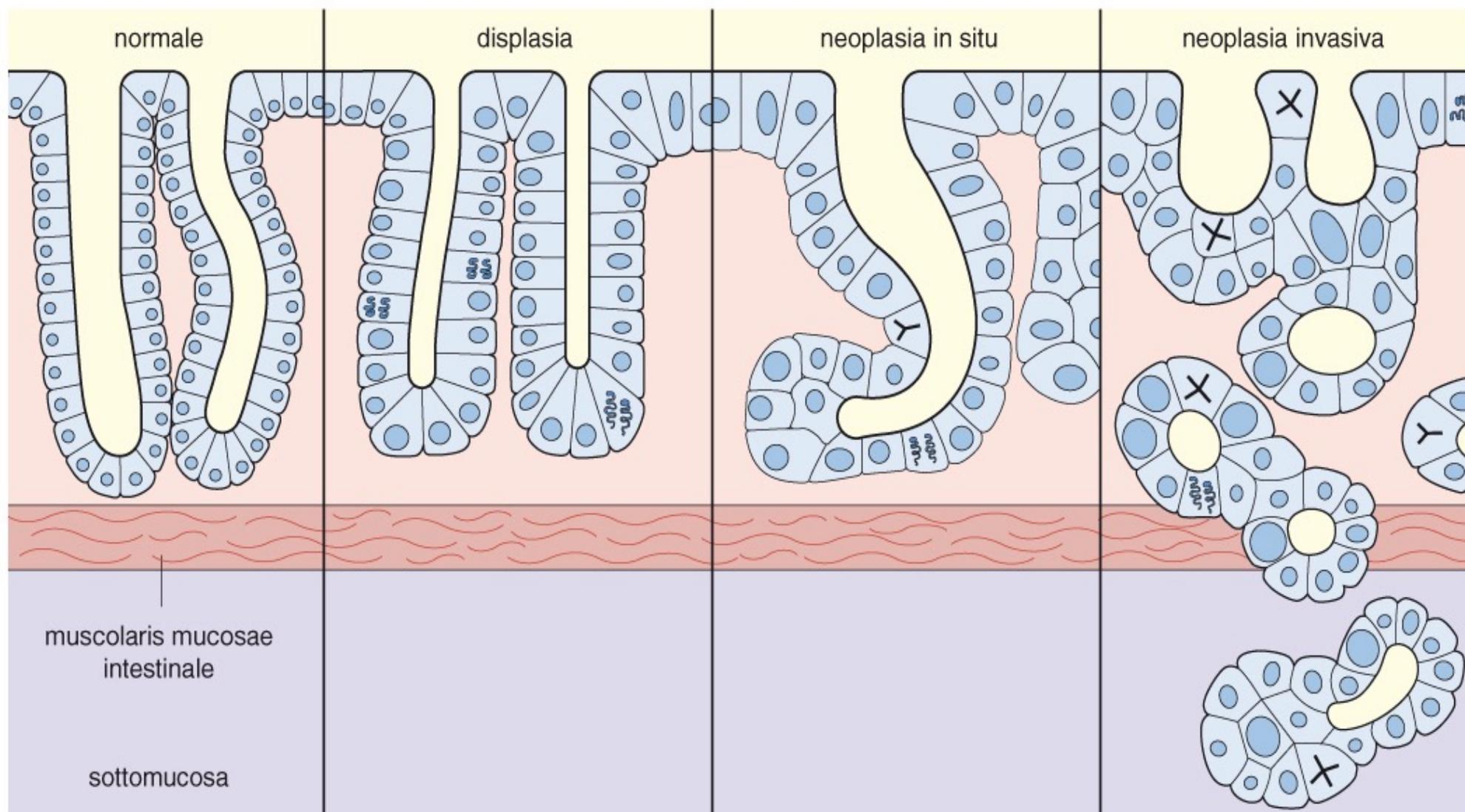
DISPLASIA

Perdita di uniformità delle singole cellule e dell'orientamento architettonico cellulare (tipica di lesioni pre-cancerose e cancerose).

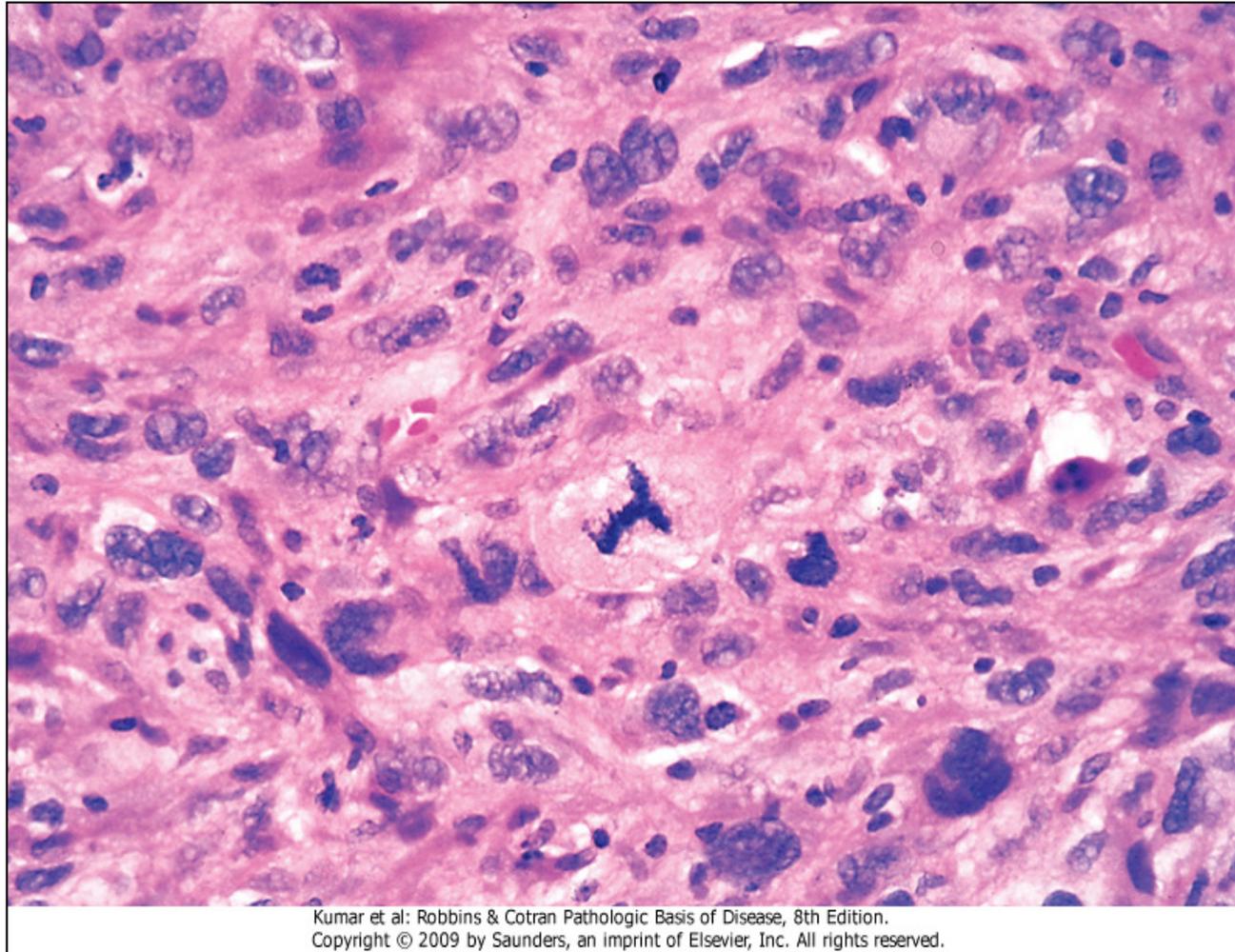
ANAPLASIA

Mancanza di differenziazione (tipica dei tessuti tumorali)

Progressione della displasia a neoplasia



ANAPLASIA



Kumar et al: Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease, 8th Edition.
Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

Cellule e nuclei di diversa forma e dimensioni. La cellula centrale ha un fuso mitotico anomalo

Caratteristiche dei tumori maligni

*Differenziazione e anaplasia

*Origine clonale /eterogeneità genetica

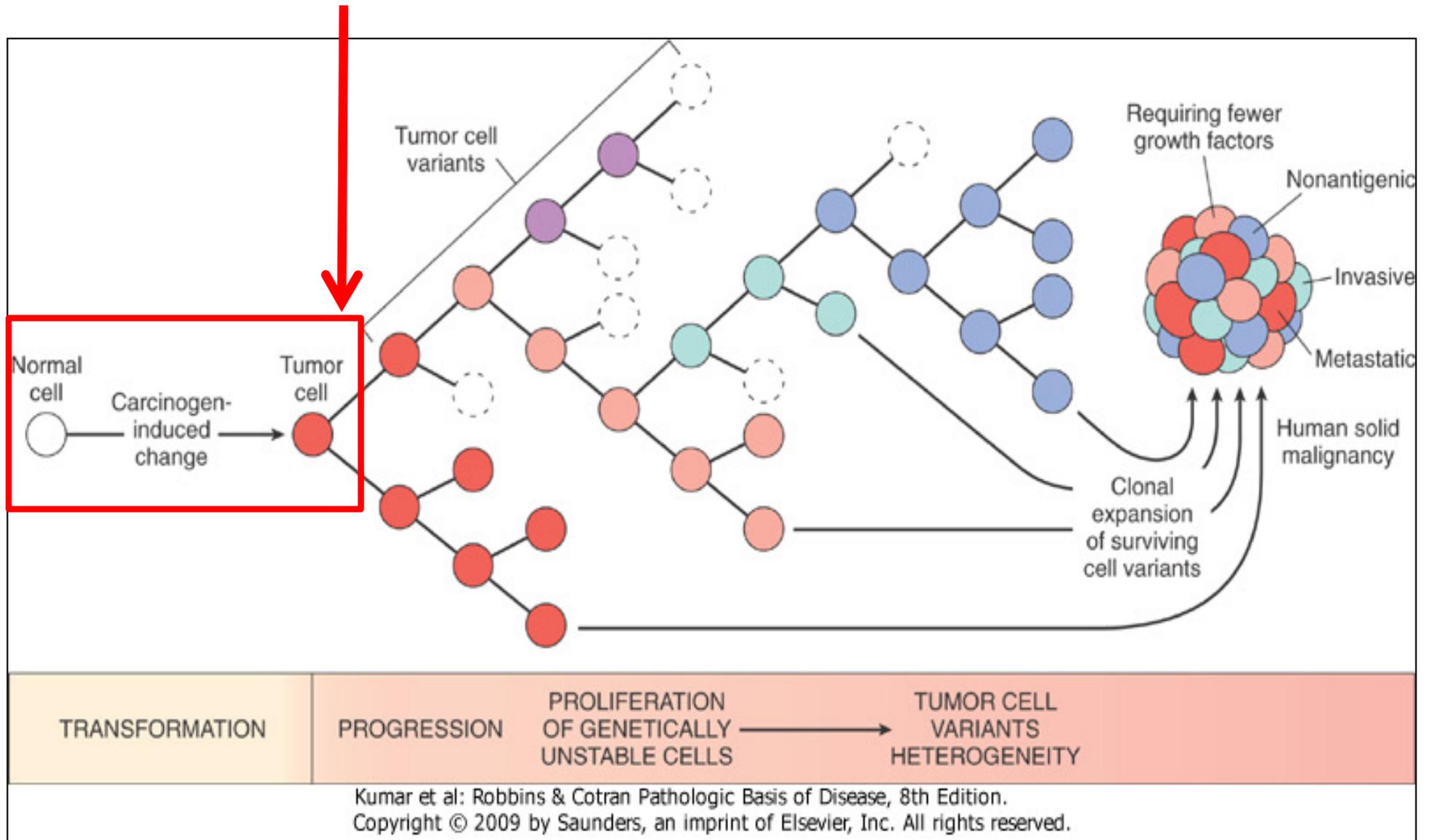
*Tasso di crescita

*Immortalità (cellule staminali tumorali, CSC e cellule che iniziano il tumore, T-IC)

*Invasione locale

*Mestastatizzazione

I tumori hanno origine monoclonale!



