

Nr 25/90

Nazwisko

Wiek 27 lat

Dzień śmierci

sekcja mózgu -  
14.07.90

Sekcjonowany

w ..... godzin  
po śmierci

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

1. czoło p.
2. zwoje pod-  
stawy l.
3. wzgórze l.
4. skroń z a-  
monem p.
5. centralna p.  
(z g. cinguli)
6. centralna l.
7. ciemie l.
8. potylica p.
9. guz
10. mózdzek p.
11. most
12. opuszka
13. śródmózgo-  
wie z guzem

Rozpoznanie kliniczne

*T. ... P. ... susp.  
... post. imphatic.  
... ventricula. perito-  
... 26 (1987). St. post. cobactio  
... Infectio*

Rozpoznanie anatomiczne 41V

Rozpoznanie histologiczne

Użyte metody barwienia  
HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 25/90**

Materiał nadesłano z: Gdańska

Imię i nazwisko .....

Data zgonu .....

Wiek 27 lat .....

Data sekcji ogólnej .....

Data sekcji mózgu 14.07.1990 .....

Rozpoznanie kliniczne

waga mózgu utrwalonego 1500 g

Symetria mózg duży, artefaktycznie spłaszczony

prawa półkula wydaje się większa

Zniekształcenia W prawej okolicy czołowej rowki

(F<sub>2</sub>) tkwi rurka polyetylenowa średnicy

2 mm (shunt komorowy).

zakręty

Opony w rowkach zmleczałe, naczynia żyłne

wybitnie nastrzyknięte, na podstawie mózgu opony zmleczałe. Przez

Przestrzenie podoponowe zciężczała blaszkę prześwieca rozdęta komora III

Naczynia podstawy cienkie, przezierne, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W okolicy nad blaszką czworaczą widoczny guz wielkości 1,5x1,0 cm o wzmożonej spoistości, na przekroju brunatny, ściśle zespolony z nakrywką śródmózgowia, dość dohrze oddzielający się od opony miękkiej mózdzku, chrzęści przy przekrawaniu, poza częścią przylegającą do nakrywki sprawia wrażenie otoczonego torebką.

Pień Układ komorowy symetrycznie znacznie poszerzony (komory boczne) poszerzona także komora III. Spoidło wielkie i struktury sklepienia zciężczałe.

Mózdżek

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 25/90**

Material nadesłano z: Gdańska

Imię i nazwisko ..... Data zgonu .....

Wiek 27 lat ..... Data sekcji ogólnej .....

Data sekcji mózgu 14.07.1990 .....

Rozpoznanie kliniczne

waga mózgu utrwalonego 1500 g

Symetria mózg duży, artefaktycznie spłaszczony

prawa półkula wydaje się większa

Zniekształcenia W prawej okolicy czołowej rowki

(F<sub>2</sub>) tkwi rurka polyetylenowa średnicy

2 mm (shunt komorowy). zakręty

Opony w rowkach zmleczące, naczynia żyłne

wybitnie nastrzyknięte, na podstawie mózgu opony zmleczące. Prz

Przestrzenie podoponowe zcieńczałą blaszkę prześwieca rozdęta komora III

Naczynia podstawy cienkie, przeziernie, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W okolicy nad blaszką czworaczą widoczny guz wielkości 1,5x1,0 cm o wzmożonej spistości, na przekroju brunatny, ściśle zespolony z nakrywką śródmózgowia, dość dohrze oddzielający się od opony miękkiej mózdzku, chrzęści przy przekrawaniu, poza częścią przylegającą do nakrywki sprawia wrażenie otoczonego torebką.

Pień Urząd komorowy symetrycznie znacznie poszerzony (komory boczne poszerzona także komora III. Spoidko wielkie i struktury sklepienia zcieńczałe.

Mózdżek

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

v l. 29 lub 30

nr. 2

Zmian 19.05.90

diag. Tu cerebri (Pinealosse sup) Hydrocephalus ut  
St. p implantatione valvulae ventriculo-peri-  
tonealis. St. post. Collesapram tu cerebri.

Primum.

Infectio HIV parasitum cerebri inf antum.

Schiza: makroskopowo opus szarym  
w powrocie lewej puszki ocznej

Instytut Ludołubny  
Kibulka Chorob Zakonnych  
ul. Smoluchowskiego 16  
01-101

Gdańsk, 20.06.1990 r.

Skrócony odpis historii choroby

Wojewódzki Zespół Chorób Zakaźnych  
Instytut Chorób Wewnętrznych  
Klinika Chorób Zakaźnych  
ul. Smoluchowskiego 16  
80-014 Gdańsk  
Tel. 41-40-41

Chory \_\_\_\_\_ Nr Hist Chor 148/90

Lat 27

Zam Krotoszyn, Aleja Powstania Wielkopolskiego 48/2

Przyjęty dn 19.01.1990 r.

Zmarł 19.05.1990 r.

Rozpoznanie kliniczne: Tu cerebri. Pinealoma susp. Hydrocephalus.

St. post implantatione valvulae ventriculo-peritonealis/26.02.90/. St post cobaltotherapia. Pneumonia. Infectio HIV.

Paralysis cerebrealis infantuum s.f. hemiparesis dxtr.

Chory lat 27, narkoman, zakażony wirusem HIV, przeniesiony do Kliniki Chorób Zakaźnych w Gdańsku 19.01.1990 z Oddziału Reanimacji Kliniki Neurologii w Poznaniu z rozpoznaniem AIDS.

Zachorował w końcu grudnia 1989 r. Choroba rozpoczęła się bólami i zawrotami głowy, zaburzeniami widzenia i ~~zawrotami~~ równowagi. początkowo, od 29.12.89-10.01.90. leczony był w szpitalu w Krotoszynie skąd ze względu na ciężki stan ogólny, nasilające się zaburzenia świadomości przeniesiony został do Kliniki Neurologii A.M. w Poznaniu. Tu gorączkował wysoko, był niespokojny, pobudzony. Rtg klatki piersiowej b.z. Rtg czaszki-słabe wysycenie siodła tureckiego.

Płyn mózgowo-rdzeniowy-badany dwukrotnie 11 i 15.01.90., dwukrotnie lekko zażółcony, białko 48,90 mg%, obecne leukocyty i erytrocyty.

W surowicy krwi /po raz pierwszy /stwierdzono obecność p-ciał antyHIV. Test potwierdzenia dodatni.

W leczeniu zastosowano kroplówki nawadniające, penicylinę, SM, Metronida

zol, Biseptol, Riodacynę, Relanium, witaminy. Ustąpił niepokój i pobudzenie chorego, utrzymywała się gorączka, zaburzenia świadomości, ograniczony kontakt z chorym. Rozpoznano AIDS i chorego przeniesiono do Kliniki Chorób Zakaźnych w Gdańsku. Przy przyjęciu stan chorego średniociężki temp 39,3°C, akcja serca miarowa, 96/1', RR 100/60. Chory dobrze odżywiony, budowy atletycznej. Na skórze zmiany trądzikowe, liczne tatuaże obrazkowe świadczące o pobytach w różnych więzieniach oraz blizny po samookaleczeniach. Obwodowe węzły chłonne niepowiększone, obłożony język, pleśniawki na łuzówkach jamy ustnej. Akcja serca miarowa, tony czyste, prawidłowej akcentacji. Nad płucami liczne furczenia i świsty.

Jama brzuszna wysklepiona poniżej poziomu klatki piersiowej, wątroba i śledziona ukryte pod odpowiednimi łukami żebrowymi.

W badaniu neurologicznym stary niedowład połowiczny prawostronny/mózgowe porażenie dziecięce/, źrenic, oczopląs, automatyzmy ruchowe-wysuwanie języka, oblizywanie się, dodatnie objawy oponowe-sztywność karku i objaw Kerniga. Chory leżący, reagujący na ból, głos, spełnia proste polecenia. Konsultujący psychiatra rozpoznał encefalopatię i otępienny zespół psychoorganiczny.

Rtg klatki piersiowej, zatok bocznych nosa, czaszki-bez zmian.

OB 46/, leukocytoza 12,6G/L, badania "wątrobowe, elektrolity, próby wątrobowe, próby czynności nerek-prawidłowe.

Podjęrzewano zapalenie opon i mózgu u zakażonego HIV, nie można było wykluczyć etiologii bakteryjnej, zakażeń oportunistycznych ani też związku przyczynowego z wirusem HIV.

W leczeniu zastosowano antybiotyki, leki przeciwobrzakowe/Mannitol, Decadron/, Retrovir. Nastąpiła poprawa kliniczna. Po 5 dniach leczenia obniżyła się gorączka, chory zaczął odpowiadać na niektóre proste pytania, spełniać niektóre bardzo proste polecenia, poparte odpowiednim gestem, sprawiał wrażenie otępiatego, nie zgłaszał potrzeb fizjologicznych. Obserwowano ruchy mimowolne w obrębie mięśni mimicznych twarzy, ruchy żucia, mlaskanie, niedowład ośrodkowy L nerwu VIIiVII, objawy pi-

ramidowe, prawostronne. <sup>N</sup> a dnie oczu zauważono niewielki obrzęk tarczy nerwu II /P i L/. <sup>L</sup> e względu na niejasny obraz kliniczny, niecharakterystyczne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w ostrym okresie choroby/ksantochromia płynu, obecność erytrocytów/, rozpoczynającą się stazę na dnie oczu, w celu wykluczenia guza mózgu, toksoplazmozy mózgu, krwotocznych zmian pourazowych, wykonano badanie TK głowy.

W obrazie TK stwierdzono wodogłowie wewnętrzne oraz obecność guza mózgu odpowiadającego <sup>tolechiasey gule</sup> szyszyniakowi.

Zastosowano intensywne leczenie przeciwobrzękowe oraz neurochirurgiczne, odbarczające - założono zastawkę komorowo-przeponową /26.02.90/.

Przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem płuc. Stan psychiczny chorego zaczął ulegać stopniowej, wyraźnej poprawie. Zmniejszyły się zaburzenia świadomości, chory zaczął rozmawiać, zgłaszać skargi, dolegliwości, potrzeby fizjologiczne. <sup>S</sup> am jadł; był rehabilitowany ruchowo.

Zmiany zapalne w płucach początkowo rozległe, powodujące pogorszenie stanu ogólnego chorego - duszność, gorączkę, wymagające antybiotykoterapii. powoli zaczęły ustępować.

W dalszym przebiegu choroby, w okresie regresji zmian zapalnych, po kolejnej konsultacji neurochirurgicznej <sup>prawy podobne</sup> /promienioczułość szyszyniaka/ i onkologicznej, zdecydowano o zasadności leczenia nowotworu naświetlaniami kobaltem. Stan ogólny chorego w tym czasie był dobry, chory nie gorączkował. Ponawiające się okresowo stany gorączkowe i nasilenie zaburzeń świadomości wiązano z działaniem <sup>indec. tl. chł. chł. chł.</sup> guza. Rozpoczęto naświetlania.

Po krótkotrwałej poprawie poprawie, po dalszych 3 tygodniach leczenia, 12 naświetlaniach /planowano 21/, stan chorego uległ pogorszeniu. Pojawiła się wysoka do 40°C gorączka, ponownie nasiliły się zaburzenia świadomości. W badaniu rtg klatki piersiowej obserwowano dalszą regresję zmian zapalnych. Przyjęto, że pogorszenia stanu chorego związane było z powiększeniem masy guza, jego rozpadem po naświetlaniach.

W leczeniu stosowano antybiotyki, leki przeciwobrzękowe.

Chory zmarł wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej,  
w dniu 19.05.90r, w 18 tygodniu leczenia i obserwacji klinicznej.

Rozpoznano: Tu cerebri/Pinealoma susp/.Hydrocephalus.St post implan-  
tatione valvulae ventriculo-pertonealis.Pneumonia.

Infectio HIV.Paralysis cerebralis infantuum s.f.hemipar-  
esis dxtr.

Na sekcji stwierdzono guz mózgu/guz szyszynki/ oraz ropniak lewej  
jamy opłucnowej.

Dr hab. med. Władysław Zieliński  
Szpital, ul. Mazowiecka 30 01-5  
Nr rej. 1462

APPO.0702