

Nr 81/97

Nazwisko

Wiek 35 l.

Dzień śmierci

13.09.1997r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

sekcja mózgu
19.11.97r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l
3. Wzgórze l.
4. Skroń l.
5. Amon l.
6. Centralna l.
7. Ciemię l.
8. Potyliczka l.
9. Śródmózgowie z i. czarną
10. Most
11. Opuszka
12. Rdzeń podopuszkowy
13. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytego niedoboru odporności.
Cukrzyca insulinozależna. Choroba cytomega-
lowirusowa. Niewydolność nerek. Zakażenie
układu moczowego. Zapalenie płuc obustronne.
Obrzęk płuc. Grzybica przewodu pokarmowego.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Rozpoznanie: HIV-encephalopathia incipiens.

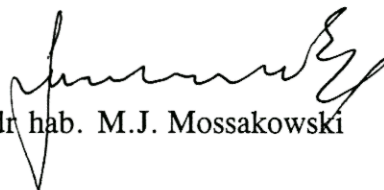
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Cukrzyca insulinozależna. Choroba cytomegalowirusowa. Niewydolność nerek. Zakazenie układu moczowego. Zapalenie płuc obustronne. Obrzęk płuc. Grzybica przewodu pokarmowego.

Badanie neuropatologiczne: Zmiany tkankowe mają umiarkowane nasilenie. Elementem dominującym obrazu histopatologicznego są nieduże na ogół komórki wielojądrowe, a w istocie konglomeraty nieprawidłowych jąder, z niewidoczną lub słabo tylko widoczną cytoplazmą rozsiane luźno w tkance bądź położone przynaczeniowo. Są one wszędzie obfitsze w istocie białej, z nierównomiernym zagęszczeniem. Są liczniejsze w podwzgórzu, torebce wewnętrznej, w ciałach siateczkowatych, wzgórzu, gałce bladej, niskowzgórzu, okolicy p¹²unktalnej w śródmózgowiu, moście i okolicy jądra zębatego mózdzku, a sporadycznie jedynie występujące w korze mózgu i mózdzku. Nie stwierdzono ich w ogóle w prążkowie. Obok konglomeratów jądrowych występowały nieprawidłowe, nieregularnego kształtu jądra mikrogleju. Typowe komórki pałeczkowate stwierdzono jedynie w gałce bladej i w moście. W niektórych okolicach mózgu występowały drobne naczynia, których ściany "wytapetowane" były nieprawidłowym mikroglejem. Niekiedy wśród nich widoczne były kilkujądrowe konglomeraty. Przy bardzo nielicznych naczyniach widoczne były bardzo delikatne nacieki limfocytarne. Były one niewątpliwie liczniejsze i większe w oponach miękkich. W korze mózgu stwierdzono zgąbczenie II warstwy. W formacjach hipokampa występował rozlany ubytek neuronów sektora CA₁ z żywym odczynem gemistocytarnym. W przejściu subiculum w zakręt parahipokampalny widoczne było ognisko rozrzedzenia tkanki z kilkoma większymi naczyniami z cechami martwicy ścian, otoczonymi komórkami wielojądrzastymi i drobnoziarnistymi hiperchromatynowymi, drobnymi kulkami. Podobne naczynia z drobnymi tworami ziarnistymi stwierdzono również w okolicy centralnej, potylicznej (kilka skupień położonych na rozrzedzonym podłożu tkankowym). Sporo ubytków neuronalnych, oraz liczne neurony z cechami zwyrodnień. W okolicy skroniowej

obecne było drobne ognisko ubytków neuronalnych położone na zgąbczałym podłożu. Istota biała głęboka półkul mózgu była spłowiała, a jej włókna porozsuwane. Grudkowy odczyn mikroglejowy stanowił zjawisko sporadyczne, spotykane w podzgórzu i w moście. Grudki na ogół nie zawierały komórek wielojądrowych. W piramidzie (na poziomie opuszki) oraz w bocznym polu rdzenia podopuszkowego, które mogłyby odpowiadać polu skrzyżowanych włókien piramidowych spostrzegano gniazda rozdętych aksonów neuronalnych, silnie eozynochłonnych o szklistym wyglądzie, położonych na zgąbczałym podłożu. W ognisku rdzeniowym przeważają zmiany gąbczaste przy stosunkowo nielicznych dystroficznych aksonach.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalopathia incipiens.



Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 81/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu 15.09.1997r

Wiek 35 lat Data sekcji ogólnej 17.09.1997r

Data sekcji mózgu 19.11.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytego niedoboru odporności. Cukrzyca insulinozależna. Choroba cytomegalowirusowa. Niewydolność nerek. Zakażenie układu moczowego. Niewydolność krążenia. Zapalenie płuc obustronne. Obrzęk płuc. Grzybica przewodu pokarmowego

waga mózgu utrwalonego 1200 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rouki zaniki

zakręty

Opony zmleczające na sklepiści

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Cukrzyca insulinozależna. Choroba cytomegal wirusowa. Niewydolność nerek. Zakażenie układu moczowego. Niewydolność krążenia. Zapalenie płuc obustronne. Obrzęk płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Podejrzenie choroby wrzodowej żołądka. Zapalenie błony naczyniowej oka prawego. Niełokrwistość. Uzależnienie mieszane.

Uwaga: w dostarczonej historii choroby (2434/108) brak danych o czasie zakażenia wirusem HIV i dotychczasowym przebiegu klinicznym, a także epikryzy końcowej.

Wywiad: od ok. 3 tygodni bóle za mostkiem przy przełykaniu i uogólnione bóle jamy brzusznej występujące zaraz po posiłku, nużności. Od ok. 4 dni wymioty po każdej próbie pojenia i karmienia.

Przedmiotowo: stan ogólny dobry, kontakt logiczny zachowany. Chory spowolniały. Węzły chłonne pachowe drobne, pozostałe niemacalne. Klatka piersiowa bez istotnych odchyleń od normy. Tętno 88/min. RR 110/80. Brzuch miękki, nieco bolesny przy palpacji. Wątroba macierzysta na ok. 2 cm poniżej prawego łuku żebrowego. Kończyny dolne - ciastowate obrzęki podudzi. Objawy oponowe ujemne.

W trakcie pobytu w Oddziale pacjent negatywny: nie przestrzega diet, nie przyjmuje leków, odmawia zgody na wykonanie zabiegów, pobierania krwi, założenie cewnika do pęcherza itp. Bardzo duże wahania w poziomie cukru we krwi. Po przejściowej poprawie (wzrost masy ciała, zmniejszenie obrzęków) narastające pogarszanie się stanu chorego ze wzrostem wskaźników niewydolności wątroby i nerek, masywną grzybicą jamy ustnej, narastaniem dolegliwości ze strony jamy brzusznej, zastojem w płucach i pojawieniem się płynu w jamie opłucnej i osierdziowej. Zgon z objawami niewydolności krążenia i oddychania.

Wynik sekcji ogólnej (17.09.1997, dr med. Z.Kamiński):
Pneumonia confluens, p.excavens superior bilateralis. Embolia arteriae pulmonalis. Noduli tbc? apicis lobi superioris pulmonis sinistri et lobi inferioris pulmonis dextri. Hypertrophia excentrica cordis totius. Hydrops universalis: hydropericardium, hydrothorax, bilateralis. Ascites. Anasarca. Inanitio.