

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 6/2000**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 18.02.2000f  
Wiek 29 lat ..... Data sekcji ogólnej 21.02.2000r  
Data sekcji mózgu 27.04.2000r

Rozpoznanie kliniczne Podejrzenie opryszczkowego zapalenia mózgu. Zmiany ogniskowe w lewej torebce wewnętrznej i prawym konar mózgu. Niedowład prawostronny. Prawostronny anizokoria, Zespół pniowy. Niewydolność oddechowa. Respiratoroterapia, Niewydolność wątroby. Niewydolność nerek. Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. NZK w mechanizmie asystolii. Waga mózgu utrwalonego 1480 g

Symetria

Zniekształcenia

rowki

zakręty

Opony

Przestrzenie podoponowe

Naczynia podstawy

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Dolna powierzchnia całego pnia mózgu oraz dolna powierzchnia całego mózdzku pokryta twardymi masami wynaczynionej krwi. Na przekrojach poprzecznych krwotoków śródmiąższowy niszczący całe zwoje podstawy i wzgórze prawej półkuli mózgu i przylegającą strukturę od strony zewnętrznej /torebki, wąski pasek przylegającej do struktur podkorowych istoty białej. W obrębie prawych wczesnych zw: Pień jów podstawy widoczny rozpad tkanki. Ognisko to otaczają zmiany krwotoczne. Bardzo rozległe zmiany krwotoczne widoczne również w obrębie śródmózgowia, mostu i częściowo opuszki. Nieco zestalona skrzepnięta krew. Mózdzek krwi widoczne w rogach potylicznych komór bocznych. Naczynia podstawy niewidoczne, wtopione w masy zestalonej krwi. Naczynia żyłne opon bardzo nastrzyknięte.

Rdzeń

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

29 lat

Przyjęty 16.01.2000r  
zmarł 18.02.2000r

Rozpoznanie kliniczne: Podejrzenie opryszczkowego zapalenia mózgu  
Zmiany ogniskowe w lewej torebce wewnętrznej i prawym konarze mózgu. Niedowład połowiczny  
Prawostronny anizokoria. Zespół pniowy.  
Niewydolność oddechowa. Respiratoroterapia.  
Niewydolność wątroby. Niewydolność nerek.  
Zespół rozсіяnego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. NZK w mechanizmie asystolii.

### Epikryza

29-letni pacjent dotychczas zdrowy, został przyjęty do oddziału zakaźnego Woj. Szpitala w Ciechanowie z powodu bólów głowy, wymiotów i gorączki po przebytej wcześniej infekcji wirusowej. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono zmiany zapalne. Po włączeniu Mannitoli i Dexavenu uzyskano poprawę - ustąpienie dolegliwości. Od 23.01.2000 rozpoczęło się pogorszenie, wystąpiły zaburzenia równowagi, przejściowe zaburzenia oddechowe. stopniowo osłabienie siły mięśniowej w prawej kończynie górnej. Od 25.01. - nierówność źrenic. W badaniu tk głowy bez zmian. W ciągu kolejnych kilku dni dalsze pogorszenie: zez zbieżny lewego oka, źrenica wąskie, zaburzenia połykania, mowa bełkotliwa, obustronny objaw Babińskiego. Pomimo podawania leków nie uzyskano żadnej poprawy. W trybie pilnym wykonano MRI. Chory został przeniesiony do oddziału neurologicznego a 2.02 do OICMu z powodu utraty przytomności oraz zaburzeń oddechowych. W MRI stwierdzono zmiany w lewej torebce wewnętrznej oraz prawym konarze mózgu.

10.02.2000r został przewieziony do Wolskiego Szpitala Chorób Zakaźnych w Warszawie. Przy przyjęciu chory nieprzytomny, z zachowaną reakcją na ból, zaintubowany /w czasie transportu wentylowany z respiratora/, źrenica prawa szersza od lewej, zachowana reakcja na światło, bez objawów oponowych, z prawostronnym niedowładem połowicznym i obustronnym objawem Babińskiego, wymaga wentylacji z respiratora. 15.02. stwierdzono cechy uszkodzenia pnia mózgu: sztywne szerokie źrenice, brak odruchu rogówkowego. Chory wiotki, bez odruchów ścięgnistych. 18.02. nastąpiło NZK w mechanizmie asystolii. Wobec braku reakcji na podjęte czynności reanimacyjne chorego uznano za zmarłego.

Wynik sekcji ogólnej /21.02.2000r, dr med. Z.Kamiński/:

Pneumonia lobularis bilateralis. Oedema pulmonum. Bronchitis purulenta. Atrophia fusca myocardii. Hyperaemia venosa organorum.

Wynik MRI głowy /1.02.2000r/:

dwa nieprawidłowe ogniska zlokalizowane w prawym konarze mózgu o średnicy ok.20 mm oraz w lewej torebce wewnętrznej o średnicy ok. 18 mm, wokół nich strefa hyperintensywna odpowiadająca niewielkiemu obrzękowi. Ogniska mają najprawdopodobniej charakter świeżych zmian niedokrwiennych. Zwolnienie przepływu krwi w lewej zatoce esowatej. Brak ewidentnych cech zapalenia opob mózgowo-rdzeniowych. Układ kmerowy prawidłowy.