

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 10/96

Materiał nadesłano z:

Imię i nazwisko !..... Data zgonu 28.12.1995r.....
Wiek 41 lat Data sekcji ogólnej 29.12.1995r
Data sekcji mózgu 15.02.1996r.....

Rozpoznanie kliniczne Nabyty zespół niedoborów odporności. Toksoplazmoza
oun. Nawracające zapalenie odoskrzelowe płuc, Prze-
wlekłe zaostrzone zapalenie zatok obocznych nosa.
Nawracająca grzybica przewodu pokarmowego. Podejrze-
nie cytomegalozowego zapalenia przełyku.

waga mózgu utrwalonego 1300 g

Symetria zniekształcony artefaktycznie
przerwane spoidło wielkie,
Zniekształcenia skrzepły krwiwydostają się rowki zaciśnięte
z otworów bocznych k.IV i zbiornika mózdkowo-opuszkowego. Podbiegnięcia zakręty spłaszczone
krwawe w okol.dołu bocznego mózgu le-
Opony wego i bieguna skroniowego prawego.

Przestrzenie podoponowe

Naczynia podstawy bez blaszek miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Krew w układzie komorowym. Ognisko krwotoczne wypełnione masami skrz-
płej krwi położone w płk mózgu lewej, w części przedniej zajmujące
okolice paracentralną, ku tyłowi wyraźnie zlokalizowane w istocie
białej jąder podstawy. W międzymózgowiu w płk. lewej wyraźne przebici
ogniska krwotoczne do układu komorowego. Skrzepła krew w komorze
bocznej lewej i niewielka zawartość płynnej krwi w komorze bocznej
prawej. Poza tym wyraźne cechy obrzęku. Mózg blady. W okolicy oczo-
Rdzeń dołowej płata skroniowego liczne drobne nieregularne ogniska
wybarwione szaro-brunatno, wielkości ziarna soczewicy /pł.skroniowy
lewy/. Tkanka około ogniskowa obrzmiała, galaretowata. Drobne ognis-
ko krwotoczne 0,5-0,7 cm, ostro odgraniczone w okolicy ciemieniowej
Mózg prawej

Komora IV w całości wypełniona skrzepem krwi

W obu półkulach mózdku widoczna skrzepła krew, niszcząca j.zębate,
- Pierwotne ognisko krwotoczne?.

Rdzeń
nie sekcjonowany

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

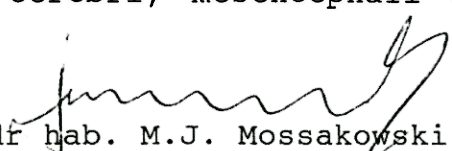
Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów odporności. Toksoplazmoza o. n. Nawracające zapalenie odoskrzelowe płuc. Przewlekłe zaostrzone zapalenie zatok obocznych nosa. Nawracająca grzybica przewodu pokarmowego. Podejrzenie cytomegalozowego zapalenia przełyku.

Badanie neuropatologiczne: Najpospolitszym elementem obrazu patomorfologicznego mózgu są rozsiane grudki mikroglejowo-histiocytarne występujące z mniejszym lub większym zagęszczeniem w większości struktur ośrodkowego układu nerwowego z przewagą formacji szarych choć nierzadko spotyka się je w istocie białej. Grudki są albo dobrze ograniczonym zagęszczeniem komórek, lub słabo zarysowanym luźnym ugrupowaniem komórkowym. Cechą typową obu typów jest wyraźne rozrzedzenie podłoża tkankowego niekiedy o obrazie mikromartwicy. W stosunkowo nielicznych grudkach występują torbiele końcowe wypełnione trofozoitami toksoplazm. Poza grudkami występują również charakterystyczne mikromartwice, z żywym odczynem zaktywizowanego mikrogleju. Mają one zróżnicowane położenie, nierzadko w ^{warstwie} luźnej warstwie kory. Trzecim charakterystycznym znaleziskiem jest obecność typowych ropni toksoplazmowych położonych zgodnie z opisem makroskopowym zmian. Część centralną "ropnia" zajmuje rozległe pole martwicy skrzepowej, z mniej lub bardziej widocznymi elementami podłoża tkankowego, pokryte detrytem komórkowym. Położone w nim duże, okrągłe lub owalne bezstrukturalne twory kwasochłonne mogą odpowiadać martwym torbielom końcowym. Pole martwicy otoczone jest zmiennej szerokości pasem odczynu zapalnego, z limfocytami, komórkami plazmatycznymi, makrofagami i drobnymi naczyniami z obumarłymi śródbłónkami, otoczonych naciekiem limfocytarnym. W polu tym spotyka się toksoplazmowe torbiele końcowe i luźno rozsiane trofozoity. Na zewnątrz pola zmian zapalnych położone jest utkanie mózgu z masywnymi cechami obrzęku, odczynem glejowym, z nierzadko występującymi gemistocytami. Położone tu naczynia otoczone są na ogół naciekiem limfocytarnym, a w przypadku zajęcia kory widoczne są masywne ubytki i

zwyrodnienia neuronalne z namnożeniem gleju o obrazie gleju metabolicznego. W przypadku sąsiedowania ropnia z oponami, wykazują one rozległe i dość nasilone nacieki zapalne. "Ropień toksoplazmowy" położony w okolicy ciemieniowo-potylicznej wyróżnia się masywnymi zmianami krwotocznymi o obrazie wybroczyn okołonaczyniowych i podbiegnięć krwawych aż do utworzenia ogniska krwotocznego o nieregularnych zarysach przechodzącego na tkankę poza ropniem. Jako ciekawostkę należy potraktować obecność w okolicy czołowej dobrze ograniczonego ogniska wypełnionego całkowicie makrofagami i otoczonego odczynem zapalnym i reakcją wytwórczą astrogleju. W całym ośrodkowym układzie nerwowym spotyka się nieliczne, na ogół delikatne (poza bezpośrednim sąsiedztwem "ropni toksoplazmowych") nacieki okołonaczyniowe.

Drugim zjawiskiem patologicznym charakteryzującym przypadek jest obecność licznych ognisk krwotocznych występujących w półkulach mózgu, pniu i w mózdzku. Ich rozmiary wahają się w szerokich granicach od drobnych, ograniczonych, bezodczynowych ognisk mieszczących się w pojedynczym zakręcie półkul i drobnych podbiegnięć otaczających wodociąg do dużych niszczących rozległe obszary tkanki, takich jak ognisko w lewej półkuli mózgu czy w lewej półkuli mózdzku. Cechą wszystkich ognisk są ich nieregularne, postrzępione brzegi, całkowicie pozbawione odczynu komórkowego, rozległa imbibicja barwnikiem krwi otaczających tkanek, wykazujących cechy nasilonego obrzęku. Ognisko w półkuli lewej mózgu przebija się do układu komorowego z uchwytym w obrazie mikroskopowym uszkodzeniem warstwy podwyściółkowej i wyściółki. Światło komory wypełniają masy krwi, obecnej również w wodociągu. Podobne cechy wykazuje ognisko krwotoczne w mózdzku niszczące istotę rdzenną półkuli, znaczną część jądra zębatego i jądra głębokie mózdzku. W tym miejscu krew przebija się do komory IV wypełniając jej światło.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Toxoplasmosis cerebri. Foci haemorrhagici disceminate hemisphaerium cerebri, mesencephali et cerebelli. Haemocephalus.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski