

Nr 60/94

Nazwisko

Wiek 42 lata

Dzień śmierci
16.06.1997r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci
Sekcja mózgu
17.07.1997r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.ok	1.czoł.1.
2.zwoje	1. podsta- wy 1.
3.wz	1. górze 1.
4.sk	1. roń 1.
5.am	1. on 1.
6.ok	1. central- na 1.
7.ok	1. ciemie- nipwa 1.
8.ok	1. okol.poty1.1.
9.mo	1. st
10.op	1. uszka
11.mó	1. żdżek 1.

Użyte metody barwienia
Hematoksylina i eozy-
na, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytych niedoborów immunologicznych.
Obustronne zapalenie płuc. Infekcyjne zapa-
lenie wsierdza. Kamica pęcherzyka żółcio-
wego. Grzybica jamy ustnej. Rozpoczynająca
się niewydolność nerek. Niewydolność krąże-
niowo-oddechowa. Uzależnienie mieszane.
Owrzodzenie obu podudzi.

Rozpoznanie anatomiczne

Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rozpoznanie histologiczne

Leptomeningitis lymphocytaria.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

IMITUM CENTRUM MEDYCINY
DOSWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN
ZAKŁAD NEUROPATOLOGII
02-105 Warszawa, ul. Pawińskiego 5
Tel. 658 53 69, 608 65 35

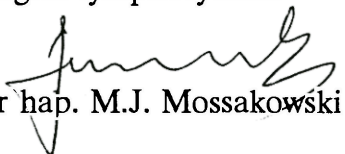
Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów immunologicznych. Obustronne zapalenie płuc. Infekcyjne zapalenie wsierdza. Kamica p. żółciowego. Grzybica jamy ustnej. Rozpoczynająca się niewydolność nerek. Niewydolność krążeniowo-oddechowa. Uzależnienie mieszane. Owrzodzenie obu podudzi.

Badania neuropatologiczne: Podstawowe zmiany histopatologiczne wyrażają się delikatnymi naciekami limfocytarnymi rozproszonymi w oponach miękkich. Zjawiskiem charakterystycznym jest odcinkowe zagęszczenie nacieku widoczne w otoczeniu niektórych większych naczyń oponowych, zwłaszcza żylnych. Podobne zagęszczenia nacieku widoczne jest w głębi rowków kory mózgu. Są one zawsze ograniczone nie przechodząc przez ciągłość na położoną podoponowo parenchymę mózgową. Kępkowe zagęszczenia nacieków wykazują nieco odmienną strukturę komórkową w porównaniu z naciekami rozproszonymi w ich składzie obok przeważających limfocytów, występują komórki plazmatyczne oraz większe komórki z żywo eozynochłonną, ziarnistą cytoplazmą oraz z małymi hiperchromatynowymi, małymi, ekscentrycznie położonymi jądrami. Jądra te różnią się od jąder eozynochłonnych leukocytów.

W utkaniu mózgu stwierdza się liczne drobne naczynia z delikatnymi naciekami limfocytarnymi ograniczonymi do przestrzeni okołonaczyniowej. Nacieki są zazwyczaj zbyt skąpe, dla utworzenia pełnych mufek okołonaczyniowych. W różnych częściach kory widoczne jest nieswoiste zwyrodnienie neuronów, najczęściej o cechach zmian ischemicznych. Nasilenie zmian jest zróżnicowane. Brak jest preferencyjnego zajęcia struktur o wybiórczej wrażliwości na hipoksję.

We wzgórzu lewym widoczna drobna jamka wypełniona delikatnym detrytem komórkowym, sfałdowaną strukturą błoniastą i nieregularnym skupieniem kwasochłonnych struktur, które ewentualnie mogą być zrulonowanymi erytracytami. Wyjaśnienie charakteru jamki wymaga głębszego dokrojenia materiału.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Leptomeningitis lymphocytaria.


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 60/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu16.06.1997r.....
Wiek42.....lata Data sekcji ogólnej
Data sekcji mózgu17.07.1997r.....

