

Nr 82/99

Nazwisko

Wiek 28 lat

Dzień śmierci

6.07.1999r.

Sekcjonowany

u ..... godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:  
26.08.1999r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

1-8. Standard z lewej  
półkuli

9. Fragment istoty  
czarnej

10. Okołooczolowa p. ze  
spoidłem

11. Most

12. Opuszka

13. Opuszka dolna

14. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia  
HE, Klüver

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytego niedoboru odporności. Podej-  
rzenie zatoru tętnicy kręzkowej. Bakteryjne  
zapalenie wsierdza. Złożona wada serca w  
okresie przewlekłej niewydolności krążenia.  
Obustronne zapalenie płuc. Ropniak opłucnej  
prawej. Martwica obu stóp. Grzybica jamy  
ustnej. Uzależnienie mieszane.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych. Mózg bardzo uszkodzony.  
artefaktycznie przy wyjmowaniu, oderwany  
pień mózgu.

Rozpoznanie histologiczne

Oedema cerebri et degeneraciones neuronales  
generalisatae. Meningoencephalitis lympho-  
cytaria. Foci micronecroti disseminati hemi-  
sphaeriorum cerebri utriusque.

W-wa, 2000.04.12. Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY  
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN  
ZAKŁAD NEUROLOGII  
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5  
Tel. 668 53 69, 608 65 35

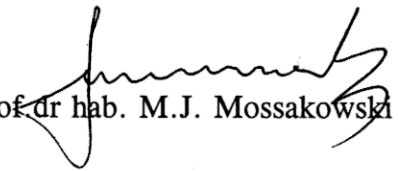
Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Podejrzenie zatoru tętnicy kręzkowej. Bakteryjne zapalenie wsierdzia. Złożona wada serca w okresie przewlekłej niewydolności krążenia. Obustronne zapalenie płuc. Ropniak opłucnej prawej. Martwica obu stóp. Grzybica jamy ustnej. Uzależnienie mieszane.

**Badanie neuropatologiczne:** W obrazie histopatologicznym przypadku dominują rozlane nieswoiste zwyrodnienia neuronalne i ubytki komórek nerwowych, przede wszystkim w korze mózgu (k.czołowa, k.ciemieniowa, wyspy, k.skroniowa i k.centralna), oraz znacznego stopnia obrzęk mózgu z dominującym zajęciem istoty białej. Zwyrodnienia neuronalne, przede wszystkim o charakterze zmian ischemicznych zajmują wszystkie warstwy kory, z preferencyjnym zajęciem warstwy III. Tu również widoczne są największe ubytki neuronów. Obrzęk mózgu ma znaczne nasilenie, wyrażające się rozlanym zblednięciem mieliny oraz rozluźnieniem tkanki istoty białej z tworzeniem ognisk zgąbczenia tkanki. Na tle tak zmienionej istoty białej w półkulach mózgu widoczne są drobne rozsiane ogniska mikromartwic, nieostro odgraniczone od otoczenia, wypełnione komórkami żernymi bez domieszek limfocytów lub z nieznacznym ich udziałem. Jedna z ognisk pokryta jest luźnym utkaniem limfocytów.

Drugim uogólnionym procesem patologicznym są rozsiane nacieki limfocytarne w otoczeniu lub w ścianach drobnych i średnich naczyń. Nacieki mają zróżnicowane nasilenie od kępki przynaczyniowej limfocytów, do ich kilkuwarstwowych układów. W średniej, wielkości naczyniach nacieki limfocytarne obejmują całą szerokość ich ściany. W jednym z większych naczyń materiał zakrzepowy wypełnia całe jego światło. Naciekowi limfocytnemu nie towarzyszy odczyn mikroglejowy. Za ledwie jedno drobne naczynie w moście otoczone jest naciekiem mikroglejowym. Nacieki limfocytarne występują również w oponach miękkich i w podstawie spłotu naczyniowego. Nacieki są większe na powierzchni wypukłej półkul mózgu oraz w oponach mózdzku. Ma on umiarkowane nasilenie. Zwracają uwagę nieprawidłowości naczyniowe, wyrażające się wyraźnym przerostem śródbłonkowym drobnych naczyń korowych i znacznym, zwłóknieniem ścian naczyń oponowych. W części naczyń obecne

są "korki bakteryjne". W otoczeniu większego, konglomeratu naczyniowego w jądrach podstawy występują one również w przestrzeni okołonaczyniowej.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Oedema cerebri et degenerationes neuronales generalisatae. Meningoencephalitis lymphocytaria. Foci micronecrotici disseminati hemispheriorum cerebri utriusque.



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 82/99**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 6.07.1999r.....

Wiek 28 lat ..... Data sekcji ogólnej .....

Data sekcji mózgu 26.08.1999r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytego niedoboru odporności. Podejrzenie zatoru tętnicy kręzkowej. Krwawienie z przewodu pokarmowego. Bakteryjne zapalenie wsierdza. Złożona wada serca w okresie przewlekłej niewydolności krążenia. Obustronne zapalenie płuc. Ropniak opłucnej prawej. Martwica obu stóp. Grzybica jamy ustnej. Uzaeźnienie mieszane. waga mózgu utrwalonego 1390 g

Symetria mózg uszkodzony artefaktycznie, obie półkule oddzielnie, oderwany i e uszkodzony pień mózgu i mózdzek

Zniekształcenia artefaktyczne rowki widoczne zaniki zakręty

Opony nieco zmleczałe wzdłuż przebiegu naczyń

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy nieco poszerzony. Podejrzenie nieprawidłowego ogniska we wczesnych zwojach podstawy po stronie lewej /artefak przy utrwalaniu?/. Poza tym bez zmian ogniskowych.

Pień oderwany, zniszczone częściowo śródmózgowie

Mózdzek uszkodzony artefaktycznie, bez zmian ogniskowych

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I. B. Żelman

, lat 28, narkomanka

Przyjęta 22.03.1999r

zmarła 6.07.1999r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności.  
Podejrzenie zatoru tętnicy krezkowej. Krwawienie z przewodu pokarmowego.  
Bakteryjne zapalenie wsierdza. Złożona wada serca w okresie przewlekłej niewydolności krążenia.  
Obustronne zapalenie płuc. Ropniak opłucnej prawej.  
Martwica obu stóp. Grzybica jamy ustnej.  
Uzależnienię mieszane.

Pacjentka przyjęta do oddziału w celu diagnostyki stanów gorączkowych. Przywieziona przez Pogotowie Ratunkowe, zabrana z ulicy. Wywiad trudny do zebrania. Pacjentka jęcząca, nie chce odpowiadać na pytania, które trzeba kilkakrotnie powtarzać żeby uzyskać jakąkolwiek odpowiedź. Pacjentka jest w Warszawie od kilku dni, twierdzi, że mieszkała na klatce schodowej, na której przed 3 dniami została skopana przez nieznanego mężczyznę. Podaje, że od kilku dni nie chodzi - jak długo nie wie. Przyjmuje kompot i amfetaminę, ostatnio w dniu hospitalizacji nad ranem. Twierdzi, że jest zakażona HIV od ok. 10 lat, badania miała wykonywane w poradni na Lesznie

Badanie przedmiotowe: stan ogólny średniociężki, z zachowanym kontaktem logicznym, ale niechętnie odpowiada na pytania, wyniszczona, odwodniona, przyjmuje ułożenie przymusowe na prawym boku. Zwraca uwagę przykurcz lewej kończyny górnej w stawie łokciowym oraz przymusowe zgięcie kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych. Bardzo zmieniona skóra obu stóp - obrzęknięte, czerwone, z sinicą palców i ogromną grzybicą na powierzchni podeszwy i palcach. Węzłów chłonnych nie badano - obrona pacjentki. Bolesność tylnych żeber przy palpacji po stronie lewej. Wydaje się, że zciszony szmę pęchczykowy nad polami płucnymi. U podstawy prawego płuca trzeszczenia. Tętno serca b.głośne, głucho. Brzuch bez zmian.

W trakcie pobytu: w oddziale - stan ogólny ciężki, utrzymująca się duszność i tachypnoe, okresowo wysoka gorączka. W Rtg płuc - zapalenie objęło całe prawe płuco z wytworzeniem się ropniaka opłucnej, nie można wykluczyć zmian miąższowych w płucu lewym. Rozwinęła się suche ~~xxxixxxx~~ zgorzel palców, a następnie martwica w obrębie obu stóp. Proces miał charakter postępujący, pacjentka przez cały czas pozostawała pod opieką chirurgów. Do dolegliwości sercowo-krążeniowych związanych z przewlekłą niewydolnością krążenia w związku z bakteryjnym zapaleniem wsierdza i złożoną wadą serca dwa dni przed zgonem dołączyły się silne bóle brzucha w wymioty treści fusowatej. Zgon wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.