

Nr 58/97

Nazwisko

Wiek 33 l.

Dzień śmierci

4.05.1997r.

Sekcjonowany

w ..... godzin

po śmierci

sekcja mózgu:

17.07.97r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol                      Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l.
3. Wzgórze l.
4. Skroń z amonem l.
5. Centralna l. z ogni-  
skiem korowo-podko-  
rowym.
6. Potylicy l.
7. Ciemie l.
8. Prawe wzgórze i ogni-  
sko?
9. Śródmózgowie
10. Opuszka
11. Most
12. Mózdzek.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

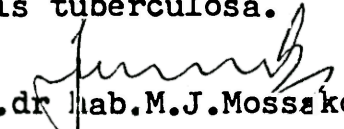
Zespół nabytego niedoboru odporności. Limfa-  
denopatia. Obustronne zapalenie płuc. Niewy-  
dolność nerek. Niedokrwistość. Hipoalbumine-  
mia. Uzależnienie mieszane.

Rozpoznanie anatomiczne

W okolicy centralnej linijskie, korowo-podko-  
rowe ognisko?

Rozpoznanie histologiczne

Meningoencephalitis tuberculosa.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

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

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Limfadenopatia. Obustronne zapalenie płuc. Niewydolność nerek. Niedokrwistość. Hipoalbuminemia. Uzależnienie mieszane.

**Badanie neuropatologiczne:** Wiodącym elementem obrazu histopatologicznego przypadku jest obecność nacieków oponowych i przynaczyniowych w parenchymie mózgowia. Nacieki wykazują zróżnicowane nasilenie w poszczególnych strukturach mózgowia, są jednak procesem uogólnionym. Nacieki oponowe mają na ogół charakter rozlany (zazwyczaj umiarkowanie nasilony) lub kępkowaty. W naciekach kępkowatych obok limfocytów występują pojedyncze leukocyty, komórki plazmatyczne, lub komórki sprawiające wrażenie komórek nabłonkowych. Zjawiskiem znamienym jest obecność nacieków obejmujących całą grubość, ściany naczyniowej zwłaszcza naczyń żylnych, nierzadko jedynie na obwodzie naczyń. Nacieki śródścienne dotyczą również naczyń tętniczych, są jednak znacznie rzadsze i często w takich okolicach jak opony wyspy czy podstawy kresomózgowia. Nacieki śródmiaższowe są w większości ograniczone do przydanki, a w ich skład wchodzi przede wszystkim jeśli nie wyłącznie limfocyty. Znacznie rzadziej spotyka się zmiany o typie panvasculitis w tkankach mózgowia. Zjawiskiem charakterystycznym jest występowanie niewielkich ognisk martwicy tkanki, zarówno w istocie szarej jak i białej. Niektóre z nich położone są w sąsiedztwie naciekanych naczyń.

Odmienny obraz przedstawia kora centralna lewa z opisanymi zmianami w obrazie makroskopowym. Opisane tam ognisko jest w istocie bardzo poszerzonym rowkiem naczyniowym, który wypełniony jest zapalno-martwiczymi masami zawartymi w przestrzeni podpajęczynówkowej naciekanymi epony i przylegającymi podoponowe warstwy kory mózgu. Wypełniające rowek masy martwicze pokryte są gruboziarnistym, hiperchromatycznym detrytem komórkowym, wśród którego widoczne są cienie komórkowe oraz cienie naczyń nacieczonych na całej grubości ściany i wypełnionych masami zakrzepowymi. Niekiedy względnie dobrze utrzymane

komórki nacieku tworzą mankiety wokół naczyń zatopionych w masach martwiczych. Masy nacieków wnikające językowato do przylegających fragmentów kory składają się z dużych limfocyto -i leukocytopodobnych komórek. Wśród nich występują większe komórki z hiperhromatynowymi jądrami o policyklicznych zarysach oraz wyraźne komórki nabłonkowe. W nacieku zamknięte są naczynia z ziarninowatym naciekiem ścian, oraz wypełniającymi ich światła zakrzepami i naciekami zapalnymi. Wokół naczyń o niezmiennych ścianach widoczne są obfite nacieki limfocytarne. Otaczająca zmiany tkanka jest rozrzedzona, zawiera drobne wylewy krwawe i niewielkie ogniska bezodczynowej martwicy. W oponach miękkich stwierdzono obfitsze niż w innych okolicach nacieki zarówno rozlane jak i kępkowate. W tych ostatnich obok limfocytów obficie występują komórki nabłonkowe. W naczyniach obecne są ziarninakowe nacieki ścian.

