

Nr 70/95

Nazwisko

Wiek 36 lat

Dzień śmierci
07.10.1995r

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci Sekcja
mózgu 25.11.95r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

- 1.okol.czoł.l.
- 2.przednie.l.j.pod-
stawy z ognis-
kiem I-go typu
- 3.j.podstawy l.
- 4.wzgórze p.
- 5.j.podstawy p.
ze zmianami II
typu
- 6.okol.czoł.p. z
ogn.I-go typu
- 7.okol.cent.p,
z ogn.I-go typu
- 8.okol.cent.l.
- 9.okol.skroń.l.
z anonem
- 10.okol.ciem.l.
- 11.okol.potyl.l.
- 12.śródmózgowie
/b.uszkodzone/
- 13.most
- 14.opuszka
- 15.rdzeń szyjny
- 16.móździec l.

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,
Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Nabyty zespół niedoborów immunologicznych
HIV+. Kryptokokozowe zapalenie opon mózgowo-
rdzeniowych i mózgu. Posocznica kryptokoko-
wa. Grzybica śluzówek. Niewydolność nerek.
Obrzęk płuc.

Rozpoznanie anatomiczne

W półkulach mózgu dwa typy ognisk: pierwsze
ostro odgraniczone, zlokalizowane podkorowo
i w jądrach podstawy, drugi typ - liczne
zlewające się jamki, wypełnione galaretowatą
treścią.
B.znaczne zaniki korowe.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalopathia et encephalitis.
Cryptococcosis cerebri et leptomenigeum.
Lymphoma malignum hemisphaerii cerebri dex-
tri cum toxoplasmosi localis.

Prof.M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+. Kryptokokozowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Posocznica kryptokokowa. Grzybica śluzówek. Niewydolność nerek. Obrzęk płuc.

Badanie neuropatologiczne: W obrazie histopatologicznym przypadku stwierdza się zmiany charakterystyczne dla kilku procesów chorobowych nakładające się na siebie. W oponach miękkich całego mózgu stwierdza się na ogół bezodczynowe nagromadzenie kryptokoków o zmiennej intensywności w różnych okolicach. Są one bardziej nasilone w znacznie pogrubiłych i zwłókniałych oponach półkul mózgu. Tu występują one wymieszane z rozpadającymi się makrofagami i nielicznymi komórkami zapalnymi (limfocyty, komórki plazmatyczne. Niekiedy występują tu komórki olbrzymie wielojądrowe zawierające kryptokoki). Zagęszczenie zmian jest większe w dnach rowków kory mózgu. Podobne nagromadzenie kryptokoków występuje w poszerzonych przestrzeniach okołonaczyniowych w miąższu mózgu. Są one liczniejsze i obfitsze w naczyniach powierzchownych, (wyraźne przejście z opon), choć w niektórych okolicach takich jak jądra podstawy czy okolica jądra zębatego mózdzku widoczne są również w naczyniach głębokich. W strukturach głębokich mózdzku, jąder podstawy, międzymózgowia a także w śródmózgowiu widoczne są wielokomorowe twory jamiste o zmiennej wielkości wypełnione kryptokokami. Są to w znacznej większości twory zupełnie bezodczynowe, choć niekiedy w ich otoczeniu widoczne są niewielkie nacieki okołonaczyniowe, niewielkie skupienia makrofagów i stosunkowo liczne rozsiane komórki wielojądrowe typu HIV. W jądrach podstawy lewych obok typowej bezodczynowej jamy kryptokokowej widoczne jest niewielkie ognisko martwicy skrzepowej, otoczone pierścieniem martwicy rozplątanej w którym widoczne są liczne kryptokoki zarówno w części rozplątanej jak i skrzepowej. Kryptokoki widoczne są również w otoczeniu ogniska. Ponadto spotyka się rozsiane drobne ogniska naczyniopochodne, niekiedy z makrofagami sprawiające wrażenie wczesnych okresów tworzenia jam kryptokokowych.