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów immunologicznych. Obustronne zapalenie płuc. Infekcyjne zapalenie wsierdza. Kamica p.żółciowego. Grzybica jamy ustnej. Rozpoczynająca się niewydolność nerek. Niewydolność krążeniowo-oddechowa. Uzależnienie mieszane. Owrzodzenie obu podudzi.
waga mózgu utrwalonego 1550g

Symetria oderwany biegun czołowy lewy i uszkodzony lewy biegun
Zniekształcenia skroniowy, uszkodzona pr. rowki
półkula mózdzku, zniszczone zaniki nie widoczne
śródmózgowie zakrety

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy prawidłowe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Bez zmian ogniskowych

Pień zniszczone śródmózgowie

Mózdzek uszkodzona pr. półkula mózdzku. Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

<http://rcin.org.pl> Doc. I.B.Zelman

42 lata, narkoman

Przyjęty 15.04.1997r
zmarł 16.06.1997r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów immunologicznych. Obustronne zapalenie płuc. Infekcyjne zapalenie wsierdza. Kamica p.żółciowego. Grzybica jamy ustnej. Rozpoczynająca się niewydolność nerek. Niewydolność krążeniowo-oddechowa. Uzależnienie mieszane. Owrzodzenie obu podudzi.

Wywiad: przed ok. 5 dniami zauważył, że powiększył się u niego obwód brzucha i wystąpiły obrzęki kończyn dolnych oraz pojawiły się na skórze podudzi liczne, drobne punktowate wybroczyny. Przed ok. 3 dniami - duszność wysiłkowa i suchy kaszel. Nie gorączkował. Od końca 1996r leczył się ambulatoryjnie z powodu owrzodzeń podudzia prawego, obecnie - również lewego. Narkotyki przyjmuje od 28 r.ż., ostatnio kompot do 18cm/dobę. Amfetaminę sporadycznie. W przekazanej dokumentacji klinicznej brak danych odnośnie czasu zakażenia i ewentualnego leczenia. W dniu 25.04.1997 CD4 234, CD8 290. CD4/CD8 >0,8

Stan przedmiotowy przy przyjęciu: stan ogólny ciężki, kontakt zachowany. Przymusowa pozycja siedząca ze spuszczoneymi kkd ze względu na duszność. Sinica b.nasilona. Obrzęki - bardzo nasilone kończyn dolnych, sięgają do poziomu kości krzyżowej. Śluzówki jamy ustnej czyste. Klatka piersiowa - szmer pęcherzykowy zciszony u podstawy obu płuc, b.liczne firczenia. Akcja serca miarowa, 120/min. Szmer skurczowy nad zastawką trójdzielną. Brzuch niebolesny. Na k.d. lewej owrzodzenie o średnicy ok. 10x3-4 cm. Na obu kkd /podudziach/ dość liczne szaro-czerwone, b.drobne wykwity. Zlecono furosemid w powolnym wlewie oraz leki b/w.

Przebieg: po podaniu furosemidu w znacznym stopniu ustąpiła duszność i sinica oraz zmniejszyły się obrzęki. Utrzymywały się zmiany osłuchowe nad płucami; w Rtg klp stwierdzono znaczną progresję zmian zapalnych oraz niewydolność krążenia z zastojem w krążeniu małym. Nie gorączkował. Od początku trzeciej dekady kwietnia 1997r stopniowo postępujące pogorszenie stanu ogólnego z epizodami rozpoczynającego się obrzęku płuc. W końcu kwietnia zagorączkował. Ze względu na brak poprawy po stosowaniu antybiotyków o szerokim spektrum, włączono leki p/grzybicze i p/tbc. Nie uzyskano poprawy klinicznej i radiologicznej. Utrzymywało się wodobrzusze i dużego stopnia obrzęki kończyn. Zmarł wśród narastających objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Wynik sekcji ogólnej /19.05.1997r, dr med. Z.Kamiński/:

Pneumonia confluens superior bilateralis. Hydrops universalis: hydror thorax bilateralis, hydropericardium, anasarca. Hepatosplenomegalia. Calculus in lumine vesicae felleae. Ulcerationes cruris utriusque. Inanitio.