

Nr 53/96

Nazwisko

Wiek 28 lat

Dzień śmierci

20.07.96r.

Sekcjonowany

u ..... godzin  
po śmierci sekcja  
mózgu 26.09.96r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol                      Formol

1. Okolica czołowa l.
2. zwoje podstawy l.
3. wzgórze l.
4. skroń l.
5. amon l.
6. okol.ciemieniowa l.
7. okol.centralna l.
8. okol.potyliczna l.
9. śródmózgowie
10. most
11. opuszka
12. mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE., Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.  
Obustronne zapalenie płuc. Podejrzenie PCP.  
Ostra niewydolność nerek. Przewlekłe zapale-  
nie zatok obocznych nosa. Stan po złamaniu  
przegrody nosowej. Skrzywienie przegrody no-  
sowej. Uzależnienie mieszane. Grzybica jamy  
ustnej. WZW typu C.

Rozpoznanie anatomiczne

Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalitis.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

BOLESLAW ALEXANDER MANN  
INSTYTUT CENTRUM MEDICyny  
DOSWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ  
ZAKŁAD NEUROPATHOLOGII  
00-784 Warszawa, ul. Dworkowa 3

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne:

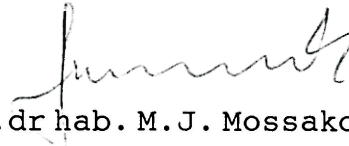
Zespół nabytych niedoborów immunologicznych. Obustronne zapalenie płuc. Podejrzenie PCP. Ostra niewydolność nerek. Przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa. Stan po złamaniu przegrody nosowej. Skrzywienie przegrody nosowej. Uzależnienie mieszane. Grzybica jamy ustnej. WZW typu C.

**Badanie neuropatologiczne:** Masywny zespół uogólnionych zmian patologicznych ma uderzająco monotypowy charakter. Dominującym jego elementem jest uogólniony odczyn mikrogrudkowy, występujący praktycznie we wszystkich strukturach ośrodkowego układu nerwowego, z wyraźną przewagą zajęcia formacji białych, ujawniającą się przede wszystkim w pólkulach mózgu i mózdzku. Mikrogrudki wykazują wyraźnie zróżnicowaną strukturę. Przeważają grudki złożone z zaktywnionego mikrogleju i histiocytołów, z udziałem pojedynczych lub mnogich wielojądrowych komórek olbrzymich. Te ostatnie położone są albo wewnątrz grudek lub na ich obwodzie. Niektóre grudki złożone są niemal wyłącznie z komórek wielojądrowych. Grudki mają na ogół luźne utkanie, położone są na nieuszkodzonym podłożu i dość wyraźnie odgraniczają się od otoczenia. Niekiedy mają postać grudek rozlewających się przechodzących w <sup>rozległe</sup> ruchome pola rozplemu mikroglejowego z obfitymi komórkami wielojądrowymi. Inne grudki mają bardziej zbite utkanie, są ostro odgraniczone od otaczającej tkanki, a zagęszczenie komórkowe uniemożliwia ocenę stanu podłoża. W barwieniu mielinowym odpowiadają im drobne, ostro obrysowane przejaśnienia. W grudkach tych na ogół <sup>nie</sup> występują komórki wielojądrowe. Są one natomiast częste na ich obwodzie. Inny typ grudek wyróżnia się wyraźnym uszkodzeniem podłoża, sprawiającym wrażenie, że centrum grudki luźno utkanej lub wręcz rozlewającej się, zajmuje pole martwicy wypełnione amebowato zmienionym mikroglejem. Grudki tego typu z reguły zawierają komórki wielojądrowe. Te ostatnie spotyka się również poza utkaniem grudek, w położeniu okołonaczyniowym lub jako pojedyncze lub zgrupowane komórki rozsiane w niezmienionym skądinąd położeniu. Zjawisko to

częściej spotyka się w formacjach szarych, zwłaszcza we wzgórzu, jądrach podstawy, a nawet w korze. Zjawiskiem dość pospolitym są okołonaczyniowe nacieki hemotogenne, o różnej intensywności związane lub sąsiadujące z mikrogrudkami bądź też nie wykazujące z nimi związku. Nierzadko w nacieku hematogennym spotyka się komórki wielojądrowe.

