

Nr 23/2000

Nazwisko

Wiek 28 lat

Dzień śmierci

11.04.2000r.

Sekcjonowany

w ..... godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:

20.07.2000r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol      Formol

- 1-8. Standard z l.pólk  
zwoje podst. 2x
9. Okol.postcentralna  
z rdzawym podbarwie-  
niem na pow. prawa  
-skr.nacięty.
10. Śródmózgowie
11. Most
12. Opuszka
13. Opuszka dolna
14. Rdzeń szyjny g.
15. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Klüver

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytych niedoborów odporności.  
Zdekompensowana marskość wątroby - przewle-  
kle zapalenie wątroby typu B i C. Ropień  
płuca prawego. Niedomykalność mitralna i  
wtórne nadciśnienie płucne u osoby po prze-  
bytym bakteryjnym zapaleniu wsierdza.  
Uzależnienie mieszane.

Rozpoznanie anatomiczne

Opony zmleczące. Komory boczne b. znacznie  
poszerzone. Zmian ogniskowych nie stwier-  
dzono.

Rozpoznanie histologiczne

Meningoencephalitis lymphocytaria.

  
Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

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

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności. Zdekompensowana marskość wątroby - przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C. Ropień płuca prawego. Niedomykalność mitralna i wtórne nadciśnienie płucne u osoby po przebytych bakteryjnym zapaleniu wsierdza. Uzależnienie mieszane.

**Badanie neuropatologiczne:** Zmiany mikroskopowe wyrażają się umiarkowanymi naciekami limfocytarnymi, widocznymi w oponach miękkich oraz okołonaczyniowo w utkaniu praktycznie wszystkich części mózgowia. Nacieki oponowe mają charakter "kępkowy", wyrażający się gniazdami skupień limfocytów położonych wśród skądinąd niezmiennych opon, nie mają one tu wyraźnego charakteru nacieków okołonaczyniowych. Oczywiście widoczne są również okołonaczyniowe skupienia limfocytów. Czasem widoczne są naczynia zwłaszcza żyłne o nacieczonych ścianach na całej ich grubości. W półkulach mózgu nacieki są obfitsze w rowkach niż na powierzchni zakrętów. Na ogół intensywność nacieków wzrasta w kierunku doogonowym np. są bardziej nasilone w oponach rdzenia niż w górnych częściach pnia mózgu. Okołonaczyniowe nacieki miąższowe wydają się bardziej nasilone w okolicach podoponowych i przykomorowych. Są one najczęściej jednorzędowe, spotyka się obfitsze skupienia limfocytów, na ogół jednak nie tworzące pełnych pierścieni dookoła naczyń. Są masywniejsze przy większych naczyniach np. w jądrach podstawy.

W oponach miękkich okolicy przedcentralnej, opisaney jako rdzawo podbarwionej (w badaniu mikroskopowym) widoczne są obfite skupienia makrofagów wypełnionych brwiopochodnym barwnikiem, rozsianych luźno w utkaniu pajęczynówki, a warstwowo zagęszczonych we właściwej oponie miękkiej przylegającej bezpośrednio do powierzchni kory mózgu. W tej części półkul są stosunkowo liczniejsze naczynia z naciekami limfocytarnymi.

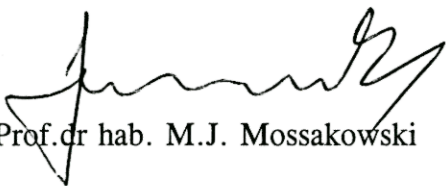
W okolicy hipokampalnej lewej widoczne jest drobne ognisko destrukcji tkanki wypełnione zbliznowaciałą tkanką glejowo-łącznotkankową, z nieznacznym komponentem limfocytów i dużym udziałem mikrogleju. Ten ostatni w postaci przerośniętych komórek pałeczkowatych jest szczególnie obfity w otoczeniu ogniska, na

jego peryferiach widoczne są również obfitsze naczynia z naciekami limfocytarnymi.

W oliwie dolnej opuszki stwierdza się niewielkie ognisko delikatnego rozplemu mikroglejewego położonego na tle niezmienionej tkanki. Okolica czołowa lewa wykazuje bardzo znaczne, zciemnienie tkanki, związane z bardzo znacznym poszerzeniem komory bocznej. Obszar histologiczny z cieńszą tkanki nie wykazuje nieprawidłowości komorkowych ani osłonkowych.

