

Nr 81/99

Nazwisko

Wiek 34 lata

Dzień śmierci

27.06.1999r.

Sekcjonowany

w ..... godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:

6.08.1999r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol      Formol

1. Śródmózgowie
2. Most
3. Opuszka
4. Opuszka dolna
5. Rdzeń szyjny górny
6. Czoło l.
7. Zwoje podstawy l. z ogniskiem
8. Wczesne zwoje podst. l. z ogniskiem
9. Centralna l. ze zmianami ognisk.
10. Ciemie z ogniskiem
11. Skroń z amonem l.
12. Wzgórze l.
13. Potylicy l.
14. Potylicy p.
15. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia  
HE, klüver

Mikrofotografie, rysunki

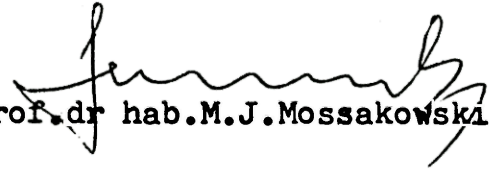
Rozpoznanie kliniczne

Rozpoznanie anatomiczne

Podbiegnięcie krwawe na powierzchni obu biegunów potylicznych i prawej półkuli mózgu. Układ komorowy znacznie poszerzony. Obustronne ognisko krwotoczne w istocie białej mózgu. Rozsiane ogniska patolog. w półkulach mózgu, dość dobrze odgraniczone, nie przekraczające ok. 1cm. Pień uszkodzony artefaktycznie na poziomie pogranicza śródmózgowia i mostu.

Rozpoznanie histologiczne

Toxoplasmosis cerebri. Encephalitis nodularis cytomegalica.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTITUT CENTRUM  
DOŚWIADCZALNEJ I KLIN  
ZAKŁAD NEUROLOGII  
02-106 Warszawa, ul. F. Dąbrowskiego 159  
Tel. 668 53 69, 608 6

Rozpoznanie kliniczne:

**Badanie neuropatologiczne:** Przypadek o bardzo zróżnicowanym i trudnym diagnostycznie obrazie mikroskopowym. Dominuje w obrazie morfologicznym obecność rozsianych występujących we wszystkich strukturach ośrodkowego układu nerwowego grudek zapalnych o zróżnicowanej wielkości, komórkowości, strukturze komórkowej, stopniu uszkodzenia tkanki i stosunku do otoczenia. Najliczniejszymi są stosunkowo, duże grudki, czasem osiągające rozmiary guzków bogatokomórkowych, o zbitym utkaniu komórek, głównie histiocytów i limfocytów, ostro odgraniczone od otoczenia i wyróżniające się uszkodzeniem tkanki na której są położone. Czasami w centrum większych guzków znajduje się pole martwicy z pojedynczymi makrofagami a niekiedy obojętnochłonnymi limfocytami. Takie grudki przypominają mikroropnie. Niektóre z nich zawierają centralnie położone naczynie, nierzadko z martwiczo zmienioną ścianą. Niektóre z guzków otoczone są wyraźnym pierścieniem rozplemu mikroglejowego. W większych grudkach widać chyba rozrastanie się włóknistej tkanki łącznej. Na przeciwległym biegunie są grudki znacznie ubożej komórkowe, złożone głównie z mikrogleju z małą domieszką histiocytów, o luźnym utkaniu i słabo odgraniczone od otoczenia. Ich cechą charakterystyczną jest znaczne rozluźnienie podłoża tkankowego. W ich częściach centralnych spotyka się homogenne, trudne do identyfikacji profile. Nierzadko położone są okołonaczyniowo. Być może grudki te stanowią fazę opisanych powyżej bogatokomórkowych guzków, ponieważ widoczne są różne formy pośrednie między obydwoma typami. Należy jednak odnotować że w kilku z luźnokomórkowych grudek widoczne były komórki, które możnaby uważać za nietypowe komórki CMV. Widoczne są ponadto drobne grudkowate skupienia mikrogleju położone przynaczyniowo, a nawet drobne ogniska rozrzedzenia utkania bez odczynu glejowego.