Istota biała półkul wykazuje umiarkowane zblednięcie mieliny. Na jego tle występują plackowate ogniska rozpadu mieliny odpowiadające większym, bardziej zbitym grudkom mikrogleju, lub drobnym ogniskom martwicy otoczonym pobudzonym mikroglejem lub komórkami wielojądrowymi. W polach przejaśnień mielinowych na ogół spostrzega się umiarkowane namnożenie astrogleju. Miejscami przeciwnie (vide okolica skroniowa) widoczne są pola zubożenia glejowego, z jego zagęszczeniem na obwodzie. W korze ciemieniowej drobne naczynia wykazują przerosty ścienne.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** HIV-encephalitis.



Prof. dr hab. M. J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 53/96**

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 29.07.1996r.  
Wiek 28 lat ..... Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu 26.09.1996r.

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów immunologicznych. Obustronne zapalenie płuc. Podejrzenie PCP. Ostra niewydolność nerek. Przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa. Stan po złamaniu przegrody nosowej. Skrzywienie przegrody nosowej. Uzależnienie mieszane. Grzybica jamy ustnej. WZW t.C.  
waga mózgu utrwalonego 1400 g.

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono rowki nie widoczne  
zakręty

Opony przekrwione

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy prawidłowe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej  
Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

lat 28, żonaty, narkoman

Przyjęty 28.07.96  
zmarł 29.07.96

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.  
Obustronne zapalenie płuc. Podejrzenie PCP.  
Ostra niewydolność nerek.  
Przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa.  
Stan po złamaniu przegrody nosowej.  
Skrzywienie przegrody nosowej.  
Uzależnienie mieszane.  
Grzybica jamy ustnej. WZW t.C.

#### Skrót historii choroby

Wywiad: Pacjent Poradni na Lesznie, w programie Methadonowym. Od ok. 10 dni gorączkuje z przerwami, głównie wieczorem do 38°C, Kaszel suchy, kończący się odkrztuszaniem żółto-zielonej plwociny. Od ok. 10 dni duszność wysiłkowa, od wczoraj - spoczynkowa. Ból w klatce piersiowej, głównie po stronie lewej, nasilający się przy kaszlu i głębokim oddechu. Od ok. miesiąca osłabienie. Od wczoraj wymioty. Chory wiąże to z kaszlem, częściowo z przyjmowanym od wczoraj Rulidem. Od wczoraj bóle kostno-stawowe. Nie przyjmował zalecanej profilaktyki PCP.

Badanie przedmiotowe: przytomny, stan ogólny b.ciężki. Kontakt logiczny prawidłowy. Stan odżywienia niedostateczny. Skóra blada, sucha, w okolicy ust sinica. Stłumienie odgłosu opukowego po stronie lewej nad 2/3 dolnymi pola płucnego. Osłuchowo ściszenie szmeru pęcherzykowego w tej okolicy. Akcja serca miarowa, 140/min, tony b.ciche, tętno nitkowate. Brzuch miękki, w całości obolały przy palpacji. Wątroba powiększona na 2 cm. RR nieoznaczalne. Po podaniu 200 mg hydrocortizonu 60/40. Tachypnoe - ok. 40 oddechów/min. Do końca życia pacjent był przytomny, z prawidłowym kontaktem. Wg relacji lekarza dyżurnego nie stwierdzono objawów obrzęku płuc lub zastoju w krążeniu małym. Otrzymywał heparynę jako profilaktykę zatorowości płucnej.

Wyniki badań dodatkowych Rtg klatki piersiowej: płatowe, lewostr. zapalenie płuc. Mocznik 106 mg%, kreatynina 3,5. W marcu 96 CD4 21 CD8 1451, CD4/CD8 0,14. W lipcu CD4 20.

Wyniku sekcji ogólnej nie otrzymano (dr Kamiński na urlopie).