

Nr 80/97

Nazwisko

Wiek 34 l.

Dzień śmierci

12.08.1997r.

Sekcjonowany

u ..... godzin

po śmierci

sekcja mózgu:

19.11.1997r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

1. Czoło 1.
2. Zwoje podstawy 1.
3. Wzgórze 1.
4. Skroń z amonem 1.
5. Potylicą 1.
6. Ciemie 1.
7. Centralna 1.
8. Śródmózgowie
9. Most
10. Most II
11. Opuszka
12. Móżdżek 1.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytego niedoboru odporności. Guz mózgu (toxoplasma, grzyby?). Grzybica przewodu pokarmowego. Podejrzenie mykobakteriozy atypowej (niepotwierdzona). Zespół psychoorganiczny.

Rozpoznanie anatomiczne

Układ konorowy poszerzony. Cechy obrzęku.

Zmian ogniskowych nie zauważyłem.

Rozpoznanie histologiczne

HIV-encephalopathy et HIV-angitis.  
Degeneratio vasculolaris tractus pyramidalis  
unilateralis.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

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

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Guz mózgu (toxoplasmoza, grzyby?) Grzybica przewodu pokarmowego. Podejrzenie mykobakteriozy atypowej (niepotwierdzone). Zespół psychoorganiczny.

**Badanie neuropatologiczne:** Obraz histopatologiczny przypadku zdominowany jest obecnością bardzo licznych wielojądrowych komórek olbrzymich, rozsianych we wszystkich strukturach ośrodkowego układu nerwowego. Komórki te cechuje bardzo znaczny polimorfizm, dotyczący ich rozmiarów, ilości i ukształtowania jąder oraz położenia w tkance. Obok komórek "gigantycznych" wypełnionych regularnie okrągłymi jądrami widoczne są duże zbite konglomeraty różnokształtnych jąder bez widocznej cytoplazmy lub z jej ledwie zaznaczonym rąbkiem. Nierzadko występują komórki z kilkoma, na ogół nieregularnie - kształtnymi jądrami położonymi na tle ledwie widocznej cytoplazmy. Ten typ komórek jest zjawiskiem dominującym. Komórki wielojądrowe przeważają w istocie białej. Ich ilość w formacjach szarych jest na ogół mniejsza, choć w niektórych strukturach takich jak jądra podstawy, wzgórze, część pokrywkowa śródmózgowia, kora okolicy skroniowej i potylicznej są one liczne. Komórki wielojądrowe występują bądź pojedynczo, bądź w ugrupowaniach położonych na tle niezmiennego podłoża tkankowego albo rozpadającej się tkanki. Komórki te najczęściej zlokalizowane są w otoczeniu naczyń lub wręcz w ścianach naczyń, prowadząc wówczas do pogrubienia ich ścian i zwężenia światła. Na ogół komórkom wielojądrowym nie towarzyszy odczyn, ani mikroglejowy ani krwiopochodny. Część z nich położona jest na tle rozlewających się grudek mikroglejowych, a część na delikatnych zagęszczeniach gleju pałeczkowatego. W miejscach tych można niekiedy, prześledzić transformację przerośniętego mikrogleju w komórki wielojądrowe. Komórkom wielojądrowym położonym przynaczyniowo towarzyszą niekiedy makrofagi wypełnione żółtawymi lub brunatnymi ziarnistościami. Zdarza się, że w cytoplazmie komórek wielojądrowych spotyka się fagocytowany materiał.

Drugim elementem obrazu neuropatologicznego są rozproszone grudki

mikroglejowe, z leżącymi w nich pojedynczymi lub mnogimi komórkami wielojądrowymi. Poza nimi widoczne są niewielkie grudki bez komórek wielojądrowych, kępkowate skupienia pobudzonego mikrogleju, oraz rozlewające się obszary z mikroglejem pałeczkowatym. Odczyn mikrogrudkowy jest bardzo skąpy i drugoplanowy w stosunku do występowania komórek wielojądrowych. Grudki występują sporadycznie. Istota biała głębokich obszarów półkul mózgu i mózdzku wykazuje nieostre pola zblednięcia. Wiąże się z tym, choć nie zawsze, rozlany rozplem astrocytów czasem o charakterze gleju reaktywnego. Wyraźny odczyn gemistocytarny obecny jest w przedmurzu lewym oraz w bocznych częściach podstawnej powierzchni kresomózgowia.

