

Nr 40/97

Nazwisko

Wiek 35 lat

Dzień śmierci

27.11.1996r

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

Sekcja mózgu
29.04.1997r

Ogłoszone, lub demonstrowane przez

Utrwalony materiał:

~~Alkohol~~ Formol

1. okol.czołowa lewa.
- 2.zwoje podstawy l.
- 3.skroń z amonem l.
- 4.okol.centralna l.
- 5.okol.ciemniowa l.
- 6.okol.potylna l.
- 7.środmózgowie
- 8.mość
- 9.opuszka
- 10.rdzeń podopieczny
- 11.rdzeń szary górny
- 12.mózdzek l.
- 13.wzgórze l.

Użyte metody barwienia

Hematoksylina i eozyna, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

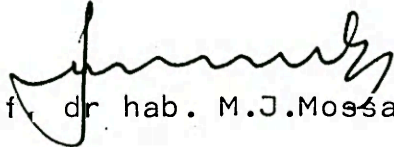
Zespół wykrzepiania śródnaczyniowego z możliwością zatorowości płucnej u chorego ze złożoną wadą serca powikłaną wtórnym nadciśnieniem płucnym i niewydolnością wieńcową. Niewydolność nerek pod koniec życia. Zakażenie HIV. Przewlekłe zapalenie wątroby t. B i C. Podejrzenie podostrego zapalenia wątroby.

Rozpoznanie anatomiczne

Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rozpoznanie histologiczne

Syndroma coagulationis intravascularis.


Prof. dr hab. M.J. Mośakowski

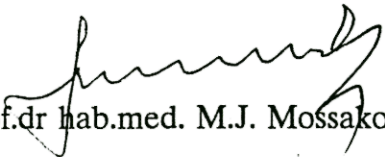
INSTYTUT CENTRUM MEDYCyny
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN
ZAKŁAD NEUROLOGII
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5
Tel. 668 53 69, 608 65 35

Rozpoznanie kliniczne: Zespół wykrzepiania śródnaczyniowego z możliwością zatorowości płucnej u chorego ze złożoną wadą serca powikłaną wtórnym nadciśnieniem płucnym i niewydolnością wieńcową. Niewydolność nerek pod koniec życia. Zakażenie HIV. Przewlekłe zapalenie wątroby t.B i C. - podejrzenie podostrego zapalenia wątroby.

Badanie neuropatologiczne: Wiodącym elementem obrazu histopatologicznego ośrodkowego układu nerwowego jest uogólniona śródnaczyniowa obecność mas skrzepłego kwasochłonnego płynu. Masy te tworzą jednorodne szkliste twory, niekiedy natomiast zatopione są w nich skupienia elementów czerwono- lub białokrwinkowych. Zdarza się to na ogół w większych naczyniach, przede wszystkim żylnych. Niekiedy, wypełniające naczynie szkliste masy widoczne są w bezpośrednim otoczeniu naczyń. Szkliste masy występują na ogół w naczyniach wszystkich kalibrów, głównie jednak w drobnych i średnich. W przypadku większych naczyń są to w znakomitej większości naczynia żyłne. W większych naczyniach żylnych gałki bladej, charakteryzujących się drobnoziarnistymi zwapnieniami śródściennymi, śródnaczyniowe masy uległy zwapnieniu. Ściany naczyń wypełnionych szklistymi masami są na ogół nie zmienione. Zdarzają się jednak naczynia z pogrubiałymi zeszkliwalnymi ścianami. Niektóre bardzo drobne naczynia, głównie korowe charakteryzuje komórkowy przerost ścian. Rzadko śródnaczyniowemu nagromadzeniu mas szklistych towarzyszy delikatny okołonaczyniowy naciek limfocytarny. W znacznej części naczyń stwierdza się cechy przekrwienia, w pojedynczych razach z drobnymi przynaczyniowymi krwinkotokami. W opuszcze stwierdzono kilka bardzo drobnych grudek mikroglejowych, z których jedna zawierała w centrum szklisty, żywokwasochłonny twór. Tu również występował delikatny rozplam mikrogleju w jednym z jąder klinowatych.

Obraz patomorfologiczny przypadku uzupełniają rozsiane zmiany zwyrodnieniowe neuronów oraz zwłóknienie opon miękkich na sklepiści półkul mózgu, bez cech odczynu zapalnego.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Syndroma coagulationis intravascularis.



Prof. dr hab. med. M.J. Mośsakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 40/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu 27.11.1996r

Wiek 35 lat Data sekcji ogólnej

Data sekcji mózgu 29.04.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół wykrzepiania śródnaczyniowego z możliwością
✗ zatorowości płucnej u chorego ze złożoną wadą serca
powikłaną wtórnym nadciśnieniem płucnym i niewydolnością
ciężką wieńcową. Niewydolność nerek pod koniec życia.
Zakażenie HIV. Przewlekłe zapalenie wątroby t. B i C.
- podejrzenie podostrego, zapalenia wątroby.

waga mózgu utrwalonego 1510 g.

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki zaciśnięte

zakręty spłaszczone

Opony zmleczące

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
Oedema cerebri.

Obducent doc. I.B.Zelman

lat 35, kawaler, narkoman

Przyjęty 4.11.1996r
zmarł 27.11.1996r.

Rozpoznanie kliniczne: Zespół wykrzepiania śródnaczyniowego z możliwością zatorowości płucnej u chorego ze złożoną wadą serca powikłaną wtórnym nadciśnieniem płucnym i niewydolnością wieńcową. Niewydolność nerek pod koniec życia. Zakażenie HIV. Przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C - podejrzenie podostrego zap. wątroby.

Epikryza

Były narkoman, zakażony HIV, HBV, HCV, ze złożoną wadą serca powikłaną wtórnym nadciśnieniem płucnym i niewydolnością wieńcową, został kolejno przyjęty do Oddziału z powodu bólów w klatce piersiowej i duszności przy niewielkim wysiłku. Pacjent konsultowany przez kardiologa - zalecono obniżenie dawki nitratów i podawanie leków p/bólowych. Mimo stosowanego leczenia stan chorego systematycznie pogarszał się. Częstość występowania epizodów bólowych zwiększyła się, pojawiła się duszność spoczynkowa, od 17.11.96 obserwowano zażółcenie powłok. Wykano badanie gazometryczne krwi: pH 7,42, pO₂ 79 mmHg, pCO₂ 30 mmHg. 20.11.96 w czasie snu głośny krzyk, po czym przez kilka minut chorego nie można było wybudzić. Konsultujący neurolog sugerował możliwość patologicznego snu po napadzie epi grand mal. Stan chorego nadal pogarszał się, narastało zażółcenie, utrzymywała się duszność spoczynkowa, dołączyły się stany lękowe. W badaniach z 26.11.96 stwierdzono znaczny wzrost AspAT - powyżej 1000, obniżenie wskaźnika protrombinowego do 45%, postępującą anemizację. W związku z podejrzeniem podostrego zapalenia wątroby odstawiono stosowane od września leczenie antyretrowirusowe./AZT, Hivid/ oraz dołączono do leczenia sterydy. 27.11.96 od wczesnych godzin rannych stan chorego b.ciężki - stała duszność spoczynkowa, niepokój, tachypnoe 40/min. W badaniach dodatkowych kwasica, niewydolność nerek, cechy wykrzepiania śródnaczyniowego. W badaniu USG zaleganie płynu w żołądku, dwukierunkowy przepływ w żyłę wrotnej. W badaniu Rtg dalsze powiększenie sylwetki serca, bez cech zastoju w krążeniu małym. Stosowane leczenie nie przyniosło poprawy. Zgon wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Wynik sekcji ogólnej /28.11.1996 - dr med. Z.Kamiński/:

Degeneratio myoxardii. Hypertrophia excentrica cordis totius precip dextri. Hyperaemia et oedema pulmonum. Haemorrhagiae punctatae subpleuralis. Cirrhosis hepatis incipiens. Status subicterus. Hepatosplenomegalis. Varices partis inferioris oesophagi.