Preparat z okolicy wzgórza prawej półkuli mózgu z opisanymi w protokole sekcyjnym zmianami ogniskowymi, wymaga dokrojenia (przekrój skrawka jest niepełny i w widocznym fragmencie zmian nie wykazuje).

W różnych okolicach kory mózgu stwierdzono rozsiane zmiany zwyrodnieniowe neuronów i cechy obrzęku podkorowej istoty białej.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Proces wymaga różnicowania między swoistym procesem zapalnym a rozrostem chłoniakowatym. Zmiany histopatologiczne przemawiają za zapaleniem swoistym, prawdopodobnie gruźliczym. Niezbędne jest barwienie na prątki tb oraz siateczkę (preparat z okolicy centralnej lewej), oraz uzyskanie bogatszych danych sekcyjnych i klinicznych.

*Meningoencephalitis tuberculosa.*

  
Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 58/97**

Material nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 04.05.1997r  
Wiek 33 lata ..... Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu 17.07.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytego niedoboru odporności. Limfadenopatia. Obustronne zapalenie płuc. Niewydolność nerek. Niedokrwistość. Hipoalbuminemia. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1570 g

Symetria zachowana,

Zniekształcenia prawa półkula mózdzku uszkodzona artefaktycznie. Ślad po wgłobieniu migdałków. rowki zaciśnięte zakręty spłaszczone

Opony zmleczące na sklepiści. Naczynia żyłne przekrwione

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez zmian miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych

Pień opuszka ścięta skośnie. Rysunek anatomiczny prawidłowo zachowany

Mózdzek prawa półkula mózdzku uszkodzona artefaktycznie  
Bez zmian ogniskowych.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I. B. Żelman

, lat 33, narkoman

Przyjęty 26.04.1997

zmarł 04.05.1997

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności.  
Limfadenopatia. Obustronne zapalenie płuc.  
Niewydolność nerek. Niedokrwistość. Hipoalbuminemia. Uzależnienie mieszane.

Wywiad orientacyjny, chory rozmawia niechętnie, twierdzi, że jest zmęczony i woli spać. HIV+ /WB dodatni 29.10.1990r/, hospitalizowany w tutejszym Oddziale w latach 1993 i 1994 w związku z limfadenopatią HIV, nawracającym zapaleniem płuc i podejrzeniem BZW. Od ok. 3 miesięcy gorączka /nie pamięta ile/, suchy kaszel, obrzęki kończyn górnych i dolnych; bolesność węzłów chłonnych od kilku tygodni. Węzły chłonne ma powiększone od dawna. W latach 1994-97 był leczony w szpitalu więziennym /otrzymywał biseptol/. Po wyjściu z więzienia brał amfetaminę /do 4,0 na dobę/ i kompot do 5 cm na dobę.

Badanie przedmiotowe: stan ogólny ciężki, chory podsypiający, b. duże obrzęki, głównie przedramion, w okolicy łokci i ramion. Na klatce piersiowej b.liczne blizny po owrzodzeniach. Zmiany troficzne skóry podudzi. Węzły chłonne szyjne b. duże, w konglomeratach, nieprzesuwalne, pachowe - wielkości jaja kurzego, większy po stronie prawej, bardzo duże węzły chłonne pachowe, w konglomeratach, nieprzesuwalne, większe po stronie prawej. Śluzówki jamy ustnej bez nalotów grzybiczych. Klatka piersiowa - szmer oddechowy, pęcherzykowy, pojedyncze trzeszczenia. Czynność serca miarowa, 120/min. RR niemożliwe do oznaczenia ze względu na obrzęki kkg. Brzuch niebolesny, wątroba wyczuwalna na 2 palce poniżej prz. łuku żebrowego. Sledziona niemacalna. Objaw Goldflama obustronnie dodatni.

Przebieg: wysoko gorączkuje, od 30.04.97 stan ogólny b. ciężki. W dniu 1.05.97 we wczesnych godzinach rannych wystąpił napad padaczkowy /otrzymał 1 amp. rivotrilu/. Nad płucami pojawiły się trzeszczenia w obu okolicach podłopatkowych, narastały obrzęki i objawy niewydolności nerek. Miał kilkakrotnie przetaczaną masę erythrocytarną i albuminy. Węzły chłonne pobrano do badania 30.04.97 - brak wyniku bad.histopatol.

Wynik sekcji ogólnej /06.05.1997, dr med. Z.Kamiński/:

Tuberculosis miliaris generalisata: pulmonum, lienis, renum, gl. suprarenalium et hepatitis. Tuberculosis caseosa lymphonodulorum bifurcationis tracheae, hili pulmonis utr., paraaortalium, abdominalium, regionis pancreatis, coli vesicae felleae et axillarium. Inanitio.