

Rozpoznanie kliniczne: Zakażenie HIV. Rozsiany proces nowotworowy o nieznanym miejscu pierwotnym. Stan po amputacji szyjki macicy w 1994r. (Ca planoepitheliale in situ colli uteri). Stan po chemioterapii w 1996r. Uzależnienie mieszane.

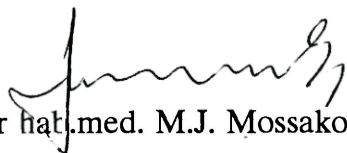
Badanie neuropatologiczne: Obraz histopatologiczny ubogi. Charakter uogólniony mają niewielkie limfocytarne nacieki towarzyszące zarówno naczyniom mięąższowym jak i oponowym. Wyraźnie zagęszczenie nacieków występuje w dnii rowków kory mózgu. Uogólnione są również nieswoiste zwyrodnienia komórek nerwowych spotykane są we wszystkich strukturach ośrodkowego układu nerwowego, wyraźniejsze w korze mózgu, zwłaszcza okolicy czołowej, skroniowej, ciemieniowej i centralnej oraz w okolicy hipokampalnej. W korze mózgu stwierdza się ponadto namnożenie komórek w ścianach drobnych naczyń, prowadzące do ich pogrubienia i zwężenia ich światła. W niektórych okolicach półkul mózgu stwierdza się spłowienie osłonek mielinowych ośrodku półowalnego, któremu towarzyszy nieznaczne zwiększenie niezmięnionej populacji glicyjowej. Zblednięcie takie występuje również w istocie białej rdzennej i zawojowej móźdźku.

Zmiany swoiste dla przypadku występują w postaci drobnych guzków uformowanych z nieprawidłowych naczyń, gniazd lub pojedynczych naczyń o nieprawidłowym obrazie komórkowym ich ścian. Zmiany tego typu występują w okolicy hipokampa, w korze czołowej, skroniowej, ciemieniowej i w korze wyspy oraz w ciele suteczkowatym. Ognisko w okolicy amonalnej ma charakter drobnego, policyklicznego guzka, zbudowanego z nabłonkowych komórek o dużych pęcherzykowatych jądrach z gruboziarnistą, nierównomiernie rozproszoną chromatyną i płatowatej lekko zasadochłonnej cytoplazmie. Granice poszczególnych komórek są dość wyraźnie zarysowane, wśród nagromadzonych komórek widoczne są nieliczne światła naczyniowe, niekiedy zawierające elementy morfotyczne krwi. W komórkach guzka nie stwierdzono figur podziałów mitotycznych. Odmienny charakter ma utkanie ogniska w korze czołowej - ma ona postać gniazda naczyń krwionośnych zbudowanych z komórek o cechach jak opisano w okolicy amonalnej.

Są one ograniczone do ściany naczyń. Niekiedy nieprawidłowe komórki tworzą pojedynczą warstwę w miejscu śródbłonnków, niekiedy tworzą kilka warstw z zachowanym światłem naczyń, bądź zbitych guzków ograniczonych do zajętego naczynia, w którym niewidoczne jest światło. Podobny charakter mają drobne zmiany w okolicy skroniowej i ciemieniowej, w którym dotyczą pojedynczego naczynia w istocie białej oraz w korze wyspy. Zmiany w ciałku suteczkowatym wykazują cechy pośrednie pomiędzy guzkiem w okolicy amonalnej i skupieniami nieprawidłowych naczyń w pozostałych strukturach korowych. Cechą znamioną tych zmian jest ostre odgraniczenie od otaczającej tkanki, nie wykazującej zresztą cech uszkodzenia. Pomiędzy zmienionymi naczyniami zachowane są dobrze zachowane komórki nerwowe i glejowe.

Komentarz: przypadek wymaga uzupełniających badań immunochemicznych - czynnik VIII, laminina i rakowy_x antygen embrionalny. Bez ich wykonania można jedynie przypuszczać, że chodzi o wielogniskowy nowotwór naczyń. W kontekście danych klinicznych można przypuszczać, że chodzi o mięsaka Kaposiego. Jest to jednak rozpoznanie tymczasowe, które może ulec zmianie po uzupełniających badaniach.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Kaposi sarcoma (?)



