

Nr 26/90

Nazwisko

Wiek 46 lat

Dzień śmierci  
19.06.1990.

Sekcjonowany  
w ..... godzin  
po śmierci

Sekcja mózgu:  
14.07.1990.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

- |         |                                |
|---------|--------------------------------|
| Alkohol | <u>Formol</u>                  |
| 1.      | czoło pr.                      |
| 2.      | skroń z amonem pr.             |
| 3.      | ognisko na poziomie wzdłuż pr. |
| 4.      | zwoje podstawy l.              |
| 5.      | kora centralna l.              |
| 6.      | kora ciemniowa l.              |
| 7.      | kora potyliczna l.             |
| 8.      | śródmózgowie                   |
| 9.      | most                           |
| 10.     | opuszka                        |
| 11.     | rdzeń szary górny              |
| 12.     | mózdzek l. z ogniskiem         |
| 13.     | mózdzek pr.                    |

Użyte metody barwienia  
Hematoksylina-eozyna,  
Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

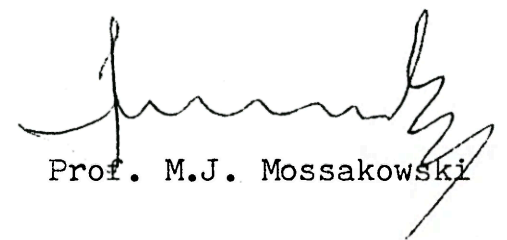
AIDS. Toksoplazmowy ropień mózgu. Padaczka. Przebyty zawał ściany przedniej serca. Spastyczny nieżyt oskrzeli. Obrzęk płuc.

Rozpoznanie anatomiczne

Focus necroticus hemisphaerii dextri cerebri  
Oedema cerebri.

Rozpoznanie histologiczne

Toxoplasmosis cerebri.



Prof. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 26/90

Materiał nadesłano z: Instytutu Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 19.06.1990 r.  
Wiek 46 lat ..... Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu 14.07.1990

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Toksoplazmowy ropień mózgu. Padaczka. Przebyty zawał ściany przedniej serca. Spastyczny nieżył oskrzeli. Obrzęk płuc.

waga mózgu utrwalonego 1440 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia spłaszczony na podstawie, lekko wgłębiony lewy hak  
rowki bez zmian  
zakręty

Opony w rowkach zmętniałe

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy cienkościenne, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej niesymetryczny od początku rogu czołowego komory bocznej z przesunięciem struktur na stronę lewą. Istota biała obrzęknięta. Na wysokości przedniego bieguna jąder podstawy prawych rozpoczyna się ognisko kończące się w istocie białej zasoczkowej, przechodzące przez torebkę wewnętrzną, która wykazuje cechy obrzęku. Ognisko to poprzez torebkę wewnętrzną i wzgórze przechodzi na konar prawy kończąc się na granicy śródmózgowia i mostu. Ognisko obejmuje całe jądra podstawy, znaczną część wzgórza, torebkę wewnętrzną oraz przyległe struktury istoty białej, W początkowej części ognisko jest żółto-beżowe, w części centralnej dość dobrze odgraniczone. Okolica ciemieniowo-potyliczne jest znacznie przekrwiona.

Móźdzek W lewej półkuli w obrębie jądra zębatego widoczne drobne ognisko zmienionej tkanki, przypominające wyglądem ognisko w półkuli mózgu.

Rdzeń Nie sekcjonowano.

Rozpoznanie makroskopowe  
Focus necroticus hemisphaerii  
dextri cerebri. Oedema cerebri

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

, lat 46

Przyjęty do Oddziału X Instytutu Chorób Zakaźnych w Warszawie, w dniu 06.04.1990r, zmarł 19.06.1990r.

Rozpoznanie kliniczne (ostateczne): AIDS. Toksoplazmowy ropień mózgu. Padaczka. Przebyty zawał ściany przedniej serca. Spastyczny nieżyt oskrzeli. Obrzęk płuc.

Wywiad: Homoseksualista, rozwiedziony. W okresie 19.03.90 - 06.04.90r. przebywał w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Naczyń Instytutu Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie z rozpoznaniem: Diagnostyka szybko postępującego wyniszczenia u osoby HIV +. Astma oskrzelowa. Padaczka. Choroba wrzodowa w wywiadzie. Nikotynizm. Podejrzenie choroby wieńcowej.

