

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧНО НАБЛЮДЕНИЕ № 5

МЕГАЛОБЛАСТНА АНЕМИЯ - ЧУЖДА ВИЗИТНА КАРТИЧКА ?

66-годишна жена с дългогодишна язвена анамнеза е насочена от личния си лекар към Хематологична клиника по повод на анемия, която се влияе слабо от лечение с желязо-съдържащи препарати, но значително по-добре - след терапия с витамин В₁₂.

От **анамнезата**: Пристъпни изтръпвания на долни крайници, общо неразположение, безапетитие с избягване на месо в храната, слабо отслабване на тегло. Напоследък се е явила безболезнена “бучка” в лявата супраклавикуларна ямка. Заради обременена фамилна анамнеза (сестра, починала от рак на гърдата) преди месец пациентката е потърсила консултация с хирург и е минала през мамографски преглед, с негативни резултати. Забелязала, обаче, че напо-следък коремът ѝ се подува.

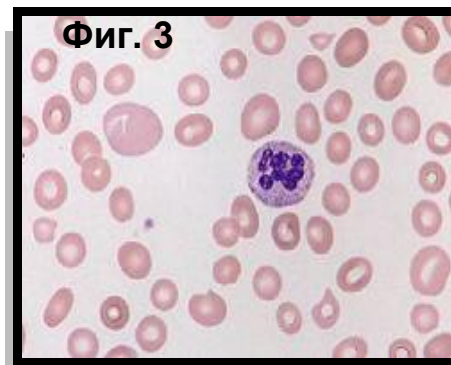
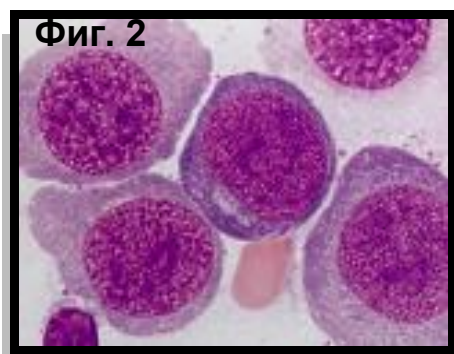
Обективно: Бледи кожа и лигавици, с лек бледо-жълтеникав оттенък. **Език**: Зачервен, суховат, с изгладен релеф „като полиран” (фиг. 1).



Тази картина се означава с епоним (името на първооткривателя) като

.....
.....

Параклиника: Анемия с мегалобластен тип на кръвотворене (фиг. 2), с наличие на мегалоцити в периферната кръв (фиг. 3). СУЕ 115.



Ехографски се установява стеатоза на черен дроб.

Въпреки подобрението на хематологичните показатели от приложената терапия, **общото състояние се влошава**: отпадналостта се задълбочава, появяват се гадене с повръщане.

Болната е преведена в Гастроентерологична клиника, където е предприета **фиброгастроскопия** с биопсии от **три нива**:

1. В фундусните жлези на стомаха се намират се намират епителни клетки с ядрено-цитоплазматична асинхронност: едри незрели ядра и нарушаване на съотношението ядро/цитоплазма. Тези изменения са свързани (Диагноза !)

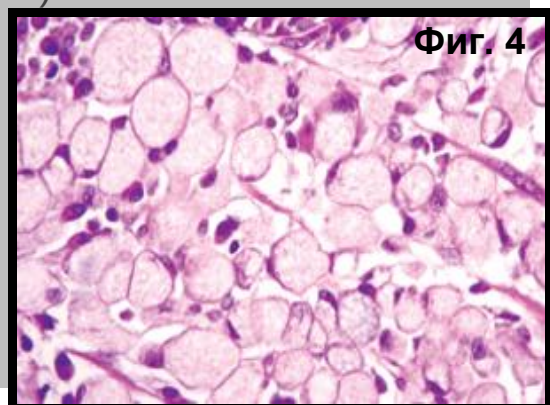
2. Наред с това, обаче, огледът на стомашната лигавица установява язвен дефект по малката кривина, с мековати ръбове и дребнозърнесто дъно, покрито със сиво-черен налеп. Хистологично в биоптата от дъното му се намира повърхностен фибринозно-гноен ексудат, а под него - фибриноидна некроза и грануляционна тъкан, сред която се намират единични клетки със силно просветлена протоплазма и едри ексцентрични ядра. Те са преценени като макрофаги от състава на възпалителния пролиферат. Поради оскъдността на материала не е проведена PAS-реакция с диастазна контрола (Какво цели и как се прави тази проба ?).

