

Nr 61/94

Nazwisko

Wiek 32i9/12

Dzień śmierci
06.09.1994

Sekcjonowany

u godzin

po śmierci

Sekcja mózgu
15.10.1994 r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

- 1.okołczołowa l.
- 2.jądra podsta-
wy l.
- 3.wzgórze l.
- 4.skroń z amonem
l.
- 5.okol. central-
na l.
- 6.okol. ciemie-
nipwa l.
- 7.okol. potyli-
czna l.
- 8.śródmózgowie
z i.czarną
- 9.most
- 10.opuszka
- 11.opuszka dolna
- 12.móżdżek l.

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,
Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Tbc płuc. Grzybica przewodu pokarmo-
wego. Przebyte WZW-B, malaria, salmo-
nelloza, schistosomatoza.

Rozpoznanie anatomiczne

Mózg makroskopowo bez zmian.

Rozpoznanie histologiczne

Encephalomeningitis cytomegalica micro-
nodularis. Angiitis cytomegalica.


Prof. M.J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Gruźlica płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Przebyte WZW.B, malaria, salmonelloza, schistosomiaza.

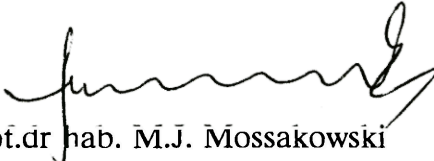
Badanie neuropatologiczne:

Obraz histopatologiczny. W obrazie histopatologicznym mózgu dominuje uogólniony, mikrogrudkowy proces zapalny. Wykazuje on stosunkowo znaczne topograficzne zróżnicowanie nasilenia. Jest on, stosunkowo mało intensywny w rdzeniu podopuszkowym, w rdzeniu przedłużonym i mózdzku, nasilając się w moście i śródmózgowiu by osiągnąć największą intensywność w strukturach półkul mózgu i międzymózgowia. Zmiany wykazują wyraźną predylekcję do struktur szarych, choć często spotyka się je również w istocie białej, zwłaszcza w półkulach mózgu. Wiodącym elementem strukturalnym procesu są grudki mikroglejowo-histiocytarne, jak się wydaje z bardzo niewielkim udziałem elementów hematogennych. Charakteryzuje je znaczne zróżnicowanie wielkości, bogactwa i zagęszczenia komórkowego, stosunku do otoczenia i stanu podłoża. Najmniejsze składają się z kilku do kilkunastu komórek mikrogleju, tworzących niewielkie luźne, położone na niezmienionym podłożu zagęszczenie. Większe są bardziej zbite, bogaciej komórkowe, dość wyraźnie odgraniczone od otoczenia, a znaczna ich część położona jest na martwiczo zmienionym podłożu. Niekiedy kwasochłonne martwicze pole zajmuje część centralną grudki. Ich innym typem, przeważającym w istocie białej są stosunkowo duże, luźne grudki rozlewające się w podłożu. W pewnym odsetku grudek wszystkich typów spotyka się charakterystyczne komórki CMV, wyróżniające się bądź obecnością wyraźnych wtrętów śródjądrowych o cechach "wolego oczka" lub różniących się wielkością, mnogich zazwyczaj wtrętów śródcytoplazmatycznych. Niekiedy oba typy zmian współistnieją ze sobą. W innych grudkach nie występują komórki CMV, spotyka się w nich natomiast kwasochłonne twory bezjądrowe lub zwyrodniałe komórki nerwowe. W większości grudek nie stwierdza się żadnych charakterystycznych elementów komórkowych. Niekiedy grudki położone są w sąsiedztwie naczyń. Rzadziej naczynia typu drobnych tętnic lub żył lub większych tętniczek lub żyłek otoczone są zagęszczonym lub rozproszonym rozplemem komórek mikrogleju. Nieliczne naczynia otoczone są limfocytarnym lub limfocytarno-plazmocytnym na ogół jednowarstwowym naciekiem. Na odrębną uwagę zasługuje

zajęcie drobnych naczyń, w większości kapilarnych przez proces patologiczny. Wyraża się to obecnością powiększonych komórek śródbłonka, których cytoplazma zawiera drobnopłytkowy kwasochłonny materiał a jądra - typowe, wtręty śródjądrowe ("wole oczko"). Naczynia tego typu występują zarówno w utkaniu mózgu, z przewagą istoty białej półkul (istota biała okolicy ciemieniowej, centralnej i skroniowej oraz jąder podstawy) oraz w oponie miękkiej. Tak zmienionym naczyniom nie towarzyszy żaden odczyn zapalny, ani mikroglejowy ani hematogeny. Spotkano jedno naczynie z tego typu zmianami otoczone niewielkim zagęszczeniem mikroglejowym z wyraźnymi formami podziałowymi (okolica czołowa). Jedno z większych naczyń w warstwie molekularnej z wyraźnymi cechami martwicy.

