

Nr 2/96

Nazwisko

Wiek 56 lat

Dzień śmierci  
24.11.1995r

Sekcjonowany

u ..... godzin

po śmierci Sekcja  
mózgu 13.01.1996

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

| Alkohol        | Formol                     |
|----------------|----------------------------|
| 1.oko          | 1.czoł.1.                  |
| 2.zwoje        | je podsta-<br>wy 1.        |
| 3.wzgórze      | 1.                         |
| 4.oko          | 1.ciemie-<br>niowa 1.      |
| 5.oko          | 1.skroniowa<br>z amonem 1. |
| 6.oko          | 1.central-<br>na 1.        |
| 7.oko          | 1.poty 1.1.                |
| 8.śródmózgowie | z i.czarną                 |
| 9.most         |                            |
| 10.opuszka     |                            |
| 11,mózdzek 1.  | /ścięty/                   |
| 12.mózdzek p.  | /kora obustr./             |

Użyte metody barwienia  
Hematoksylina-eozyna,  
Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

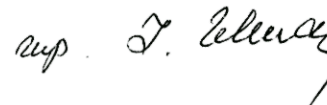
AIDS dementia complex. Posocznica gronkow-  
cowa z zajęciem CUN i płuc. Drożdżycza jamy  
ustnej i przełyku. Podejrzenie toksoplaz-  
mozy.

Rozpoznanie anatomiczne

W lewej półkuli mózdku.w okolicy j.zębate-  
go ognisko o obniżonej spoistości i zmienio-  
nym zabarwieniu.

Rozpoznanie histologiczne

Cytomegalia cerebri



Prof. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: AIDS dementia complex. Posocznica gronkowcowa z zajęciem CUN i płuc. Drożdżycza jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie toksoplazmozy.

**Badanie neuropatologiczne:** Zmiany patomorfologiczne stwierdzone w przypadku są wykładnikiem etiologicznie jednorodnego zespołu chorobowego o zróżnicowanej ekspresji morfologicznej, nasileniu i topografii.

Zjawiskiem najbardziej uogólnionym jest występowanie drobnych grudek mikroglejowo-histiocytarnych rozsianych we wszystkich strukturach oun z wyraźną przewagą formacji szarych. Przy uogólnionym charakterze procesu, wykazują one zróżnicowaną predylekcję topograficzną i tak największe ich skupienia spostrzega się w oliwach dolnych opuszki, w jądrach podstawy i w okolicy czołowej półkul. Grudki mają zróżnicowany charakter, większość z nich położona jest na rozpadłym podłożu i w tych razach ich głównym komponentem są komórki histiocytarne. Grudki na ogół mniejsze, lub bardziej rozproszone leżą na podłożu niezmienionym, a niekiedy mają charakter grudek neuronofagicznych. W obu typach grudek spotyka się w ich części centralnej różne profile komórkowe: najczęściej wieloboczne, żywo kwasochłonne bezjądrowe struktury, które jak się wydaje z prześledzenia ewolucji zjawiska neuronofagii, obfitego w przypadku, w znacznej proporcji odpowiadają zmienionym neuronom. W części grudek część centralną zajmują typowe komórki CMV.

Komórki CMV z charakterystycznym wtrętem śródjądrowym występują jako izolowane twory rozsiane w niezmienionym utkaniu poszczególnych struktur oun. Ich morfologia wskazuje na neuronalną i glejową morfogenezę.

Drugim elementem procesu są przykomorowe martwice obejmujące wyściółkę, warstwę podwyściółkową i rzadko wnikające do głębszych części okolicy okołokomorowej. Zajęty bywa również przyczep splotu naczyniówkowego. Zmiany tego typu charakteryzują się obecnością martwicy skrzepowej, denudacji ściany komory z wyściółki i obecnością bardzo nieznacznych nacieków. Pole martwicy pokryte jest

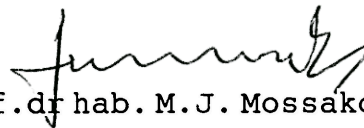
bardzo obfitymi komórkami CMV o zróżnicowanej wielkości, intensywności zabarwień i odmiennej morfologii wtrętów śródjądrowych i śródplazmatycznych. Zróżnicowanie to wskazuje na różne pochodzenie komórkowe. Nierzadko spostrzega się transformację komórek wyściółki i/lub gleju podwyściółkowego.

Trzecim zjawiskiem są zróżnicowanej wielkości ogniska martwicy nie związane z układem komorowym. Szczególne nasilenie przyjmują one w mózdku, w którym okolice jądra zębatego obu półkul zajmują wielokomorowe jamy rozpadu tkankowego w stadium rozbiórkowym. Ich brzegi, złożone z wybitnie rozrzedzonej tkanki z cechami martwicy skrzepowej wypełnionej niezwykle obfitymi komórkami CMV i wtrętami śródjądrowymi i śródplazmatycznymi. Wśród nich widoczne są niewielkie skupienia nacieków zapalnych. Podobne ogniska widoczne są w niektórych zrazikach mózdku, bez cech rozpadu. Na rozrzedzonym podłożu widoczne są liczne komórki CMV. Innym elementem tych zmian jest nagromadzenie obfitych komórek CMV w warstwach drobinowych kory mózdku o układzie warstwowym odpowiadających komórkom Bergmanna, skąd "naciekają" rozrzedzoną warstwę ziarnistą. Podobne ogniska martwicy pokrytej komórkami CMV widoczne są w jądrze zębatym opuszki, w jądrach podstawy, torebce wewnętrznej i we wzgórzu. Bardzo charakterystyczne zmiany występują w korze potylicznej, gdzie po obu stronach szczeliny ostrogowej widoczne są obfite nagromadzenia komórek CMV, na tle stosunkowo mało zmienionego podłoża kory.

