

Nr 22/93

Nazwisko

Wiek 45 lat

Dzień śmierci
07.02.1993

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci
Sekcja mózgu
13.03.93

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

trwały materiał:
Alkohol Formol
1. skroń z amonem
 lewa
2. wzgórze l.
3. zwoje podstawy
 lewe
4. czoło l.
5. ciemie l.
6. potylicy l.
7. centralna l.
8. śródmózgowie
 z i. czarną
9. most
10. opuszka
11. rdzeń podopł-
 szkowy
12. mózdzek l.

Użyte metody barwienia
HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Ogniska w mózgu niejasnego pochodze-
nia. Zapalenie płuc /pcp?, tbc?/.
Grzybica przewodu pokarmowego. Zaniki
korowo-podkorowe mózgu

Rozpoznanie anatomiczne

Atrophia cerebri gr. mediocri

Rozpoznanie histologiczne

Encephalomyelitis micronodularis
cytomegalica


Prof. M.J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Ogniska w mózgu niejasnego pochodzenia. Zapalenie płuc (pcp? tbc?). Grzybica przewodu pokarmowego. Toxoplasmosis. Zaniki korowo-podkorowe mózgu.

Badanie neuropatologiczne:

Badanie makroskopowe: Atrophia cerebri.

Badanie mikroskopowe:

Dominującym elementem obrazu neuropatologicznego wszystkich badanych struktur ośrodkowego układu nerwowego są bardzo obfite grudki mikroglejowo-histiocytarne o zróżnicowanej wielkości i strukturze, występujące zarówno w istocie białej jak i szarej. Obraz grudek waha się od drobnych skupień przerosłych komórek mikroglejowych, nierzadko w układach neuronofagicznych - do dużych zbitych grudek położonych bądź na niezmiennym bądź na wyraźnie rozpadłym podłożu tkankowym. Niektóre z grudek rozlewają się przechodząc w rozlane rozrosty mikroglejowe, w korze mózgu wykazujące tendencję do układów warstwowych (trzecia warstwa lub głębokie warstwy kory). Widoczne są rozsiane przerosłe komórki pałeczkowate. W grudkach położonych na rozpadłym podłożu widoczne są niekiedy limfocyty a niekiedy leukocyty obojętnochłonne. W części grudek widoczne są duże komórki, o płatowatej, kwasochłonnej cytoplazmie najczęściej bez widocznego jądra. W innych grudkach występują typowe komórki CMV z jądrami zawierającymi duże bazofilne wtręty otoczone jasnym halo. W innych wspomniane powyżej komórki o płatowatej, kwasochłonnej cytoplazmie zawierają duże jądra wypełnione gruboziarnistymi, zasadochłonnymi masami (vide róg Amona). Komórki CMV widoczne są również poza grudkami mikroglejowymi. Występują one zarówno w formacjach szarych i białych. W korze i jądrach podstawy wtręty CMV występują w jądrach komórek nerwowych, w istocie białej w jądrach komórek glejowych. W jednym z zakrętów kory czołowej widoczne jest niewielkie pole martwicy skrzepowej pokryte wielkimi typowymi komórkami CMV. Zwraca uwagę obecność okołonaczyniowych nacieków mikroglejowych przy bardzo ubogim lub zgoła żadnym udziale limfocytów. Skąpe nacieki limfocytarne widoczne są natomiast w utkaniu opon miękkich. Tu spotyka się również komórki plazmatyczne. Delikatne nacieki limfocytarne widoczne są również niekiedy w otoczeniu naczyń śródmiąższowych, występujące ze zróżnicowaną częstotliwością i intensywnością w różnych okolicach oun.

W preparatach z kory mózgu, w większości okolic stwierdza się warstwowe zwyrodnienie gąbczaste obejmujące pograniczne warstwy drobinowej i ziarnistej zewnętrznej.

