

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 76/95

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko a Data zgonu 18.11.1995r.

Wiek 28 lat Data sekcji ogólnej

Data sekcji mózgu 19.12.1995r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc /pcp?, CMV?/. Ostra niewydolność oddychania. Respiratoroterapia. Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej.

waga mózgu utrwalonego 1500g

Symetria Artefaktycznie zniekształcony. Lewa półkula w okolicy ciemieniowej wgnieciona, w tym miejscu obniżona spoistość tkanki.

Zniekształcenia W okolicy potylicznej lewej rowki ślad po wgłobieniu podsierpowym. bez wyraźnych zaników zakręty

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Rozsiane zmiany krwotoczne w istocie białej, korze mózgu, zwójach podstawy. W istocie białej centralnej półkuli lewej krwotoczne zabarwienie ciągnące się aż do tylnej części płatów ciemieniowych /mózg nieutrwalony - zmiany trudne do oceny/. Okolica jąder podstawy i wzgórze po stronie lewej z cechami znacznego obrzęku /?/.

Pień Most w części podstawnej usiany brunatnymi plamkami, opuszka - o zatartym rysunku.

Mózdzek rozsiane wybroczyny w istocie białej

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc (pcp?, CMV). Ostra niewydolność oddychania. Respiratoroterapia. Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej.

Badanie neuropatologiczne: Proces patologiczny ma charakter uogólniony, zajmując wszystkie części ośrodkowego układu nerwowego. Jest on ograniczony wyłącznie do formacji białych.

W całym ośrodkowym układzie nerwowym rozsiane są liczne grudki mikroglejowe, w znakomitej większości związane z naczyniami, nierzadko, choć nie wyłącznie, żylnymi. Grudki te charakteryzuje wysoce zróżnicowana morfologia. Niektóre z nich mają luźne utkanie i położone są na całkowicie niezmiennym podłożu, składając się wyłącznie z komórek pobudzonego mikrogleju. Inne są większe, mają mieszany histiocytarno-mikroglejowy skład, leżą na rozluźnionym podłożu tkankowym i sprawiają w barwieniu na mielinę wrażenie drobnych przynaczyniowych ognisk demielinizacyjnych. Ten typ zmian wyróżnia się na ogół dobrym odgraniczeniem od otoczenia. Inne sprawiają wrażenie rozpraszających się odnaczyniowo rozplemów mikroglejowych. Inny typ zmian o tym samym w istocie wzorcu komórkowym stanowią rozsiane regularne ogniska demielinizacyjne, na ogół okrągłe lub owalne, dobrze odgraniczające się od otoczenia, pokryte bądź znacznym rozplemem histiocytarno-mikroglejowym z obecnością kulistych, silnie eozynochłonnych tworów przypominających ogniskowe rozdęcia aksonalne, oraz z nielicznymi gemistocytami, bądź też z niemal zupełnie bezkomórkowym centrum otoczonym wałem rozplemu mikroglejowo-astrocytarnego. Te, większe ogniska, zawierające zwykle również centralnie położone naczynie lub zespół naczyń występują przede wszystkim w półkulach mózgu z wyraźnym zagęszczeniem w takich formacjach jak spoidło wielkie, symetryczne zakręty obręczy, zakręty skroniowe i potyliczne. Nierzadko część centralną ognisk zajmują pola martwicy, bez cech rozbiórki. W znacznej części większych ognisk widoczne są krwotoki okólne i rozległe podbiegnięcia krwawe. Są one pokryte masami złogów hematoidyny. Ich wyraźne nasilenie i zagęszczenie występuje w

istocie białej półkul mózgu w otoczeniu jąder podstawy i wzgórze. Tu, przede wszystkim w obszarze torebki wewnętrznej i wieńca promienistego, ale także w podkorowej istocie zakrętów czołowych występują rozległe podbiegnięcia krwawe położone w obszarach z odczynem mikroglejewo-astrocytarnym, oraz obejmujące zdmielinizowane pola bezkomórkowe lub otoczone wałem glejowym. W skorupie widoczne jest drobne ognisko naczyniopochodnego rozpadu tkanki z rozbiórką makrofagową.

