

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 72/95

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 30.10.1995 r.
Wiek 46 lat Data sekcji ogólnej
Data sekcji mózgu 8.12.1995r.

Rozpoznanie kliniczne Chłoniak centroblastyczny. Wyniszczenie. AIDS.

Symetria zachowana waga mózgu utrwalonego 1370 g
Zniekształcenia nie stwierdzono rowki
zakręty
Opony lekko pogrubiałe na wypukłości
Przestrzenie podoponowe wolne
Naczynia podstawy pojedyncze blaszki miażdżycowe w t. podstawnej

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Rozsiane zmiany ogniskowe w obu półkulach mózgu, zwłaszcza prawej. Mają one charakter różnej wielkości ognisk położonych w istocie białej i szarej, na ogół nieregularnych zarysów. Ł szaro-brunatnym zabarwieniu. Największe z nich położone jest w istocie białej płata czołowego prawego, ponadto w jądrach podstawy prawych i lewych oraz w prawym wzgórzu wzrokowym. Podobne ognisko widoczne jest w istocie białej płata ciemieniowego prawego.

Pień bez zmian ogniskowych

Mózdzek o prawidłowym rysunku

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

lat 46, kawaler

Przyjęty 12.10.1995r
zmarł 30.10.1995r

Rozpoznanie kliniczne: Chłoniak centroblastyczny. Wyniszczenie.
AIDS.

Epikryza

Pacjent był poraz pierwszy hospitalizowany w sierpniu 1995r. z powodu rozpoznanego w tym czasie chłoniaka centroblastycznego wychodzącego z prawego oczodołu, naciekającego zatoki i schodzącego do gardła. W czasie diagnostyki zmiany nowotworowej wykryto u pacjenta przeciwciała HIV, potwierdzone testem W-B.

W czasie czterech kolejnych hospitalizacji w Szpitalu Zakaźnym zastosowano chemioterapię (endoxan, vincrystyna, mitoxantron) zgodnie z zaleceniem onkologa. Uzyskano początkowo znaczną poprawę - zmiany chłoniakowe widoczne na skórze i w gardle całkowicie ustąpiły. Jednak w trakcie rutynowej diagnostyki wykryto obecność naciek ograniczonego w ścianie żołądka, który nie uległ zmniejszeniu w czasie leczenia, oraz zagęszczenia mięsiste w płucach mogące mieć etiologię nowotworową.

Pierwsze trzy kursy chemii chory zniósł bardzo dobrze. W okresie podawania IV kursu pacjent wysoko zagorączkował. Stwierdzono zmiany opryszczkowe na skórze twarzy, naloty na migdałkach. W kilka godzin po podaniu chemii wystąpił napad padaczkowy, a następnie obserwowano gwałtownie pogarszający się stan chorego - zaburzenia połykania, zaburzenia mowy, brak kontaktu logicznego. Pomimo leczenia antybiotykami chory gorączkował do 39°. Jednocześnie obserwowano spadek leukocytozy - do 100, oraz płytek - do 10 tys. Mimo leczenia neupogenem leukocytoza nie poprawiła się. Stan pacjenta systematycznie pogarszał się, zmarł we śnie.

Wywiad epidemiologiczny: w ciągu ostatnich lat liczne przypadkowe kontakty heteroseksualne. Alkoholizm (nie leczony).

Choroby przebyte: WZW typu B.

Rozpoznanie kliniczne: Chłoniak centroblastyczny. Wyniszczenie. AIDS.

Badanie neuropatologiczne: W obrazie histopatologicznym przypadku występują uogólnione wykładniki dwóch procesów patologicznych.

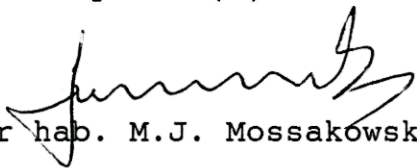
Zmiany pierwszego typu mają charakter mikroglejowych grudek rozsianych we wszystkich częściach ośrodkowego układu nerwowego z wyraźną predylekcją do formacji szarych, a w niej do okolic sąsiadujących z przestrzeniami płynowymi. Grudki te mają zróżnicowane rozmiary choć przeważają drobne z wyraźnie rozrzedzonym podłożem. W utkaniu grudek występują różnorodne duże profile komórkowe wśród których dominują typowe komórki cytomegaliczne z charakterystycznymi wtrętami śródjądrowymi. Nierzadko samotne komórki cytomegaliczne widoczne są w utkaniu struktur szarych, rzadziej białych bez żadnego odczynu towarzyszącego lub rzadko z rozrzedzeniem podłoża tkanki. Niezwykle rzadko widoczne są delikatne limfocytarne nacieki przynaczyniowe.

Drugi typ zmian charakteryzuje się obecnością drobnych ognisk martwicy skrzepowej otoczonych gąbczastym rozrzedzeniem tkanki, w której występują niezwykle obfite końcowe torbiele toksoplazmowe o zróżnicowanych rozmiarach. Ten typ zmian dominuje w korze mózgu, choć spotyka się go również w istocie białej podkorowej, w strukturach pnia mózgu i mózdzku. Innym typem zmian są rozległe ogniska martwicy skrzepowej, ze zmiennym komponentem zmian rozpląwnych, zlewając się nierzadko w wielogniskowe struktury martwicze. Zmiany tego typu dominują w formacjach jąder podstawy. Festonowate niekiedy ogniska martwicy otoczone są zmiennie szerokim pasem zgąbczałej tkanki nerwowej, w której występują niezwykle obfite skupienia torbieli toksoplazmowych o znacznym polimorfizmie i zróżnicowanych rozmiarach. Niekiedy występują tu nieliczne naczynia z delikatnym naciekiem limfocytarnym i pola tkanki pokryte zagęszczonym skupieniem pozakomórkowych trofozoitów. Tu również spotyka się komórki z typowymi śródjądrowymi wtrętami CMV. Inny typ ognisk martwicy ma cechy ognisk martwicy rozpląwnej otoczonej polem

rozzrzedzenia tkankowego, bez odczynu wytwórczego i ziarninowego i bez otaczających skupień torbieli końcowych. Inne zaś mają postać drobnych rozrzedeń tkanki, pokrytych torbielami końcowymi. Często zarówno w istocie białej jak i szarej spotyka się samotne izolowane torbiele końcowe, położone w niezmienionej tkance, niekiedy w sąsiedztwie naczyń.

Trzecim wreszcie typem zmian są rozsiiane twory przypominające wielojądrowe komórki HIV. Są one bardzo nieliczne, z zasady okołonaczyniowe i położone są zwykle w istocie białej półkul mózgu. Opony miękkie półkul mózgu są bardzo pogrubiałe i zwłókniałe. Można w nich spotkać grudki zapalne z komórkami CMV. Opony miękkie mózdzku z delikatnymi naciekami limfocytarnymi.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Toxoplasmosis cerebri. Encephalitis cytomegalica. HIV-leucoencephalopathia incipiens (?).


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski