

Nr 105/97

Nazwisko

Wiek 30l.

Dzień śmierci

18.10.1997r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

28.11.1997r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l.
3. Wzgórze l.
4. Skroń l. z amonem
5. Centralna l.
6. Ciemie l.
7. Potyliczka l.
8. Śródmózgowie
9. Opuszka
10. Most
11. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Pneumocystozowe zapalenie płuc.
Podejrzenie zatorowości płuc. Uzależnienie
mieszane. Posocznica salmonellozowa w prze-
biegu hospitalizacji.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Cytomegalia cerebri incipiens.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

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

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Pneumocystozowe zapalenie płuc. Podejrzenie zatorowości płuc. Uzależnienie mieszane. Posocznica salmonellozowa w przebiegu hospitalizacji.

Badanie neuropatologiczne: Obraz histopatologiczny przypadku bardzo skąpy. Zmiany wyrażają się obecnością nielicznych rozsianych mikrogrudek mikro- i makroglejowych w różnych częściach ośrodkowego układu nerwowego, zarówno w półkulach jak i w pniu mózgu. Pojedyncze z nich sprawiają wrażenie delikatnego rozrzedzenia podłoża. W innych występują twory kwasochłonne bez wyraźnych wyróżniających cech morfologicznych. Mogą one być zarówno cieniami martwych komórek jak i rozdęciami aksonalnymi. W grudce mikroglejowej, położonej w korze potylicznej widoczna charakterystyczna komórka CMV z zasadochłonnym wtrętem śródjądrowym i drobnymi wtrętami cytoplazmatycznymi. W istocie białej płata skroniowego wśród niezmienionej populacji glejowej widoczna duża okrągła komórka z ciemnym jądrem jednolicie zasadochłonnym, jednakże bez wyraźnej jasnej obwódki. W cytoplazmie komórki widoczne drobne zasadochłonne grudki, które mogą odpowiadać inkluzjom cytoplazmatycznym. W istocie białej widoczne niekiedy kępki jąder glejowych, które przy położeniu przynacyniowym mogą sprawiać wrażenie tworów wielojądrowych. W pojedynczych naczyniach widoczne zbite, hiperchromatyczne twory, sprawiające wrażenie "zbitych rulonów" jądrowych. Przy nielicznych naczyniach mięszkowych i oponowych bardzo delikatne nacieki limfocytarne. W korze mózgu widoczne są neurony z cechami zwyrodnienia ischemicznego.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Cytomegalia cerebri incipiens.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 105/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko.. _____

Data zgonu18.10.1997r.....

Wiek.....30 lat.....

Data sekcji ogólnej20.10.1997r.....

Data sekcji mózgu.....28.11.1997r.....

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Pneumocystozowe zapalenie płuc. Podejrzenie zatorowości płuc. Uzależnienie mieszane. Posocznica salmonellozowa w przebiegu hospitalizacji.

waga mózgu utrwalonego 1610g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki zaniki niewidoczne
zakręty

Opony pogrubiałe, zmlecziałe wzdłuż przebiegu naczyń. Wybitnie nas-
trzyknięte naczynia

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy cienkościenne

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych . Miejscami bardzo nastrzyknięte na-
czynia śródmiąższowe.

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek niezmieniony

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

30 lat, narkoman

Przyjęty 26.09.1997r
zmarł 18.10.1997r

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Pneumocystozowe zapalenie płuc.
Podejrzanie zatorowości płuc.
Uzależnienie mieszane.
Posocznica salmonellozowa w przebiegu hospitalizacji.

Skrót historii choroby

Wywiad trudny do przeprowadzenia, chory podsypiający, "traci wątek." Od ok. 2 miesięcy utrata apetytu, od ok. 4,5 tygodni biegunka, do 20 wodnistych stolców dziennie, którym towarzyszył ból brzucha. Od ok. 3 miesięcy duszność. Narkotyki przyjmuje od 1986r, tylko kompot do 30 cm³/dobę.

Przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, podsypiający, łatwo daje się wybudzić. Kontakt logiczny zachowany. Wymieszany. Skóra o zabarwieniu brązowo-ziemistym. Węzły chłonne obwodowe niemacalne. Gałki oczne zapadnięte, źrenice szpilkowate. Grzybica jamy ustnej i języka. Klatka piersiowa: stłumienie odgłosu opukowego na wysokości łopatki prawej i u podstawy płuca lewego. Pojedyncze trzeszczenia u podstawy płuca lewego. Czynność serca miarowa, 136/min., Tony bardzo ciche. Brzuch niebolesny. Wątroba macalny na ok. 2 cm poniżej prawego łuku żebrowego. Objaw karkowy ujemny

Przebieg: w trakcie hospitalizacji nie uległ istotnej poprawie. Występowała duszność nawet przy niewielkim wysiłku lub spoczynkowa. Włączono tlenoterapię i cortison nie uzyskując istotnej poprawy stanu chorego. Nasiliły się zaburzenia oddechowe, w związku z czym pomimo prawidłowego koagulogramu włączono heparynę. Z krwi chorego wyhodowano salmonella enteritidis. Zmarł wśród dominujących objawów niewydolności oddechowej.

W lipcu 1997 leukocyty 5000, 10% limfocytów (CD4 3, CD8 438).

Wynik sekcji ogólnej (20.10.1997, dr med. Z.Kamiński):

Pneumocystis carinii pneumonia bialteralis. Hyperaemia venosa organorum. Cachexia.