

Nr 84/99

Nazwisko

Wiek 45 l.

Dzień śmierci

11.07.1999r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:

26.08.99r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l.
3. Skroń z amonem l.
4. Wzgórze l.
5. Ciemie l.
6. Centralna l.
7. Potylicy l.
8. Śródmózgowie z i.
czarną.
9. Most
10. Opuszka
11. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Klüver-Barrera

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

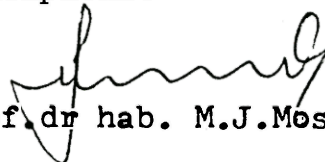
Podjęzrzenie azatoru tętnicy płucnej. Podjęzrzenie uogólnionej grzybicy. Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. Gruźlica płuc. Zaburzenia afektywne od lat.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych. Układ komorowy znacznie poszerzony.

Rozpoznanie histologiczne

Encephalitis micronodularis cytomegalica.
HIV-encephalitis incipiens?


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

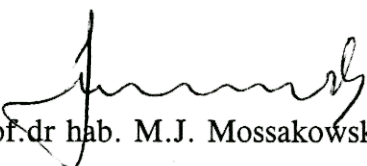
Rozpoznanie kliniczne: Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej. Podejrzenie uogólnionej grzybicy. Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. Gruźlica płuc. Zaburzenia afektywne od lat.

Badanie neuropatologiczne: W obrazie histopatologicznym przypadku dominują rozsiane mikrogrudki mikroglejowo-histiocytarne występujące we wszystkich strukturach ośrodkowego układu nerwowego z wyraźną przewagą w formacjach szarych. Grudki mają zróżnicowaną morfologię i komórkowość. Od drobnych kilkunastokomórkowych zagęszczeń do bogatokomórkowych struktur o wybitnym utkaniu dobrze odgraniczonych od otoczenia. Te ostatnie przypominają niekiedy twory ziarniakowe. Obecny jest szeroki diap^oz^o form pośrednich. We wszystkich typach grudek spotyka się duże komórki CMV z typowymi wtrętami śródjądrowymi, rzadziej śródcytoplazmatycznymi. Nierzadkie są grudki (zwłaszcza w formacjach pnia mózgu) charakteryzujące się bezkomórkowym centrum, wypełniony bezpostaciowymi lub włóknistymi masami, wyraźnie kwasochłonnymi. Niekiedy zawarte są w nich cienie komórkowe. Komórki CMV - niekiedy występują poza grudkami, leżąc luźno w tkance. Sprawiają one wrażenie zmienionych komórek nerwowych. W warstwie drobniowej kory i w warstwie podwyściółkowej spotyka się gwiazdkowatą formę grudek. Limfocytarne nacieki okołonaczyniowe o minimalnym nasileniu są zjawiskiem rzadkim. Częstsze są delikatne nacieki limfocytarne-makrofagowe w oponach miękkich.

W jądrach podstawy, wzgórzu i moście spotkano pojedyncze konglomeraty drobnych, silnie zasadochłonnych jąder, położonych na słabo widocznej cytoplazmie. Większość z nich położona jest przynaczyniowo. W skorupie i we wzgórzu (tu w okolicy okołokomorowej) obecne są drobne ogniska rozpadu tkanki, z obecnością makrofagów i brzeżnym odczynem glejowym. Sąsiadują z nimi drobne grudki mikroglejowo-histiocytarne. Ogniska te sprawiają wrażenie martwicy naczyniopochodnej, nie mając znamion rozplywnej martwicy charakterystycznej dla CMV, mimo to, że jedno z ognisk położone jest w pobliżu komory (oddzielone od niej pasmem niezmięnionej tkanki podwyściółkowej). W części nakrywkowej śródmózgowia,

tuż ponad istotę czarną obecne jest ognisko rozrzedzenia (zgąbczenia) tkanki z bardzo licznymi gniazdami nagromadzonych rozcięć aksonalnych. Znamionuje je szklista faktura, kwasochłonność i bardzo znaczne zróżnicowane wielkości powierzchni przekroju. W otoczeniu ogniska znajduje się zagęszczenie grudek mikroglejowych.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Encephalitis micronodularis cytomegalica. HIV-encephalitis incipiens?



