

Nr 43/96

Nazwisko

Wiek 48 lat

Dzień śmierci
31.05.1996r

Sekcjonowany
w godzin

po śmierci
Sekcja mózgu
29.06.1996r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.okol.czołowa lewa	
2.zwoje podsta- wy l.	
3.wzgórze l.	
4.amon l.	
5.okol.skróń.l.	
6.okd.ciemie- niowa l.	
7.okol.central- na l.	
8.okol.potył.l.	
9.zakręt obrę- czy l.	
10.śródmózgowie	
11.most	
12.opuszka	
13.rdzeń podopu- szkowy	
14.rdzeń szyjny	
15.mózdzek l.	

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,
Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne


AIDS. Chłoniak o wysokiej złośliwości.
Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Encephalitis micronodularis /HIV, cyto-
megalia/.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

POLSKA AKADEMIA NAUK
INSTYTUT CENTRUM MEDYCyny
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ
ZAKŁAD NEUROPATHOLOGII
00-784 Warszawa, ul. Dworkowa 3

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 43/96

Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie /Szpital
Materiał nadesłano z: Zakaźny/

Imię i nazwisko Data zgonu 31.05.1996r.

Wiek 48 lat. Data sekcji ogólnej 3.06.1996r.

Data sekcji mózgu 29.06.1996r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Chłoniak o wysokiej złośliwości. Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

waga mózgu utrwalonego 1520 g

Symetria Uszkodzony artefaktycznie

Zniekształcenia rowki

zakręty

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. dr hab. M.J. Moszakowski

Rozpoznanie kliniczne: Chłoniak o wysokiej złośliwości.
Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Badanie neuropatologiczne: Proces patologiczny obejmuje cały ośrodkowy układ nerwowy, z bardzo znacznym regionalnym zróżnicowaniem nasilenia i charakteru. Wyróżnia się stosunkowo niewielkie nasilenie zmian w mózdku oraz w korze mózgu i istocie białej mózgu, oraz znaczna intensywność procesu patologicznego w strukturach pnia mózgu, międzymózgowia i jąder podstawy. W całym ośrodkowym układzie nerwowym zarówno w oponach jak i w miąższu występują okołonaczyniowe limfocytarne nacieki zapalne. W obszarach o małym nasileniu zmian mają one postać dyskretnych jednowarstwowych nagromadzeń limfocytów. W obszarach o znacznej intensywności procesu nacieki okołonaczyniowe są wielowarstwowe, występują nacieki śródścienne, oraz odnaczyniowe rozlewanie się nacieków w oponie. W obszarach o znacznym nasileniu procesu patologicznego występują grudki mikroglejowe dwójakiego charakteru. Pierwszy typ reprezentują na ogół słabo odgraniczone od otoczenia, luźne, rozpraszające się nagromadzenia mikrogleju, niekiedy składające się z kilku dosłownie komórek. Niekiedy są one położone przynaczyniowo. Występują w postaci luźno rozproszonej lub w postaci zagęszczeń obejmujących całe struktury mózgu np. jądro czerwienne w śródmózgowiu. Z niektórymi grudkami tego rodzaju związane są mniej lub bardziej znamienne komórki wielojądrowe typu HIV. Są one bardzo nieliczne. Komórka typu HIV występuje również w nacieczonym oponowym naczyniu żylnym mostu.

Drugi typ reprezentują grudki bogaciej komórkowe, dobrze ograniczone i położone na ogół na martwiczo zmienionym podłożu. Podobnie jak poprzednie występują w postaci rozsianej lub wyraźnie zagęszczonej (patrz preparat z jąder podstawy). Niektóre z nich położone są w bezpośrednim sąsiedztwie nacieczonych śródściennie naczyń. Cechą charakterystyczną tak zmienionych naczyń jest odcinkowy typ nacieku, często ograniczonego do jednej strony przekroju naczynia lub krótkiego jego odcinka. Jedna (dosłownie

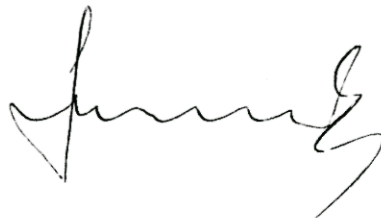
jedna) tego typu grudka związana jest z komórką przypominającą CMV. W innych występują w części centralnej homogenne, na ogół kwasochłonne twory.

