

Nr 69/97

Nazwisko

Wiek 44 lata

Dzień śmierci
27.07.1997r.

Sekcjonowany

w godzin
po śmierci
Sekcja mózgu
11.09.1997r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

- | Alkohol | Formol |
|------------------------------------------------|--------|
| 1.okol.czołowa l. | |
| 2.zwoje podstawy | |
| 1. z ogniskiem | |
| 3.wzgórze l./większe/ | |
| 4.wzgórze p. | |
| 5.skroń z amonem l. | |
| 6.okol.centralna l. | |
| 7.okol.ciemienia l. | |
| 8.okol.potylna l. | |
| 9.śródmózgowie z i.czną | |
| 10.most | |
| 11.opuszka /dolna część ścięta przy wyjmowaniu | |
| 12.mózdzek l. | |

Użyte metody barwienia
Hematoksylina i eo-
zyna, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

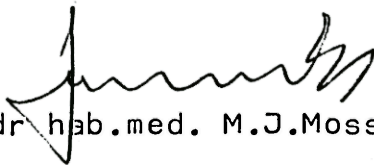
Zespół nabytych niedoborów odporności.
Posocznica mykobakteriozowa. ADC. Wyniszczenie. Grzybica jamy ustnej.

Rozpoznanie anatomiczne

Obustronne patologiczne ogniska w zwojach podstawy: dosyć rozległe w lewych zwojach podstawy, mniej rozległe, przechodzące na wzgórze po stronie prawej. W bocznej części prawej i czarnej ognisko o obniżonej spistości i pstrym zabarwieniu.

Rozpoznanie histologiczne

Lymphoma malignum multifocale cerebri.
Foci necrotici vasogenes disseminati consecutivi.


Prof.dr hab.med. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności. Posocznica mykobakterioza. ADC, wyniszczenie. Grzybica jamy ustnej.

Badania neuropatologiczne: Obraz neuropatologiczny przypadku zdominowany jest przez guzowe i guzowate zlokalizowane w lewej okolicy jąder podstawy i konarze mózgu (zidentyfikowane w badaniu makroskopowym). Uzupełnia je niewielkie ognisko rozplemu nowotworowego zajmujące w sposób płaszczyznowy okolicę podwysięciótkową wzgórza prawego oraz drobne ognisko w konarze mózgu prawym, sprawiające wrażenie niezależnego od opisanego uprzednio. Obydwa ostatnie ogniska uchwycono wyłącznie w badaniu mikroskopowym. Obraz cytologiczny wszystkich ognisk jest identyczny, różni się natomiast zachowaniem utkania nowotworowego. Cechą znamioną największego ogniska (l.jądra podstawy) jest rozległe pole martwicy skrzepowej zajmującą rozległą część centralną guza, redukującą utkanie nowotworu do pierścienia otaczającego martwicę i penetrującego do tkanek otaczających. Duże ognisko w konarze mózgu prawym nie wykazuje rozlanego pola martwicy. Występują w nim natomiast drobne ogniska martwicy wymieszane nierównomiernie z obszarami zachowanego guza, co nadaje mu mozaikowaty wygląd. Mozaikowatość drobnego ogniska w śródmózgowiu i we wzgórzu prawym jest pochodną okołonaczyniowych zagęszczeń komórek nowotworowych i ich rozrzedzenia między ogniskami przynaczyniowymi. Front inwazyjny wszystkich ognisk wyraża się rozlanym, nierzadko okołonaczyniowym i rozrzedzającym się stopniowo litym naciekaniami, w którym komórki nowotworu wymieszane są z elementami autochtonicznymi tkanki. Elementem dominującym tu są gemistocyty. Tkanka otaczająca wykazuje cechy zróżnicowanego nasilenia obrzęku, zazwyczaj bardzo masywnego. W obrazie tkankowym guza dominuje jego angiocentryczność. W otoczeniu naczyń, a bardzo często w ich niezwykle pogrubiałych ścianach, znajdują się znaczne zagęszczenia komórek limfoidalnych o dość znacznym polimorfizmie. Cechą wspólną większości komórek jest widoczna, na ogół kwasochłonna cytoplazma. Stosunkowo duże jądra, względnie jasne, z

rozproszoną chromatyną i widocznym metachromatycznym jąderkiem. Błona komórkowa niekiedy z wyraźnym wrębem. Spotyka się również komórki o typowym limfocytarnym wyglądzie, ale bardzo rzadko. Lite utkanie guza poza zagęszczeniem przynacyniowym składa się z takiej samej populacji, która zapewne w związku z luźniejszym utkaniem wykazuje większy polimorfizm kształtu. W obu populacjach liczne są figury podziału i spotyka się również stosunkowo nieliczne komórki wyróżniające się wielkością, rozmiarami i hiperchromatycznością jąder. Cechą uderzającą guza jest masywne zajęcie ścian nacyniowych, prowadzące do bardzo znacznego lub niemal całkowitego zamknięcia światła nacyniowych. Zjawisko to dotyczy naczyń różnego kalibru. Poza ogniskiem rozrostu nowotworowego w różnych częściach oun spotyka się rzadkie, pojedyncze nacieki blastomatyczne.