W oponach miękkich, odcinkowo wyraźnie pogrubiałych i zwłókniałych widoczne są umiarkowane nacieki limfocytarno-plazmotycznokomórkowe. W jądrach podstawy widoczny mikronaczyniaczek z obecnością kul fibrinogenowych. Widać kilka zagęszczeń jądrowych, przypominające twory wielojądrzaste, nie leżące jednak na wspólnej cytoplazmie.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Encephalomeningitis cytomegalica micronodularis.
Angitis cytomegalica.



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 61/94

Materiał nadesłano z: Oddział X - Szpitala Wolskiego w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 06.09.1994 r.
Wiek 32,9 l. Data sekcji ogólnej
Data sekcji mózgu 15.10.1994 r.

Rozpoznanie kliniczne **AIDS. Tbc płuc. Grzybica przewodu pokarmowego.
Przebyte WZW-B, malaria, salmonelloza,
schistosomatoza.**

waga mózgu utrwalonego 1230 g

Symetria zachowana, mózg mały

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki bez zaników
zakręty

Opony przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy nie zmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Rysunek anatomiczny prawidłowy, układ komorowy nie poszerzony. Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Pień o zachowanym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

lat 32 i 9 m-cy, kawaler, mieszkaniec Ośrodka dla uchodźców w Nadarzynie.

Przyjęty 12.08.1994
zmarł 06.09.1994

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Tbc płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Przebyte WZW-B, malaria, salmonelloza, schistosomatoza.

W przekazanych historiach chorób brak danych odnośnie czasu i sposobu zakażenia wirusem HIV oraz daty wykrycia HIV u pacjenta.

Pacjent przebywał trzykrotnie w Oddziale X Szpitala Wolskiego (brak historii choroby z 1-go pobytu). Poprzednio był hospitalizowany przez okres ok. 2 tygodni na przełomie czerwca i lipca 1994. Został wówczas przyjęty z powodu trwającej od 5 dni biegunki i gorączki do 39°. Poza tym uskarżał się na złe samopoczucie, osłabienie i brak apetytu, stracił na wadze ok. 3 kg. W lutym 1994 przebywał również w Oddziale X, stwierdzono wówczas gruźlicę i włączono leczenie p-prątkowe (INH, etambutol, rifampicyna), stwierdzono również dodatnie posiewy w kierunku salmonelli oraz HBsAg.

W sierpniu 1994 (ostatni pobyt) przyjęty również z powodu bólów brzucha i gorączki do 38°. Do Oddziału przyjęty w stanie ogólnym dość dobrym. Węzły chłonne obwodowe wielkości groszku, symetryczne. Czynność serca miarowa, 90/min, RR 80/60. Płuca b.z. (radiologicznie zmiany bliznowate w szczytach). Brzuch bolesny przy obmacywaniu w nadbrzuszu i prawej okolicy podżebrowej. Bez objawów oponowych i ogniskowych objawów neurologicznych.

W trakcie pobytu w Oddziale stan pacjenta stale się pogarszał, utrzymywała się gorączka, bólem brzucha towarzyszyły uporczywe wymioty, nawet po spożyciu płynów, utrzymywała się hypotensja traktowana wlewami dopaminy. USG jamy brzusznej: wątroba bez zmian ogniskowych, pęcherzy żółciowy wypełniony odbiciami - zagęszczona żółć?, ropa?, nerki o podwyższonej echogeniczności, pogrubiałym miąższu - zmiany zapalne. Ascites - ślad. Pogarszające się parametry biochemiczne surowicy krwi - glukoza 400 mg%, mocznik 83 mg%, kreatynina 3,88 mg%, podwyższone aminotransferazy. Niedokrwistość z narastającą leukocytozą. Kwasica metaboliczna o znacznym nasileniu. W surowicy p-ciała przeciwko CMV dodatnie w klasie IgG.

W końcowym okresie objawy niewydolności krążenia z obrzękiem płuc.

Wynik sekcji ogólnej (dr med. Z.Kamiński)

Embolia a.pulmonalis. Thrombi parietalis atrii et ventriculi dextri cordis, venam cavam superiorem penetrans. Pneumonia confluens bilateralis. Tumor lienis acutus. Atrophia lymphonodulorum bif.tracheae. Intumescencia lymphonodulorum paraaortalium. Anaemia. Inanitio.