

Nr 68/95

Nazwisko

Wiek 42 lata

Dzień śmierci

06.10.1995r

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci Sekcja
mózgu 25.11.1995r

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.śródmózgowie z i.czarną	
2.rdzeń podopu- szkowy	
3.most	
4.opuszka	
5.mózdzek l. z ogniskiem	
6.okol.czoł.l.	
7.j.podstawy l.	
8.wzgórze l. z ogniskiem	
9.okol.czoł.l. z ogniskiem	
10.okol.skroń.l.	
11.amon l.	
12,amon p.z og- niskiem	
13.okol.cent.r.l.	
14.okol.ciem.l.	
15.okol.ciem.p. z ogniskiem	
16.okol.potył.l.	

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,
Heidenhain, Griedley

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Nabyty zespół niedoborów immunologicznych
HIV+. Mnogie ropnie OUN. Zespół wyniszcze-
nia.

Rozpoznanie anatomiczne

Foci neoplasmatici hemisphaerii cerebri
utriusque et cerebelli.

Rozpoznanie histologiczne

Lymphoma malignum multifocale. Encephalitis
micronodularis cytomegalica.

Prof. M.J. Mossakowski

Prof. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+. Mnogie ropnie ośrodkowego układu nerwowego. Zespół wyniszczenia.

Badanie neuropatologiczne: W obrazie patomorfologicznym przypadku współistnieją ze sobą dwa uogólnione procesy patologiczne. Proces o znacznie mniejszym nasileniu i wysuwający się na dalszy plan wyraża się obecnością drobnych grudek mikroglejowych z których większość charakteryzuje się obecnością mikromartwicy w ich centralnej części. Rozsiane są one we wszystkich częściach ośrodkowego układu nerwowego, wyłącznie w formacjach szarych. Może nieco częstsze są one w korze mózgu i jądrach podstawy. Niektóre z mikrogrudek zawierają trudne do identyfikacji kwasochłonne twory. Dosłownie w dwóch grudkach znaleziono komórki z typowymi dla CMV wtrętami śródjądrowymi. W niektórych okolicach, zwłaszcza w pniu mózgu występują okołonaczyniowe nacieki złożone z typowych limfocytów.


Dominującym procesem patologicznym są zmiany o typie chłoniaka. Występują one w dwóch postaciach: po pierwsze jako ograniczone zlokalizowane ogniska nowotworowe oraz w postaci rozsianych naczyń otoczonych pierścieniem nacieku nowotworowego. Te ostatnie występują w znacznej części struktur pnia mózgu oraz w półkulach mózgu. Cytologia obu typów jest identyczna. Ograniczone ogniska nowotworowe stwierdzono w okolicy czołowej i centralnej lewej, w jądrach podstawy i we wzgórzu po stronie lewej, a także w lewej półkuli mózdzku, a ponadto w prawym hipokampie i w prawej okolicy ciemieniowej. Struktura wszystkich ognisk jest jednakowa. Zbudowane są one ze zbitych, angiocentrycznych ognisk komórek nowotworowych. Gniazda przynaczyniowe wykazują luźniejsze utkanie w obwodowej części guza, zlewają się ze sobą w części wewnętrznej guza, a jego centrum zajmuje rozległa martwica skrzepowa. Ogniska martwicy zawierają zachowane nacieczone naczynia, nierzadko z wyraźnymi zmianami zakrzepowymi. Niekiedy wokół naczyń zachowane są węższe lub szersze pierścienie komórek nowotworowych. Przejście martwicy