Caratteristiche dei tumori maligni

*Differenziazione e anaplasia

*Origine clonale /eterogeneità genetica

*Tasso di crescita

*Immortalità (cellule staminali tumorali, CSC e cellule che iniziano il tumore, T-IC)

*Invasione locale

*Mestastatizzazione

La proliferazione delle cellule neoplastiche:

****autonomia proliferativa***

-grazie alla produzione autocrina di fattori di crescita sono indipendenti dai segnali di crescita inibitori e regolatori che possono provenire dall'ambiente circostante

-la proliferazione incontrollata è inoltre sostenuta da meccanismi di **escaping apoptotico** che hanno un ruolo molto importante sia per l'iniziazione che per la progressione tumorale

Caratteristiche dei tumori maligni

*Differenziazione e anaplasia

*Origine clonale /eterogeneità genetica

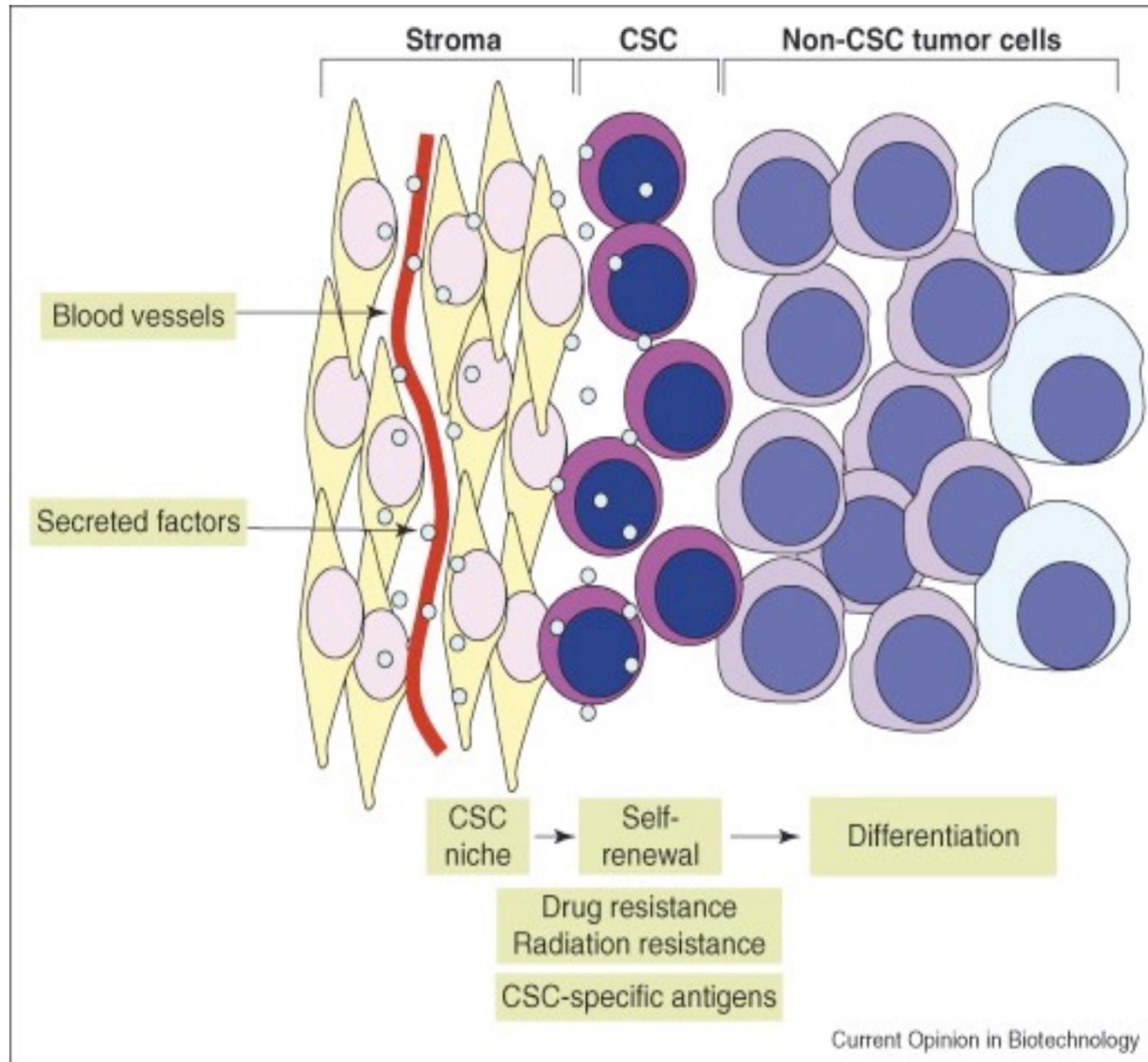
*Tasso di crescita

*Immortalità (cellule staminali tumorali, CSC e cellule che iniziano il tumore, T-IC)

*Invasione locale

*Mestastatizzazione

Cellule staminali tumorali: self-renewal e differenziazione

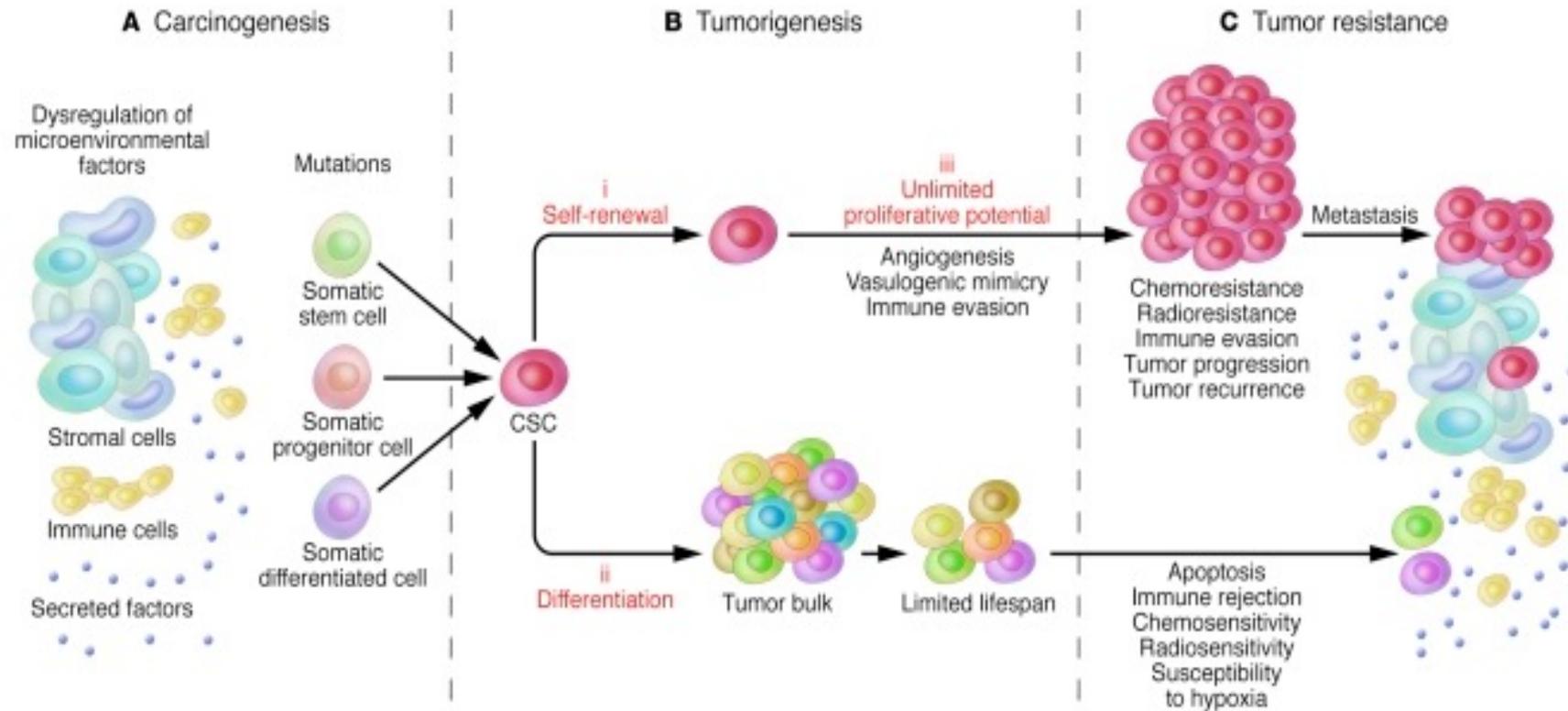


Ailles LE, Weissman IL. Cancer stem cells in solid tumors.
Curr Opin Biotechnol. (2007)18:460-6.

Cancer Stem Cells origin

- Adult or Embryonic Stem Cells that turn malignant?
- Malignant Cells that display “stem-like” property?

Cancer Stem Cells origin



Frank NY, Schatton T, Frank MH

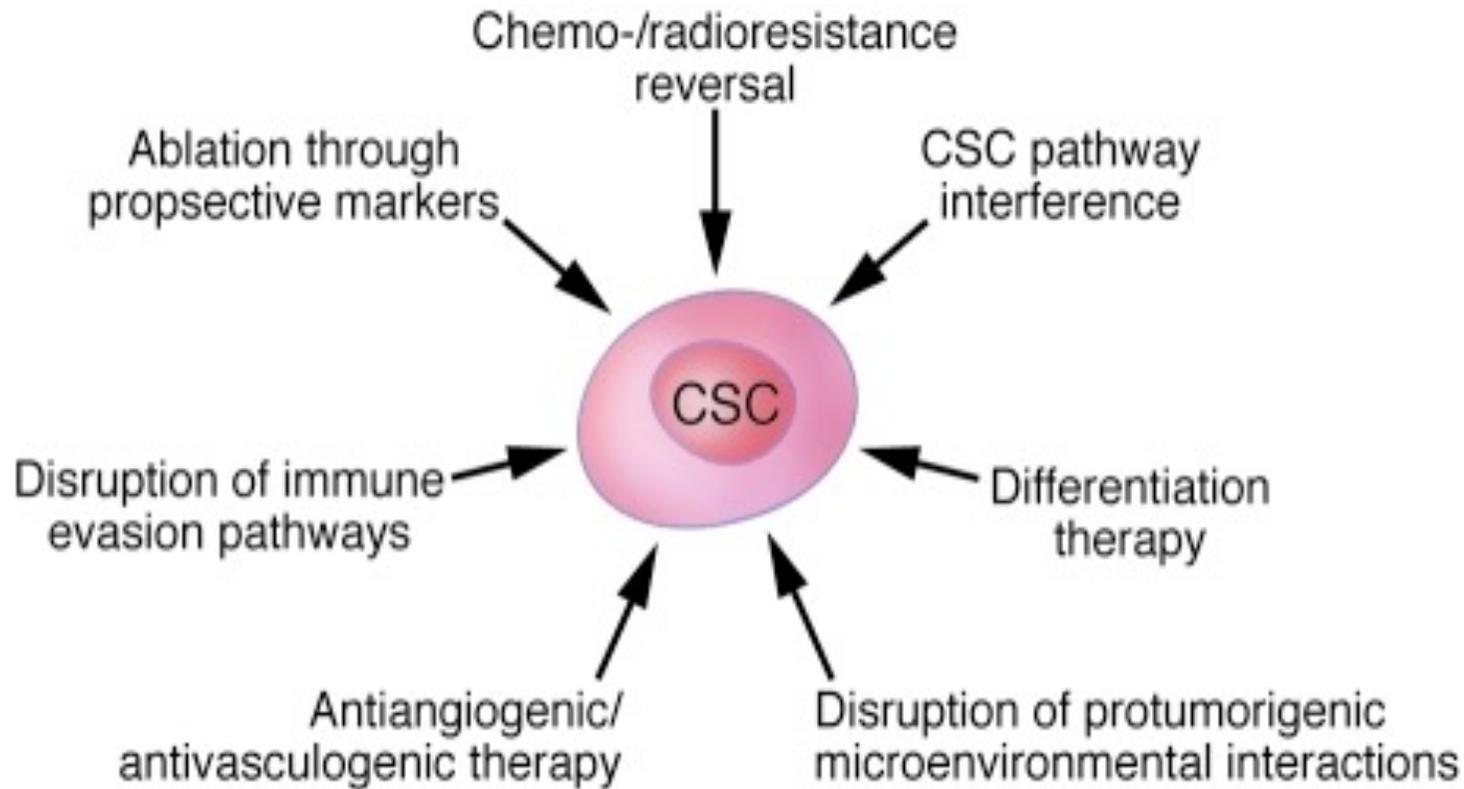
The therapeutic promise of the cancer stem cell concept.

J Clin Invest. (2010)120:41-50

Cancer Stem Cell Niche?

- ❖ Does cancer stem cell niche exist?
- ❖ What are the signaling cross-talks between CSC and their niches?
- ❖ Diversity of niches for different type of cancer and their metastases in different niches?
- ❖ Can we model CSC niche in vitro?
- ❖ Diverse CSCs and their niches in the same patient initiate different metastasis, and responsible for different sensitivity to treatments?

Cellule staminali tumorali: bersagli per terapie più efficaci



Frank NY, Schatton T, Frank MH

The therapeutic promise of the cancer stem cell concept.

J Clin Invest. (2010)120:41-50

Cellule staminali tumorali o cellule che iniziano il tumore?

cellule staminali normali:

- tutte **geneticamente identiche**
- fine **controllo** di self-renewal e differenziazione

cellule staminali tumorali:

- **eterogenità genetica**
- **disregolazione** di self-renewal e differenziazione

è corretto l'uso del termine “Cellule staminali tumorali”?

