

Nr 67/97

Nazwisko

Wiek 55 lat

Dzień śmierci  
25.06.1997r

Sekcjonowany  
w ..... godzin  
po śmierci  
Sekcja mózgu  
11.09.1997r

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol      Formol

- 1.okol.czołowa  
lewa
- 2.zwoje podstawy  
l.
- 3.wzgórze l.
- 4.skroń z amonem  
l.
- 5.okol.central-  
na l.
- 6.okol.ciemienio-  
wa l.
- 7.okol.potył.l.
- 8.śródmózgowie  
z i.czarną
- 9.most
- 10.opuszka /ścięta  
przywyjmowaniu  
mózgu/
- 11.mózdzek l.

Użyte metody barwienia  
Hematoksylina i eo-  
zyna, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

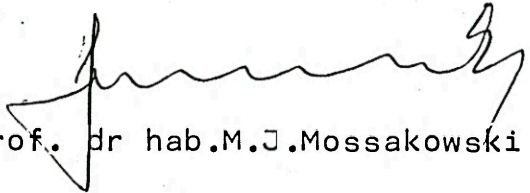
Czerniak złośliwy z przerzutami do OUN i  
płuc.  
Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.  
Grzybica jamy ustnej. Zapalenie płuc.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Melanoblastosis maligna diffusa leptomenin-  
geum.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY  
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN  
ZAKŁAD NEUROPATOLOGII  
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5  
Tel: 658 53 69, 603 65 35

Rozpoznanie kliniczne: Czerniak złośliwy z przerzutami do OUN i płuc. Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. Grzybica jamy ustnej. Zapalenie płuc.

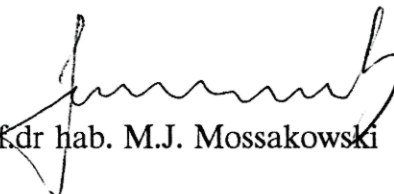
**Badanie neuropatologiczne:** Wiodącym zespołem obrazu histopatologicznego przypadku są rozlane masy nowotworowe wypełniające przestrzeń podpajęczynówkową, naciekające opony miękkie, tapetujące ściany układu komorowego (z największym nasileniem w komorze bocznej i III) oraz gromadzące się w otoczeniu większych i średnich naczyń. Naciek nowotworowy ma zmienne nasilenie. W niektórych odcinkach opon jest wyraźnie obfitszy (opony mózdzku, opony dołu międzykonarowego, opony niektórych okolic półkul i podstawy mózgu). Komórki nacieku w oponach są obfitsze w głębi rowków niż na szczytach zakrętów, wykazując wszędzie zagęszczenie w otoczeniu naczyń. Przy znacznym pogrubieniu opon miękkich nacieki ogranicza się raczej do opony miękkiej na powierzchni kory. Nacieki wnikały do tkanki wzdłuż przestrzeni okołonaczyniowej nie przekraczały zasady jej granic. Nie rozpraszają się na otaczającą tkankę. Podobnie nie nacieka tkanki per continuitatem z opon. W komorach zatrzymuje się również na granicy wyściółki, wykazującej niekiedy bardzo znaczne nieprawidłowości, z tworzeniem ziarnistości nadwyściółkowych, ze złuszczeniem warstwy ependymy. Nawet w tych razach nacieki, z wyjątkiem niewielkiego odcinka ściany komory III zatrzymuje się na gleju podwyściółkowym. Nacieki okołonaczyniowe ograniczają się do powierzchniowych warstw mózgowia, jedynymi głębokimi formacjami z okołonaczyniowymi naciekami nowotworowymi są jądra podstawy i otoczenie jądra zębatego mózdzku. W podstawie mostu widoczne jest pojedyncze drobne skupienie komórek nowotworowych nie wykazujące związku z naczyniami. Jest to jedyne ognisko tego typu w całym przypadku. W części podstawnej pnia mózgu widoczne jest naciekanie korzeni nerwów czaszkowych, wykazujących rozpad osłonek mielinowych. Struktura komórkowa nacieku nowotworowego jest podobna we wszystkich odcinkach. Składają się one (nacieki) z polimorficznych komórek z dużymi niejednokrotnie policyklicznymi jądrami i obfitą zazwyczaj, kwasochłonną

cytoplazmą. Część komórek przypomina komórki plazmatyczne, różniąc się od nich, rozmiarami (są większe), brakiem szprychowatości jąder i kwasochłonnością cytoplazmy. Obok różnej wielkości komórek okrągłych lub owalnych, występują komórki wrzecionowate i poligonalne. Cechą znamionną jąder jest częste występowanie kwasochłonnych inkluzji śródjądrowych, otoczonych zbitymi masami, grudkowatej chromatyny. W licznych komórkach widoczne jest nagromadzenie brązowego barwnika, który w postaci pyłkowatych lub grudkowatych mas wypełnia ich cytoplazmę. Poza nagromadzeniem śródkomórkowym, grudkowate masy barwnika leżą luźno wśród mas nowotworowych. Zwraca uwagę fakt iż barwnik nie występuje równomiernie we wszystkich komórkach a raczej w ich większych lub mniejszych skupiskach. W świetle komory bocznej i III wśród opisanych wyżej typów komórek występują skupienia dużych lub okrągłych komórek o wyraźnie piankowatej cytoplazmie. W utkaniu mas nowotworowych występują stosunkowo liczne skupienia limfocytów, często gromadzących się w otoczeniu naczyń.