Epikryza z pobytu w wyżej wymienionej Klinice: 46-letni mężczyzna z astmą oskrzelową i padaczką, rozpoznawanymi od dzieciństwa został przyjęty do Kliniki w celu diagnostyki szybko postępującego od 2 miesięcy pogorszenia stanu ogólnego, chudnięcia (ok. 15 kg w ciągu 3 miesięcy), stanów gorączkowych, braku łaknienia, bólów brzucha. Zwracało uwagę wyniszczenie pacjenta. Nie stwierdzono ogólnego powiększenia węzłów chłonnych. Ze względu na kliniczne objawy sugerujące zapalenie oskrzeli podawano antybiotyki, eufilinę, leki wyksztusne i mukolityczne uzyskując ustąpienie duszności. Utrzymywały się natomiast stany gorączkowe (do 39°C), pacjent zgłaszał bóle brzucha o niecharakterystycznej lokalizacji, biegunki. Wykonane badania: Rtg przewodu pokarmowego i USG jamy brzusznej nie wykazały istotnych odchyleń. Urografia - poza nerką podkowiastą, bez zmian. Posiewy moczu i płwociny jałowe. Ze względu na negatywne wyniki badań w kierunku choroby rozrostowej u pacjenta z szybko postępującym wyniszczeniem, wysoko gorączkującego oznaczono HIV w surowicy krwi. W 2 oznaczeniach dwoma metodami wynik badania był pozytywny (odczyn Abbot-ELISA - HIV 1 dodatni, odczyn PAC HIV 1, HIV 2 wybitnie dodatni). Pacjent skierowany do Kliniki Chorób Zakaźnych celem dalszego leczenia.

Badanie przedmiotowe: Budowa prawidłowa, wychudzony, skóra o odcieniu szarym, węzły chłonne powiększone, niebolesne. Płuca opukowo bez zmian, szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy, pojedyncze świsty. Czynność serca miarowa - 84/min, tony czyste głuche. RR 115/70. Objaw Goldflama obustronnie dodatni. W drugim dniu pobytu w Klinice Chorób Zakaźnych (20.04.90) wystąpiło niewielkie pogorszenie stanu chorego. Nad całym polem płucnym furczenia i świsty, znacznie osłabiony. W piątym dniu pobytu (24.04.90) bóle głowy, gorączka, nudności, sztywność karku. Objaw Kerniga górny i dolny +.

Konsultacja neurologiczna (25.04.1990r): zespół Hornera po prawej, prawa dolna gałązka n.VII nieco słabsza, może nieco lepiej napina łuki podniebienne po prawej, odruch żuchwowy żywy, objaw ryjkowy +, Marinesco-Radovici ujemny. Odruchy ścięgnowe w pkg nieco żywsze niż lewe, diadochokineza mało zgrabna obustronnie, zaznaczona ataksja obustronnie. Odruchy brzuszne powierzchowne  $\emptyset$ , głębokie + obustronnie. Napięcie w kkd mniejsze niż kkg. OK  $\emptyset$  obustronnie. OA dość słabe obustronnie, zaznaczona ataksja obustronnie. Sztywność karku na 3 palce, objaw Kerniga zaznaczony obustronnie. Objawy rozsiane, na czoło których wysuwa się zespół oponowy oraz zespół mózdkowy, ten ostatni może być związany z długotrwałym leczeniem przeciwpadaczkowym (Prof. J. Rafałowska).

Konsultacja okulistyczna (4.05.90): tarcze nn. wzrokowych o granicach całkowicie zatartych. W oku prawym zagłębienie fizjologiczne wypełnione.

CT mózgu (7.05.90): otorbiony guz o średnicy ok. 26 mm otoczony strefą dużego obrzęku, najprawdopodobniej będący ropniem. Zmiana położona jest w strukturach głębokich prawego płata skroniowego. Prawa komora boczna jest znacznie uciśnięta i przemieszczona nieco na stronę lewą. Podobnie uciśnięta jest komora III. Pozostałe części układu komorowego bez zmian.

Konsultant neurochirurg na podstawie obrazu CT podejrzewał ropień prawej półkuli mózgu. Nie znalazł wskazań do bezpośredniej interwencji, zlecił leczenie zachowawcze (antybiotyki o szerokim spektrum, leki przeciwobrzękowe), po którym stan pacjenta uległ znacznej poprawie. Powtórne CT mózgu (21.05.90): całkowita resorpcja ropnia prawego płata skroniowego, w obszarze tym widoczny

jest obszar malacji i obrzęku, układ komorowy prawidłowej szerokości, bez zniekształceń i przemieszczeń. Pod koniec pierwszej dekady czerwca obserwowano pogorszenie stanu chorego. Ponownie zaczęły narastać objawy oponowe z bardzo silnymi bólami głowy i pełną sztywnością karku, bez zaburzeń świadomości. Pod koniec drugiej dekady czerwca wystąpiły objawy rzekomoopuaskowe, a następnie zaburzenia świadomości i porażenie połowicze. Narastała również niewydolność krążenia i oddechu, które doprowadziły do zgonu wśród objawów obrzęku płuc.