Caratteristiche dei tumori maligni

*Differenziazione e anaplasia

*Origine clonale /eterogeneità genetica

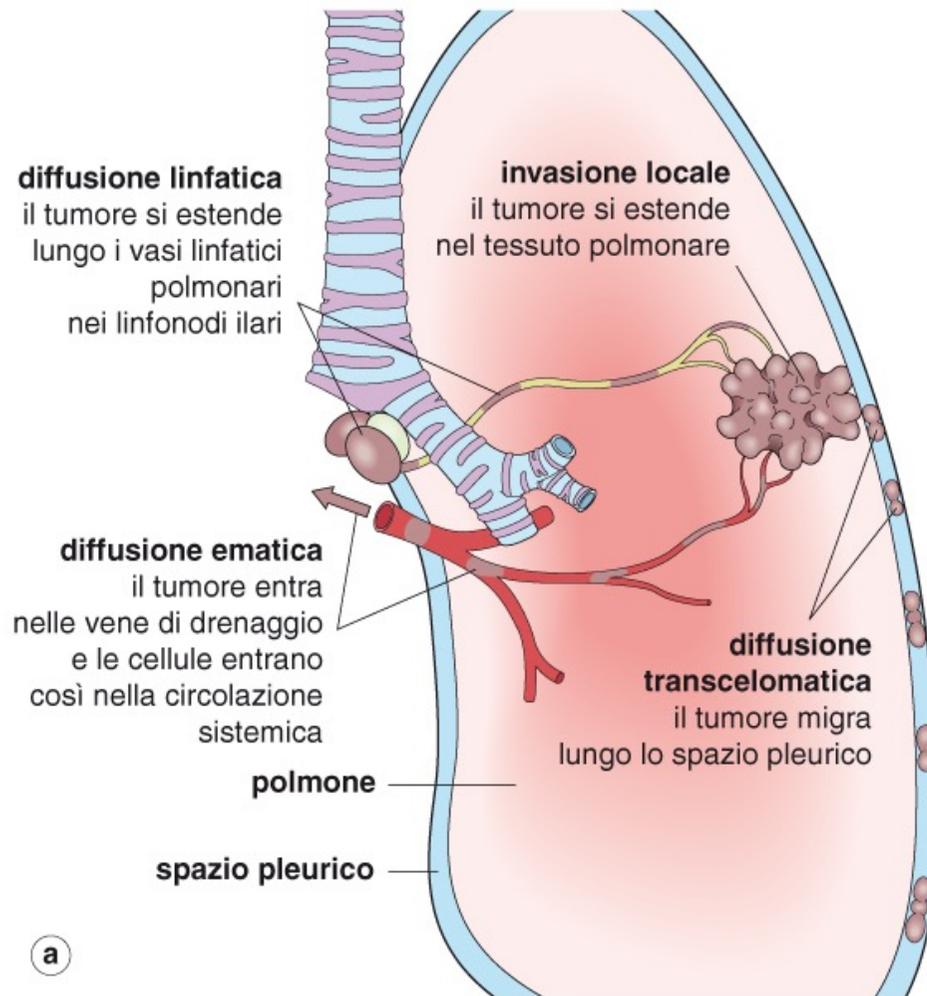
*Tasso di crescita

*Immortalità (cellule staminali tumorali, CSC e cellule che iniziano il tumore, T-IC)

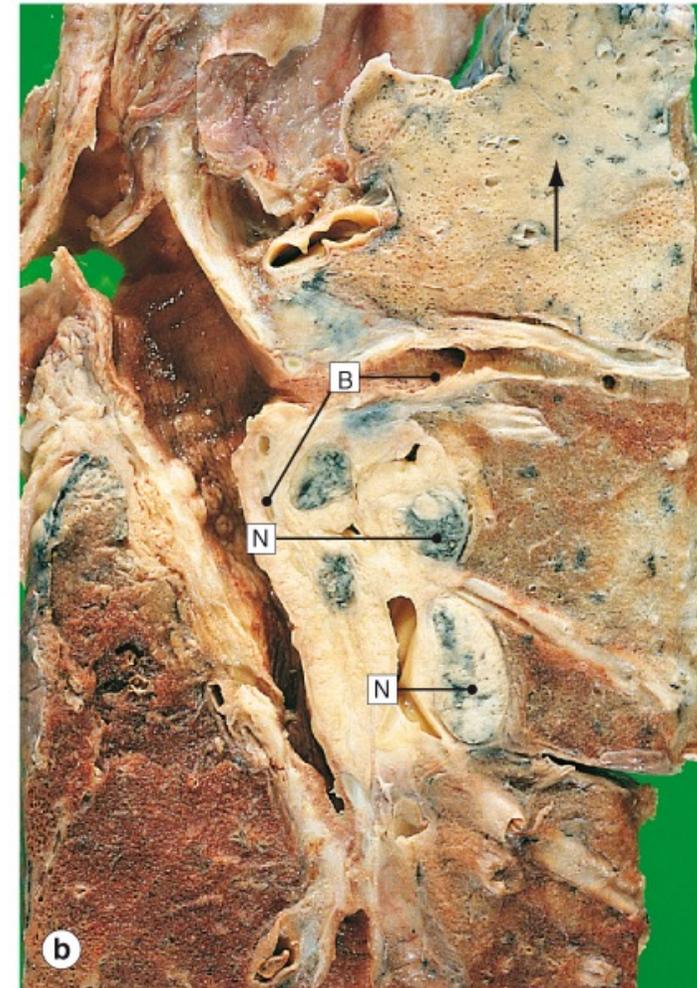
*Invasione locale

*Mestastatizzazione

Principali vie di diffusione del tumore



A. Stevens, J. Lowe, I. Scott Patologia, terza edizione



Copyright 2010 C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

*INVASIVITA' E METASTATIZZAZIONE DEI
TUMORI MALIGNI*

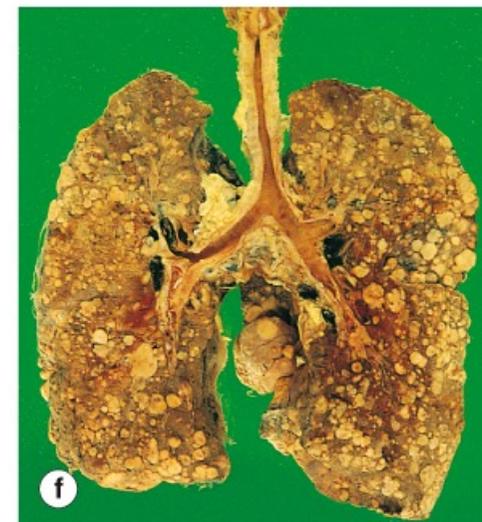
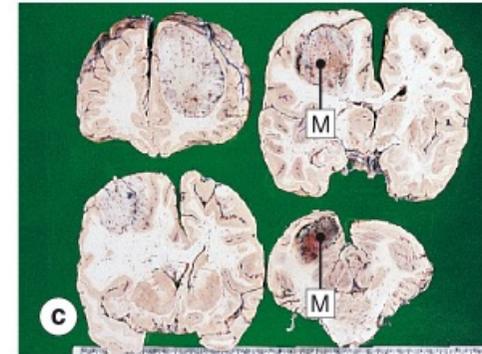
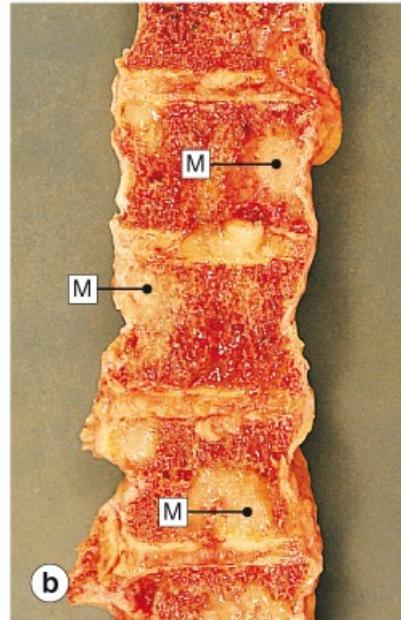
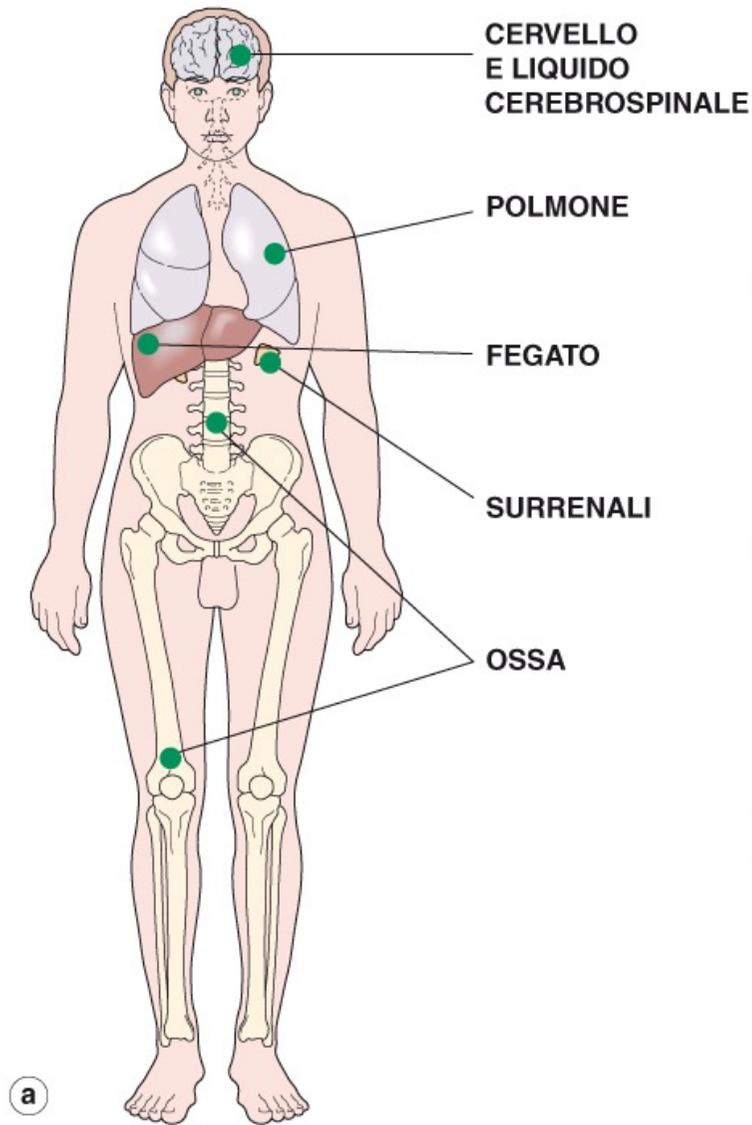
CAUSE PRINCIPALI DI MORTE PER CANCRO:

- Invasività a livello locale
- Mestastasi a distanza
- Cachessia
- Sindromi paraneoplastiche (raramente)

SINDROMI PARANEOPLASTICHE (nel 10% dei pazienti con tumori maligni):

- Endocrinopatie
- Sindromi del sistema nervoso e muscolare
- Malattie dermatologiche
- Alterazioni ossee, articolari, e dei tessuti molli
- Alterazioni vascolari ed ematologiche
- Altri

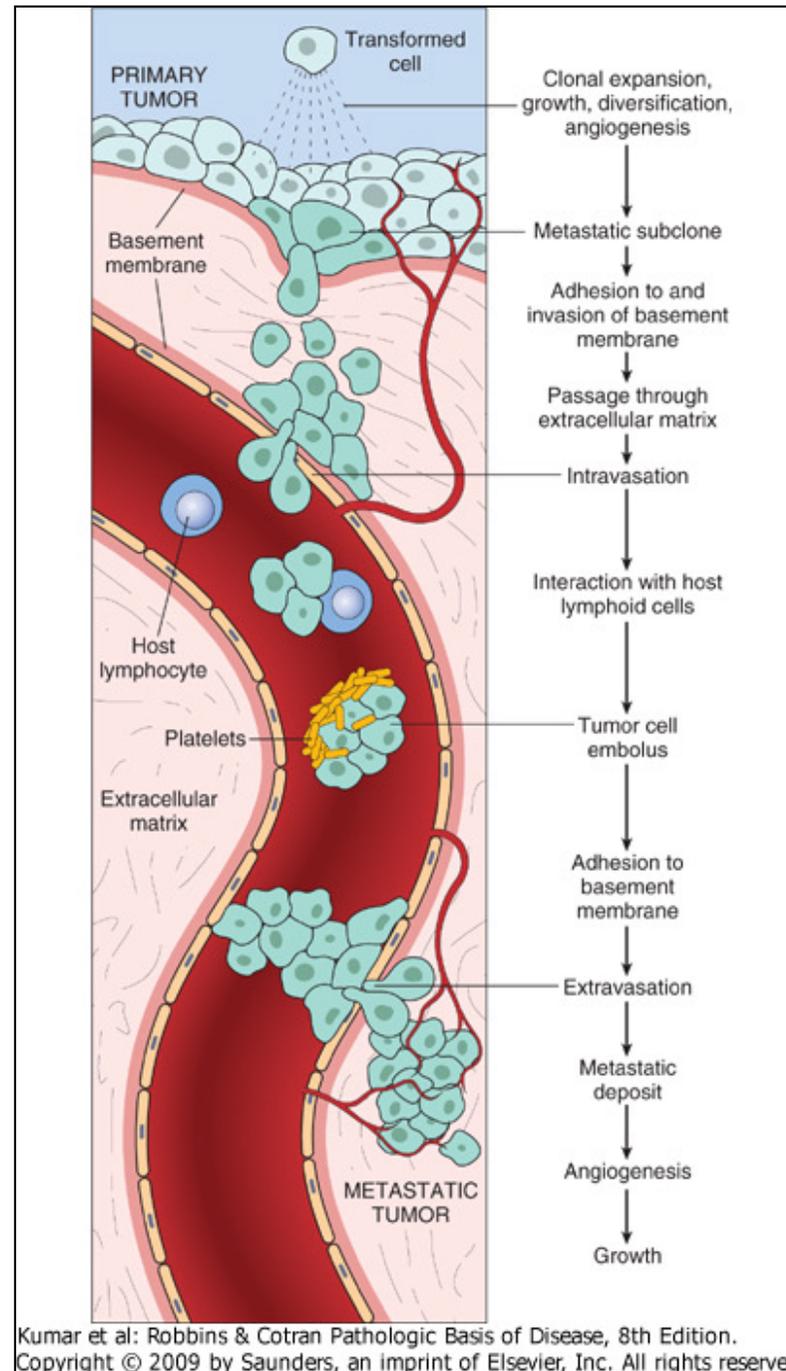
ESEMPI DI METASTASI



ASPETTI CLINICI DELLE METASTASI

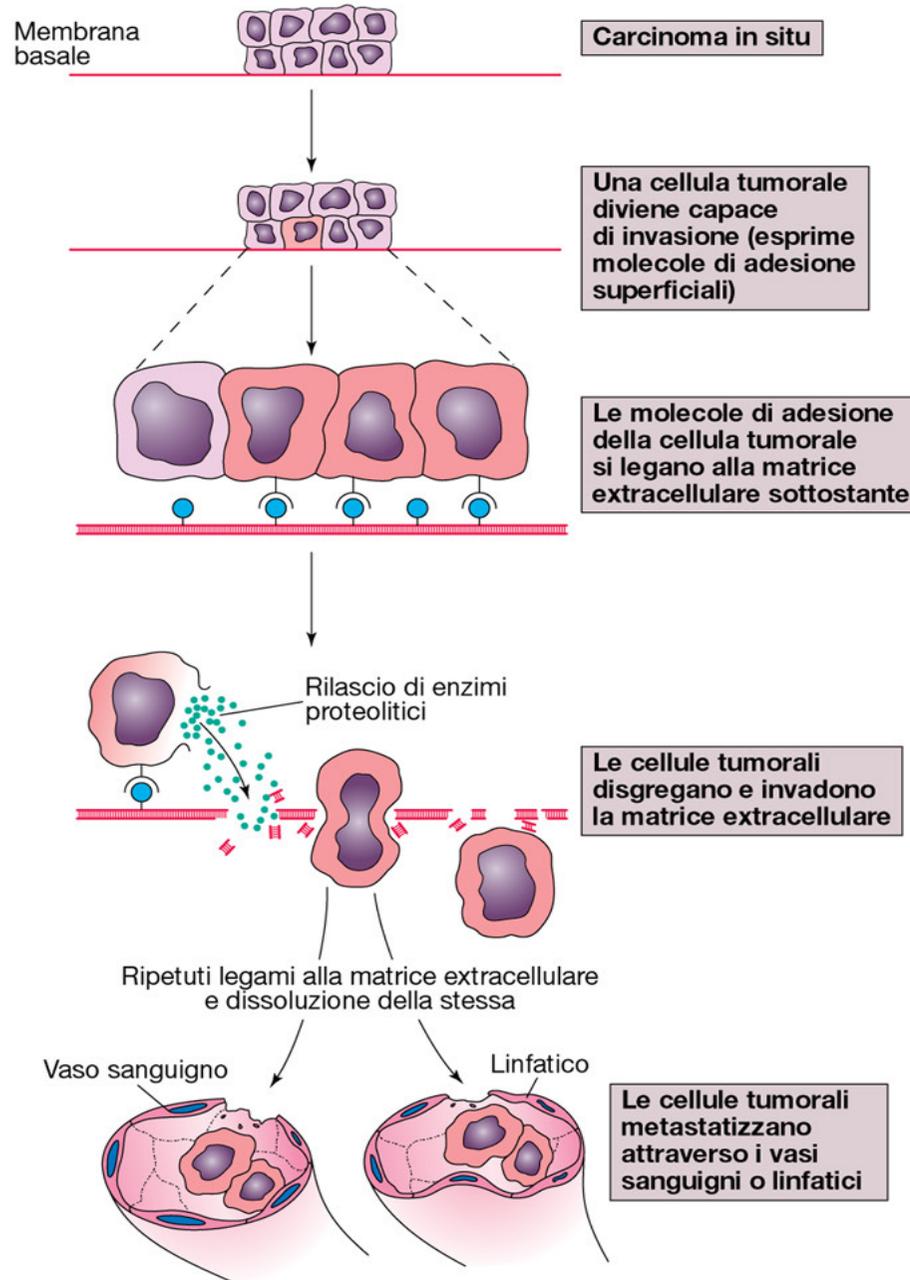
- Determinano compressione meccanica → occlusione/rottura vasi/ischemia/ablazione endocrina/effetti neurologici
- Infarto d'organo → insufficienza d'organo
- Reattività tessuto osseo di tipo osteolitico-osteoblastico e fratture
- Istologia e citologia riflettono il tumore primario ma con maggiore indice mitotico e minor grado differenziativo (anaplasia frequente)
- Micrometastasi locali – metastasi linfonodali latenti
- Metastasi silenti – latenza dovuta a blocco dell'angiogenesi
- Versamenti pleurici/peritoneali
- Squilibri metabolici (metastasi epatiche)
- Squilibri endocrini → sindrome paraneoplastica sistemica/ insufficienza respiratoria/ aritmie cardiache

TAPPE SEQUENZIALI DELLA CASCATA METASTATICA



Kumar et al: Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease, 8th Edition.
Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

INVASIVITA' E INGRESSO NEI VASI SANGUIGNI E LINFATICI



INVASIVITA' LOCALE

- I fase: infiltrazione locale
- II fase: distruzione e sostituzione del tessuto infiltrato
- III fase: organizzazione tissutale della massa infiltrante - fase vascolare

FENOTIPO INVASIVO

- Modificazione caratteristiche adesive
- Acquisizione motilità-chemiotassi
- Produzione enzimi litici
- Produzione di un proprio stroma e di vasi neoformati

Modificazione adesività cellulare

Modifica di recettori transmembrana:

Integrine aumentano

- Mediano l'adesione cellula-matrice extracellulare e l'adesione eterotipica cellula-cellula (*fibronectina-laminina*)
- Controllano la segnalazione intracellulare con attivazione dell'espressione genica
- Adesione di integrine con ligando specifico attiva la produzione di enzimi litici

Caderine e Catenine diminuiscono o scompaiono

- Mediano l'adesione omotipica cellula-cellula
- Controllano l'organizzazione tissutale

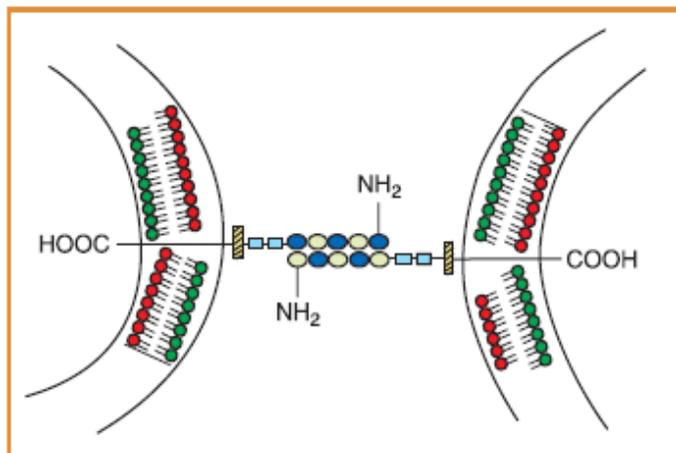
Superfamiglia immunoglobuline neoespressione

- ICAM1 (adesione intercellulare)

■ Tabella 26.1 - Esempi di specificità di legame delle integrine.

Integrine	Ligandi
$\alpha_2\beta_3$	Laminina, collagene
$\alpha_3\beta_1$	Laminina, collagene, fibronectina
$\alpha_4\beta_1$	V-CAM, fibronectina
$\alpha_5\beta_1$	Fibronectina
$\alpha_v\beta_3$	Numerose proteine dell'ECM, metalloproteasi-2
$\alpha_1\beta_2$	ICAM

Integrine



Molecole di adesione (famiglia CAM)

Modificazione nell'espressione delle molecole di adesione nelle cellule tumorali portano a:

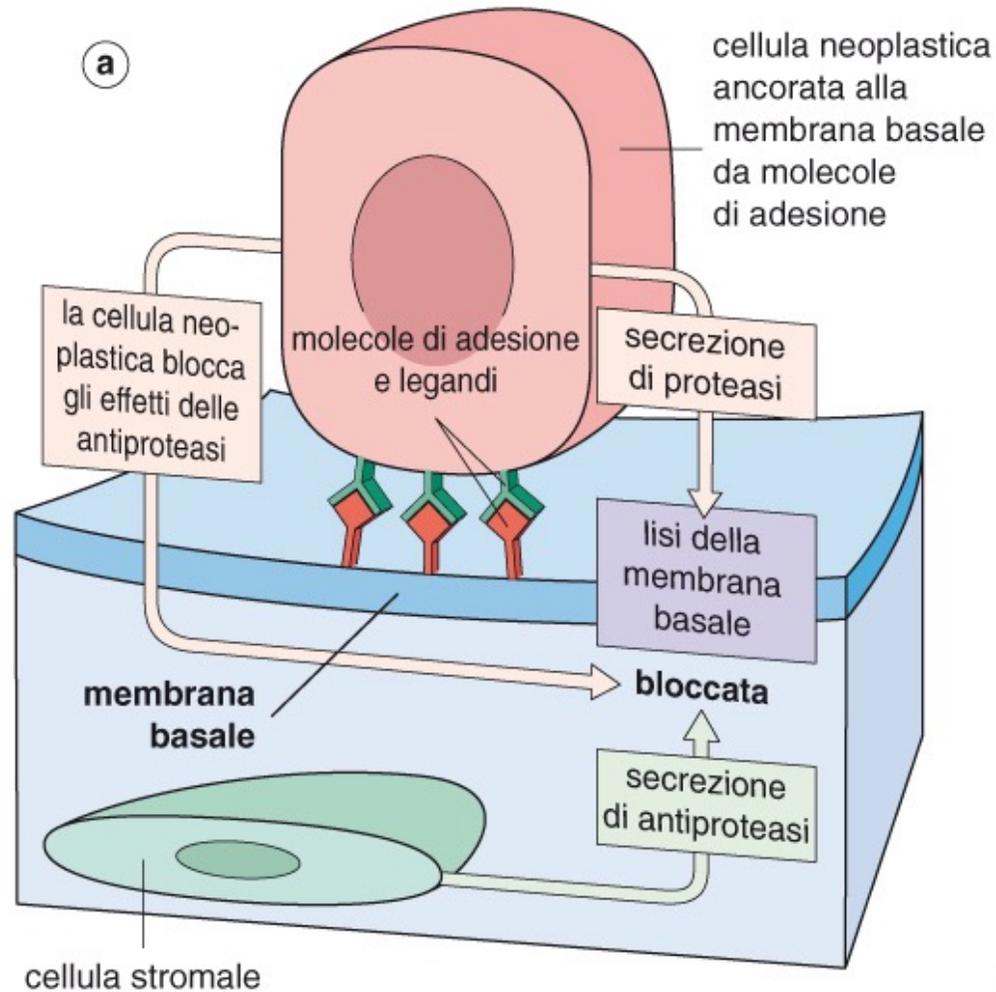
-Alterazioni della adesività omotipica

-Alterazioni della adesività con molecole dell'ECM

-Alterazioni nella trasduzione dei segnali

AZIONE DELLE PROTEASI

La lisi della membrana basale avviene per secrezione di proteasi e per inibizione degli inibitori della proteasi



Enzimi proteolitici

Modificazione nel microambiente tumorale dell'equilibrio tra attivatori ed inibitori dell'attività proteolitica

Collagenasi specifiche extracellulari:

Metallo-proteasi – MMP (matrix metalloproteases)

Attivatore plasminogeno - PA

Catepsine

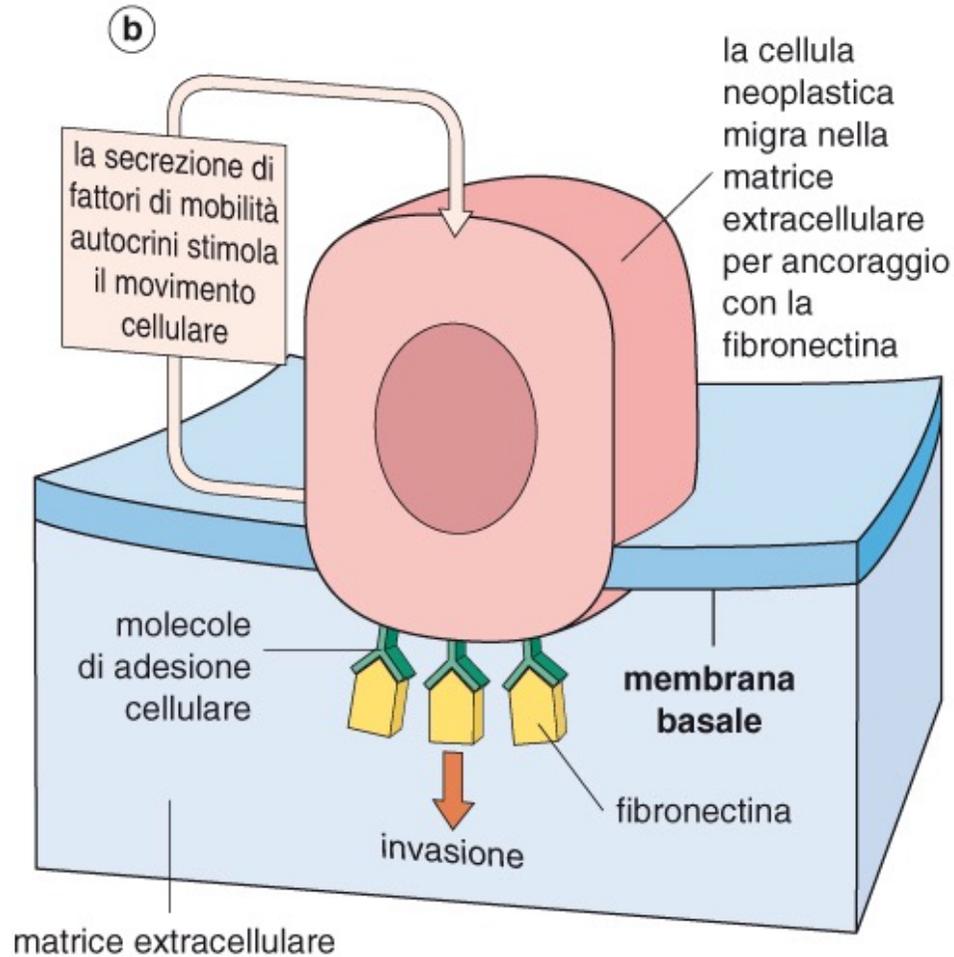
- MMP prodotte in forma inattiva. Attivate da altri enzimi e da PA
- Inattivate da inibitori specifici plasmatici e tissutali
- Interazioni integrina-ligando attivano la trascrizione di geni per MMP

Inibitori delle collagenasi:

TIMP (tissue inhibitors of metalloproteases)