Cechą charakterystyczną większości grudek glejowych, niezależnie od ich charakteru i rozmiarów jest obecność w ich otoczeniu nielicznych powiększonych, ciemnych, homogennych jąder oligodendroglejowych, położonych niekiedy na widocznej kwasochłonnej cytoplazmie. Przypominają one oligodendrocyty występujące w PML. Leżą one również w drobnych ugrupowaniach w obrzękłej istocie białej centrum semiovale. Mielina centrum semiovale jest spłowiała, w sposób rozlany, a na niej położone są mniejsze lub większe opisane powyżej ogniska demielinizacji. W całym przypadku uderza brak reakcji elementów hematogennych, zwłaszcza okołonaczyniowych nacieków limfocytarnych oraz wyłączenie zmian w formacjach białych.

W interpretacji przypadku należy uwzględnić kilka opcji. Pierwsza związana jest z przewagą zmian okołonaczyniowych (okołożylnych) zlokalizowanych wyłącznie w istocie białej i wyrażających się rozpadem mieliny z odczynem mikroglejewym. Pod tym względem obraz przypomina hiperergiczne okołożylnie zapalenie mózgu. Opcję drugą należy wiązać z faktem, że opisane zmiany nie ograniczają się wyłącznie do sąsiedztwa naczyń, występując niekiedy w postaci bez związku z naczyniami, a pola demielinizacji są większe, niekiedy zlewające się, w większych których znajduje się rozległe wynaczynienia i podbiegnięcia krwawe. W tym kontekście obraz neuropatologiczny przypomina opisywane w przebiegu AIDS zapalenie mózgu wywołane przez zakażenie wirusem varicella-zoster (niezbędne jest badanie immunocytochemiczne). Wreszcie należy uwzględnić obecność w grudkach glejowych pokrywających pola demielinizacji - powiększonych metachromatycznych jąder oligodendroglejowych przypominających zmiany w przebiegu

postępującej leukoencefalopatii wieloogniskowej. Diagnozowanie w tym kierunku podważa charakter przeważających ognisk demielinizacyjnych i brak odczynu astrocytarnego typu gemistocytów, blastomatycznych jąder glejowych a także brak makrofagowego odczynu na rozpad mieliny. Postawione rozpoznanie ma charakter tentatywny, wymagający weryfikacji immunocytochemicznej (herpes simplex, varicella-zoster, papova)

Rozpoznanie neuropatologiczne: Encephalitis hyperergica perivascularis, probabiliter HzV. Leucoencephalopathia multifocalis progressiva?

Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

1, lat 28, mężatka

Przyjęta 8.11.1995
zmarła 18.11.1995

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc /pcp?, CMV?/. Ostra niewydolność oddechania. Respiratoroterapia. Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej.

28-letnia kobieta, zakażona przez HIV, została przyjęta do Oddziału z objawami ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego wraz ze zmianami osłuchowymi nad polami obu płuc /szczególnie dolne płaty/. Skarży się na duszność. Wywiad od chorej trudny do zebrania.

Do Oddziału przyjęta w stanie ogólnym bardzociężkim, z bardzo nasiloną dusznością. Węzły chłonne obwodowe powiększone, śluzówki jamy ustnej pokryte nalotem grzybiczym. Nad polami obu płuc rzężenia, nad dolnymi płatami - liczne furczenia. Czynność serca miarowa, przyspieszone, 120/min. RR 100/60. Wątroba powiększona o 1,5 cm. Objawy oponowe ujemne.

Przez cały okres pobytu stan chorej bardzo ciężki, b.znaczna duszność, sinica, gorączka do 40°C. W drugim dniu pobytu z powodu niewydolności oddechowej zaintubowana, wentylowana początkowo workie AMBO, potem respiratorem. W Rtg klatki piersiowej w obu polach płucnych widoczne nacieki śródmiąższowo-miąższowe. W morfologii - anemizacja.

Zgon w mechanizmie asystolii.

CD4 63, CD8 364, CD4/CD8 0,17.