W trakcie pobytu w Oddziale pacjent przeżył zawał serca (EKG z 21.04.90 - dyskretne cechy niedokrwienia ściany przedniej, 9.05.90 - zapis sugeruje zawał podsięrdziowy, 6.06.90 - blizna po zawale ściany przedniej z cechami ostrego niedokrwienia; blok lewej odnogi pęczka Hisa), natomiast nie ma wzmianki na ten temat w bieżących obserwacjach lekarza prowadzącego.

#### Wyniki ważniejszych badań dodatkowych

Morfologia - na oddzielnej karcie (kserox).

EEG (9.05.90) - zapis o dominującej czynności fal beta, czynność fal alfa jest bardzo słabo wyrażona. Jedyne w montażu "szerokim" poprzecznym wystąpiły serie nieregularnej czynności fal alfa z falami theta 5,5 - 7 Hz o amplitudzie uV. Rz i Hv nie wykonano.

Orzeczenie: zapis bez wyraźnych zmian patologicznych.

Płyn mózgowo-rdzeniowy (27.04.90) wodnojasny, klarowny. Pandy +++, N.A. ++, pleo - 1 segment, cukier 60 mg%, białko 84 mg%, przeciwciała na CMV ujemne. W płynie m.-rdz. znaleziono komórki Toxoplasma gondi. Odczyn immunofluorescencji z antygenem toksoplazmowy dodatni w rozcieńczeniu surowicy 1:1280 (9.05.90). Odczyn VDRL ujemny, TPHA dodatni powyżej 1:640. Wysoki poziom przeciwciała dla wirusa CMV w surowicy - PC CMV w klasie IgG +++. Testem EIA stwierdzono p-ciała anty HIV - wynik dodatni (+++).  $T_4$ -25%,  $T_8$  - 64%,  $T_4/T_8$  - 0,39.

Rtg płuc - początkowo śródmiąższowe zmiany zapalne w dolnych częściach obu płuc, w kolejnych badaniach pozapalne. Próba Tbc ujemna. USG jamy brzusznej 20.04.90 bez cech nieprawidłowych n. odbić, 9.04.90 - wątroba w całości miernie powiększona, liczne drobne (do 1cm) węzły chłonne w przestrzeni zaotrzewnowej nadbrzusza i śródbrzusza.

Rtg żołądka i dwunastnicy - uchyłek średnicy 25 mm w trzeciej części dwunastnicy, poza tym b.z. W płwocinie liczne kolonie grzybów drożdżoidalnych. Proteinogram: białko całk. 6,9, alb. 39,8, alfa<sub>1</sub> glob. 6,1, alfa<sub>2</sub> glob. 13,4, beta-glob. 11,9, gamma-glob. 29,2. Elektrolyty: Na-141,3, K-4,09, Ca-0,39. Czas protrombinowy 191, wskaźnik protrombinowy 95.

Leczenie: Interferon, cloforan, rovamycyna, retrovir, nizoral, daraprim, dekadron, metronidazol, biseptol, sorbonit, cordafen, furosemid, aminofilina, flegamina, leki przeciwpadaczkowe, przeciwbólowe, witaminy, transfuzja krwi.

Anatomopatologicznie: Zator tętnicy płucnej (ogniska zawałowe w płucach), ropne zapalenie oskrzeli. Pozostałe narządy bez zmian.

count  
cell counts

ACT 28% OB-90/135 104  
10.01

OB-110/135

OB - bisk poasi

LTS  
000

lima

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

3

DATE: 05/25/98  
TIME: 11:27

Falin'ski' Ya

PATIENT ID#:   
SEQUENCE NO. 1  
CROWN NO.   
TUBE NO.

MM  
MM

ONS  
AMS

MM

ONS

MM  
MM  
MM

WBC 3.2 THSN/CU MM  
RBC 3.44 MILL/CU MM  
HGB 11.4 GRAMS/DL  
HCT 31.5 %  
MCV 91.6 CU MICRONS  
MCH 33.1 PICO GRAMS  
MCHC 36.2 %  
RDW 16.5 %  
PLT 304 THSN/CU MM

M  
L  
L

MPV 5.7 CU MICRONS

%LYMPH 18.3 %  
%MID 10.5 %  
%GRAN 71.2 %  
LYMPH 0.6 THSN/CU MM  
MID 0.3 THSN/CU MM  
GRAN 2.3 THSN/CU MM

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

DATE: 05/29/98  
TIME: 11:42

Falin'ski' Ya

PATIENT ID#:   
SEQUENCE NO. 8  
CROWN NO.   
TUBE NO.