MIGRAZIONE

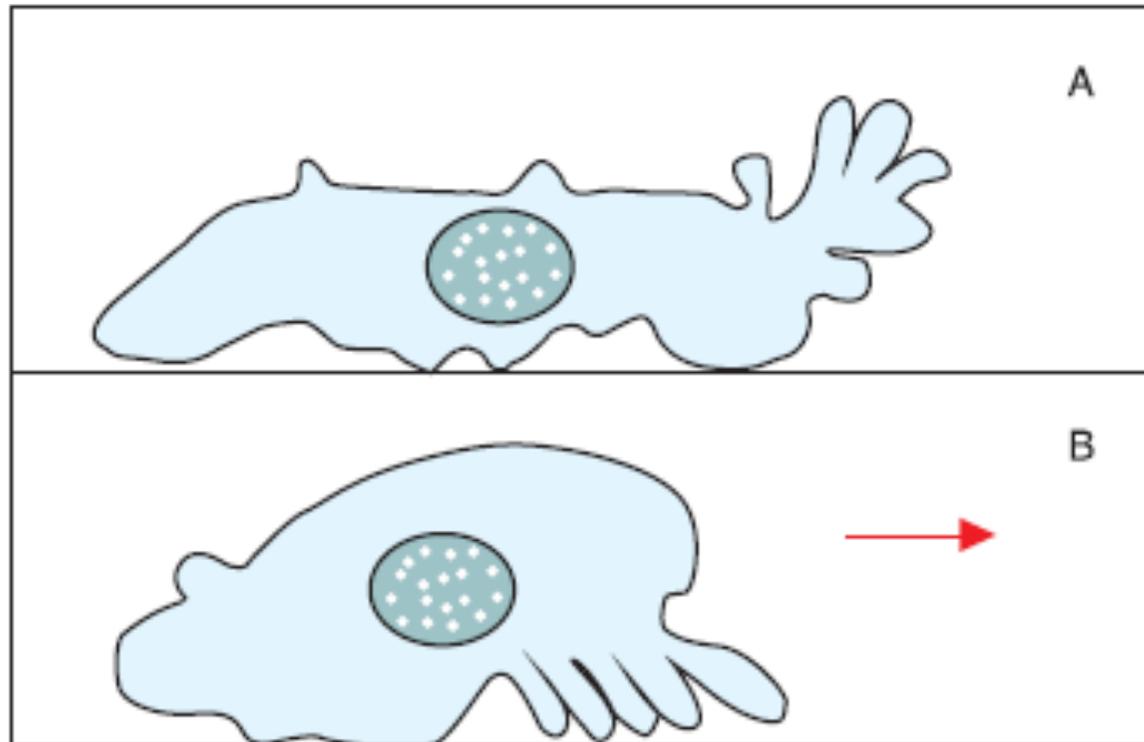
La migrazione delle cellule è stimolata da fattori di mobilità autocrini e ancoraggio della cellula a molecole della matrice extracellulare



Motilità-Chemiotassi

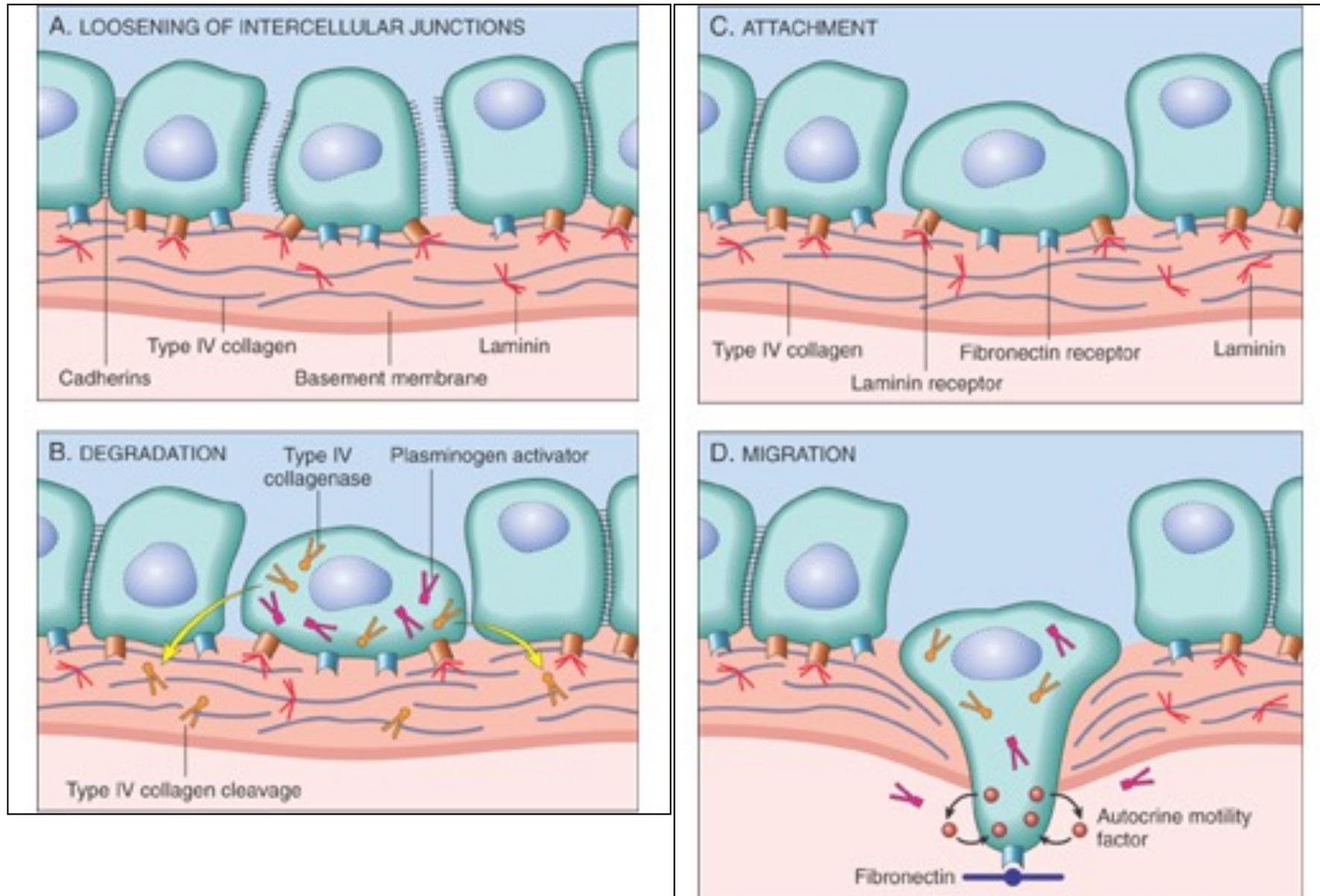
- Produzione di fattori di motilità autocrini
- Prodotti di degradazione della matrice (glicoproteine fibronectina e laminina) assumono ruolo di fattori chemiotattici
- Adesione alla matrice extracellulare e/o alle cellule endoteliali mediata da integrine/lectine/glicoproteine di superficie cellulare
- Crescita indipendente dall'ancoraggio
- Perdita dell'anoikis (apoptosi indotta da perdita di adesione)
- Modifiche citoscheletro → formazione di **pseudopodi** → movimento ameboide
- Movimento direzionale mediato da placca focale di adesione
- ***Placca focale di adesione*** →
proteina di matrice extracellulare-integrina-actinina-actina(citoscheletro)-mediatori intracitoplasmatici

MIGRAZIONE DELLE CELLULE NEOPLASTICHE

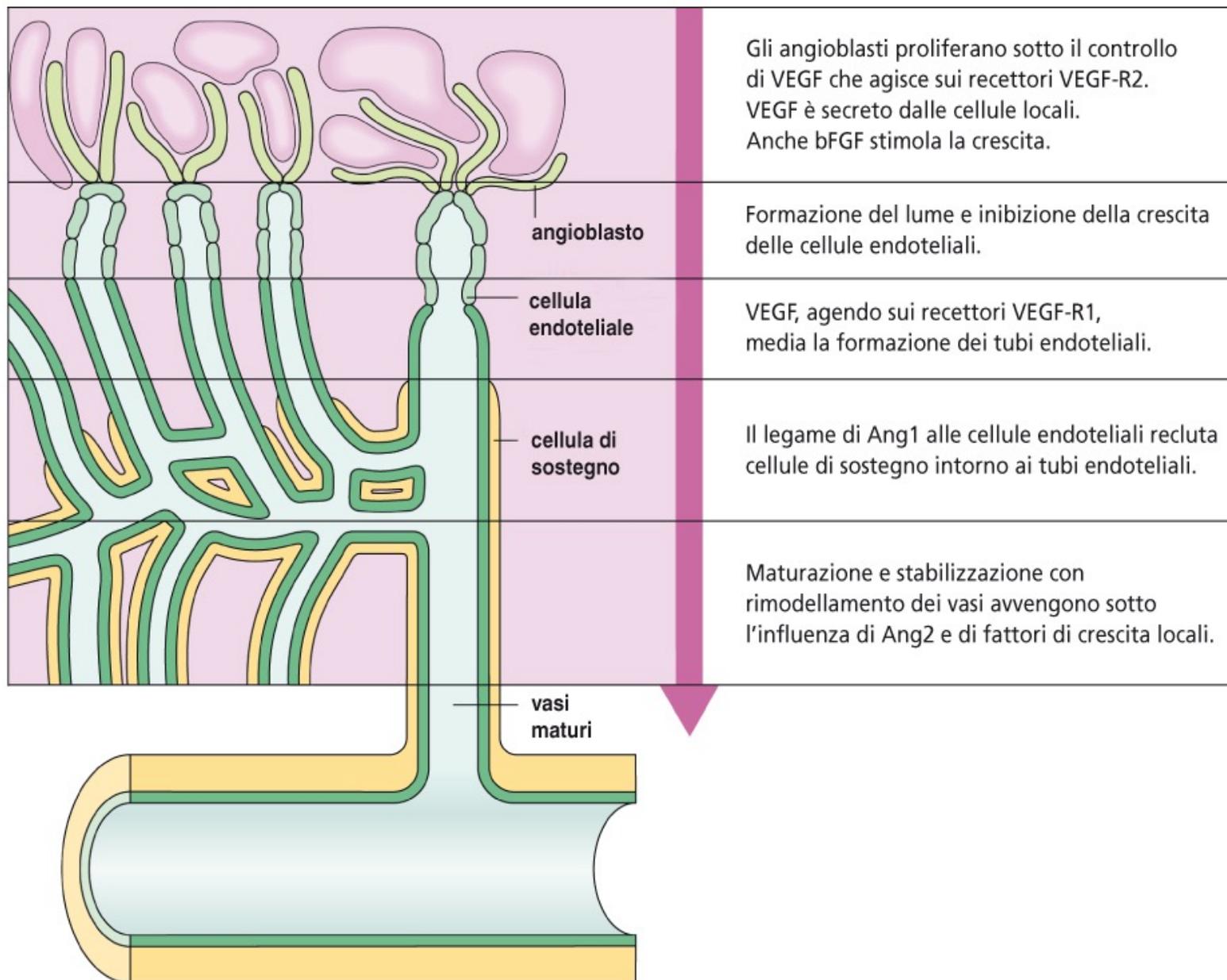


■ **Figura 26.6 - Locomozione delle cellule neoplastiche.**

RIASSUNTO DELLE TAPPE DI INVASIVITA' LOCALE



ANGIOGENESI



METASTASI

Distacco di cellule neoplastiche dalla massa primitiva ed organizzazione di una nuova massa tumorale in sedi più o meno distanti

DISSEMINAZIONE EMATICA

- invasione capillare di singole cellule
- infiltrazione diretta della massa tumorale
- caduta di cellule in lacune vascolari senza endotelio

DISSEMINAZIONE LINFATICA

- capillare linfatico afferente→assenza membrana basale
- linfonodo→istiocitosi dei seni linfatici

DISSEMINAZIONE TRANSCELOMATICA

- liquido pleurico
- liquido peritoneale→versamento/ascite/sferoidi metastatici

DISSEMINAZIONE PER CONTIGUITA'

METASTASI PER VIA EMATICA

- Invasione locale
- Infiltrazione vascolare attraverso l'endotelio
- Disseminazione vascolare
- Arresto nel microcircolo
- Superamento dell'endotelio con fuoriuscita dal vaso
- Sopravvivenza e proliferazione nel nuovo tessuto
- Organizzazione tissutale con nuovo stroma
- Neoangiogenesi

SELETTIVITA' ORGANO-SPECIFICA DELLA METASTASI

- Disseminazione via sistema portale → fegato
- Disseminazione via vena cava → polmone
- Osso
- Cervello

Ipotesi di selettività

1. base anatomica di emodinamica: organo drenante
2. richiesta specifici fattori trofici/chemiotattici
3. presenza di specifici recettori per molecole adesive