Opony miękkie, niezależnie od wspomnianych uprzednio nacieków zapalnych charakteryzuje bardzo znaczne pogrubienie i zwłóknienie, zwłaszcza na powierzchni wypukłej opon. W jądrach podstawy obecne są okołonaczyniowe i rozproszone skupienia pseudowapnia.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Encephalitis micronodularis. (HIV, cytomegalia))

Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Ps. Mimo skąpych morfologicznych wykładników etiologicznie identyfikujących wydaje się usprawiedliwione rozpoznanie współistnienia HIV z cytomegalią. Przemawia za tym zróżnicowany charakter grudek oraz występowanie (skąpe) wykładników diagnostycznych (niewątpliwie komórki wielojądrowe, oraz problematyczna komórka CMV). Na uwagę zasługuje wyraźne ograniczenie zmian mikrogrudkowych do pnia mózgu, międzymózgowia i jąder podstawy oraz stosunkowo nasilone zmiany zapalne naczyń (okołonaczyniowe i śródścienne). Te ostatnie mogą być traktowane jako proces wzmacniający podejrzenie infekcji cytomegalicznej.



Skrót historii choroby

lat 48, homoseksualista

Przyjęty 15.05.1996r.
zmarł 31.05.1996r.

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Chłoniak o wysokiej złośliwości.
Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Pacjent został przeniesiony z oddziału wewnętrznego Szpitala Białego w związku z rozpoznaniem ostrej fazy AIDS. Dolegliwości w postaci uczucia osłabienia, bólów kostno-stawowych, gorączki do 40^o wystąpiły przed około 5 tygodniami. W tym okresie leczony bezskutecznie antybiotykami /Summamed, Cedax/. Przed około tygodniem pojawiła się grzybica jamy ustnej. Dolegliwościom tym towarzyszyły brak apetytu, zlewne poty, utrata masy ciała. Od 4 lat kilkakrotne nawroty grzybicy jamy ustnej. Przed ok. 5 laty przewlekająca się infekcja grypo-podobna. W latach 1980-1990 przebywał w USA. W 1989 r. p-ciążki anty-HIV negatywne. Od 1990 r kilkunastu partnerów, przypuszcza, że do zakażenia doszło w Polsce.

Przyjęty w stanie ogólnym dość dobrym, przytomny, skóra zażółcona, bez sinicy. Wezły chłonne pojedyncze, drobne, niebolesne, przesuwalne, wyczuwalne na karku, wzdłuż mięśnia m-o-s, w dołach pachowych i pachwinowych. Zmiany grzybicze na śluzówkach jamy ustnej. Płuca b.z. Tętno 110/min. RR 110/70. Wątroba powiększona na 3 palce, o wzmożonej spoistości, nierównym brzegu, niebolesna. Sledziona powiększona macalna. Objawy oponowe ujemne.

W czasie pobytu w Oddziale: gorączkuje, utrzymują się bóle kostno-stawowe, w badaniach biochemicznych b.wysokie poziomy cholestazy /FA 1239, GGTP 430, cholesterol 601/, nerkowo wydolny. Pobrano szpi biopiat wątroby i wycinek węzła chłonnego do badania histopatologicznego, które wykazało obecność chłoniaka o wysokim stopniu złośliwości. W dalszym przebiegu szybkie pogorszenie się stanu ogólnego, z anemizacją, narastającą żółtaczką, powiększaniem się wątroby i wodobrzuszem. Po konsultacji z onkologiem zalecono próbną chemioterapię, której chory nie zdążył otrzymać.

Wynik badania immunologicznego z 17.05.96: leukocyty 10200, limocyty 1122, CD4 34, CD8 615, CD4/CD8 0,05

Wynik sekcji ogólnej /3.06.1996 - dr med. Z.Kamiński/:

Embolia arteriae pulmonalis, Lymphoma /z kom. B/ generalisata: pulmonum, hepatitis, lienis, renum, cordis et glandulae suprarenalium Hepatosplenomegalia. Icterus. Inanitio.