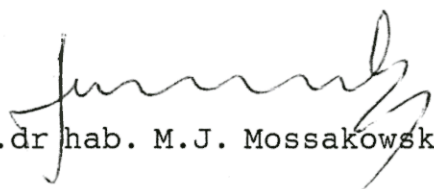
Cechą charakterystyczną przypadku jest obecność licznych rozsianych grudek mikroglejowo-histocytarnych zawierających typowe wielojądrowe komórki olbrzymie typu HIV. Jeszcze częściej występują komórki HIV bez związku z rozplemem grudkowym mikrogleju, rozsiane luźno w tkance lub w położeniu przynacyniowym. Są one szczególnie obfite w istocie białej półkul mózgu, gdzie położone są na tle rozlanej glejozy astrocytarnej. W obszarach glejozy stwierdza się przy tym zblednięcie osłonek mielinowych, bez cech ich rozpadu. Komórki olbrzymie typu HIV występują obficie w otoczeniu jam kryptokokowych jak i zgąbczałej obrzękłej tkance otaczającej ogniska chłoniaka (patrz niżej). Spotyka się je również w oponach miękkich.

W okolicy czołowej i centralnej półkuli mózgu stwierdza się rozległe ogniska uformowanych guzów, których część centralną zajmują rozległe obszary martwicy skrzepowej. W jej masach znajdują się obfite masy dentrytu jądrowego, oraz cienie gęsto ułożonych naczyń otoczonych szerokim pasmem okołonacyniowych zagęszczeń komórkowych. Na obwodzie skrzepowych mas martwiczych znajduje się pas martwicy rozplywnej wypełnionej masami makrofagów, z których część wykazuje cechy wielojądrowych komórek HIV. Wśród tych mas w preparacie z okolicy centralnej widoczne są liczne torbiele końcowe toksoplazmozy. Niektóre z nich wykazują cechy rozpadu z wyrzutem trofozoitów do tkanki. Centralne martwice przechodzą w lite utkanie nowotworu wykazującego cechy chłoniaka lub w zmienioną tkankę z cechami zglejowacenia, z obecnością gemistocytów i rozrzedzenia wskazującego na nasilony obrzęk. Nowotwór w litej części wykazuje cytologię charakterystyczną dla chłoniaka z wyraźnym wzorcem rozrostu okołonacyniowego, z licznymi mitozami i co zwraca szczególną uwagę z komórkami olbrzymimi. Zjawiskiem charakterystycznym jest fakt, że w otoczeniu guza, a nawet obszarach odległych nie wykazujących z nimi związku znajdują się liczne naczynia otoczone pierścieniowatym naciekiem rozplemu nowotworowego, różnej rozległości. Pomiedzy tymi zmianami stwierdza się płaszczyznowe "rozsypanie" się utkania nowotworu i znaczne bogactwo komórkowe, na które składa się mikroglej, przerośnięte astrocyty i zachowane zmienione neurocyty. Przynacyniowe rozrosty

nowotworowe położone w odległych obszarach tkankowych, zwłaszcza w istocie białej, są dość ściśle ograniczone do przestrzeni przynaczyniowej. Rozlane masywne nagromadzenie komórek nowotworowych występuje ponadto w oponach miękkich zwłaszcza w głębi rowków mózgowych. Stąd okołonaczyniowo wnikają one w obręb powierzchniowych warstw kory.

W korze mózgu położonej w sąsiedztwie nowotworu, nie nacieczonej jednakże przez komórki guza stwierdza się rozległe ubytki neuronalne, zwyrodnienia zachowanych komórek nerwowych, namnożenie mikrogleju i astrocytów, z których ostatnie przybierają bądź postać gleju metabolicznego bądź gleju odczynowego.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalopathia et encephalitis. Cryptococcosis cerebri et leptomenigeum. Lymphoma malignum hemisphaeri cerebri dextri, cum toxoplasmosi localis.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

lat 36

zmarł 07.10.1995r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+ Kryptokokozowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Posocznica kryptokokowa. Grzybic śluzówek. Niewydolność nerek. Obrzęk płuc.

