

Nr 49/97

Nazwisko

Wiek 61 lat

Dzień śmierci  
8.03.1997r

Sekcjonowany

w ..... godzin

no śmierci  
Sekcja mózgu  
27.05.1997r

Ogłoszone, lub demonstrowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.okol.czołowa l.	
2.zwoje podstawy l.	
3.wzgórze l. z ogniskiem	
4.amon l.	
5.okol.skroń.l.	
6.okol.ciemniowa l.	
7.okol.centralna l.	
8.okol.potyl.l.	
9.most	
10.opuszka	
11.móżdżek l.	
12.wczesne zwoje podstawy z ogniskiem l.	
13.okol.potyl. pr. z przerzutem	

Użyte metody barwienia

Hematoksylina i eozy-  
na, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Ropień toksoplazmowy mózgu półkuli  
prawej. Zwyrodnienie serca. Niewydolność  
1. serca. Zapalenie płuc obustronne.

Rozpoznanie anatomiczne

1.

Rozpoznanie histologiczne

Foci metastatici carcinomatis disseminati  
cerebri et trunci cerebri.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY  
DOWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN  
KATEDRA NEUROLOGII  
2-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5  
Tel. 668 53 69, 608 65 35

W.D.N. Zam. 4/71 - 8000.

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Ropień toksoplazmowy mózgu półkuli prawej. Zwyrodnienie serca. Niewydolność serca. Zapalenie płuc obustronne.

**Badanie neuropatologiczne:** Podstawowym elementem obrazu patomorfologicznego przypadku są rozsiane ogniska utkania nowotworowego o cechach złośliwego nabłoniaka. Ogniska mają zróżnicowaną wielkość od dostrzegalnych dopiero w badaniu mikroskopowym ognisk przynaczyniowych poprzez twory widoczne gołym okiem, o wymiarach ziarnka ryżu lub soczewicy do tworu wielkości gołębiego jaja. Przeważają one w półkulach mózgu zajmując tu zazwyczaj położenie korowe. W pniu mózgu większe ognisko położone niemal w linii środkowej zajmuje pogranicze nakrywkowo-podstawne mostu. Cechą znaną ognisk jest ich ostre odgraniczenie od obrzękłego otoczenia. W pasie tym spotyka się jednak różnych rozmiarów ogniska wtórne, a w niektórych przypadkach pomnożona sieć naczyniowa. Położone w w powierzchniowych warstwach kory, ograniczają się do miększu tkanki nie przechodząc na przylegające opony.

Obraz komórkowy składa się z komórek nabłonkowych, tworzących lite obszary z wyraźnie ukształtowanymi pseudorozetami otaczającymi promienistym wieńcem cienkościenne, a niekiedy zatokowate naczynia. Obok litych pól utkania nowotworowego widoczne są struktury guzkowate lub brodawkowate. Komórki guza wykazują bardzo wyraźny polimorfizm dotyczący wielkości i ukształtowania jąder i jądek oraz rozmiarów i charakteru cytoplazmy. Widoczne są liczne postaci zwyrodniałych komórek nowotworowych. Całe pole guza zajmują komórki z bardzo zaawansowanym stłuszczeniem. Bardzo liczne są prawidłowe i przeważające nieprawidłowe figury podziałów komórkowych. We wszystkich większych ogniskach widoczne są rozległe pole guza, zajęte przez zwykle położone centralnie ogniska martwicy.

W torebce wewnętrznej widoczne drobne o nieregularnych kształtach ogniska martwicy w postaci jamistego rozpadu ostro odgraniczonego od otoczenia. Jamki (ognisko jest dwukomorowe) wypełnione są makrofagami i proliferującymi naczyniami włosowatymi. W jednej z nich widoczne jest średniego kalibru naczynie o znacznie

pogrubiłych ścianach i zamkniętym świetle. W brzegach ogniska znajdują się nieliczne skupienia limfocytów. Podobne ognisko, mniejsze, mniej odgraniczone od otoczenia i z mniej zaawansowanym procesem rozbiórkowym widoczne jest w podstawnej części mostu. Na tym samym poziomie mostu, po stronie przeciwległej znajduje się rozległy (obejmujący całą powierzchnię piramidy) obszar zblednięcia mieliny. W barwieniu komórkowym tkanka jest rozrzedzona, ubogokomórkowa z wyraźnym ubytkiem neuronów jąder mostu. W polu tym nie występuje żaden odczyn ani glejowy ani makrofagowy.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Foci metastatici carcinomatis disseminati cerebri et trunci cerebri. Foci necrotici vasogenes inveterati et recentes.



Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 49/97**

Material nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 8.03.1997r  
Wiek 61 lat ..... Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu 27.05.1997r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Ropień toksoplazmowy mózgu półkuli prawej.  
Zwyrodnienie serca. Niewydolność serca. Zapalenie płuc obustronne.

waga mózgu utrwalonego 1380 g  
Symetria artefaktycznie spłaszczony, uszkodzone śródmózgowie i  
mózdzek.  
Zniekształcenia rowki bez widocznych zaników  
zakręty

Opony przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy z licznymi blaszkami miażdżycowymi

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W obrębie tylnej części lewego wzgórza widoczne drobne ognisko patologiczne /o średnicy ok. 4 mm/, dobrze odgraniczone od otoczenia /meta?/. W okolicy potylicznej prawej rozległe ognisko /wielkości mandarynki/, zajmujące prawie całą istotę białą, ku przodowi sięgające do rogu tylnego komory bocznej. Ognisko to o regularnym kształcie jest dobrze odgraniczone od otoczenia. Jego część centralną wypełnia śmietanowata zawartość, brzeżne części ogniska mają wygląd pstry.

Śródmózgowie uszkodzone mechanicznie przy wyjmowaniu nie do oceny, podobnie uszkodzony jest mózdzek.

Mózdzek

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

doc. I.B.Zelman

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Ropień toksoplazmowy mózgu półkuli prawej. Zwyrodnienie serca. Niewydolność serca. Zapalenie płuc obustronne.

Chory z gruźlicą płuc od 1979 r. Leczony w szpitalu w Otwocku oraz w Poradni G. Zmiany uległy wyleczeniu. Kontrolowany w Poradni G. W grudniu 1995 r. zagorączkował do 38<sup>o</sup>. Wykonano zdjęcie rtg i stwierdzono progresję zmian w płucu prawym. W lutym 1996 został skierowany do szpitala w Otwocku. Stan ogólny w chwili przyjęcia zły. Objawy zaawansowanej niewydolności krążenia /znacznie powiększona sylwetka serca, zastój nad płucami, rozległe obrzęki kończyn dolnych/. Na zdjęciu rtg klatki piersiowej plamiste zagęszczenia w górnym polu prawego płuca. BK /-/. W początkowym okresie stosowano tylko cardiaca vera, diuretyki i w związku ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym /RR do 18"/100/ leki obniżające ciśnienie. Po wyrównaniu krążenia włączono leki przeciwprętkowe SM+INH+RFP, które tolerował dobrze i brał przez okres ok. 2 tygodni. W czasie pobytu w szpitalu stwierdzono obecność przeciwciał antyHIV, w związku z czym 28.03.1996r został przesłany do szpitala przy ul. Wolskiej w Warszawie. Przed ostatnią hospitalizacją kilkakrotnie przebywał w Oddziale. Leczony z powodu gruźlicy płuc. W czerwcu 1996r wyhodowano z materiału pobranego w trakcie bronchoskopii szczep atypowy. W grudniu 1996r. wykonano badanie komputerowe głowy - w listopadzie w nocy stracił przytomność, lekarz dyżurny stwierdził napad drgawkowy. Mniej więcej od połowy grudnia niedowład, zwł. lewostronny, chory źle chodzi, powłóczy lewą stopą. Objawy oponowe były ujemne; ze strony nerwów czaszkowych nie zauważono odchyień. Wynik badania komputerowego głowy CT -badanie dwufazowe: w prawej okolicy potyliczno-ciemieniowej obrzękowany twór o wym. 30x18 mm, brzośnie ulegający wzmocnieniu środkiem cieniującym, otoczony rozległą strefą obrzęku w istocie białej prawej półkuli mózgu. Obrzęk powoduje ucisk komory bocznej oraz w niewielkim stopniu przemieszczenie struktur linii środkowej na stronę przeciwną. W lewej półkuli mózgu oraz w mózdzku zmian ogniskowych nie wykazano. Obraz CT przemawia za ropniem mózgu, do różnicowania ze zmianą rozrostową /mniej prawdopodobną/. W okresie ostatnich 2 miesięcy życia postępujące objawy uszkodzenia m. sercowego /niemiarowość, objawy niedokrwienia/ i obustronne objawy zapalenia płuc. Kilkakrotna kontrola dna oczu, również lewego wykazała jedynie zmiany o charakterze naczyniopochodnym. Objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego nie stwierdzono.

Wynik sekcji ogólnej /dr med. Z.Kamiński/:

Embolia arteriae pulmonalis. Carcinoma bronchi lobi inferioris pulmonis sinistri. Metastases carcinomatoses multiplices in pleura et diaphragma sinistra, in lymphonodulis hili pulmonis sinistri, in glandula suprarenale sin, in hepate, in myocardio et in renibus. Tuberculosis nodosa inveterata apicis lobi superioris pulmonis sin. Atheromatosis aortae gradus maioris Decubitus regionis gluteae bilateralis.