Naczynia śródmiaższowe wykazują obecność nacieków limfocytnych, zarówno okołonaczyniowych jak i śródściennych nierzadko przebiegających z wyraźnym uszkodzeniem ścian. Podobna sytuacja dotyczy opon miękkich w których przeważają nacieki limfocytarne umiarkowanej intensywności, luźne i przynaczyniowe. W kilku

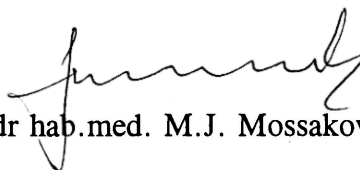
okolicach mózgu nacieki oponowe zmieniają swój charakter. Dotyczy to np. okolicy skroniowej i centralnej, gdzie nacieki stają się masywne, nabierają charakter zmian ziarninakowych z masywnym uszkodzeniem naczyń, wyrażającym się poszerzeniem i nacieczeniem przydanki, naciekiem wszystkich warstw ściany naczyniowej i złamaniem śródbłonnków. W okolicy skroniowej tak zmienione opony związane są z nieprawidłowościami tkankowymi, w postaci nagromadzenia licznych guzków zapalnych o opisanym poprzednio charakterze. Guzek związany bezpośrednio z oponami ma włóknistą strukturę i zbudowany jest z kglomeratów pasmowatych, żywo kwasochłonnych profili, pomiędzy którymi widoczne są limfocyty. Taki, przynajmniej częściowo, charakter ma kilka położonych tu guzków zapalnych, wśród których znajdują się liczne, obficie nacieczone naczynia. Krótkie, grube, kwasochłonne profile włókniste widoczne są w sąsiadującej ze zmianami mięszowymi, zmienionej zapalnie oponie miękkiej. Zmiany zapalne opony w okolicy centralnej związane są z ostro odgraniczonym od otoczenia położonym w oponie, guzkiem (wielkości ziarnka pieprzu) stanowiącym twór zbudowany ze zbitych mas elementów krwiopochodnych (monocyty, nieliczne neutrofile oraz komórki plazmatyczne). Twór ten sprawia wrażenie struktury otorebkowanej. W utkaniu guzka widoczne są festonowate pola martwicy skrzepowej. W jego utkaniu występują również naczynia z obficie nacieczonymi ścianami, zwłaszcza przydanką, oraz złuszczającymi się śródbłonnkami. Widoczne są tu również obfite włókniste rozrosty łącznotkankowe.

W istocie białej okolicy centralnej (sąsiedztwo kąta komorowego) oraz w korze i istocie podkorowej płatu ciemieniowego, występują większe twory, guzowate o średnicy około 0.5 i 1.0 mm, mają one zbliżony wzorzec strukturalny. Część centralną guzka w okolicy centralnej zajmuje nieregularne pole martwicy skrzepowej z zachowanymi zarysami obfitych elementów komórkowych. Ten rdzeń martwicy koagulacyjnej otoczony jest szerokim pasem martwicy rozplątanej, z licznymi makrofagami i bogatą siecią naczyń włosowatych i z mało zaznaczonym włóknistym odczynem wytwórczym. Na zewnątrz położony jest szeroki pas rozluźnionej istoty białej z namnożonym mikroglejem, ale bez odczynu gemistocytarnego. Tu również widoczne są okrągłe, ostro sztancowane kwasochłonne profile. Mogą to być rozszerzenia aksonalne, lub martwiczo zmienione torbiele końcowe toksoplazmozy. Twór guzowaty położony w okolicy

ciemieniowej - jest większy dwujamowy. Zajmująca pole centralne martwica skrzepowa rozpada się dwuogniskowo, wytwarzając dwie odgraniczone od siebie jamy. Wśród mas martwicy skrzepowej występują ugrupowania tworów odpowiadających trofozoitom toksoplazmozy, występującym bądź w torbielach końcowych bądź luźno w tkance. Na zewnątrz od mas skrzepowych znajduje się szeroki pas martwicy rozplywnej z licznymi makrofagami, nowo tworzącymi się naczyniami włosowatymi i delikatnym odczynem włóknotwórczym. Na zewnątrz położony jest szeroki pas obrzęklej tkanki nerwowej z lekkim odczynem mikroglejowym, z bez odczynu gemistocytarnego. Położone w tym obszarze komórki nerwowe wykazują masywne zmiany zwyrodnieniowe (martwica kwasochłonna). Ognisko ciemieniowe "przebija się" do przestrzeni podpajęczynówkowej, w której zaznacza masywny proces zapalny.

Z opisanych w obrazie makroskopowym zmian krwotocznych, jedynie w preparacie z mózdzku dostrzeżono brzeg ogniska krwotocznego, z widocznym okołonacyniowym naciekiem leukocytarnym.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Toxoplasmosis cerebri. Encephalitis nodularis cytomegalica.



Prof.dr hab.med. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 81/99**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 27.06.1999r  
Wiek .....34.....lata ..... Data sekcji ogólnej 29.06.1999r  
Data sekcji mózgu 8.08.1999r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów odporności. Posocznica gronkowcowa. Zapalenie płuc. Podejrzenie bakteryjnego zapalenia wsierdza. Owrzodzenie podudzia lewego. Stan po nacięciu ropnia pośládka prawego /maj 1999/ Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1570 g

Symetria zachowana ~~zachowana~~

Zniekształcenia Podbiegnięcia krwaw w rowki  
obrębie obu biegunów potylicznych zaniki  
oraz na dolnej powierzchni półkul zakręty  
mózdkowych, zwł. prawej. Artefak-  
Op<sup>ony</sup> tycznie uszkodzony pień - oderwane śródmózgowie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Dość liczne raczej drobne i regularne ogniska /zatorowopochodne?/  
w istocie białej obu półkul .  
Układ komorowy /komory boczne i III/ bardzo znacznie poszerzone,  
wewnętrzna ściana komór bocznych różowawo podbarwiona

Pień bez zmian ogniskowych

Mózdzek obustronnie ognisko krwotoczne w istocie białej obu półkul  
mózdzku, bardziej rozległe po stronie prawej

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman



lat 34, narkomanka

Przyjęta 16.06.1999r  
zmarła 27.06.1999r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności. Posocznica gronkowca. Zapalenie płuc. Podejrzenie bakteryjnego zapalenia wsierdza. Owrzodzenie podudzia lewego. Stan po nacięciu ropnia pośládka prawego /maj 1999/.

#### Skrót historii choroby

Czynna narkomanka od 20 lat, HIV-dodatnia od 1997r. Poprzednio przebywała w Oddziale w kwietniu/maju 1999r w związku z rozległym owrzodzeniem podudzia lewego. Po włączeniu antybiotykoterapii z grupy penicylin syntetycznych przy jednoczesnym stosowaniu leków przeciwbólowych u pacjentki wystąpił nasilony odczyn alergiczny o charakterze zapalenia skóry. Leczona chirurgicznie ze względu na rozległy ropień pośládka z dużym krwawieniem - nacięcie i drenaż. Kontynuowano leczenie antybiotykami aminoglikozydowymi oraz cefalosporynami, bez efektów ubocznych. Wypisana w stanie ogólnej poprawy z zaleceniem kontynuowania leczenia chirurgicznego w trybie ambulatoryjnym. Została również zakwalifikowana do Programu Methadonowego, do którego nie zgłosiła się. Od momentu wypisu nie wychodziła z domu, była bardzo osłabiona, gorączkowała, od kilku dni duszności. Od 2-3 tygodni naloty grzybicze w jamie ustnej, prawie nie przyjmuje posiłków. W 1987 roku przebywała na leczeniu w szpitalu nowowiejskim.

Przywieziona przez Pogotowie Ratunkowe w stanie ogólnym ciężkim, z utrudnionym kontaktem, sama nie wstaje z łóżka i nie siada. Na lewym podudziu ziarninujące duże owrzodzenie. Blizny po nacięciach na prawym pośládku. Na skórze dłoni i stóp drobne wybroczyny. Węzły chłonne obwodowe niewyczuwalne. Śluzówki jamy ustnej pokryte grubym nalotem grzybiczym. W zakresie płuc i serca bez odchyień. Tętno 72/min., RR 130/80. Wątroba wyczuwalna ok. ~~1~~ 1 cm poniżej prawego łuku żebrowego. Objawów oponowych nie stwierdzono.

W trakcie pobytu gorączkuje do 38,4. Z krwi wyhodowano gronkowiec złocisty. W Rtg płuc stwierdzono niewielką ilość płynu w szczelinie międzypłatowej podłużnej i zagęszczenia miąższowe w płacie środkowym płuca prawego.

27.06.99 ranc pielęgniarka dyżurna stwierdziła zatrzymanie czynności oddechowej i krążenia. Po zbadaniu chorej stwierdzono zgon.

Wynik sekcji ogólnej /29.06.99, dr med. Z.Kamiński/:

Endocarditis verrucosa valvulae mitralis sinistri cordis.

Abscessus parietis posterioris ventriculi sinistri cordis.

Abscessus multiplices pulmonum.

Infarctus recentes multiplices lienis et renum. Hepatosplenomegalia. Intumescencia lymphonodulorum.

Cicatrices glutei dextri. Ulceratio cruris sinistri /10x3 cm/.

Cachexia.