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 84/99

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 11.07.1999r
Wiek 45 lat Data sekcji ogólnej
Data sekcji mózgu 26.08.1999r

Rozpoznanie kliniczne Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej. Podejrzenie uogólnionej grzybicy. Nabyty zespół niedoborów odporności. Gruźlica płuc. Zaburzenia afektywne od ~~ka~~ lat.

waga mózgu utrwalonego 1490 g

Symetria zachowana.

Zniekształcenia podbiegnięcia krwawe rowki zaniki
w obrębie bieguna potylicznego prawego /powierzchnowe/.
zakręty

Opony zmętniałe

Przestrzenie podoponowe widne

Naczynia podstawy bez blaszek miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Układ komorowy znacznie poszerzony

Pień bez zmian uchwytnych makroskopowo

Mózdzek uszkodzony artefaktycznie, bez zmian ogniskowych

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

lat 45, homoseksualista

Przyjęty 21.06.1999r
zmarł 11.07.1999r

Rozpoznanie kliniczne: Podejrzenie zatoru tętnicy płucnej.
Podejrzenie uogólnionej grzybicy.
Nabyty zespół niedoborów odporności.
Gruźlica płuc.
Zaburzenia afektywne od lat.

Epikryza

45-letni chory został przeniesiony z Oddziału Psychiatryczno-Pulmonologicznego w Otwocku z powodu stwierdzenia obecności p/ciał anty HIV /2x EIA dodatni, WB wysłany, dotychczas brak wyniku/. Powodem hospitalizacji w Otwocku była gruźlica płuc rozpoznana na podstawie badania radiologicznego, braku poprawy po leczeniu nieswoistym /hospitalizacja w szpitalu na Grenadierów 26.04.-6.05.1999/, ~~Wskazano~~ bez potwierdzenia bakteriologicznego. Leczenie p/prątkowe chory otrzymuje od 7.05.1999. W trakcie leczenia stwierdzano wzrost aktywności aminotransferaz /AlAt 98 u/l, AspAT 146 u/l/. Od około 6 dni wodnista biegunka, od 2 dni zaczerwienienie spojówek oka lewego.

Choroby przebyte i współistniejące: od 40 r.ż. zaburzenia afektywne /depresje i manie/ jest z tego powodu na rencie inwalidzkiej. W 1994 r hospitalizowany w tut. szpitalu z powodu infekcji wirusowej o nieustalonej etiologii - oznaczono wówczas p/ciała anty HIV - wynik ujemny. Obecnie należy podejrzewać, że występujące wówczas objawy były ostrą chorobą retrowirusową. W 1996 r. był hospitalizowany w szpitalu Grochowskim, a następnie w Instytucie Gruźlicy z powodu wysiękowego prawostronnego zapalenia płuc o przedłużającym się przebiegu.

Przy przyjęciu stan pacjenta średnio ciężki, pacjent wyniszczony, z dobrym kontaktem logicznym. W badaniu immunologicznym poziom limfocytów CD4 11/mm³, CD8 338/mm³. Oznaczenie liczby kopii HIV metodą bDNA 500000/ml. W trakcie hospitalizacji występowały stany gorączkowe. Ze względu na zmiany osłuchowe nad płucami zastosowano antybiotykoterapię nie uzyskując poprawy stanu pacjenta. Dnia 30.06.99 wystąpił uogólniony napad drgawkowy z pełną utratą przytomności, sinicą obwodową, brakiem odruchów rzęskowego i podeszwowego. Od tego epizodu stan pacjenta systematycznie się pogarszał, kontakt z chorym powierzchowny, pacjent bardzo słaby, gorączkujący. W badaniu CT głowy poza symetrycznym poszerzeniem układu komorowego nadnamiotowego nie stwierdzono zmian ogniskowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym odczyny globulinowe dodatnie, poza tym bez zmian. Podejrzewając uogólnioną grzybicę ze względu na obecność candida albicans w kału i grzybicę jamy ustnej, nieokreślone zmiany w oun, włączono diflucan w dawce 400 mg/dobę. Z powodu ciężkiego stanu chorego i pozycji leżącą zastosowano Fraxiparynę. Dnia 9.07.99 w wykonanej morfologii stwierdzono niedokrwistość znacznego stopnia i małopłytkowość rzędu 20 tysięcy bez cech krwawienia i skazy krwotocznej. Dnia 11.07.1999r o godz 7.00 pacjent zmarł nagle.