W skorupie prawej widoczne jest ostro odgraniczone ognisko rozpadu tkanki z umiarkowanym odczynem glejowym. Wnętrze ogniska wypełniają gęste masy komórkowe, sprawiające wrażenie wyługowanych krwinek czerwonych. Analogiczne ognisko mniejsze i położone w otoczeniu grupy naczyń widoczne jest we wzgórzu prawym. Ma ono wyraźniejszą zawartość elementów czerwonych. W ognisku tym widoczna jest wielojądrowa komórka olbrzymia. Podobna komórka występuje w utkaniu bardzo zwłókniałych na sklepistości półkul mózgu, oponach miękkich. W opuszcze jedna z piramid wykazuje obraz mało zaawansowanego zwyrodnienia wodniczkowego.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** HIV-encephalopathia et HIV-angitis. Degeneratio vacuolaris tractus pyramidalis unilateralis.

  
Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 80/97**

**Materiał nadesłano z:** Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko.....  
Wiek.....34...lata  
Rozpoznanie kliniczne

.....  
Data zgonu ....12..08..1997r.....  
Data sekcji ogólnej ....14..08..1997r  
Data sekcji mózgu.....19..11..1997r

Zespół nabytego niedoboru odporności. Guz mózgu /toxô?, grzyby?/. Grzybica przewodu pokarmowego. Podejrzenie mykobakteriozy atypowej /niepotwierdzone/. Zespół psychoorganiczny.

waga mózgu utrwalonego 1330 g

Symetria oderwany pień mózgu, uszkodzone  
międzymózgowie i mózdzek  
Zniekształcenia

rowki zaniki?  
zakręty

Opony przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy prawidłowe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy poszerzony. Cechy obrzęku

Pień oderwany . W centralnej części śródmózgowia /na pograniczu z mostem/ podejrzenie patologicznego ogniska

Mózdzek uszkodzony artefaktycznie, część prawej półkuli mózdzku oderwana całkowicie.  
Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

z, 34 lata, narkoman

Przyjęty 5.08.1997r  
zmarł 12.08.1997r.

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności.  
Guz mózgu (toxoz?, grzyby?).  
Grzybica przewodu pokarmowego.  
Podejrzenie mykobakteriozy atypowej (niepotwierdzone)  
Zespół psychoorganiczny.

#### Epikryza

34-letni narkoman, HIV-dodatni od 1992r, kilkakrotnie hospitalizowany w Oddziale IIIA. ~~z powodu lewostronnego niedowładu.~~  
Obecna hospitalizacja z powodu lewostronnego niedowładu (przyjęty z Domu Sióstr przy ul. Poborzańskiej). Poprzednie 2 hospitalizacje z powodu masywnej grzybicy. Pacjent od kilku lat ma rozpoznaną psychozę. W okresach jej zaostrzenia nie chciał przyjmować posiłków i płynów, co było również powodem wcześniejszych hospitalizacji. W trakcie obecnego pobytu stan umiarkowanego ulegał pogorszeniu, okresowo zapadał w śpiączkę. Zmarł z objawami niewydolności krążenia.

Z odchyień w stanie neurologicznym przy przyjęciu do Oddziału stwierdzono: sztywność karku na ok. 2cm., niedowład połowiczny lewostronny, objaw Babińskiego obustronnie ujemny. Opadanie lewej powieki oraz lewego kącika ust. Przykurcze k.dolnych (spastyczność bardziej nasiloną po stronie prawej). Chory depresyjny, niechętnie wykonuje polecenia, nie przyjmuje pokarmów oraz płynów doustnie. Badanie dna oczu: delikatne zatarcie granic tarczy w oku prawym, żyły szerokie w obu oczach.

Płyn mózgowo-rdzeniowy: przejrzysty, bezbarwny, cytoza 1, białko 24mg%, innych nie oznaczono z powodu braku materiału.

Wynik sekcji ogólnej (12.08.1997r., dr med. Z.Kamiński):

Bronchitis muco-purulenta. Ascites. Anaemia. Cachexia.