3. В материала от антрума лигавицата е изтънена, с кръглоклетъчна инфилтрация ангажираща не само ямковия слой, но и цялата ѝ дебелина, а при оцветяване с Toluidin blau над цилиндричните епителни клетки по повърхността на лигавицата обилно се намират къси тъмносини „пръчици”.

Вашата диагноза за тази находка е ?

Заради съмненията, произтичащи от персистиращата трицифрена СУЕ, която не отговаря на подобрения хематологичен статус, лекуващият лекар решава да се пристъпи към **биопсия на супраклавикуларната „бучка”**.

Тя се оказва лимфен възел, с изцяло заличена структура от дифузна пролиферация на едри овални клетки със силно просветлена цитоплазма, подобни на („бижутерска” метафора). Те инфилтрират капсулата на лимфния възел (фиг. 4).



Епоним за този характерен увеличен левостранен супраклавикуларен лимфен възел:

.....
.....

След получаването на този биопсичен отговор **клиницистите считат случая за изяснен**, за съжаление – **иноперабилен** и с тежка прогноза.

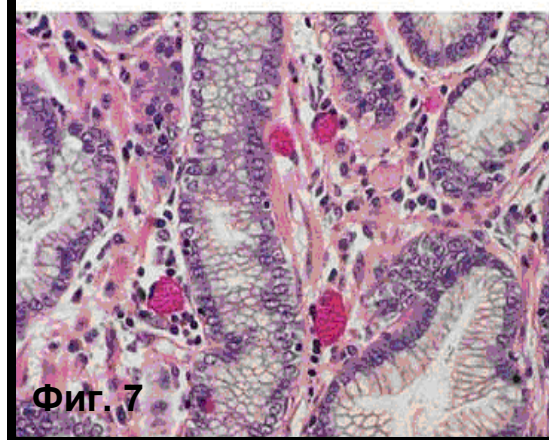
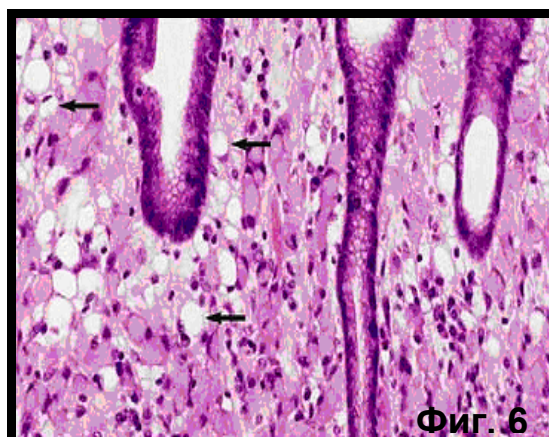
Защо ?.....

Може ли нозологията, установена в тази „диагностична мелница“ да се свърже с мегалобластната анемия ?

Близките, обаче, решават да се борят „докрай“. Те намират хирург, съгласен да се опита „героична“ радикална интервенция. При лапаратомията стомахът се оказва деформиран, с описания при фиброгастроскопията язвен дефект по малката кривина. Лигавичните гънки са радиерно преориентирани към него (**фиг. 5**).



Геффрирът (по време на интервенцията) и хистологичният отговор на оперативния материал отговарят на находката в супраклавикуларния лимфен възел (**фиг. 6**). Клетките на дифузния стомашен тумор се оказват слузообразуващи: оцветяват се ярко при PAS-реакция.



