

Nr 37/98

Nazwisko

Wiek 49 l.

Dzień śmierci
1.01.98r.

Sekcjonowany
w godzin
po śmierci
sekcja mózgu:

12.02.98r
Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

- 1.Czoło 1.
- 2.Zwoje podstawy 1.
- 3.Skroń z amonem 1.
- 4.Wzgórze 1.
- 5.Potylica 1.
- 6.Ciemie 1.
- 7.Centralna 1.
- 8.Skrawek z prawej
półkuli z kawałkiem
spoidła
- 9.Migra
- 10.Most
- 11.Opuszka
- 12.Pogranicze mostu z
opuszką
- 13.Mózdzek 1.

Użyte metody barwienia
HE, Heidenhein.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

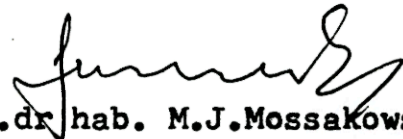
Zespół nabytych niedoborów odporności.
Obrzęk płuc u osoby z podejrzeniem zatorowości
płucnej. Zapalenie płuc. Gruźlica w wywiadzie.
Alkoholizm.

Rozpoznanie anatomiczne

Istota biała o obniżonej spoiwości,
obustronnie zabarwiona nierówno (uszkodzenie,
artefakt?).

Rozpoznanie histologiczne

Syndroma coagulationis intravascularis.
Meningoencephalitis lymphocytaria.


Prof.dr hab. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności. Obrzęk płuc u osoby z podejrzeniem zatorowości płucnej. Zapalenie płuc. Gruźlica w wywiadzie. Alkoholizm.

Badanie neuropatologiczne: Monotonny obraz histopatologiczny przypadku, składający się z dwóch zespołów: obecności kul fibrynogenowych w naczyniach i w ich bezpośrednim otoczeniu oraz nacieków zapalnych, przede wszystkim limfocytarnych w oponach i w otoczeniu naczyń mięszowych. Oba procesy mają charakter uogólniony, występując w poszczególnych okolicach ośrodkowego układu nerwowego ze zróżnicowaną intensywnością.

Nacieki oponowe są zazwyczaj rozlane z wyraźnymi zagęszczeniami okołonacyniowymi, mają na ogół luźne utkanie i są niemal jednolicie limfocytarne, z pojedynczymi komórkami plazmatycznymi. Nacieki śródmiaższowe ograniczone wyłącznie do przestrzeni okołonacyniowych są zazwyczaj mało intensywne, niekiedy gromadzą się wyłącznie na jednym biegunie obwodu naczynia, w innych razach wytwarzają pełen pierścień okołonacyniowy. W bardzo nielicznych przypadkach, głównie w jądrach podstawy i w otoczeniu większych naczyń tworzą one grube, wielowarstwowe mufki zapalne. Kule fibrynogenowe spotyka się zarówno w świetle jak i w ścianach naczyń oraz przestrzeniach okołonacyniowych. Zajmują naczynia oponowe i mięszowe, mają różną wielkość i występują w zróżnicowanej ilości. Niekiedy wypełniają całkowicie światło naczynia (bardzo charakterystyczne są pojedyncze kule wypełniające całkowicie światło drobnych naczyń) lub występują tu w postaci pojedynczych, nielicznych tworów. Czasami wymieszane są z rulonami krwinek czerwonych. Kule fibrynogenowe są kwasochłonne, ostro obrysowane, kuliste lub elipsoidalne, rzadziej wielokształtne i całkowicie szkliste.