Drugim zjawiskiem charakteryzującym przypadek jest niezwykle nasilony, uogólniony rozplm przerosłych komórek glejowych - gemistocytów zajmujący w półkulach mózgu powierzchowne warstwy kory (I,II i częściowo III warstwa) oraz okolicę podwyściółkową, zawierające zarówno struktury szare jak i istotę białą. Zjawisko to występuje również, choć w mniejszym nasileniu w strukturach pnia mózgu zarówno podoponowo (mniej) jak i podwyściółkowo (więcej). W korze mózdzku występuje niezwykle nasilony rozrost komórek glejowych Bergmanna, z bardzo wyraźnym zwłóknieniem warstwy drobinowej i masywnym ubytkiem komórek Purkinjego.

W formacjach szarych, zwłaszcza w korze mózgu występują bardzo nasilone zmiany zwyrodnieniowe i ubytki komórek nerwowych. W okolicy ciemieniowej lekkie zgębczenie powierzchniowych warstw kory. W istocie białej półkul umiarkowane cechy obrzęku.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Melanoblastosis maligna diffusa leptomenigeum cerebri.



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Ps. Preparat z kory do reakcji GFAP.

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 67/97**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 25.06.1997r  
Wiek .....55...lat Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu .....11.09.1997r

Rozpoznanie kliniczne Czerniak złośliwy z przerzutami do GUN i płuc.  
Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.  
Grzybica jamy ustnej. Zapalenie płuc.

Symetria zachowana waga mózgu utrwalonego 1500 g  
Zniekształcenia wgłobienie migdałków rowki zaniki niewidoczne  
zakręty  
Opony nieznacznie zmleczące wzdłuż przebiegu naczyń  
Przestrzenie podoponowe wolne, podbiegnięcia krwawe w okolicy prawego bieg  
na potylicznego i krawędzi zewnętrznej płk prawej  
Naczynia podstawy w okolicy potyliczno-skroniowej  
nieco pogrubiłe, widoczne pojedyncze blaszki miażdżyc

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Komory boczne i komora III poszerzone. Zmian ogniskowych nie  
zaobserwowano.

Pień opuszka ścięta skośnie przy wyjmowaniu, zachowana tylko górna  
część

Mózdzek bez zmian ogniskowych

Rdzeń

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

R zpoznanie kliniczne: Czerniak złośliwy z przerzutami do OUN i płuc. Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. Grzybica jamy ustnej. Zapalenie płuc.

### Epikryza

55-letni chory został przyjęty do Oddziału po raz kolejny z powodu rozsianej choroby nowotworowej i zapalenie płuc. Zakażenie HIV wykryto w 1994r. Leczony trzema lekami w programie ROCHE w okresie jesień 95 - grudzień 96 z obserwowanym znacznym wzrostem liczby komórek CD4. Jednak leczeniu towarzyszyły narastające dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, do objawów ostrego brzucha włącznie. Ostatecznie było to powodem przerwania leczenia w grudniu 1996r.

Od stycznia 96 diagnozowany z powodu limfadenopatii - rozpoznano przerzuty czerniaka złośliwego do węzłów chłonnych prawej pachy. Węzły usunięto, a następnie poddano pacjenta radioterapii w czerwcu ub.roku. W czasie całej obserwacji pacjent skarżył się na bardzo silne bóle głowy. Ponowne powiększenie węzłów chłonnych obserwowano od stycznia 97. Mała dynamika zmian i umiejscowienie ich w węzłach chłonnych było powodem nie podejmowania proponowanej przez onkologów radioterapii. Jednocześnie narastał u chorego niedosłuch, pojawiały się coraz częściej zawroty głowy i zaburzenia równowagi. W kwietniu 97 wystąpił zespół mózdkowy z towarzyszącą całkowitą głuchotą i zespołem urojeniowym. W płynie mózgowo-rdzeniowym wykryto wówczas liczne komórki nowotworowe, natomiast przeprowadzone w tym czasie badanie CT mózgu /kolejne/, oraz MRI nie wykazały zmian patologicznych. Zastosowanie leków przeciwobrzękowych i psychotropowych przyniosło poprawę kliniczną. Jednak w początkach czerwca 1997 nasiliło się osłabienie, kaszel. Radiologicznie stwierdzono cechy mięsaszowego zapalenia płuc oraz liczne przerzuty nowotworu do płuc. Zastosowano leczenie antybiotykiem. Jednak osłabienie narastało, pogarszał się kontakt z chorym. Pojawiły się drżenia mięśniowe i drgawki uogólnione. Leczenie przeciwobrzękowe tym razem nie przyniosło poprawy. Stan pacjenta systematycznie pogarszał się. Zmarł 25.06.97.

Wynik sekcji ogólnej /dr med. Z.Kamiński/:

Embolia arteriae pulmonalis. Metastases neoplasmatici malignae /melanoma malignum/ in pulminibus et in myocardio. Atheromatosis aortae gr. maioris. Hyperaemia venosa hepatis. Inanitio.