

Nr 124/98

Nazwisko

Wiek 56 lat

Dzień śmierci

15.06.1998r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:

4.09.1998r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

- 1.-7.-standard z 1.pół-
kuli.
- 8.Śródmózgowie
- 9.Most
- 10.Opuszka
- 11.Rdzeń podopuszkowy
- 12.Rdzeń szyjny górny
- 13.Mózdzek l.
- 14.Mózdzek p.(bez j.
zębatego).

Użyte metody barwienia

HE, Klüver

Mikrofotografie; rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Rak płuca lewego. AIDS. Zakażenie wirusem C.
Zapalenie wątroby.

Rozpoznanie anatomiczne

Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rozpoznanie histologiczne

Foci demyelinationis disseminati.

Meningoencephalitis lympho-plasmocytaria.

Microfocus metastaticus carcinomatis. Focus
encephalomalatie vermice cerebelli.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY
DOKŁADNEJ I KLINICZNEJ PAN
KATEDRA NEUROPATOLOGII
Warszawa, ul. Pawińskiego 5
Tel. 69 608 65 35

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Rak płuca lewego. AIDS. Zakażenie wirusem C. Zapalenie wątroby.

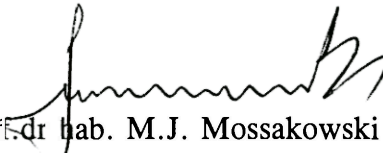
Badanie neuropatologiczne: W licznych strukturach ośrodkowego układu nerwowego (półkule mózgu: okolica centralna, czołowa, ciemieniowa, skroniowa i potyliczna, międzymózgowie, śródmózgowie i most) widoczne są ostro cięte ogniska demielinizacyjne, bez widocznych cech rozbiórki mieliny, w większości położone w strukturach szarych, rzadziej na pograniczu korowo-podkorowym i jeszcze rzadziej w istocie białej. Większość ognisk położonych w korze zawiera zachowane komórki nerwowe niezmiennione lub wyraźnie zblednięte, w niektórych nie widać pomnożenia komórek glejowych, w innych widoczne są gemistocyty na ogół nieliczne. W niektórych ogniskach widoczne są drobne naczynia o przerośniętych ścianach otoczone naciekiem zapalnym, głównie limfocytarnym z domieszką komórek plazmatycznych. Czasem komórki zapalne rozsiane w ogniskach pozbawionych mieliny. Bardzo charakterystyczny obraz wykazuje korowo-podkorowe ognisko w okolicy potylicznej z wyraźną redukcją neuronów, obecnością pobudzonych astrocytów, jąder metabolicznego astrogleju, oraz przerosłych komórek pałeczkowatego mikrogleju. W ognisku tym wyraźnie pomnożona sieć drobnych naczyń, z których część otoczona jest mufkami limfocytarnymi. W tej samej okolicy potylicznej, z dwoma dodatkowymi ogniskami rozpadu mieliny, widoczne jest również ognisko o pionowym przebiegu w stosunku do warstw kory, wykazujące ubytek neuronów i gąbczaste rozrzedzenie tkanki przypominające naczyniopochodne ognisko bezodczynowej martwicy. Ogniska demielinizacyjne w istocie białej charakteryzuje albo wyraźnie zmniejszona zawartość komórek gleju, lub przeciwnie jego namnożenie. Głęboka istota biała półkul mózgu wykazuje rozlane zblednięcie mieliny.

Drugim elementem obrazu patologicznego przypadku jest obecność umiarkowanych nacieków limfocytarnych otaczających mięszowe i oponowe naczynia tętnicze i żyłne. W niektórych naciekach spotyka się komórki plazmatyczne. Przy niektórych, zwłaszcza drobniejszych naczyniach nacieki są bardziej intensywne, występują w nich wrzecionowate elementy komórkowe o promienistym układzie w stosunku do ściany

naczyniowej. Niektóre komórki mają cechy drobnych monocytów z nerkwatymi jądrami i widoczną cytoplazmą (tym różnią się od limfocytów). Część drobnych nacieczonych naczyń wykazuje wyraźnie komórkowe przerosty ścian. Elementy nacieku okołonaczyniowego zlewają się tu z komórkami przerostłych ścian. W okolicy dolnego robaka mózdzku po stronie prawej widoczne jest ognisko martwicy z rozpadem jamistym obejmujące kilka sąsiadujących zakrętów mózdzku. W otaczających zakrętach widoczne są zaniki komórek warstwy ziarnistej wewnętrznej oraz komórek Purkiniego z towarzyszącym odczynem rozplemowym gleju Bergmanna. Wyraźnie rozlane zblednięcie mieliny odcinają się od dobrze wybarwionej istoty białej w obszarach niezmiennych. W korze mózgu spotyka się neurony z cechami zwyrodnienia ischemicznego, są one szczególnie nasilone w warstwie komórek piramidowych rogu Amona i w zakręcie parahipokampalnym. W istocie białej kory hipokampalnej widoczne jest drobne, składające się z kilkunastu komórek, ognisko przerzutu rakowego.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Foci demyelinationis disseminati. Meningoencephalitis lympho-plasmocytaria. Microfocus metastaticus carcinomatis. Focus encephalomalatie vermicis cerebelli.

(Rozpoznanie etiopatogenetyczne przypadku wymaga uzupełniających badań immunocytopatologicznych).


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 124/98

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 15.06.1998r.....

Wiek 56 lat. Data sekcji ogólnej 17.06.1998r

Data sekcji mózgu 4.09.1998r

Rozpoznanie kliniczne Rak płuca lewego. AIDS. Zakażenie wirusem C, zapalenie wątroby

waga mózgu utrwalonego 1250

Symetria zachowana

Zniekształcenia oderwany pień, zniszczone śródmózgowie rowki poszerzone

zakręty zwężone

Opony zmleczałe w okolicy centralnej

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez zmian miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Zmian ogniskowych nie stwierdzono. Układ komorowy nieznacznie poszerzony

Pień oderwany, mechanicznie uszkodzone śródmózgowie

Mózdzek o prawidłowym rysunku anatomicznym

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

doc. I.B. Zelman

_____, lat 56, żonaty

Przyjęty 15.05.1998r
zmarł 15.06.1998r

Rozpoznanie kliniczne: Rak płuca lewego. AIDS. Zakażenie wirusem C
zapalenie wątroby.

Epikryza

Chory został przyjęty 28.04.98 do kliniki chorób wewnętrznych Szpitala Śródmiejskiego na Solcu z powodu trwających od kilku dni stanów gorączkowych, bez reakcji na stosowane doustnie antybiotyki. W wykonanym zdjęciu klp stwierdzono rozległe zmiany zapalne obejmujące dolny płąt lewy. Zastosowano antybiotykoterapię z cefalosporynami i Augmentyną - bez efektu. Chory gorączkował do 40°C. W tej sytuacji po 5 dobach zmieniono antybiotyk na Netroomycynę i Tienam. Ponadto chory otrzymywał wlewy Sandoglobuliny (12g/dobę). W ciągu tygodnia stosowanego leczenia nie nastąpiła żadna poprawa zarówno kliniczna jak i radiologiczna. Biorąc pod uwagę możliwość sprawy nowotworowej zaplanowano badanie bronchoskopowe. W przygotowaniu do tego badania pobrano zestaw badań w kierunku HBS i HCV oraz HIV. Do stosowanej antybiotykoterapii dołączono Rifampicynę, co zmniejszyło stany gorączkowe. Po otrzymaniu pozytywnego wyniku testu w kierunku HIV chorego przeniesiono do oddziału IA Szpitala Zakaźnego. W sierpniu 1997 był hospitalizowany w oddziale neurochirurgii z powodu urazu głowy. Od tego czasu szybciej się męczy, stracił na wadze. Badanie histologiczne wycinka wykazało obecność nacieku nowotworowego (infiltratio carcinomatosa). W trakcie pobytu systematycznie pogarszanie się stanu pacjenta - duże osłabienie, szybka męczliwość, narastanie duszności. Do nich dołączyły się na początku czerwca zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (ból brzucha, luźne stolce, bolesność uciskowa w śródbrzuszu, wątroba powiększona na 4 palce). W związku z narastaniem zaburzeń oddechowych, po konsultacji z Instytutem Onkologii zdecydowano wdrożyć chemioterapię. W kilka godzin po podaniu pierwszego kursu wystąpiła narastająca duszność, zastosowano tlenoterapię, eufilinę, hydrocortizon, morfinę, hydroxyzynę, nie uzyskano poprawy. Zgon w mechanizmie niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Wynik sekcji ogólnej (17.06.98 - dr med. Z. Kamiński):

Embolia a. pulmonalis. Carcinoma microcellulare bronchi lobi inferioris et superioris pulmonis sinistri sub forma tumoris partim necroticans pleuram sinistram, pericardium et diaphragmam sinistram penetrans. Haemothorax sinister et hydrothorax dexter. Metastases ca in lymphonodulis bifurcationis tracheae, hili pulmonis sinistri, in reg. tracheae et in epicardio. Adenoma gl. suprarenale sin. Cachexia.