W obrazie neuropatologicznym struktur pnia mózgu, poza nasilonym grudkowym procesem zapalnym, o cechach strukturalnych i zróżnicowaniu analogicznym jak w półkulach mózgu, w nakrywkowej części mostu obecne jest drobne ognisko rozpadu tkanki o cechach martwicy rozplývnej z udziałem makrofagów bez wyraźnego jednak nasilenia zmian charakterystycznych dla CMV. W otoczeniu ogniska stwierdza się sporą ilość grudek mikroglejowych oraz rozplem mikrogleju. Uderza również szczególna obfitość grudek zapalnych z rozlewającym się odczynem rozplemowo-przerostowym mikrogleju w oliwach dolnych i w jądrze zębatym mózdzku.

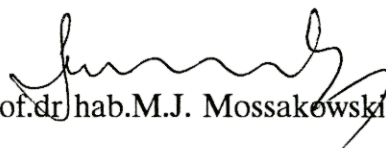
W rdzeniu podoponowym poza zmianami jak w innych okolicach oun stwierdza się:

a) drobne ognisko rozpadu tkanek z reakcją makrofagową położone a sznurze przednim rdzenia. W ognisku tym widoczne są komórki CMV, b) drobne trójkątne pole na obwodzie sznura bocznego zawierające bardzo obfite obrzmiałe, zwyrodniałe aksomy. Ognisko to

nie wyróżnia się poza tym żadnym odczynem komórkowym.

Rozpoznanie: Encephalomyelitis micronodularis cytomegalica.

Uwaga: Wprawdzie opisane zmiany mieszczą się w obrazie rozpoznanego procesu patologicznego, należałoby wykonać dodatkowe odczyny immunohistochemiczne w kierunku herpes simplex oraz varicella-zoster ze względu na bardzo dużą obfitość zmian grudkowych, bardzo liczne zbite grudki położone na tle rozpadłej tkanki, z udziałem komórek krwiopochodnych oraz znaczne nasilenie zmian w formacjach białych.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 22/93

Material nadesłano z: Oddział X - Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 07.02.1993
Wiek 45 lat Data sekcji ogólnej
Data sekcji mózgu 13.03.1993

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Ogniska w mózgu niejasnego pochodzenia. Zapalenie płuc /pcp?, tbc?/. Grzybica przewodu pokarmowego. Toxoplasmosis. Zaniki korowo-podkorowe mózgu.

waga mózgu utrwalonego 1320 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki zaniki w okolicy czołowej i centralnej, symetryczne
zakręty

Opony przeziernie, nieco przekrwione

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy nieznacznie pogrubiłe, pojedyncze blaszki miażdżycowe w rozwidleniu t.kręgowej

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Układ komorowy symetrycznie poszerzony.
Bez zmian ogniskowych.

Pień o prawidłowych rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe
Atrophia cerebri gr. mediocri.

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

, 45 lat, kawaler, biseksualista, prac.umysłowy

Przyjęty 19.10.92

zmarł 07.02.93

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Ogniska w mózgu niejasnego pochodzenia
Zapalenie płuc /pcp? mycoplasma?/.
Grzybica przewodu pokarmowego. Toxoplasmosis. Zaniki korowo-podkorowe mózgu.

Wywiad: do Oddziału X przywieziony z Oddziału Torakochirurgii w Otwocku, do którego został przyjęty 18.09.92 z podejrzeniem gruźlicy i wyniszczeniem. Po stwierdzeniu p-ciał anti-HIV /met Western-Blot/ został przeniesiony do Szpitala Zakaźnego w Warszawie z rozpoznaniem: Status post pneumoniam pulmonis dex. AIDS. Nie wie kiedy został zakażony.

Przy przyjęciu do Oddziału: stan ogólny ciężki, chory wyniszczony, spowolniały, Węzły chłonne pojedyncze powiększone. Nad polami płucnymi rżężenia i pojedyncze trzeszczenia. Czynność serca miarowa, 90/min. Wątroba powiększona o dwa-trzy palce, lekko bolesna. Objawy oponowe negatywne.