Drugim elementem obrazu neuropatologicznego są rozsiane, różnej wielkości ogniska nacyniopochodnej martwicy tkanki. Dominują one w okolicach, w których znajdują się ogniska nowotworowe, ale występują również w innych strukturach mózgu, a ich rozmiary w stosunku do wielkości ogniska nowotworowego są nieproporcjonalnie większe (np. liczne ogniska w prawym wzgórzu przy minimalnych rozmiarach nacieku nowotworowego). Ogniska te poza okolicą jąder podstawy i obustronnymi wzgórzami, występują w obu konarach mózgu (również nie zajętych przez rozrost nowotworowy) oraz w otoczeniu rogu tylnego komory bocznej. Mają one charakter nacyniopochodnego rozpadu tkanki w różnych fazach zaawansowania, od rozrzedzenia z nielicznymi makrofagami, odczynowymi astrocytami i gemistocytami, do zaawansowanych stanów rozbiórkowych a nawet jamistego rozpadu (ten ostatni z ubogim na ogół odczynem glijowym). Ich rozmieszczenie (jego różnicowanie) wyłącza możliwość uznania ich za tzw. martwicę obrzękową. Należy przypuszczać, że związane są one z uszkodzeniem (ograniczeniem drożności lub uniedrożnieniem) naczyń przez proces nowotworowy (naciekanie ścian i ich masywny przerost).

Rozpoznanie neuropatologiczne: Lymphoma malignum multifocale cerebri. Foci necrotici vasogenes disseminati consecutivi.



Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 69/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko ... Data zgonu 27.07.1997r

Wiek 44 lata Data sekcji ogólnej

Data sekcji mózgu 11.09.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów odporności. Posocznica mykobakteriozowa. ADC, Wyniszczenie. Grzybica jamy ustnej.

waga mózgu utrwalonego 1600 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki zaniki?

zakręty

Opony pogrubiłe

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez blaszek miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W obrębie lewych zwojów podstawy rozlane zmiany w postaci zlewających się ognisk różnej wielkości i kształtu, nieostro odgraniczonych, o różnym zabarwieniu, naogół nieostro odgraniczonych od siebie i otaczającej normalnej tkanki. Podobne zmiany widoczne również w obrębie prawej półkuli - mniej rozległe.

Pień Opuszka ścięta częściowo przy wyjmowaniu mózgu

W obrębie istoty czarnej po stronie prawej ogniskowo tkanka o obniżonej spoistości i zabarwieniu pstrym.

Mózdzek bez zmian ogniskowych

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

h, 44 lata, żonaty

Przyjęty 26.05.1997
zmarł 27.07.1997

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności.
Posocznica mykobakteriozowa. ADC. Wyniszczenie. Grzybica jamy ustnej.

Epikryza

44-letni pacjent z zespołem nabytych niedoborów odporności, posocznicą mykobakteriozową, otrzymujący leczenie antyretrowirusowe, przyjęty został poraz kolejny do oddziału z powodu zaburzeń świadomości trwających ok. 7 dni. Kontakt z pacjentem powierzchowny, odpowiadał jedynie na podstawowe pytania, często nieadekwatnie. Dolegliwości żadnych nie zgłaszał. W badaniu przedmiotowym pacjent skrajnie wyniszczony, masywna grzybica jamy ustnej, płuca i serce osłuchowo bez zmian, brzuch miękki, niebolesny, wątroba 4 cm poniżej prawego łuku żebrowego, wyczuwalne nieprawidłowe masy /węzły chłonne/ w okolicy zagięcia śledzionowego. W wykonanych badaniach dodatkowych z odchyłami w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego białko 104 mg%, odczyn globulinowy dodatni, w tomografii komputerowej głowy zaniki korowe, głównie płatów czołowych. CD4 6. W trakcie hospitalizacji zmieniono leczenie mykobakteriozy włączając według antybiogramu Capreomycin i Amikacin uzyskując wyraźne zmniejszenie węzłów chłonnych w jamie brzusznej. Stan ogólny pacjenta pogarszał się jednak systematycznie. Kontakt logiczny coraz trudniejszy do nawiązania, od ok. 24.07 - niemożliwy. 27.07.1997 o godz. 12 stwierdzono zgon. Wywiad epidemiologiczny - p/ciała antyHIV stwierdzono w sierpniu 1996 r, /WB+/. Nie podaje żadnych ryzykownych zachowań, narkomanii przetoczeń krwi.

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

Embolia arteriae pulmonalis. Atrophia fusca myocardii. Hydropericardium. Intumescencia lymphonodulorum. Hyperaemia organorum. Cachexia.

CMV IgM + - niskie miano
CMV IgG + 1:400.