ESEMPI DI METASTASI PREFERENZIALI ORGANO-SPECIFICHE

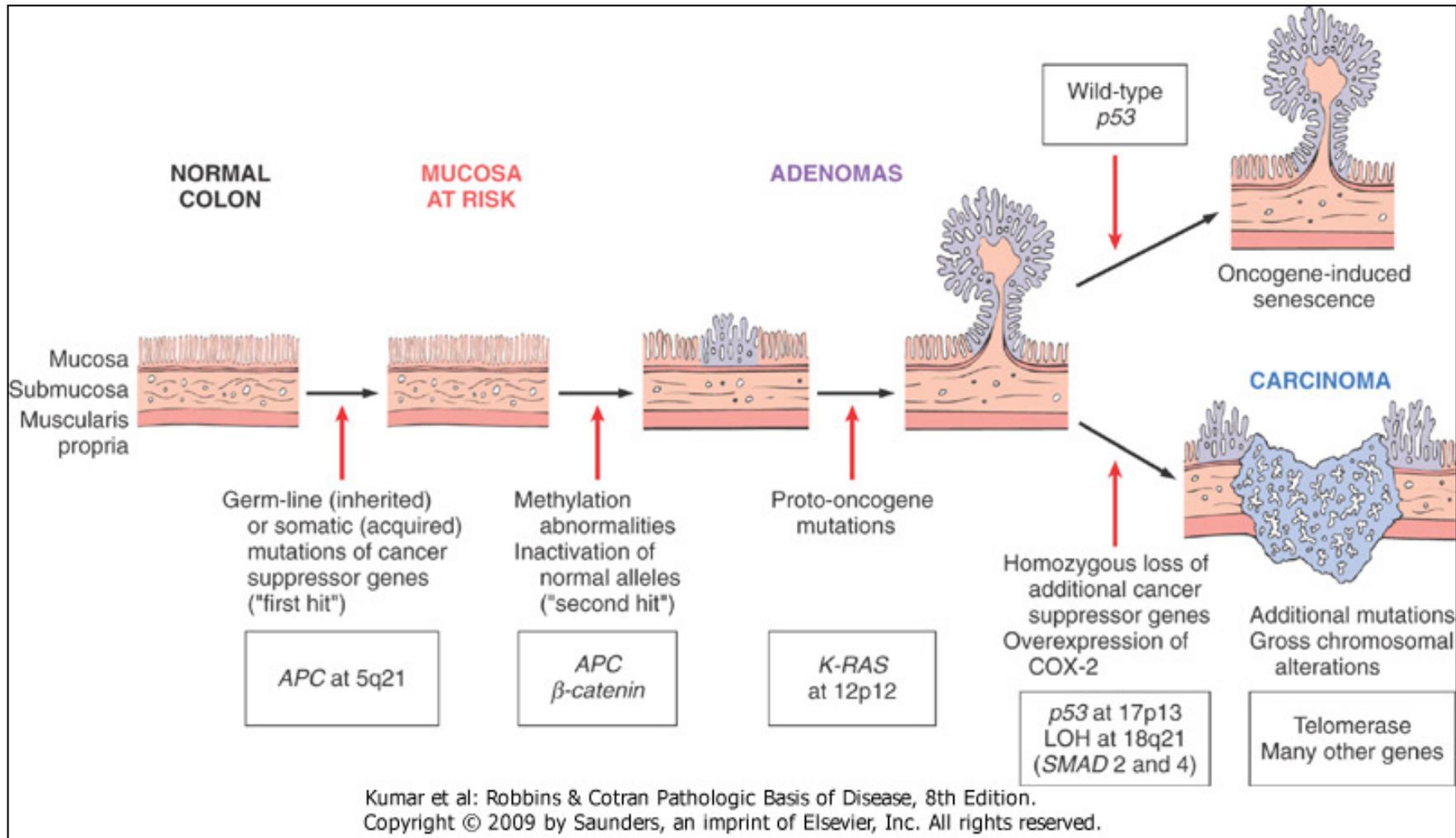
■ **Tabella 26.2 - Tumori che specificatamente metastatizzano in determinati organi.**

Tumore primario	Sede metastatica
Carcinoma renale a cellule chiare	Polmoni, scheletro, surreni
Carcinoma della prostata	Scheletro
Microcitoma	Encefalo, fegato, midollo osseo
Melanoma cutaneo	Fegato, encefalo
Melanoma oculare	Fegato
Neuroblastoma	Fegato, surreni
Carcinoma mammario	Scheletro, encefalo, surreni, polmoni, fegato
Carcinoma follicolare della tiroide	Scheletro, polmoni

*I TUMORI MALIGNI INSORGONO
IN CONSEGUENZA DI UNA SERIE
DI EVENTI:*

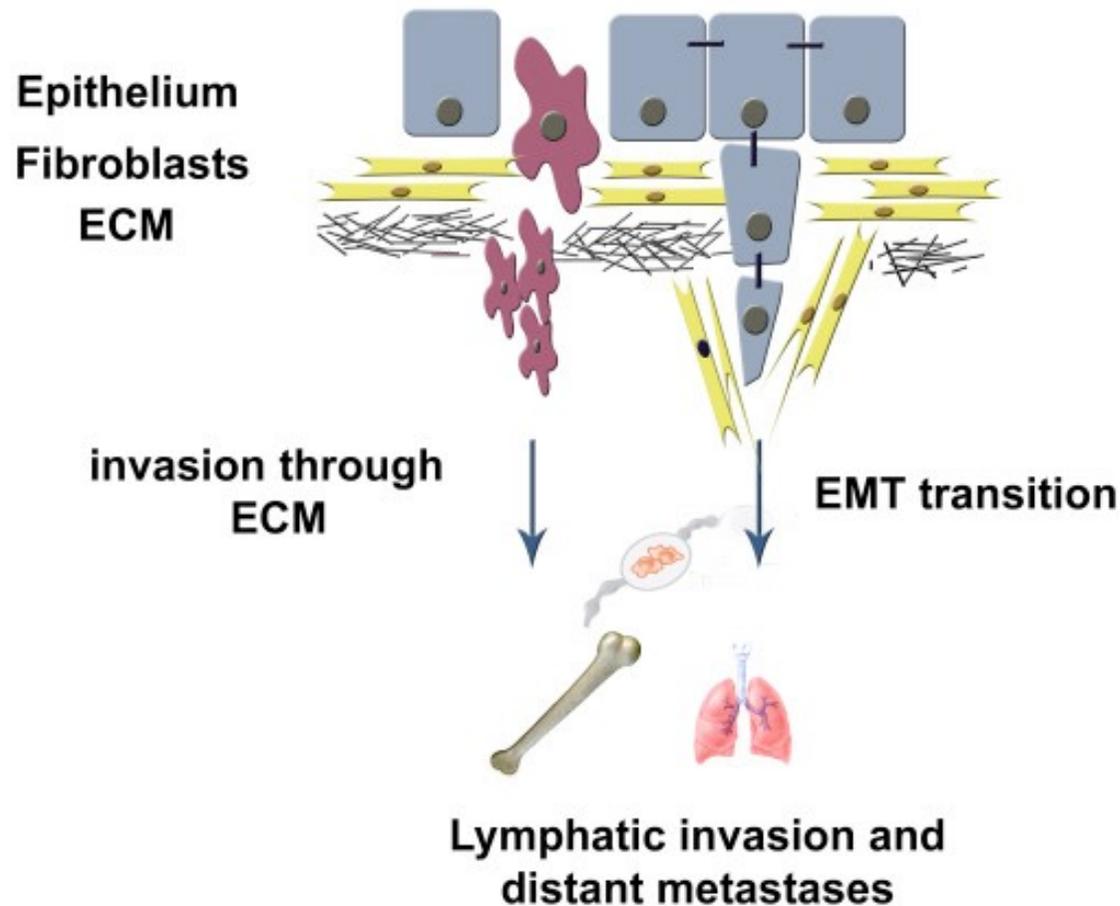
CONCETTO DI CANCEROGENESI
MULTIFASICA

ESEMPIO DI CANCEROGENESI MULTIFASICA: CANCRO DEL COLON



***L'INSORGENZA DI METASTASI E'
LA TAPPA FINALE?***

SCHEMA DEL PROCESSO DI METASTATIZZAZIONE



[Kraljevic Pavelic S](#), [Sedic M](#), [Bosnjak H](#), [Spaventi S](#), [Pavelic K](#).

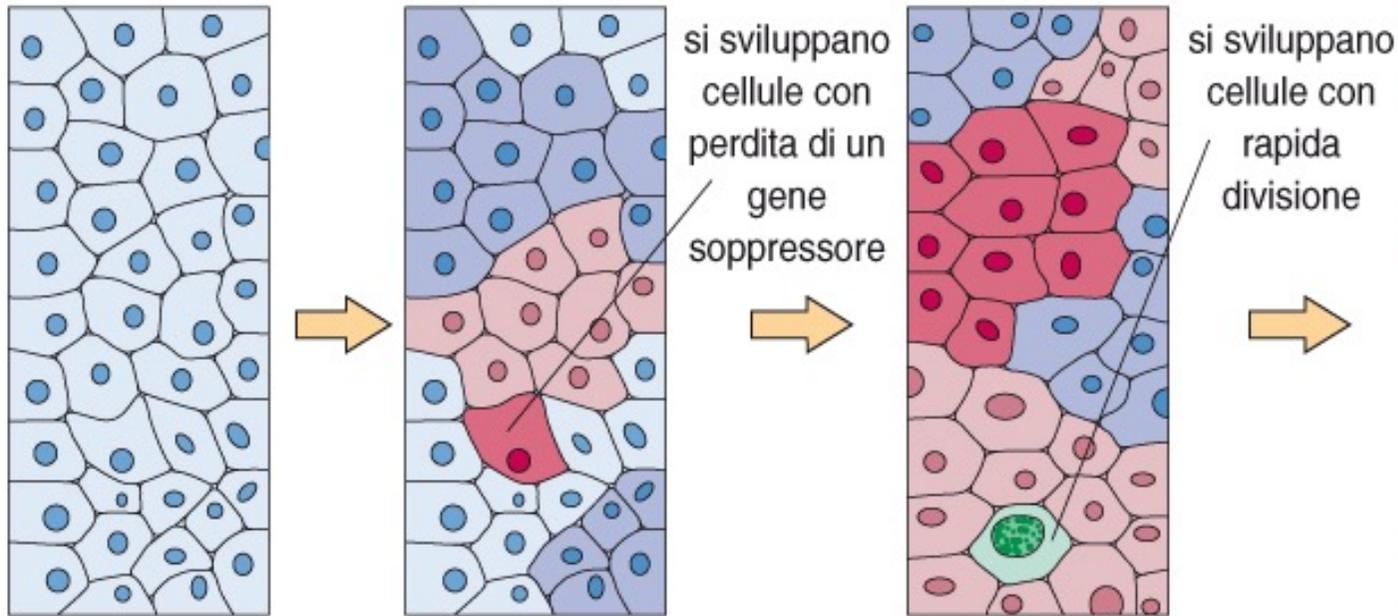
Metastasis: new perspectives on an old problem.

Mol Cancer. 2011 Feb 22;10:22.

TAPPE DELLA METASTATIZZAZIONE

- Metastasi è un processo inefficiente con efficienza $< 10^{-7}$
- Penetrazione nel vaso del microcircolo
- Superamento della risposta immunitaria anti-neoplastica → *cellule NK / citolisi complemento mediata*
- Resistenza fisica al flusso circolatorio e formazione di emboli metastatici
- Passaggio attraverso cuore e compressione
- Passaggio negli alveoli polmonari con esposizione a concentrazioni tossiche di O₂
- Marginazione nei vasi del microcircolo e formazione trombo con piastrine/fibrina
- Proliferazione e fibrinolisi → nodulo metastatico
- Organizzazione tissutale della massa metastatica

Modello classico. L'instabilità genetica favorisce l'insorgenza di mutazioni. Alcune cellule del tumore primario accumulano mutazioni fino a sviluppare la capacità di dare metastasi



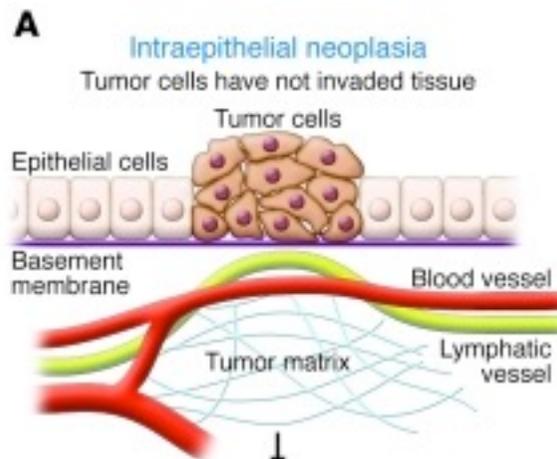
negli stadi più precoci, tutte le cellule neoplastiche hanno la stessa anomalia genetica

le mutazioni somatiche continuano e portano all'espressione di altri oncogeni o alla perdita di geni soppressori

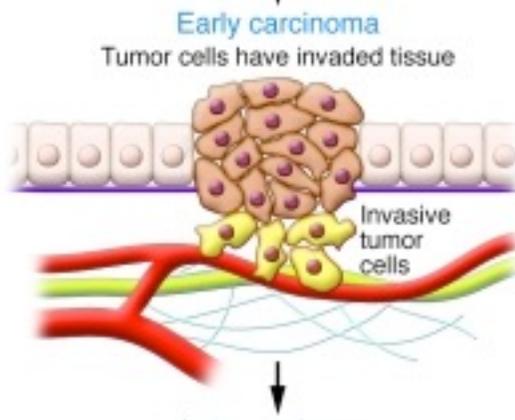
si sviluppano cellule con diverso assetto genetico. Alcune cellule sviluppano la capacità di dare metastasi, altre hanno capacità di proliferazione cellulare più elevate

