

Nr 82/98

Nazwisko

Wiek 32 l.

Dzień śmierci

24.02.1998r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

7.05.1998r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

- 1.Czoło l.
- 2.Zwoje podstawy l.
- 3.Skroń z amonem l.
- 4.Wzgórze l.
- 5.Centralna l.
- 6.Ciemieniowa l.
- 7.Potylica l.
- 8.Śródmózgowie
- 9.Most
- 10.Opuszka
- 11.Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Brak w historii choroby. Narkomanka.
Zapalenie płuc? Gruźlica płuc?. W PCR
dodatni wynik na obecność prątków tbc.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalitis et encephalopathia et
encephalitis cytomegalica, sub formam
encephalitidem micronodularem.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN
ZAKŁAD NEUROPATOLOGII
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5
Tel. 668 53 69, 608 65 35

Rozpoznanie kliniczne: Brak w historii choroby. Narkomanka. Gruźlica płuc? W PCR dodatni wynik na obecność prątków tbc.

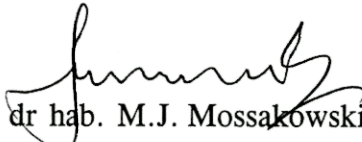
Badanie neuropatologiczne: Dominującym elementem obrazu histopatologicznego jest uogólniony odczyn mikrogrudkowy obejmujący wszystkie struktury ośrodkowego układu nerwowego. Grudki charakteryzuje znaczna różnorodność dotycząca rozmiarów, charakteru i bogactwa komórkowego, stosunku do otoczenia i charakteru podłoża. Można wyróżnić ich dwa podstawowe typy - pierwsze stanowią luźno utkane grudki, złożone głównie z mikrogleju z niewielkim komponentem histiocytarnym i astrocytarnym. Leżą one na stosunkowo mało zmienionym podłożu i nieostro na ogół rozpraszają się w otoczeniu. Ich wielkość jest znacznie zróżnicowana, nierzadko występują delikatne zagęszczenia pobudzonego mikrogleju. Grudki te przeważają w istocie białej, czasem towarzyszą naczyniom. W utkaniu tego typu grudek często obecne są typowe wielojądrowe komórki olbrzymie, różnych rozmiarów i ze zmiennym stosunkiem jądra/cytoplazma. Czasem mają one charakter zagęszczeń nieregularnych jąder bez widocznej cytoplazmy. Wielojądrowe komórki olbrzymie, o wysoce zróżnicowanej morfologii leżą także poza grudkami mikroglejowymi, rozproszone luźno w skądinąd niezmienionej tkance lub w otoczeniu różnego kalibru naczyń.

Drugi typ grudek reprezentują, zbite ugrupowania komórek typu histiocytarnego (element przeważający), dobrze odgrudzone od otoczenia i położone w większości na rozrzedzonym podłożu tkankowym. Ten typ grudek przeważa w formacjach szarych i w znacznej części nie wykazuje obecności morfologicznych wykładników etiologicznych. Tylko ich część zawiera typowe komórki CMV, z charakterystycznymi wtrętami śródjądrowymi i śródplazmatycznymi. Komórki CMV spotyka się również w grudkach o luźnym utkaniu komórkowym, a także położone w skądinąd niezmienionej tkance. Ich szczególne nagromadzenie stwierdzono w znacznie rozrzedzonym strzępku hipokampa, gdzie cechy komórek CMV wykazują zarówno ependymocyty jak i podwysięciótkowe astrocyty położone wśród pobudzonych tucznych

astrocytów. Odrębną postać grudek stanowią małe "gwiazdki mikroglejowe" położone pod oponą mięką, najczęściej w warstwie molekularnej kory. Niektóre z nich zawierają komórki CMV.

Zjawiskiem charakterystycznym jest ponadto dość obfita obecność okołonaczyniowych nacieków limfocytarnych. Nasilenie nacieków jest na ogół niewielkie. W głębokich warstwach istoty białej półkul mózgu widoczny jest niewielki rozlany rozplam gleju gwiaździstego z uchwytnym udziałem pobudzonego mikrogleju.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalitis et encephalopathia et encephalitis cytomegalica, sub formam encephalitem micronodularem.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr.....82/98.

Materiał nadesłano z:

Imię i nazwisko.....

Data zgonu24.02.1998r.....

Wiek.....32 lata

Data sekcji ogólnej25.02.1998r

Data sekcji mózgu.....7.05.1998r.

Rozpoznanie kliniczne brak w historii choroby

waga mózgu utrwalonego 1300 g

Symetria zachowana

rowki bez zaników
zakręty

Zniekształcenia nie stwierdzono

Opony zmleczące wzdłuż przebiegu niektórych naczyń

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez zmian miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Zmian ogniskowych nie stwierdzono. Układ komorowy nie poszerzony

Pień o prawidłowym rysunku anatomicznym

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

, 32 lata, narkomanka

Przyjęta 15.01.1998r

zmarła 24.02.1998r

Rozpoznanie kliniczne: brak w historii choroby

Wywiad: od tygodnia duszność wysiłkowa, suchy kaszel, gorączka do do 40°C, ból w prawej części klatki piersiowej nasilający się przy głębokim wdechu i kaszlu. Od 2 tygodni spadek łaknienia z powodu bólu w jamie ustnej i gardle, wtedy również zauważyła biały nalot na śluzówkach jamy ustnej. W ciągu ostatnich 2 tygodni schudła ok. 20 kg.

Narkotyki przyjmuje od 15 r.ż., ostatnio kompot 6 cm³/d, trufet /? 100 mg/d.

Stan przedmiotowy przy przyjęciu: przytomna, owrzodzenia na podudzie prawym i lewej kończynie górnej. Węzły chłonne obwodowe nie powiększone. Śluzówki jamy ustnej pokryte grubym nalotem grzybiczym. Klatka piersiowa - zciszenie odgłowu opukowego poniżej kąta prawej łopatki. Szmer płucny zaostrowany, poniżej kąta prawej łopatki znacznie zciszony. Czynność serca miarowa 130/min, RR 120/80. Brzuch miękki, niebolesny, wątroba macalna na ok. 1 cm poniżej łuku żebrowego prawego.

W trakcie pobytu: utrzymująca się grzybica jamy ustnej i objawy zapalenia płuc, potwierdzone radiologicznie. Zastosowano 4 leki przeciwprątkowe i biseptol jako profilaktykę pcp. Uzyskano poprawę, potwierdzoną radiologicznie. Pacjentka negatywnie nastawiona do leczenia - nie chce oddychać tlenem, nie pozwala na zabiegi pielęgnacyjne. Przez cały czas w stanie ogólnym dość ciężkim. Od połowy lutego stałe systematyczne pogarszanie się stanu ogólnego. W dniu zgonu pojawiła się duszność, zmarła w półśnie w mechanizmie niewydolności oddechowej.

W PCR z płwociny uzyskano dodatni wynik na obecność prątków tbc.

Wynik sekcji ogólnej /25.02.1998, dr med.Z,Kamiński/:

Cachexia. Pneumonia lobularis superior sinistra et inferior dextra. Emphysema pulmonum. Atrophia fusca myocardii et hepatis. Gastritis haemorrhagica circumscripta regionis praepylorici. Anaemia. Decubitus. Ulceratio cruris dextri.