Prof.dr hab.med. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 38/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny

Imię i nazwisko Data zgonu 04.01.1997r
Wiek 35 lat..... Data sekcji ogólnej 07.01.1997r
Data sekcji mózgu 12.04.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zakażenie HIV. Rozsiany proces nowotworowy o nie-
znanym miejscu pierwotnym. Stan po maputacji szyjk:
macicy w 1994r /Ca planoepitheliale in situ colli
uteri/. Satn po chemioterapii w 1996r. Uzależnieni
mieszane.

Mózg uderzając błady

waga mózgu utrwalonego 1250 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia artefaktyczne

zaniki
rowki nie widoczne
zakręty

Opony cienkie, przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych

Pień brak śródmózgowia

Mózdzek o prawidłowym rysunku

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Anaemia cerebri.

Obducent

Prof. M.J.Mossakowski

Agnieszka, lat 35, narkomanka

Przyjęta 27.12.1996r.
zmarła 04.01.1997r.

Rozpoznanie kliniczne: Zakażenie HIV. Rozsiany proces nowotworowy o nieznanym miejscu pierwotnym. Stan po amputacji szyjki macicy w 1994r (ca planoepitheliale in situ colli uteri). Stan po chemioterapii w 1996r. Uzależnienie mieszane.

Nosicielstwo HIV od 1989r. Narkotyki przyjmowała od 16 roku życia (kompot, amfetamina i reladorm). W 19 r.ż. dokonywała samouszkodzeń. Okresowo dobierała opiaty i nadużywała alkoholu. W 1994 r. przebyła operację usunięcia szyjki macicy z powodu ca. Przebywała na Oddziale detoksykacyjnym w okresie 13.11-7.12.1995, wypisana do programu metadonowego. W czerwcu 1996 przeżyła napad rabunkowy w mieszkaniu. Od lipca 1996 skarżyła się na bóle w lewym boku, traktowane jako neuralgia leczona bez poprawy. W okresie 2-9.09.1996 hospitalizowana w Oddziale III Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w celu odtrucia i leczenia objawów uczuleniowych trwających od 4 dni oraz kontynuowania programu metadonowego. W płucach stwierdzono zmiany o charakterze meta. Badanie immunologiczne z dnia 5.09.1996r: leukocyty 6600, limfocyty 2300, CD4 616, CD8 1219, CD4/CD8 0,51.

27.12.1996 zgłosiła się do Oddziału celem dalszego leczenia. Przed przyjęciem czuła się dość dobrze, dolegliwości bólowe nie uległy nasileniu.

Przyjęta w stanie ogólnym ciężkim, wyniszczona, skóra brązowa. Klatka piersiowa zniekształcona. W okolicy V-VI żebra po stronie lewej na odcinach guz wielkości owocu kiwi, skóra nad guzem niezmięciona, wokół guza rozlany naciek. Dusznościowo po stronie lewej zciśnienie szmeru oddechowego - znaczne w szczycie płuca, całkowite od poziomu połowy łopatki. Po stronie prawej szmer pęcherzykowy prawidłowy. tarcie opłucnej u podstawy tego płuca. Akcja serca miarowa, tony głośnie, głuche. Brzuch przy palpacji niebolesny. Wątroba macalna na ok. 2 cm poniżej pr. łuku żebrowego. Objaw Goljflama dodatni po stronie lewej.

Od rana 31.12. skargi na duszność, RR 90/60, narastającą w dalszym przebiegu wraz z objawami niewydolności krążenia. Rtg nie wykonano - brak zgody pacjentki.

Wynik sekcji ogólnej (7.01.1997r - dr med. Z.Kamiński):

Embolia arteriae pulmonalis.

Mesothelioma ? pleurae sinistrae parietem thoracis penetrans.

Metastases neoplasmatici in lymphonodulis bif.tracheae, hili pulmonis sinistri, paraaortalium, abdominalium, regionis pancreatis, in rene dextro et in glandulis suprarenalibus.

Ulcus ventriculi.

Inanitio.