Пет перигастрални **лимфни възела** се оказват ангажирани от същия процес.

Извършена е субтотална гастректомия. 20 дни след операцията е започната химиотерапия, но състоянието на болната прогресивно се влошава. Три месеца по-късно тя **завършва летално** с тежък консумативен синдром, непрекъснати коремни болки, подуване на корема и повръщане, задух и прогресираща сърдечна недостатъчност.

Из АУТОПСИОННИЯ ПРОТОКОЛ

При огледа на трупа правят впечатление силно редуцираната телесна маса и подкожна мазнина, които контрастират с корема, който е

силно издут над нивото на гръдния кош. По *жълтеникавата му кожа* прозират с варикозно разширени венозни съдове, насочени радиерно към пъпа - (метафора).



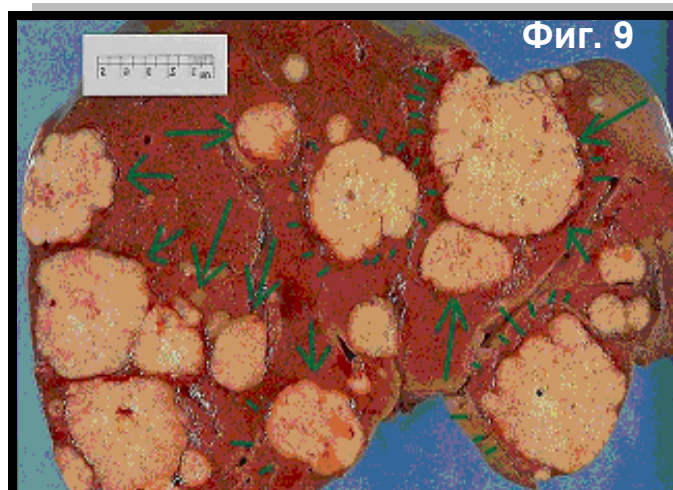
Висцералният **перитонеум** е осеян с дребни белезникави възелчета - от главичка на карфица до 3-4 mm (....., *специфичен термин !*)

В **перитонеалната кухня** се намират 5 литра кръвенисто обогрена бистра течност – хеморагичен (*наименование !*).

Следоперативната чревна топка отговаря на интервенция **по Billroth II** (*консултирайте се с асистента си за тази класическа операция и я опишете в протокола!*). В остатъчния стомах не се намира рецидив, не се установява инсуфициенция на шевове.

Дистално **чревните бримки** на значително протежение са сраснали помежду им, а част от илеума, colon ascendens и colon transversum са силно раздути – като автомобилна гума. Изпражненията са светли, лъскави.

По голямата част от паренхимата на **черния дроб** е ангажирана от различни по форма и големина сиво-жълтеникави възли. На места те се сливат, срезната им повърхност е дребнозърнеста – на места възпътна, а в други зони отпусната, с разпад; някъде са импрегнирани с жлъчка.



Сърцето е отпуснато, бледо, миокардът е къслив. По папиларните мускули се откриват редуващи се жълтеникави напречни жълтеникави ивички (*Как се нарича този морфологичен белег ? На какво се дължи ?*).

Аортата е с възжълтеникава интима, прошарена от белезникави петна на нейното равнище и надигнати, на места – разязвени плаки с неправилна назъбена форма. В някои от тях се намират калцификати (*Диагноза :*).

В **двете белодробни основи**, дорзално, се намират *сивкави огнища на уплътнение*. Тъканта им е къслива, а на сред от тях изтича *мътновата течност*, докато от останалите срезни повърхности – *бистра пенеста течност*. (*Диагностицирайте тези изменения !.....*).