Modello classico

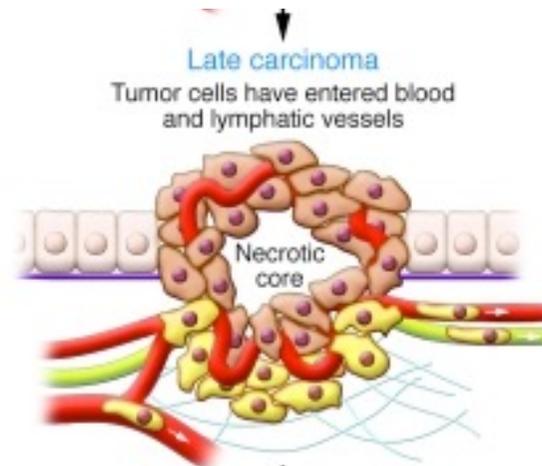
1



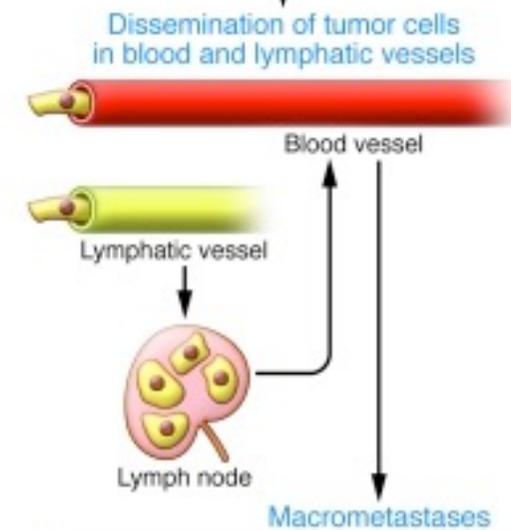
2



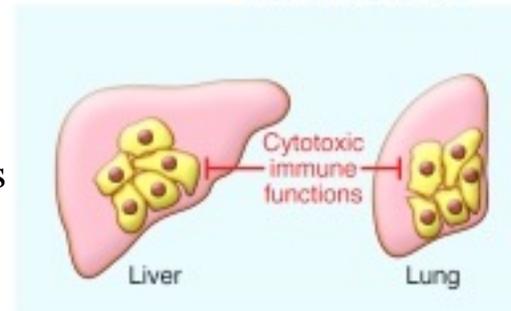
3



4

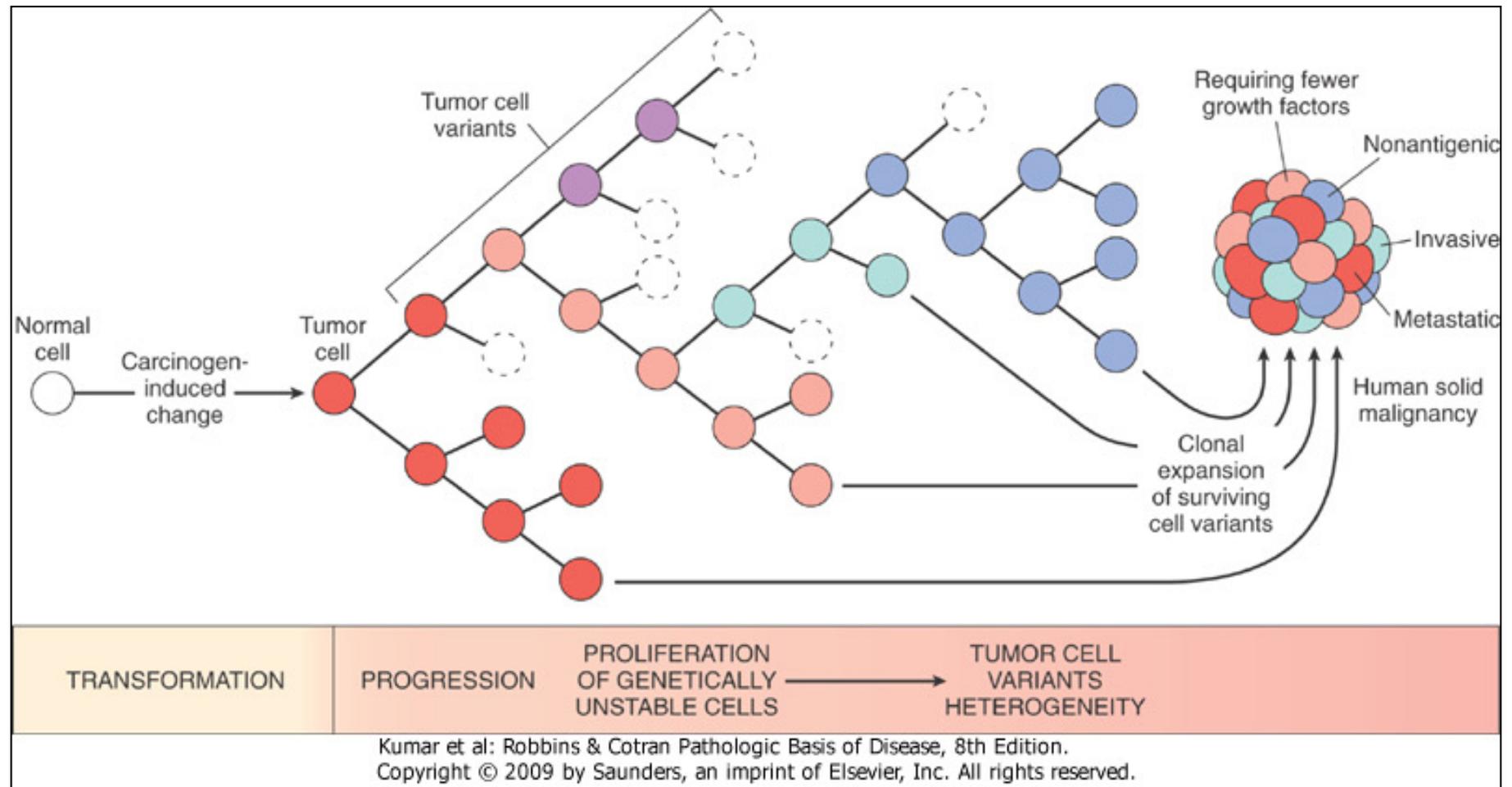


5=
macrometastasi

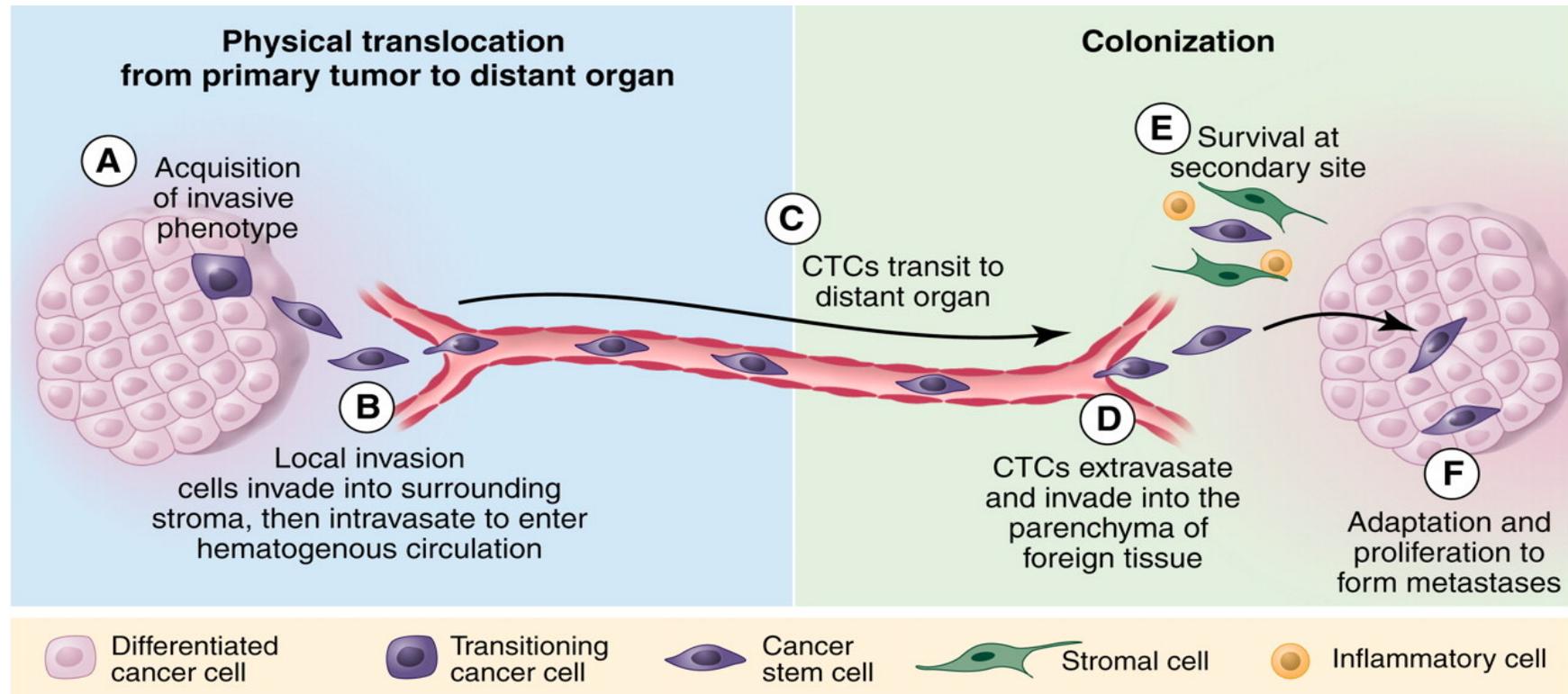


Röcken M.
Early tumor dissemination, but late metastasis: insights into tumor dormancy.
J Clin Invest. (2010) 120:1800-3.

La metastatizzazione è un evento precoce?



Una visione moderna del processo di metastatizzazione (2011)

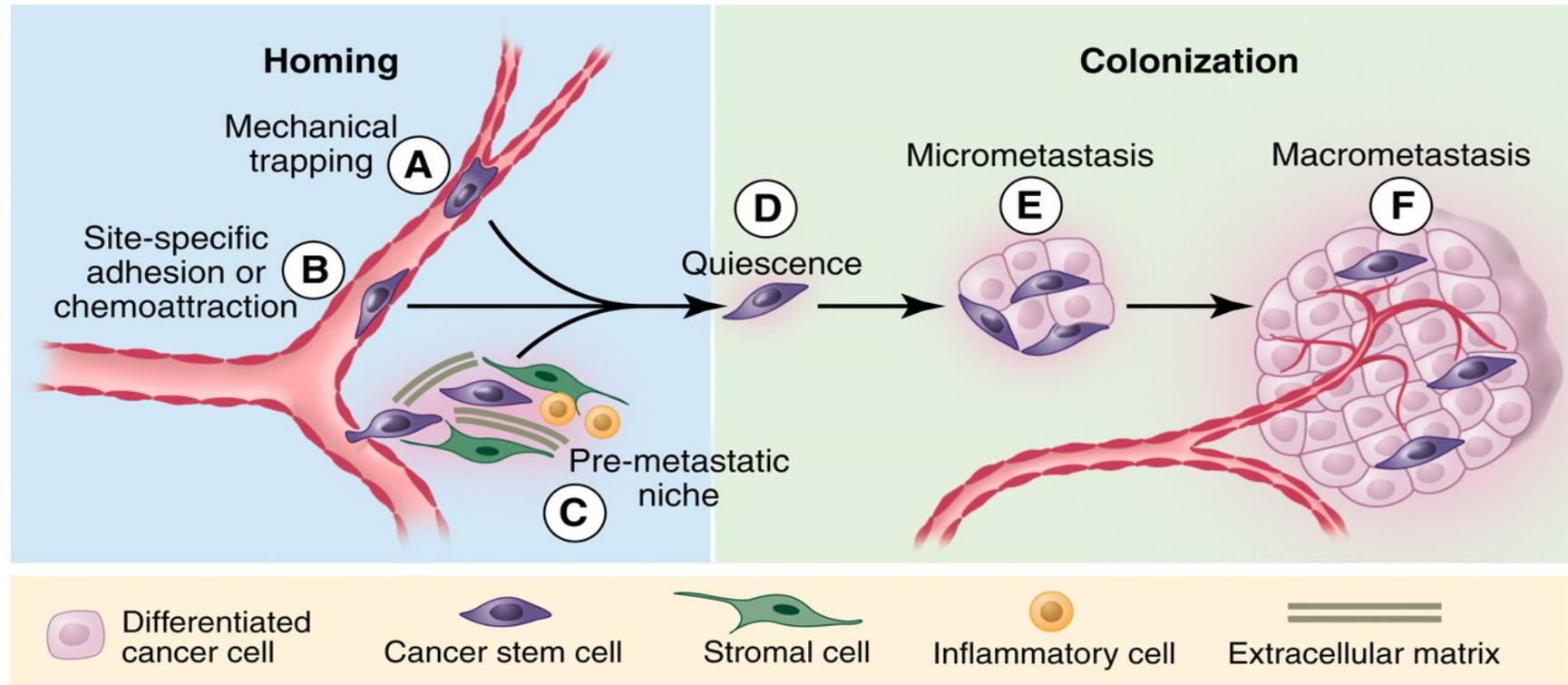


CTC= Circulating Tumor Cells

C L Chaffer, R A Weinberg Science 2011;331:1559-1564



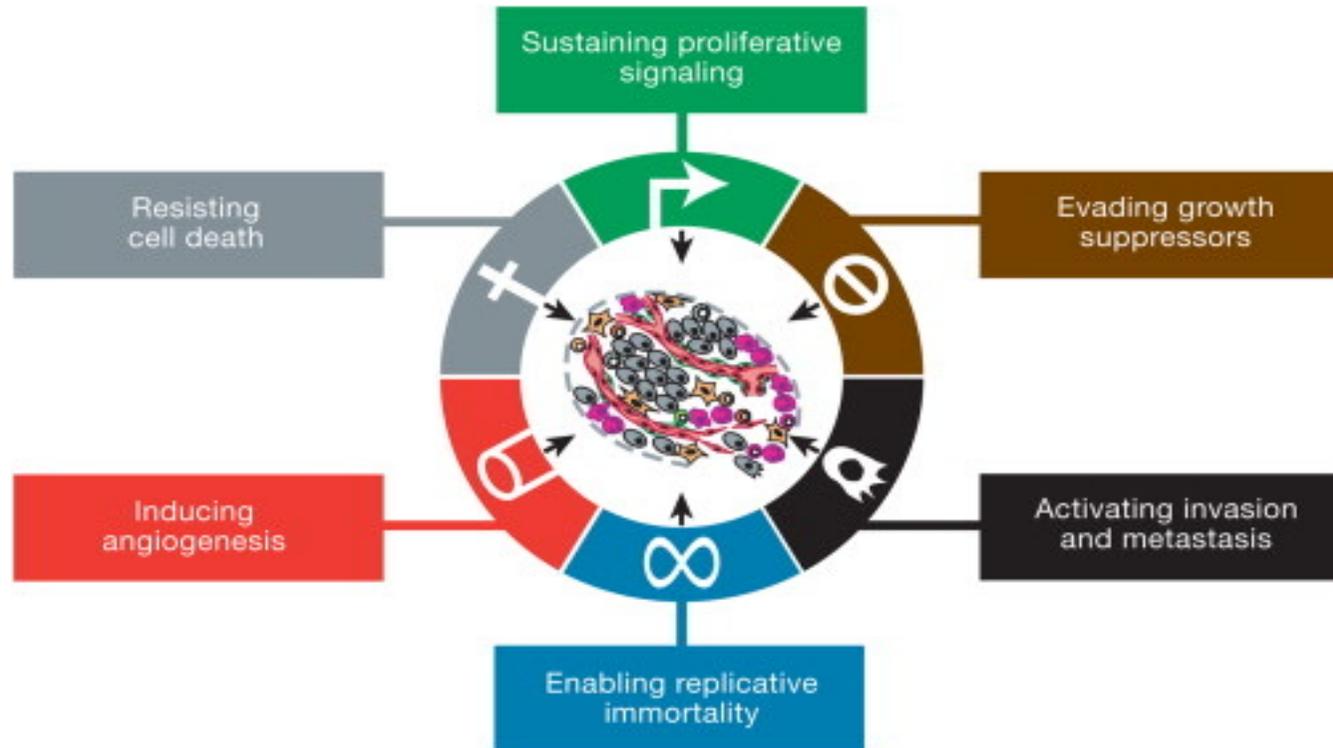
Adattamento delle cellule metastatiche al nuovo ambiente



