

Nr 106/97

Nazwisko

Wiek 43 lata

Dzień śmierci
23.10.1997r.

Sekcjonowany

u godzin

po śmierci
Sekcja mózgu
28.11.1997r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.okol.czołowa	1.
2.zwoje podsta- wy 1.	
3.wzgórze 1.	
4.skróń z amo- nem 1.	
5.okol.ciemie- niowa 1.	
6.okol.central- na 1.	
7.okol.potyl.1.	
8.śródmózgowie z i.czarną	
9.most	
10.móżdżek 1.	
11.móżdżek p. /nacięty/	

Użyte metody barwienia
Hematoksylina i eo-
zyna, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.
AIDS dementia complex.
Podejrzenie udaru mózgu. Wyniszczenie.

Rozpoznanie anatomiczne

Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalitis. Encephalitis micronodu-
laris cytomegalica. Lymphoma malignum peri-
vasculare multifocale.


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

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN
ZAKŁAD NEUROATOLOGII
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5
Tel. 662 53 69, 608 65 35

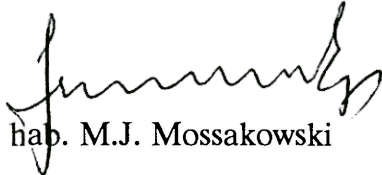
Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. AIDS dementia complex. Podejrzenie udaru mózgu. Wyniszczenie.

Badanie neuropatologiczne: Dominującym elementem obrazu neuropatologicznego przypadku są okołonaczyniowe nacieki mikroglejowo-astrocytarne dominujące w strukturach białych półkul mózgu i mózdzku. Są one wyraźnie mniejsze w formacjach pnia mózgu. Występują one również choć w mniejszym nasileniu w korze mózgu, jądrach podstawy i we wzgórzu. Naciekiem glejowym towarzyszy różnego nasilenia komponent hematogeny. Wśród nacieków przynaczyniowych występują bardzo liczne komórki wielojądrowe typu HIV, występujące pojedynczo lub w skupieniach. Niekiedy zlokalizowane są one w ścianach pogrubiałych naczyń, bądź sąsiadują z naczyniami o niezmiennych ścianach. Bardzo liczne wielojądrowe komórki olbrzymie rozsiane są luzem w niezmiennionej tkance lub w istocie białej z rozlanym rozplemem gleju gwiaździstego. Drugim elementem procesu są rozsiane grudki mikroglejowe lub mikroglejowo-histiocytarne o bardzo zróżnicowanej wielkości, komórkowości, stopniu zagęszczenia komórek, stosunku do otoczenia i zachowaniu się podłoża na którym są położone. W licznych spośród nich ~~z~~ przeważającym utkaniu mikroglejowym i dobrze zachowanym podłożu występują obficie komórki olbrzymie wielojądrowe. Obok tego typu spotyka się grudki bardziej zbite, bogaciej komórkowe, położone na zdeintegrowanym podłożu tkankowym w których utkaniu^u występują nieuformowane struktury komórkowe oraz nietypowe i typowe komórki CMV. Ten typ grudek (bardzo licznych bez morfologicznych identyfikatorów etiologicznych) przeważa w formacjach szarych, występując nawet (co jest zjawiskiem bardzo rzadkim) w warstwie drobinowej mózdzku. Kolejnym zjawiskiem zasługującym na uznanie jest komórkowy przerost korowych naczyń krwionośnych, drobnego i średniego kalibru. Prowadzi to niekiedy do całkowitego lub prawie całkowitego zarośnięcia ich światła. Czasem w zarośniętych naczyniach widoczne są twory przypominające komórki olbrzymie wielojądrowe. Część naczyń średniego i większego kalibru otoczona jest nieprawidłowymi komórkami hematogennymi

mufy okołonaczyniowe (różniące się zasadniczo od opisanych powyżej nacieków mikrogleju-astrocytarnych), nierzadko jednak naciekają ścianę naczyniową na jej całej grubości. Czasem naciekają one ścianę naczynia oraz zewnętrzną powierzchnię przestrzeni okołonaczyniowej, zostawiając pustą bezkomórkową szczelinę. Komórki te mają nieregularne zarysy oraz są większe od typowych limfocytów. Występują wśród nich figury podziałowe. Sprawiają one wrażenie nacieków chłoniakowych, choć nie można wykluczyć ich odczynowego charakteru. Rozstrzygające znaczenie będzie miało badanie immunohistochemiczne. Naczynia tego typu rozsiane są w różnych strukturach głównie półkul mózgu.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalitis. Encephalitis micronodularis cytomegalica. Lymphoma malignum perivascularare multifocale.


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 106/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu 23.10.1997r
Wiek 43 lata Data sekcji ogólnej 24.10.1997r
Data sekcji mózgu 28.11.1997r
Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. AIDS demen-
tia complex. Podejrzenie udaru mózgu. Wyniszczenie.

Symetria asymetryczny artefaktycznie waga mózgu utrwalonego 1480 g
Zniekształcenia nie stwierdzono rowki zaciśnięte
zakręty spłaszczone
Opony pogrubiałe, zmleczające
Przestrzenie podoponowe wolne
Naczynia podstawy rozsiiane blaszki miażdżycowe /nie tylko w rozwidle-
niach tętnic/

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Mózg blady, układ komorowy dość znacznie poszerzony
Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień skośnie ścięta opuszka. Rysunek anatomiczny prawidłowy

Mózdzek bez zmian ogniskowych.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

lat 43

Przyjęty 15.09.1997r
zmarł 23.10.1997r

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.
AIDS dementia complex.
Podejrzenie udaru mózgu. Wyniszczenie.

Epikryza

43-letni pacjent, u którego zakażenie HIV wykryto w marcu 1997r został po raz trzeci przyjęty do oddziału z powodu pogorszenia stanu ogólnego, narastającego osłabienia, utrudnionego kontaktu logicznego. W trakcie poprzedniej hospitalizacji rozpoznano u chorego mięszowo-śródmiąższowe zapalenie płuc, kiłę, grzybicę jamy ustnej, nabyty zespół niedoborów immunologicznych. W trakcie kolejnych hospitalizacji, w obrazie klinicznym przeważały objawy postępującej demencji. Pacjent nie wyrażał zgody na badania diagnostyczne, ani na rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego. W trakcie ostatniej hospitalizacji początkowo był pobudzony, niespokojny, z zespołem urojeniowym. W badaniu CT stwierdzono jedynie zaniki korowo-podkorowe. Bez zmian ogniskowych. Próba rozpoczęcia leczenia AZT w dawce właściwej dla ADC nie powiodła się z powodu znacznej leukopenii z towarzyszącą niskopłytkowością. Stan pacjenta pogarszał się. Przestał chodzić, kontakt logiczny z pacjentem stał się prawie niemożliwy. W dobie poprzedzającej zgon, po epizodzie przypominającym drgawki Jaksonowskie, chory całkowicie utracił przytomność. Zrenice były rozszerzone, słabo reagujące na światło. W dniu zgonu chory pozostał głęboko nieprzytomny. W godzinach wieczornych wystąpiły objawy ogniskowe pod postacią anizokorii oraz zez zbieżny. Czynność serca 48/min., ciśnienie skurczowe 85. Bez objawów oponowych. O godz. 20 stwierdzono zgon.

Wynik sekcji ogólnej /24.10.1997r., dr med. Z.Kamiński/:

Bronchitis muco-purulenta lobi inferioris pulmonis utriusque.
Atrophia fusca myocardii. Cachexia.