W Oddziale przez cały okres pobytu stan pacjenta ciężki, z okresowym zmniejszaniem się dolegliwości podmiotowych i osłuchowych ze strony płuc. Przejściowe, krótkotrwałe epizody wzrostu temperatury, przy ogólnie bezgorączkowym przebiegu. Epizody niewydolności lewokomorowej z rozpoczynającym się obrzękiem płuc. Od początku grudnia 92 większe nasilenie objawów. Objawy sugerujące grzybicę przewodu pokarmowego. Na ciele pojawiły się zmiany skórne, uznane przez dermatologa za znamiona barwikowe i naczyniaki. Postępująca utrata siły, okresowo zaburzenia świadomości, duszność wdechowo-wydechowa, tachykardia, w badaniu moczu cechy kłębkowego zapalenia nerek. Bez objawów oponowych i ogniskowych objawów neurologicznych.

Badania dodatkowe: Dno oczu /2.02.93/ tarcza o.p. bez zmian, lewa tarcza n.II uniesiona, o granicach zatartych. Wokół tarczy pojedyncze płomykowate wybroczyny. Na całej powierzchni dna widoczne wybroczyny wchłaniające się oraz białe ogniska degeneracji, prawdopodobnie po wchłoniętych wybroczynach.

Płyn mózgowy.-rdz. cytoza 3, białko 45mg%, cukier 47 mg%, chlorki 115. EEG /9.12.92/: zapis nieprawidłowy ze zmianami uogólnionymi epizodycznymi /serie fal wolnych na tle zdeorganizowanej czynności podstawowej/.

Rezonans magnetyczny: pojedyncze ogniska o hiperintensywnych sygnałach w obu echach T2 mogą mieć charakter naczyniopochodny widoczne w istocie białej obu półkul mózgu. Zaniki korowe uogólnione umiarkowanego stopnia.

Gazometria: zasadowica oddechowa, częściowo wyrównana, hipokseja, hipokapnia. RTG klatki piersiowej: obraz zmian niecharakterystyczny - zakażenie nieswoiste?, tbc?

Morfologia: anemia, leukopenia, lymfopenia. Proteinogram: hypoalbuminemia, Gamma 53.1% /norma 8.4-18.3/. W surowicy 17.12.92 testem Elisa stwierdzono obecność p-ciał dla wirusa CMV w klasie IgG +/-, w klasie IgM ujemny.

Układ krzepnięcia: Czas protromb. 18,5 sek., wskaźnik protromb. 91,5%, czas krzepnięcia po rekalc. 2 min., czynnik V 25, czynnik VII+X 43, fibrynogen 304 mg%. Czas kaolinowo-kefalinowy 73 min /N 30-40 min/. Markery wzw typu B: antygen HBs dodatni. Bilirubina 8,5umól/l AspAT 82, AIAT 50, GGTP 115. FDP 40 mg/l /norma do 10 mg/l/. Diastaza w surowicy 434, amylaza 300 j.

Leczenie: biseptol, lovamycin, minocyklina, vobramycyna, streptomycyna, rifampicyna, INH, zavirax, interferon, rovamycyna, tarivid, encorton, claforan, decadron, pyrazynamid, mannitol, digoxin, heparyna, diprofilina, pancreatyna, triconazol, verospiron, glukoza, witaminy, przetaczanie krwi.

Wynik sekcji ogólnej /dr med. Z. Kamiński/: Embolia arteriae pulmonalis. Thrombi parietali atrii et ventriculi dex. Hypertrophia excentrica cordis totius. Fibrosis myocardii. Hydropericardium. Atheromatosis aortae gradus mediocri. Emphysema partim bullosum lobi superioris pulmonis utriusque. Bronchitis muco-purulenta diffusa lobi inferioris pulmonis utriusque. Splenomegalia, Colitis polyposa partim haemorrhagica ulcerosa?. Cachexia.