M F  
---  
L L  
L L

WBC 2.7 THSN/CU MM  
RBC 3.10 MILL/CU MM  
HGB 10.4 GRAMS/DL  
HCT 28.5 %  
MCV 91.8 CU MICRONS  
MCH 33.5 PICO GRAMS  
MCHC 36.5 %  
RDW 16.1 %  
PLT 193 THSN/CU MM

MPV 5.7 CU MICRONS

%LYMPH 24.6 %  
%MID 11.7 %  
%GRAN 63.7 %  
LYMPH 0.7 THSN/CU MM  
MID 0.3 THSN/CU MM  
GRAN 1.7 THSN/CU MM

REVIEW DIFF

<http://rcin.org.pl>

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

DATE: 06/08/98  
TIME: 10:29

PATIENT ID#:   
SEQUENCE NO. 5  
CROWN NO.   
TUBE NO.

M F  
---  
L L  
L

WBC 3.9 THSN/CU MM  
RBC 3.88 MILL/CU MM  
HGB 13.0 GRAMS/DL  
HCT 35.5 %  
MCV 91.4 CU MICRONS  
MCH 33.5 PICO GRAMS  
MCHC 36.6 %  
RDW 17.4 %  
PLT 254 THSN/CU MM

MPV 5.6 CU MICRONS

%LYMPH 17.8 %  
%MID 9.3 %  
%GRAN 72.9 %  
LYMPH 0.7 THSN/CU MM  
MID 0.4 THSN/CU MM  
GRAN 2.8 THSN/CU MM

REVIEW DIFF

R  
R  
R  
R  
R  
R  
R

OB -bisk poawi

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

*Falinshi* ya

DATE: 05/29/98  
TIME: 11:42

PATIENT ID#: 4  
SEQUENCE NO. 8  
CROWN NO.  
TUBE NO.

M F

WBC 2.7 THSN/CU MM  
RBC 3.10 MILL/CU MM  
HGB 10.4 GRAMS/DL  
HCT 28.5 %  
MCV 91.8 CU MICRONS  
MCH 33.5 PICO GRAMS  
MCHC 36.5 %  
RDW 16.1 %  
PLT 193 THSN/CU MM  
MPV 5.7 CU MICRONS

L L  
L L

%LYMPH 24.6 %  
%MID 11.7 %  
%GRAN 63.7 %  
LYMPH 0.7 THSN/CU MM  
MID 0.3 THSN/CU MM  
GRAN 1.7 THSN/CU MM

R  
R  
R  
R  
R  
R

VIEW DIFF

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

*Falinshi*  
*Ya*

DATE: 06/08/98  
TIME: 10:29

PATIENT ID#: 3  
SEQUENCE NO. 5  
CROWN NO.  
TUBE NO.

M F

WBC 3.9 THSN/CU MM  
RBC 3.88 MILL/CU MM  
HGB 13.0 GRAMS/DL  
HCT 35.5 %  
MCV 91.4 CU MICRONS  
MCH 33.5 PICO GRAMS  
MCHC 36.6 %  
RDW 17.4 %  
PLT 254 THSN/CU MM  
MPV 5.6 CU MICRONS

L L  
L

%LYMPH 17.8 %  
%MID 9.3 %  
%GRAN 72.9 %  
LYMPH 0.7 THSN/CU MM  
MID 0.4 THSN/CU MM  
GRAN 2.8 THSN/CU MM

R  
R  
R  
R  
R  
R

REVIEW DIFF

$T_{14} - 18.8$   $T_{18} - 53.6$   $T_{14}/T_{18} - 0.35$

RUN RESULTS  
WHOLE BLOOD

DATE: 06/12/98  
TIME: 11:58

PATIENT ID#: 2  
SEQUENCE NO. 2  
CROWN NO.  
TUBE NO.

M F

WBC 3.8 THSN/CU MM  
RBC 4.05 MILL/CU MM  
HGB 13.5 GRAMS/DL  
HCT 37.5 %  
MCV 92.5 CU MICRONS  
MCH 33.3 PICO GRAMS  
MCHC 36.0 %  
RDW 17.5 %  
PLT 383 THSN/CU MM  
MPV 6.0 CU MICRONS

L L  
L

%LYMPH 15.3 %  
%MID 8.8 %  
%GRAN 75.9 %  
LYMPH 0.6 THSN/CU MM  
MID 0.3 THSN/CU MM  
GRAN 2.9 THSN/CU MM

R  
R  
R  
R  
R  
R

REVIEW DIFF