do zachowanej masy guza jest mało ostre, zatokowate i wyraźnie luźniejsze w stosunku do głównej masy guza. Komórki wchodzące w skład guza są komórkami względnie dużymi, okrągłymi, owalnymi lub nieregularnie-kształtnymi z polimorficznymi, okrągłymi, owalnymi lub policyklicznymi, a rzadko sierpowatymi jądrami. Jądra stanowiące objętościowo dominujący element komórki są bogatochromatynowe. Nieregularna, gruboziarnista chromatyna rozproszona jest nieregularnie w nukleoplazmie. Cytoplazma lekko kwasochłonna lub częściej ortochromatyczna stanowi na ogół niewielki, ale zawsze wyraźny rąbek okołojądrowy. Niekiedy jądra mają ekscentryczne położenie. Stwierdza się umiarkowanie liczne prawidłowe i patologiczne formy mitotyczne. Pojedynczo występują komórki olbrzymie. W obwodowej części guza angiocentryczne gniazda ulegają rozluźnieniu, pomiędzy nimi widoczna jest zachowana tkanka zawierająca rozproszone komórki nowotworowe, gemistocyty a rzadko zachowane zwyrodniałe komórki nerwowe. W otoczeniu guza tkanka nerwowa wykazuje cechy obrzęku, rozluźnienia, zgąbczenia i występują w niej liczne naczynia otoczone naciekiem nowotworowym oraz gemistocyty. W okolicach podwyściółkowych układ angiocentryczny nieco zaciera się, stając się bardziej płaszczyznowy. W niektórych okolicach (okolica centralna, okolica ciemieniowa, mózdzek) stwierdza się masywny naciek opon miękkich. W mózdzku nacieki z opon okołonaczyniowo wnika do kory mózdzku. W okolicy ciemieniowej nacieki opony objęty jest ogniskiem martwicy. W rogu dolnym komory nacieczony jest również splot naczyniówkowy. Uogólnione nacieki okołonaczyniowe mają zmienną grubość, niekiedy są jednowarstwowe, innym razem wielopokładowe.

W śródmózgowiu po stronie prawej stwierdza się zgąbczenie utkania w części nakrywkowej, w polu odpowiadającym położeniu jądra czerwiennego. Widoczne są tu liczne rozdęcia aksonalne, o różnej średnicy. Wśród zgąbczałej tkanki widoczne jest pomnożenie gleju. W polu tym mielina wykazuje zblednięcie.

W części nie zajętej przez naciek nowotworowy opony wykazują znaczne pogrubienie i zwłóknienie.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Lymphoma malignum policentricum cerebri. Encephalitis cytomegalica. Degeneratio secundaria tractus cerebello-rubralis sin.



Prof. dr hab. M. J. Mossakowski

lat 42

zmarł: 06.10.1995r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+.
Mnogie ropnie OUN. Zespół wyniszczenia.

Mózg o ciężarze 1650 g, niesymetryczny artefaktycznie. Bardzo znaczne wgłobienie migdałków mózdzku. Opony przezierne, przestrzenie podoponowe wolne. Naczynia podstawy z pojedynczymi blaszkami miażdżycowymi. Zakręty mózgu spłaszczone.

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej: w przednim odcinku półkule niesymetryczne - płąt czołowy lewy większy od prawego. Na dalszych przekrojach asymetria zanika pojawiając się ponownie na wysokości wzgórza. Wzgórze lewe większe od prawego, przesuwa komorę II na stronę prawą. Na przekrojach widać szereg patologicznych ognisk. Największe z nich położone jest w przedniej części płata czołowego lewego (F3), gdzie zajmuje istotę białą i sąsiadującą z nią korę. Ognisko ma kształt nieregularny, wymiary 2x3 cm, jest dość ostro odgraniczone od otaczającej tkanki. Część centralna jest żółto-szaro zabarwiona, część obwodowa - wyraźnie różowa. Drugie ognisko zlokalizowane jest we wzgórzu lewym i zajmuje całą jego długość od jąder przednich do poduszki. Cechy strukturalne tego ogniska nie różnią się od poprzedniego. Trzecie ognisko położone jest w okolicy prawego hipokampa, ma ono mniejsze rozmiary i mniej ostro odcina się od otoczenia. Czwarte ognisko położone na przyśrodkowej powierzchni płacika ciemieniowego prawego, jak się wydaje zlokalizowane jest głównie w korze. Ponadto zwraca uwagę obecność przebarwień okołonaczyniowych w istocie białej oraz obniżenie spoistości i różowe zabarwienie struktur okołokomorowych w otoczeniu rogu tylnego obustronnie. Pień mózgu bez zmian. W lewej półkuli mózdzku w obrębie nucleus dentatus i otaczającej istoty białej duże ognisko (1,5x1) o cechach takich jak w ogniskach w półkulach mózgu.