Do innych zmian patologicznych zasługujących na odnotowanie należą pola drobnych ziarnistych zwapnień w rogu Amona (o układzie okołonaczyniowym i luźnym), drobne mikromartwice w korze centralnej, sprawiające wrażenie procesu naczyniopochodnego, nie zawierające komórek CMV, rozlane ubytki komórek Purkinjego i rozplemu gleju Bergmanna, nie wykazujące związku z opisanym powyżej procesem CMV oraz bardzo znaczne pogrubienie i zwłóknienie opon miękkich na powierzchni wypukłej półkul mózgu. Przy niektórych naczyniach stwierdzono wielojądrowe twory olbrzymie bez wyraźnej

cytoplazmy powiązane integralnie ze ścianą naczynia. Nie uznano ich za wykładniki HIV.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Cytomegalia cerebri.



Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 2/96**

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 24.11.1995  
Wiek 56 lat ..... Data sekcji ogólnej 28.11.1995  
Data sekcji mózgu 13.11.1996

Rozpoznanie kliniczne AIDS dementia complex. Posocznica gronkowcowa z zajęciem CUN i płuc. Drożdżycza jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie toksoplazmozy.

Symetria zachowana, mózg blady waga mózgu utrwalonego 1365 g  
Zniekształcenia nie stwierdzono rowki niewielkie zaniki w zakręty okolicy czołowej  
Opory na powierzchni wypukłej zmleczące  
Przestrzenie podoponowe miejscami mętna zawartość w zagłębieniach między zakrętami  
Naczynia podstawy z pojedynczymi blaszkami miażdżycowymi

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej  
Układ komorowy nieznacznie poszerzony. Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku. Brak rdzenia podopuszkowego

Mózdzek w lewej półkuli w okolicy jądra zębatego patologiczne ognisko z obniżoną spoistością tkanki i zmianą zabarwienia

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J.Mossakowski

56 lat

Przyjęty 06.10.1995  
zmarł 24.11.1995

Rozpoznanie kliniczne: AIDS dementia complex. Posocznica gronkowca z zajęciem CUN i płuc. Drożdżycy jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie toksoplazmozy.

Wywiad: zakażony HIV ok. 10 lat temu, leczony w Londynie (kart wypisowych ze szpitala nie posiada). Pamięta, że przez rok (do lipca 95) przyjmował retravir. Od ok. miesiąca pogorszenie stanu ogólnego, brak apetytu, niemożność utrzymania pionowej postawy ciała, zawroty głowy. Nie gorączkował nie miał biegunek.

Przyjęty w stanie ogólnym średnio ciężkim, wycieńczony, skóra blada, bez obrzęków. Grzybica śluzówek jamy ustnej. Szmer oddechowy pęcherzykowy zaostrowany, z pojedynczymi furczeniami. Czynność serca miarowa, 90/min. RR 110/80, tony czyste. Brzuch nie bolesny, wątroba nie powiększona. Objawy oponowe ujemne.

Pacjent spowolniały, na pytania odpowiada prawidłowo, nie pamięta dużo faktów, w trakcie badania szybko się męczy, nie współpracuje z lekarzem. Chodzi z pomocą pielęgniarki, idąc chwieje się, siła mięśniowa w kkd obustronnie osłabiona. W CT mózgu stwierdzono umiarkowany zanik korowo-podkorowy, bez zmian ogniskowych. Dno oczu bez zmian. Włączono leczenie: zovirax i diflucan.

W trakcie pobytu początkowo wydołny krążeniowo i oddechowo. W płucach bez zmian osłuchowych. 25.10. zagorączkował do 38°, gorączka utrzymywała się pomimo antybiotyko-terapii. W tym okresie płuca osłuchowo i radiologicznie bez zmian. W początku listopada wystąpił niedowład spastyczny kończyn górnych, który wkrótce przeszedł w czterokończynowy, pogorszył się stan psychiczny i nasiliły zaburzenia świadomości. 6.11. pojawiły się objawy osłuchowe ze strony płuc. W rtg stwierdzono obustronne mięszkowe zapalenie. W trakcie antybiotykoterapii uzyskano poprawę objawów miejscowych, pogarszał się jednak stan neurologiczny pacjenta. Od 20.11. nieprzytomny, bardzo duże obrzęki z hypoalbuminemią, narastające objawy niewydolności nerek. 24.11. wystąpiły napady bezdechu i spadek ciśnienia. Pacjent zmarł wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy w kierunku CMV i kryptokokozji negatywne. Z płynu mózgowo-rdzeniowego krwi wyhodowano gronkowca złocistego. p/ciała przeciwko toxo w surowicy 600 j.m.

Wynik sekcji ogólnej (28.11.95 - dr med. Z.Kamiński)

Embolia arteriae pulmonalis. Thrombi parietalis atrii et ventricul  
dex, venam cavam superiorem penetrans. Pneumonia lobularis multi-  
focalis partim confluens et abscondens inferior bilateralis. In-  
farctus recens subpleuralis lobi superioris pulm. dex. Atrophia  
fusca myocardii. Inanities.