C L Chaffer, R A Weinberg Science 2011;331:1559-1564

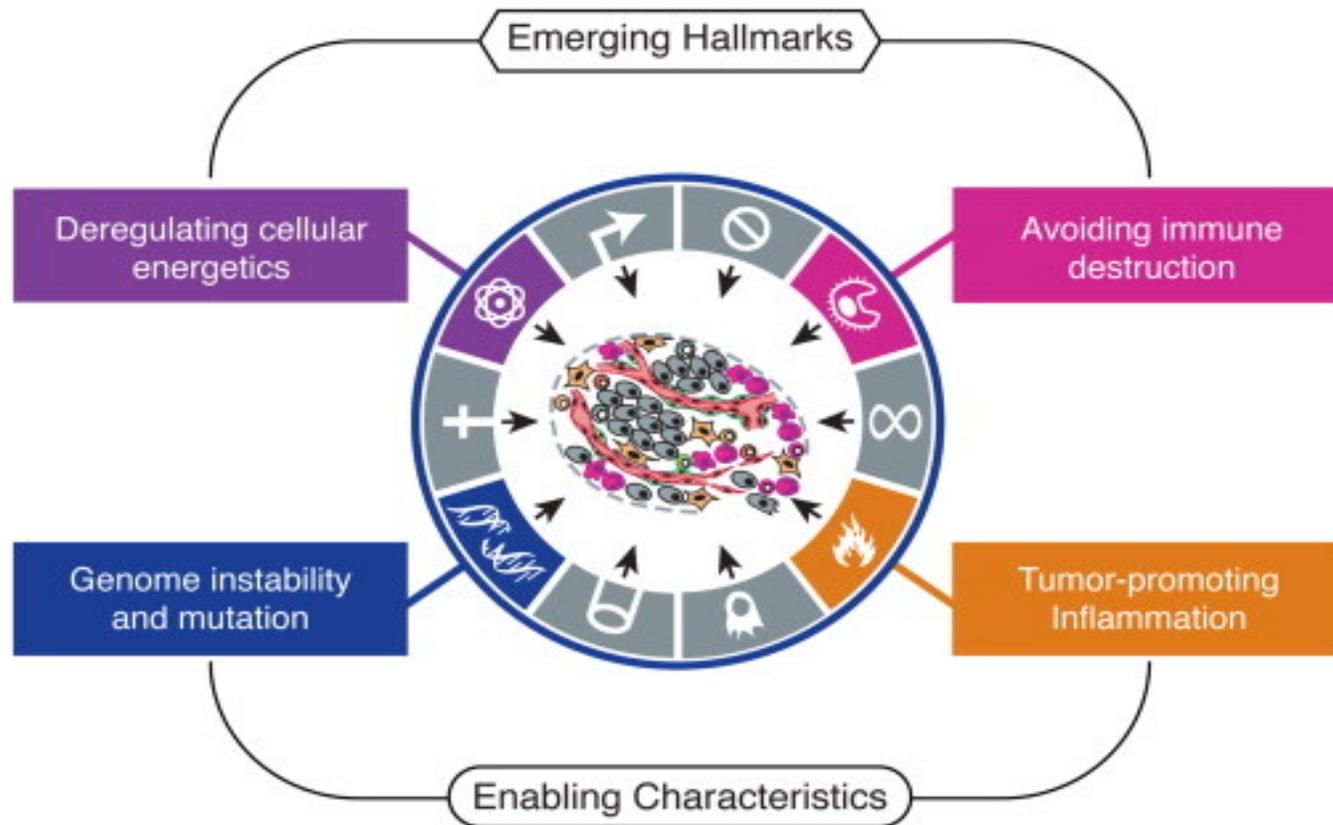


I 6 tratti tipici del cancro (2000)



Hanahan D, Weinberg RA.
The hallmarks of cancer: the next generation.
Cell. 2011; 144:646-74.

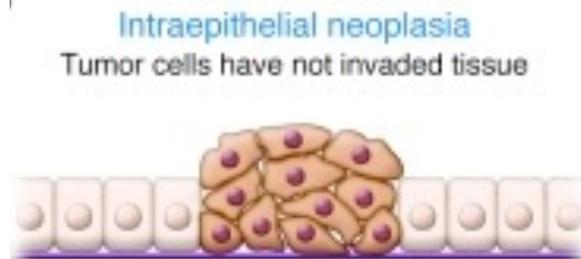
I tratti emergenti del cancro (2011)



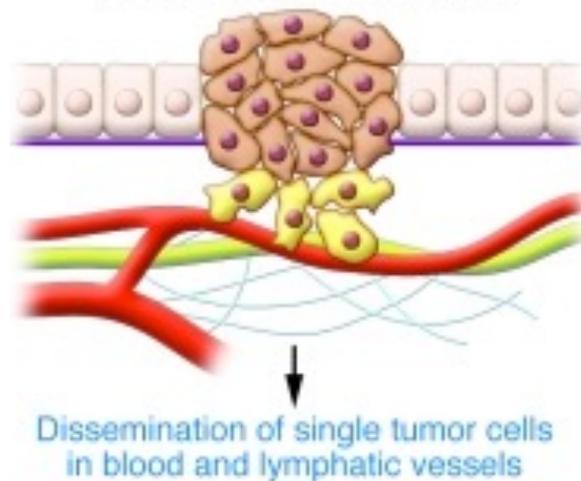
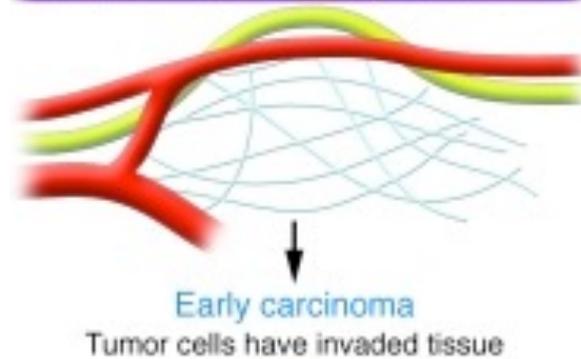
Hanahan D, Weinberg RA.
The hallmarks of cancer: the next generation.
Cell. 2011; 144:646-74.

Modello nuovo

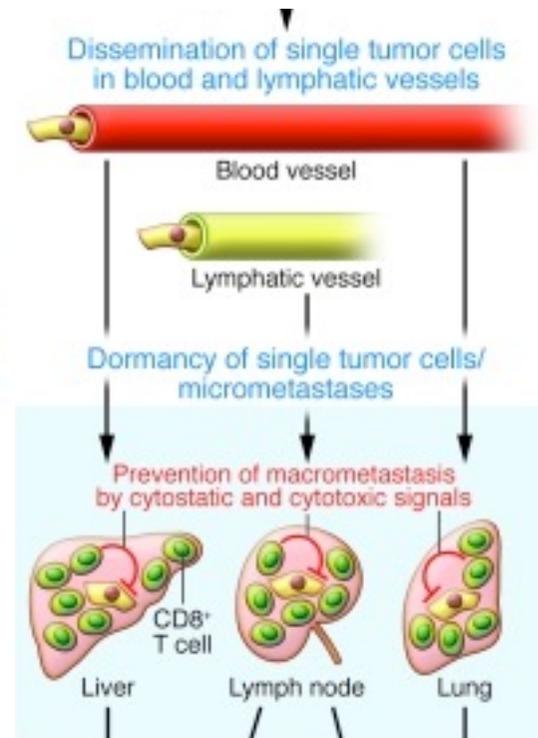
1



2

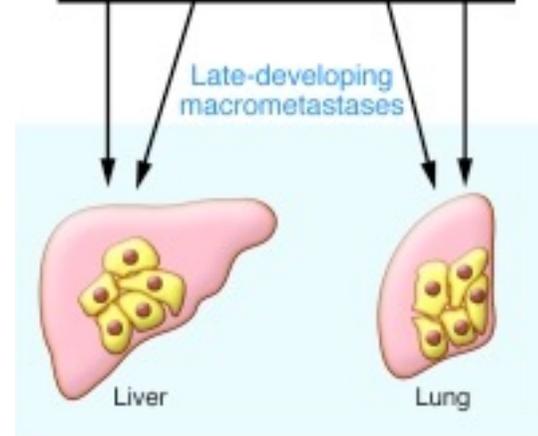


3



4=
micrometastasi

Loss of T cells?
Loss of tumor silencing signals?
Stimulatory signals?



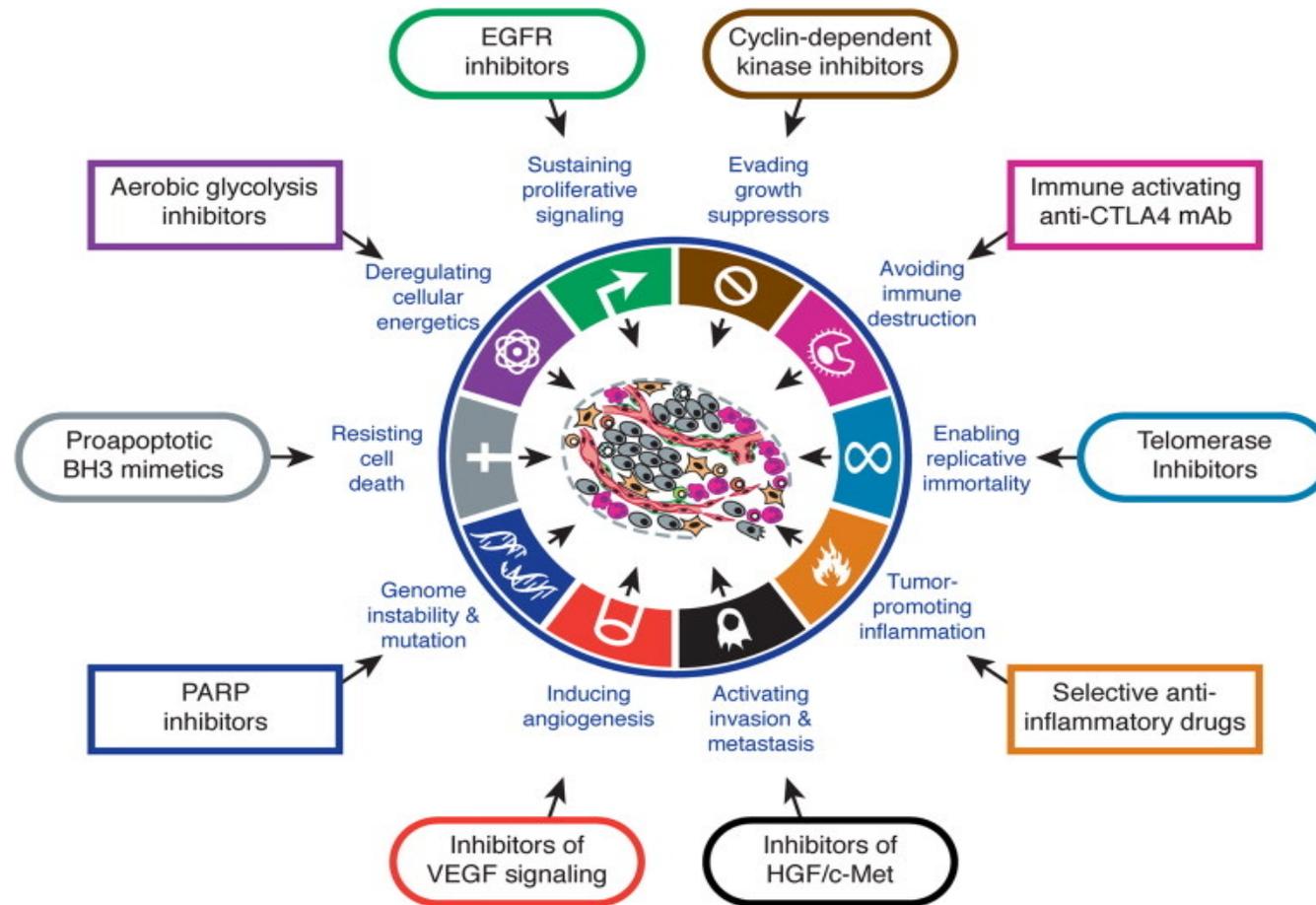
5=
macrometastasi

Röcken M.

Early tumor dissemination, but late metastasis: insights into tumor dormancy.

J Clin Invest. (2010) 120:1800-3.

Gli “hallmarks” del cancro come bersagli di terapia (2011)



Hanahan D, Weinberg RA.
The hallmarks of cancer: the next generation.
Cell. 2011; 144:646-74.