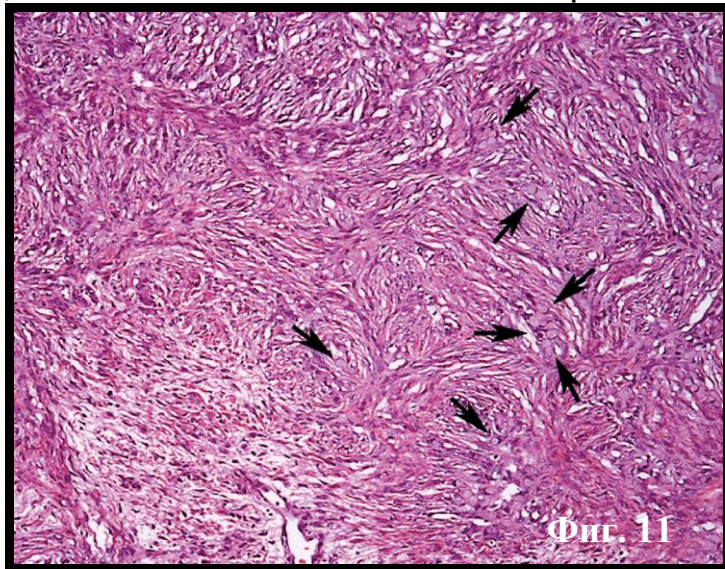
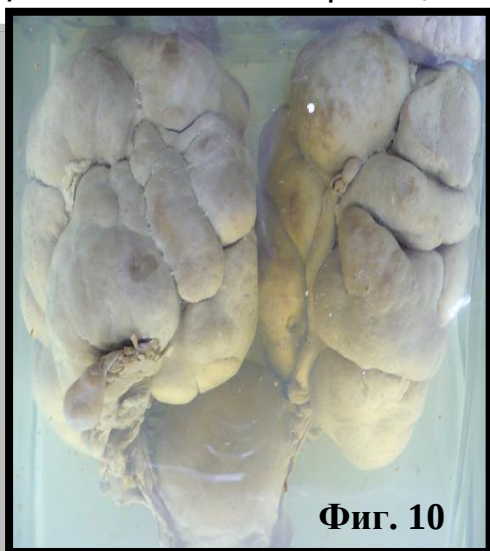
Висцералната плевра на десния бял дроб е осеяна с огромно количество бели зрънца (от просено до оризово зърно), подобно на находката в перитонеума. При тази локализация тя се нарича

В **дясната плеврална кухина** се намират *700 ml червеникав мътноват излив* (*Диагноза:*).

Бъбреците са отпуснати, със заоблен срезен ръб и значително разширена кора. Обдуцентът описва, че *потопеното във формалин късче бъбречна тъкан позеленява още докато трае аутопсията*. (*Диагноза ?*). Лигавицата на легенчетата е гладка, жълтеникава. Пикочопроводите са свободно проходими.

Двата яйчника изпълват малкия таз. Те са свободно подвижни, възплътни, едроналобени, с гладка светлорозовава капсула (**фиг. 10**). *Епоним на засягането на яйчниците?*

Хистологично доминира дифузно разрастване на съединителна тъкан, сред която се намират малобройни пръстеновидни туморни клетки (**фиг. 11**, стрелки). Заради превалирането на съединителната тъкан този тип метастази се определят като
Десмопластичната реакция вещае прогноза.



Лимфни възли. Ad portam hepatis се установяват сраснали в пакет дребнозърнести белезникави лимфни възли. Немногобройни единични бели плътни лимфни възли с размер под 2 cm се намират и в параректалната мастна тъкан (характерна локализация, която се нарича

Костният мозък е хиперпластичен, с вид на „малиново желе”.

Главовият мозък е с тегло 1350 g. Мозъчните гънки са силно разширени за сметка на браздите. Срезните повърхности са влажни, страничните вентрикули – симетрични. По малкомозъчните тонзили се отрива *странгулационна бразда*.

Останалите органи не показват съществени морфологични промени.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧНА ДИАГНОЗА

Е П И К Р И З А