

Nr 98/99

Nazwisko

Wiek 27 lat

Dzień śmierci

17.10.1999r.

Sekcjonowany

o godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:
17.12.1999r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

- 1-7. Standard z lewej półkuli
8. Potylicy pr.
9. Czołowa pr.
10. Śródmózgowie
11. Most
12. Opuszka
13. i 14. Rdzeń kręgowy
15. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Klüver

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół poprzecznego uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie th 11. Wodniak okolicy czołowo-skroniowo-ciemięniowej po stronie prawej. Zapalenie oskrzeli. Grzybica przewodu pokarmowego. Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.

Rozpoznanie anatomiczne

Układ komorowy poszerzony. Zakłęśnięta prawa okolica ciemięniowa.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalopathia. Myelopathia vacuolaris.
Lymphoma malignum leptomenigeum.

W-wa, 2000.04.12

Prof. dr hab. M. J. Mossakowski

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

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Zespół poprzecznego uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie th. 11. Wodniak okolicy czołowo-skroniowo-ciemieniowej po stronie prawej. Zapalenie oskrzeli. Grzybica przewodu pokarmowego. Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.

Badanie neuropatologiczne: W badaniu patomorfologicznym stwierdza się dwa wyraźne ukształtowane procesy patologiczne. Cechami pierwszego są zblednięcia mieliny o charakterze rozlanym obejmujące w stopniu największym głęboką istotę białą półkul mózgu i mózdzku, którym towarzyszy nieswoisty rozplam gleju astrocytarnego, na które z kolei nakłada się obecność bardzo licznych wielojądrzastych komórek olbrzymich. Zblednięcia mieliny ma zróżnicowaną intensywność i na ogół nie towarzyszą mu cechy rozbiórki makrofagowej. Tylko w okolicy czołowej prawej na tle zblednięcia stwierdza się kilka drobnych ognisk rozpadu z widocznymi makrofagami i gemistocytami. Nieswoisty odczyn glejowy wykazuje również znaczne zróżnicowanie topograficzne i jest najsilniejszy w okolicy czołowej, skroniowej i potylicznej oraz w uformowanych strukturach takich jak np. torebka zewnętrzna i krańcowa oraz spoidło przednie.

Wielojądrzaste komórki olbrzymie wykazują się dużym polimorfizmem, dotyczącym rozmiarów, ilości i barwności jąder oraz obrazu cytoplazmy. Przeważają duże komórki makrofagopodobne, z nieregularnymi konglomeratami nadbarwliwych jąder. Rzadsze są konglomeraty jąder bez widocznej lub ze słabo widoczną cytoplazmą. Komórki olbrzymie występują pojedynczo lub w skrzepieniach i są rozproszone w tkance lub zajmują położenie przynacyniowe. Dominują w formacjach białych, choć spotyka się je również w korze mózgu i mózdzku (w obu przypadkach w warstwie molekularnej), a nawet w oponach miękkich. Występują one obficie w półkulach mózgu, mniej obficie w mózdzku, a najubożej w pniu mózgu i w rdzeniu kręgowym.

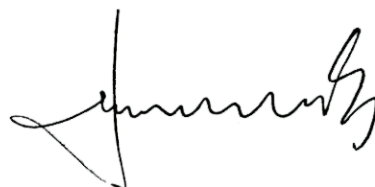
W opuszce i w rdzeniu podopuszkowym oraz w szyjnym odcinku rdzenia kręgowego stwierdza się wodniczkowe zwyrodnienie szlaków piramidowych. Jamki znacznie obfitsze w rdzeniu podopuszkowym i rdzeniu szyjnym są ostro ograniczone, różnej

wielkości i niekiedy zawierają komórki żerne. W rdzeniu szarym obejmuje dwa pęczki korowo-rdzeniowe.

Drugi proces patologiczny ma charakter nacieków komórek białokrwinkowych w oponach miękkich i w przestrzeni podpajęczynówkowej. Naciek ma zróżnicowany charakter i nasilenie. W rozluźnionych oponach miękkich na powierzchni zakrętów ma on charakter rozproszony w zagęszczeniu na powierzchni mózgu i na zewnętrznym ograniczeniu jamy podpajęczynówkowej. W głębi rowków międzyskrętowych półkul mózgu wykazuje on znaczne zagęszczenie, przyjmując charakter nacieku kożuchowatego. Podobne obrazy stwierdza się w oponach miękkich mózdzku i w zbiornikach płynowych podstawy mózgu np. dół międzykomorowy. W nacieku występują obfite wielojądrzaste neutrofile, tak że miejscami ma się wrażenie nacieku ropnego. Wśród neutrofilów widzi się liczne, polimorficzne komórki jednojądrzaste, o policyklicznych zarysach jąder, z umiarkowaną i zróżnicowaną zawartością chromatyny, niekiedy grudkowej. Odcinkowo te właśnie komórki stanowią element dominujący, lub niemal wyłączny. Róg tylny komory bocznej prawej wypełniony jest ściśle takimi właśnie masami. Pozostałe odcinki układu komorowego są wolne. Proces oponowy bardzo rzadko przechodzi do przestrzeni okołonaczyniowych naczyń śródmózgowych. Choć stwierdza się zwłaszcza w okolicy jąder podstawy pojedyncze większe naczynia z naciekiem ograniczonym do przestrzeni okołonaczyniowej. W przypadku zajęcia mniejszych naczyń, naciek jest ściśle związany z ich ścianami. Zjawiskiem zasługującym na odnotowanie jest obecność w otoczeniu naczyń znacznej liczby ograniczonych nagromadzeń zasadochłonnych profili bakteryjnych. Są one ograniczone do przestrzeni okołonaczyniowej, nie zajmując jej na ogół na całym obwodzie naczynia, a tworząc ograniczone "pęcherze" wypełnione bakteriami. Czasem położone są śródściennie, nie spotyka się ich w świetle naczyń. Zajęte naczynia nie wykazują żadnego odczynu zapalnego. Podobne twory spotyka się (rzadziej) w oponach miękkich, gdzie tworzą wyraźne zagęszczenia bez związku z naczyniami. Czasem tworzą one struktury dobrze odgraniczone, zajmują np. beleczkę podpajęczynówkową.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalopathia. Myelopathia vacuolaris. Lymphoma malignum leptomenigeum.

Prof.dr hab. M.J. Mossakowski



Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 98/99

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 17.10.1999r
Wiek 27 lat Data sekcji ogólnej 18.10.1999r
Data sekcji mózgu 17.12.1999r.

Rozpoznanie kliniczne Zespół poprzecznego uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie th 11. Wodniak okolicy czołowo-skronio-wo-ciemieniowej po stronie prawej. Zapalenie oskrze-
li. Grzybica przewodu pokarmowego. Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.

waga mózgu utrwalonego 1330 g

Symetria wklęsnięcie w okolicy czołowo-
ciemieniowej prawej.

Zniekształcenia

rowki zaniki
zakręty

Opony zmleczące

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy prawidłowe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych. Układ komorowy poszerzony.

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

Rozpoznanie kliniczne: Zespół poprzecznego uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie Th11. Wodniak okolicy skroniowo-czołowo-ciemieniowej po stronie prawej. Zapalenie oskrzeli. Grzybica przewodu pokarmowego. Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.

W dniach 6-8.1999 chory był hospitalizowany w oddziale chorób Zakaźnych Szpitala w Biłgoraju z powodu intensywnej biegunki i wysokiej temperatury. Podaje, że od około tygodnia gorączkuje, poprzedniego dnia źle się czuł, kasłał z odkrztuszaniem białej wydzieliny. Wywiad trudny do przeprowadzenia, chory odpowiada na pytania niechętnie, nie potrafi dokładnie zrelacjonować swoich dolegliwości ani umiejscowić ich w czasie.

Badanie przedmiotowe: chory wniszczony, węzły chłonne szyjne drobnej wielkości pieprzu, twarde, niebolesne. Śluzówki jamy ustnej, gardła i migdałki pokryte nalotem grzybiczym. Liczne furczenia, pojedyncze świsty i rżnięcia u podstawy płuca prawego. Czynność serca 80/min, RR 110/70 mmHg. Brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, niebolesny. Wątroba macały na ok. 2 cm poniżej prawego łuku żebrowego, o nieco wzmożonej spoistości. Objawy oponowe ujemne.

Konsultacja neurologiczna: objawy rozsianego uszkodzenia wielu układow z dominującym zespołem mózdkowym.

Przebieg kliniczny: zlikwidowano zmiany grzybicze, nasilające się zaburzenia równowagi; pacjent pociąga kończyną dolną prawą lub lewą, zatacza się. Chory w złym stanie psychicznym, skarży się na bóle głowy - przez cały okres pobytu pod opieką psychiatry. W badaniu CT głowy: po stronie prawej w okolicy skroniowo-czołowo-ciemieniowej stwierdzono płyn przymózgowo do 10 mm, zanik korowo-podkorowy. Bez zmian ogniskowych. Kolejna konsultacja neurologiczna /30.09.99/: zespół mózdkowy + niewielki zespół psychoorganiczny. Wodniak jest prawdopodobnie zejściem krwiaka pourazowego.

5.10.99 chory w nocy upadł, lekarz, który obejrzał go po incydencie nie stwierdził cech urazu. 8.10.99 stan pacjenta uległ pogorszeniu przyjmuje pozycję leżącą, narzeka na rozlany ból brzucha. W USG pęcherz moczowy powyżej pępka i cechy niedrożności prawej żyły udowej. Założono do pęcherza cewnik, po opróżnieniu pęcherza ból brzucha ustąpił. 13.10.99 w nocy pacjent wył, rzucał kubkami, krzyczał.

Następnego dnia kontakt z pacjentem utrudniony, z obniżonym nastrojeniem, płaczliwy. Konsultujący neurolog stwierdził głęboką paraparezę spastyczną z dodatnim objawem Babińskiego obustronnie, zaburzenia czucia obustronnie od poziomu Th 11. W następnych dniach pacjent płaczliwy, krzyczy. 15.10.99 zagorączkował, cały czas przeraźliwie krzyczy, po przyjęciu leków psychiatrycznych na krótko zasypiał. Zmarł z objawami niewydolności krążeniowo-oddechowej.

CD4 61, CD8 646 CD4/CD8 ?

Wynik sekcji ogólnej /18.10.99. dr med. Zakamiński/
Embolia arteriae pulmonalis. Atrophia fusca myocardii /hydropericardium/. Hepatosplenomegalia. Esophagitis /candidiasis?/ diffusa Cachexia.