Waga mózgu utrwalonego 1350 g. Mózg niesymetryczny: półkula lewa sprawia wrażenie większej. W okolicy centralnej lewej wypuklenie wielkości jaja kurzego. Opony zmleczące. W poszerzonych rowkach widoczna galaretowata treść. Duże zaniki w okolicy czołowo-ciemieniowej. Pień mózgu oderwany, zniszczone śródmózgowie.

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej: bardzo znaczne zaniki korowe. Kora o brunatnym zabarwieniu, bardzo ostro odcina się od istoty białej. Stwierdza się dwa typy zmian. Pierwsze reprezentowane są przez ostro cięte ogniska, z których największe zajmuje istotę białą zakrętu czołowego górnego i środkowego ostro zatrzymując się na granicy kory. Ognisko to ma nieregularny kształt, jest stosunkowo ostro odgraniczone od otoczenia. Jego część centralną zajmują śmietanowato-żółte masy o stosunkowo dobrej spoiistości. Na obwodzie tkanka wykazuje różowo-szare zabarwienie. Ogniska o podobnym charakterze lecz o znacznie mniejszych rozmiarach, widoczne są w skorupie lewej i jądrze ogoniastym prawym. Drugi typ ognisk reprezentują liczne zlewające się jamki wypełnione galaretowatą treścią, widoczne w jądrach podstawy i wzgórzu obustronnie.

Zachowana część pnia mózgu i mózdzek bez zmian uchwytnych makroskopowo.

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

lat 36, kawaler, ryzykowne
kontakty seksualne.

Przyjęty 19.08.1995r.
zmarł 7.10.1995r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+.
Kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
Posocznica kryptokokowa. Grzybica śluzówek.
Niewydolność nerek. Obrzęk płuc.

Do Oddziału został przyjęty z powodu podejrzenia procesu zapalnego OUN. W okresie poprzedzającym hospitalizację gorączkował, wymiotował, występowały zaburzenia połykania, dwukrotnie napady drgawkowe.

Przeciwciała HIV wykryto w 1992 r.. Od tego czasu był czterokrotnie hospitalizowany z powodu nawracających stanów gorączkowych, łuszczy-
cy i nawracającej grzybicy jamy ustnej.

W chwili przyjęcia do Oddziału stan bardzo ciężki, pacjent leżący, przytomny, kontakt logiczny zachowany, chory bardzo spowolniały. W toku diagnostyki wykryto obecność kryptokoków zarówno w płynie mózgowo-rdzeniowym jak i w surowicy. W badaniu CT głowy stwierdzono obecność ziarniników kryptokokowych w mózgu. Zastosowano leczenie amfoterycyną oraz diflucanem uzyskując znaczną poprawę stanu pacjenta trwającą około 2 tygodnie. Potym chory ponownie zagorączkował, włączono leczenie antybiotykami oraz zwiększono dawkę diflucanu uzyskując poprawę trwającą ok. 10 dni. Po tym czasie chory znów zagorączkował, pojawiła się grzybica jamy ustnej, wystąpiła biegunka. Wykonane w tym czasie badania wykazały ponownie obecność kryptokoków w płynie mózgowo-rdzeniowym. Podjęto powtórnie próbę leczenia amfoterycyną. Jednak po drugiej dawce leku doszło do uszkodzenia nerek ze wzrostem kreatyniny do ok. 4mg% z towarzyszącym spadkiem ciśnienia tętniczego i spadkiem diurezy. Intensywne nawadnianie i leki moczopędne pozwoliły na powolną poprawę parametrów wydolności nerek. Podjęto wówczas leczenie diflucanem w połączeniu z flucytozyną. W pierwszej dobie leczenia u chorego wystąpiły objawy obrzęku płuc. Po podaniu leków moczopędnych, naparstnicy, leków rozkurczowych i morfiny uzyskano ustąpienie cech obrzęku płuc, jednak stan ogólny pozostał skrajnie ciężki. Zmarł wśród objawów niewydolności krążenia.

Wyniki badań dodatkowych

Płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny, przejrzysty, cytoza 1, białko 53, cukier 32 mg%, chlorki 120 mmol/l. Odczyny N.A.+, P.++.

CT głowy: w obu półkulach liczne hipodensyjne ogniska, głównie w strukturach głębokich o średnicy ok. 1 cm, w płacie czołowym prawym hipodensyjne ognisko o średnicy ok. 35 mm. Zaniki korowo-podkorowe. Obraz CT nasuwa podejrzenie licznych ropni mózgu.

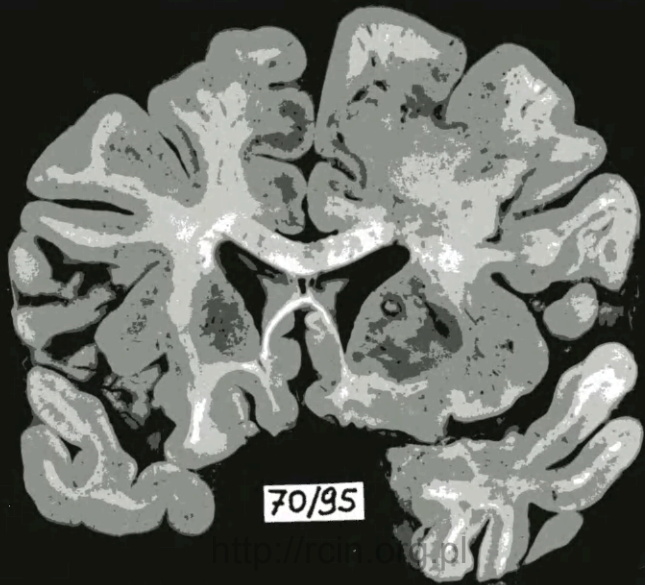
P-ciała CMV w surowicy dodatnie w klasie IgG (b.wysokie).

Badanie immunologiczne: leukocyty 4800, limfocyty 508
CD4 4, CD8 275 CD4/CD8 0,01

Proteinogram: obniżony poziom albumin, podwyższone alfa 1 (3+), beta (1+), gamma (2+).

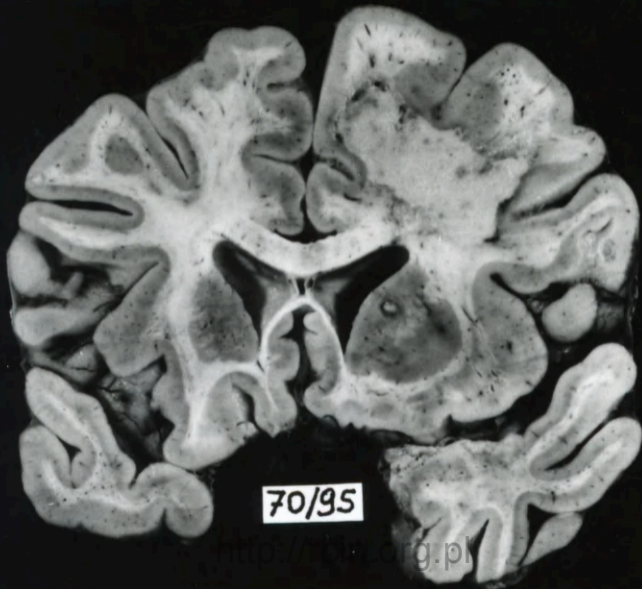
Wynik sekcji ogólnej (10.10.95):

Sepsis cryptococcica. Cytomegalia. Pneumonia lobularis, partim confluentis, atque hyperaemia passiva et oedema pulmonum. Necrosis focalis corticis suprarenalis. Steatosis dispersa hepatis, praecipue peripheriae lobuli (causa vasogenes). Hyperaemia passiva organorum. Inanities.
(dr med. M. Chrzanowski).



70/95

<http://rohn.org.pl>



70/95

ig.pl