


Nr 69/94	Utrwalony materiał:	Rozpoznanie kliniczne
Nazwisko	Alkohol <u>Formol</u>	AIDS. Zapalenie płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowo-oddechowa.
Wiek 40 lat	1. okol. czołowa lewa 2. zwoje podstawy lewe 3. skroń z amonem l. 4. wzgórze l. 5. okol. ciemieniowa l. 6. okol. centralna l. 7. okol. potyl. l. 8. śródmózgowie z i. czarną 9. most 10. opuszka 11. mózdzek l.	Rozpoznanie anatomiczne
Dzień śmierci 9.10.1994 r.		Zanik mózgu. Zmian ogniskowych nie stwierdzono.
Sekcjonowany		Rozpoznanie histologiczne
w godzin		Fibrosis leptomeninguum cerebri.
po śmierci Sekcja mózgu 12.11.1994 r.	Użyte metody barwienia	HIV-encephalitis incipiens /?/.
Ogłoszone, lub demonstrowane przez	Hematoksylina i eozyna, Heidenhain.	 Prof. M.J. Mossakowski
	Mikrofotografic, rysunki	

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Zapalenie płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Badanie histopatologiczne:

Obraz histopatologiczny ubogi. Zwraca uwagę bardzo znaczne pogrubienie opon miękkich oraz ich zwłóknienie. W większości obszarów pogrubiałych opon, widocznych przede wszystkim na powierzchni półkul, a zwłaszcza na powierzchni wypukłej, nie widać występowania komórek zapalnych. Odcinkowo tylko widoczne są limfocyty, a nawet komórki plazmatyczne rozsiane w rozluźnionym utkaniu przerosłych opon, niekiedy jednak występują one również przynaczyniowo i są wówczas bardziej zagęszczone. W głębi niektórych rowków widoczne są niewielkie skupienia makrofagów.

Nacieki limfocytarne okołonaczyniowe, minimalnego nasilenia, występują również śródmiąższowo. Obecne są one w większości struktur oun, być może nieco obficie w formacjach pnia mózgu. W poszczególnych strukturach mózgu i w mózdzku, przede wszystkim w formacjach białych występują pojedyncze niewielkie grudki glejowe, złożone jak się wydaje wyłącznie z komórek makrogleju. Są one bardzo małych rozmiarów, składając się niekiedy z dosłownie kilku zagęszczonych jąder. Równie nieliczne są przynaczyniowe struktury przypominające komórki wielojądrowe. Występują one nieco liczniej w preparatach z pnia mózgu, gdzie pojedyncze z nich nie wykazują związku ze ścianą naczyniową. Są one na ogół małe (mniejsze niż w niewątpliwych przypadkach mózgowego AIDS). Nie wykazują one związku z grudkami glejowymi. Jedna większa komórka wielojądrowa widoczna jest w utkaniu splotu naczyniówkowego komory IV (wycinek z opuszki). Z kolei w okolicy podwzgórza znaleziono jedno jądro glejowe z wyraźnym zasadochłonnym ciałem wtętowym.

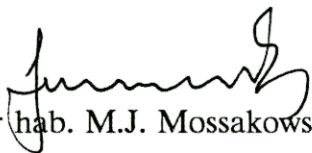
W różnych okolicach mózgu występują rozrzedzenia przynaczyniowe tkanki. W jądrach podstawy mają one charakter jamek przynaczyniowych. O ich przyżyciowym charakterze można sądzić na podstawie występowania w ich ścianach komórek żernych. Ich obecność w strukturze rozległego rozrzedzenia tkankowego w istocie białej rogu Amona wskazuje również na jego przyżyciowy charakter. Neurony kory mózgu wykazują nieswoiste zmiany zwyrodnieniowe; są one bardziej nasilone w okolicy czołowej, w której liczne komórki piramidalne mają cechy neuronów ischemicznych.

Na odnotowanie zasługuje również obecność stosunkowo licznych w prążkowie

uformowanych tworów o zróżnicowanej wielkości wypełnionych ciemno-brunatnym ziarnistym materiałem. Niekiedy zbija się on w regularne kuliste struktury. Podobne zmiany spotyka się, choć rzadziej w śródmózgowiu poza obszarem ugrupowań neuronów barwnikowych.

Uwaga: Przypadek natręcza istotne trudności diagnostyczne ze względu na nikłość występujących nieprawidłowości histopatologicznych. Ich nasilenie jest zbyt małe dla postawienia niewątpliwego rozpoznania z jednej strony, a ich powtarzalne występowanie nie pozwala na pominięcie ich obecności. W związku z powyższym postawić należy tentatywne rozpoznanie HIV-encephalitis (?), wykonując badania immunohistochemiczne dla wykrycia antygenów HIV. Preparatami do badań immunohistochemicznego są most, opuszka, jądra podstawy.

Rozpoznanie: Fibrosis leptoemingeum cerebri. HIV-encephalitis incipiens (?).


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 69/94

Materiał nadesłano z: Szpital Zakaźny w Warszawie, Oddział X

Imię i nazwisko Data zgonu 09.10.1994 r.
Wiek 40 lat Data sekcji ogólnej 11.10.1994 r.
Data sekcji mózgu 12.11.1994 r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Zapalenie płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowa - oddechowa.

waga mózgu utrwalonego 1700 g.

Symetria zachowana, mózg duży, ciężki

Zniekształcenia wgłobienie migdałków mózdków, i śladowo haków i łożki Zaniki ? Obrzęk ? zakręty

Opony umiarkowane przekrwienie naczyń.
Opony galaretowate, zwł. po stronie
Przestrzenie podoponowe prawej. Przystrzałkowo-
zwłókniałe
Naczynia podstawy nie zmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy: komory boczne, a zwłaszcza komora III znacznie poszerzone.
Rysunek struktur anatomicznych wyraźny, Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Pień b.z.

Mózdzek b.z.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

lat 40, narkoman

Zmarł: 9.10.1994 r.

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Zapalenie płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Wywiad: pacjent z programu metadonowego. P-ciała anty-HIV wykryto u niego w 1989 r.

Do Oddziału X przyjęty 1.09.1994 w związku z narastającym od 2 tygodni osłabieniem i utratą apetytu. Dzień przed hospitalizacją zasłabł w ambulatorium metadonowym.

Poraz pierwszy przebywał w klinice AIDS z powodu zapalenia płuc i torbieli w płucu lewym. Wykluczono wówczas gruźlicę i zmiany nowotworowe. Ponownie przebywał w Oddziale X w okresie luty-czerwiec 1994 r. z powodu pogorszenia stanu ogólnego i ciastowatych obrzęków kończyn dolnych. Wypisany z poprawą z rozpoznaniem: Zespół nabytych niedoborów odporności. Torbiel płuca lewego. Grzybica jamy ustnej. Hypoalbuminemia. Przebyte pcp. Niedokrwistość. W tym okresie

T4 - 96 komórek, T4/T8 - 0,29.

W 1981 miał wykonaną cholecystektomię w związku z kamicą dróg żółciowych i żółtaczką mechaniczną, w 1982 - pancreatoduodenectomię - w związku z zapalnym guzem głowy trzustki i chorobą wrzodową dwunastnicy. Trzykrotnie był pacjentem klinik Psychiatrycznych /w Szpitalu Nowowiejskim i Oddziale Detoksykacyjnym III Kl. Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii/: w r.1989, 1990 i 1992.

Do Oddziału X przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, wyniszczony, z wyraźną dusznością wysiłkową i nieznaczną dusznością spoczynkową. Węzły chłonne obwodowe wielkości drobnego śrutu. Czynność serca miarowa, 90/min., tony głuche. RR 85/60. Żyły niedostępne, pacjent nie wyraża zgody na venesekcję. Szmer pęcherzykowy zaostrozony, nad lewym polem płucnym znacznie zciszony poniżej linii łopatkowej. W centrum i u podstawy prawego płuca rzężenia drobno- i średniobańkowe. Wątroba wystaje na 3 palce spod łuku żeberowego.

W trakcie pobytu początkowo gorączkuje do 38^o, potem spadek temperatury i niewielka poprawa stanu ogólnego. W Rtg zagęszczenia mięsiste w części środkowej prawego płuca. USG jamy brzusznej - wątroba powiększona o równomiernie wzmożonej echogeniczności, śledziona powiększona - 13,5 cm. Wyraźne zaleganie treści w obrębie jelita cienkiego i grubego. Okresowo uczucie duszności i ból w klatce piersiowej, RR 80/60, tętno 100/min. EKG wykazało cechy niedokrwienia. Podano doustnie nitraty ponieważ pacjent nie zgodził się na wykonanie venesekcji. Zgon nastąpił nad ranem we śnie. W ciągu dnia poprzedzającego zejście czuć się względnie dobrze.

Wynik sekcji ogólnej /11.10.1994 - dr med. Z.Kamiński/

Infarctus magnus parietis posterioris ventriculi sinistri cordis. Pneumonia superior et inferior partim confluens dextra. Status post gastrectomiam partialem et cholecystectomiam o.f. Anaemia. Cachexia.