Rozpoznanie makroskopowe: Foci neoplasticici disseminati hemisphaer. cerebri utriusque et cerebelli.

Prof. M.J.Mossakowski

Data sekcji: 25.11.1995r.

Skrót historii choroby

lat 42, żonaty, sanitariusz
Pogotowia Ratunkowego

Przyjęty 17.08.1995r.
zmarł 6.10.1995r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych HIV+.
Mnogie ropnie OUN. Zespół wyniszczenia.

Przyjęty do Oddziału z powodu utrzymujących się zmian w jamie ustnej sugerujących grzybicę. Przeciwciała HIV wykryto u chorego w kwietniu 1995, potwierdzone testem W-B. w tym samym okresie. Zmiany w jamie ustnej pojawiły się w lipcu 95r. Początkowo rozpoznawano ropne zapalenie migdałków, leczone antybiotykami. Po miesiącu bezskutecznego leczenia chorego hospitalizowano w Oddziale IV Woj. Szp. Zak. W tym okresie obserwowano u pacjenta zmiany na migdałkach w postaci rozlanych owrzodzeń pokrytych szarawą wydzieliną. Zmiany były bardzo bolesne, utrudniające jedzenie i mówienie. Zastosowano leczenie przeciwgrzybicze oraz antybiotyki o szerokim spektrum nie uzyskując poprawy. W licznych posiewach uzyskano jedynie wzrost flory niepatogennej. Wycinek śluzówki z okolicy migdałków pobrany do badania histopatologicznego wykazał jedynie obecność martwiczej tkanki. W początkach września zaobserwowano u chorego postępujące pogorszenie stanu ogólnego, narastającą prostrację, chory zanieczyszczał się. Pojawiły się bardzo dyskretne zaburzenia neurologiczne. W wykonanej w tym czasie tomografii komputerowej głowy stwierdzono liczne obszary hypodensyjne, nie dające wzmocnienia po podaniu kontrastu. Obraz ten mógł odpowiadać tworzącym się ropniom mózgu. Włączono wówczas pełne leczenie przeciw toksoplazmozie nie uzyskując poprawy po czterech tygodniach leczenia. Wobec ujemnego wyniku serologicznego w kierunku toksoplazmozy ostatecznie wycofano się z dalszego leczenia. Równolegle podjęto diagnostykę w kierunku kryptokokozy OUN z wynikiem ujemnym oraz w kierunku gruźlicy uzyskując negatywny wynik badania PCR płynu mózgowo-rdzeniowego. W czasie przeprowadzanej diagnostyki chory był leczony wieloma zestawami antybiotyków, bez poprawy. Utrzymywała się podwyższona ciepłota ciała (38-39^o), stan chorego pogarszał się, narastało wyniszczenie, pojawiły się odleżyny. Zmarł wśród objawów niewydolności krążenia.

Wyniki badań dodatkowych:

Płyn mózgowo-rdzeniowy: bezbarwny, kłaczkowaty, cytoza 1, białko 110, cukier 44 mg%, chlorki 105 mmol/l. Odczyny N.A i P. 3+.

CD4 93, CD8 432, CD4/CD8 0,21

WR - ujemny (kiła przebyta w latach 80-tych).

Uwaga: wg informacji pacjenta - kontakt z krwią zawodowy, wg lekarza z Poradni przy ul. Leszno - liczne kontakty heteroseksualne)