Przypadek nastęcza trudności diagnostyczne w ocenie pojedynczego ogniska destrukcji tkanki w okolicy hipokampalnej oraz ograniczonego nagromadzenia wypełnionych barwnikiem krwiopochodnym makrofagów w oponie miękkiej. Nie jasne jest również pochodzenie wodogłowa, które wydaje się trudne do wyjaśnienia w oparciu o proces zapalny w oponach miękkich, który ma zbyt małe nasilenie by wiązać z nim zaburzenia w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Miejscowe ognisko tkankowe może stanowić zejście zatoru z materiału pochodzącego z zapalnie zmienionego wsierdzia. Przebarwienie oponowe może być następstwem miejscowego urazu czaszki, choć nie potwierdza tego całkowity brak zmian miąższowych. W tej sytuacji najwłaściwsze wydaje się ograniczenie do rozpoznania objawowego.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Meningoencephalitis lymphocytaria.



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 23/2000**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu ..... 11.04.2000r.....  
Wiek ..... 28 lat ..... Data sekcji ogólnej ..... 12.04.2000r.....  
Data sekcji mózgu ..... 20.04.2000r.....

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów odporności. Zdekompensowana marskość wątroby - przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C. Ropień płuca prawego. Niedomykalność mitralna i wtórne nadciśnienie płucne u osoby po przebytych bakteryjnym zapaleniu wsierdza. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1690g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki zaniki  
zakręty

Opony zleczałe. W prawej okolicy centralnej dość rozległe brązowawe podbarwienie - artefakt?

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Komory boczne bardzo szerokie, brak przegrody międzykomorowej  
Przy krojeniu z z układu komorowego wypłynęła duża ilość przejrzystego płynu.

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek niezmienniony.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B. Zelman

lat 28, narkoman

Przyjęty 8.03.2000r  
zmarł 11.04.2000r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności.  
Zdekompensowana marskość wątroby - przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C.  
Ropień płuca prawego. Niedomykalność mitralna i wtórne nadciśnienie płucne u osoby po przebytych bakteryjnym zapaleniu wsierdza. Uzależnienie mieszane.

Narkoman, uzależniony od opiatów i benzodwiazepin wielokrotnie hospitalizowany w oddziale detoksykacyjnym Szpitala w Abramowicach, w końcu 1988 i początku 1999 z towarzyszącymi dolegliwościami bx nerkowymi. Zakażony HIV w 1995r. Na przełomie 1999 i 2000r przebywał w Oddziale III szpitala Wolskiego, gdzie został skierowany w celu diagnostyki stanów gorączkowych. Ostatnio skierowany również przez oddział detoksykacyjny szpitala w Abramowicach w związku z ponownym wzrostem temperatury o torze hektycznym do 39°.

Przy przyjęciu przytomny, apatyczny, z trudnością odpowiada na pytania. Węzły chłonne okolicy szyjnej liczne, drobne. Na śluzówkach jamy ustnej naloty grzybicze. Liczne trzeszczenia nad polami płucnymi, bardziej nasilone po stronie prawej. Czynność serca miarowa, ok. 90/min, tony bardzo głośne, szmer skurczowy słyszalny nad wszystkimi zastawkami. RR 100/50. Brzuch bolesny palpacyjnie, wątroba 3-4 cm poniżej prawego łuku żebrowego, śledziona 2 cm poniżej lewego łuku żebrowego.

W trakcie pobytu stan pacjenta ciężki, obraz kliniczny zdominowany przez objawy narastającego z uszkodzenia wątroby.

Wynik sekcji ogólnej /12.04.2000r, dr med. Z.Kamiński/:

Endocarditis chronica verrucosa, partim ulcerosa valvulae mitralis.

Pericarditis chronica. Hypertrophia excentrica cordis totius.

Infarctus multiplices pulmonum et renum atque uncus in liene.

Hemosiderosis secundaria pulmonum. Hepatitis persistens - hyperaemia venosa hepatis. Hepatosplenomegalia. Varices oesophagi.

Cachexia.