Wydaje się, że istnieje związek między obu opisanymi zjawiskami. Nacieki występują przede wszystkim, a przynajmniej z większą intensywnością wokół naczyń z kulami fibrynogenowymi. Oczywiście spotyka się również nacieki wokół naczyń nie zawierających kul fibrynogenowych i vice versa ich nagromadzenie w naczyniach,

którym nie towarzyszą nacieki. W istocie białej na pograniczu spoidła wielkiego obecne jest ugrupowanie cienkościennych naczyń wypełnionych krwistym płynem imbibującym otaczającą tkankę. Istota biała półkul mózgu wykazuje nasilone cechy obrzęku, niekiedy prowadzącego nie tylko do porozsuwania pasm włókien lecz wręcz przybierającego postać stanu gąbczastego. W korze mózgu występują liczne neurony z cechami nieswoistego zwyrodnienia, często typu ischemicznego. W warstwie podoponowej i podwyściółkowej nagromadzone są liczne ciała skrobiowate. Naczynia gałki białej z cechami syderozy.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Syndroma coagulationis intravascularis.
Meningoencephalitis lymphocytaria.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 37/98

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko W Data zgonu 1.01.1998r

Wiek 49 lat Data sekcji ogólnej

Data sekcji mózgu 12.02.1998r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów odporności.
Obrzęk płuc u osoby z podejrzeniem zatorowości
płucnej. Zapalenie płuc. Gruźlica płuc w wywiadzie.
Alkoholizm.

waga mózgu utrwalonego 1680g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki

zakręty

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy z pojedynczymi blaszkami miażdżycowymi

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W istocie białej obu półkul tkanka w obniżonej spoistości,
zapadająca się na przekrojach - zmiany rozległe, nieostro od-
graniczone od otoczenia, miejscami o pstrym wyglądzie. Ogniska
te są niesymetryczne, przypominają świeże rozmiękanie

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez widocznych zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

,49 lat

Przyjęty 31.12.1997r.
zmarł 1.01.1998r.

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności.
Obrzęk płuc u osoby z podejrzeniem zatorowości
płucnej.
Zapalenie płuc. Gruźlica płuc w wywiadzie.
Alkoholizm.

Epikryza

Chory z zespołem nabytych niedoborów odporności hospitalizowany poprzednio w tym samym oddziale z powodu gruźlicy płuc/PCR w kierunku M.tbc dodatni, ale z posiewów wyhodowano Myc. gprdpnae/ został przyjęty z podejrzeniem prawostronnego zapalenia płuc. Wywiad był trudny do uzyskania, chory splątany, podawał sprzeczne informacje. Twierdził, że od kilku dni gorączkuje, ma duszność. Ponadto podaje, że w okresie Świąt nadużywał alkoholu.

Podczas hospitalizacji stan pacjenta bardzo ciężki, pogarszający się od godzin wieczornych 31.12.97. Chory z nasilającą się dusznością, niespokojny, chwilami bez logicznego kontaktu, z ciśnieniem tętniczym okresowo nieoznaczalnym, z cechami obrzęku płuc. W badaniach dodatkowych: cechy kwasicy w gazometrii, niewydolność nerek, podwyższony poziom osoczowych czynników krzepnięcia. Zastosowano ciężki wlew z heparyny i dopaminy, podano tlen do oddychania, zastosowano wlewy dożylnie płynów infuzyjnych z Furosemidem. Stan pacjenta pozostał stabilny. Chory konsultowany przez lekarza oddziału intensywnej opieki bez wskazań do przeniesienia na ten oddział. Od 1.01.1998 stan chorego skrajnie ciężki, okresowo nieprzytomny, od godz. 13 z objawami obrzęku płuc, mimo leków odwadniających do godziny 23 nie uzyskano diurezy. O godz 23 min.55 stwierdzono zgon.

WB+ w 1990 r., CD4 330. Kontakty homoseksualne w 1987/1988, od 1990: neguje.

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

Embolia arteriae pulmonalis. Pneumonia confluens sinistra et media atque inferior dextra. Cirrhosis /?/ tbc focalis apicis lobi sup. pulmonis sinistri. Hepatomegalia /steatosis hepatis diffusa/. Hyperaemia venosa organorum.

Uwaga w preparacie bezpośrednim z płuc stwierdzono obecność prątków kwasoopornych.

Przeciwciała anty MCV ujemne. Toxo AB - ujemny
I hospitalizacja w związku z tbc płuc - 29.031996-3.051996r