

Nr 21/95

Nazwisko

Wiek 42 lata

Dzień śmierci

15.02.1995 r.

Sekcjonowany 16.02.

1995
w godzin

po śmierci

Sekcja mózgu

4.03.1995 r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

- 1.śródmózgowie z
i. czarną
- 2.opuszka dolna
- 3.opuszka
- 4.most
- 5.zakręty proste
obustronnie
- 6.czoło lewe
- 7.jądra podstawy
lewe
- 8.okol.skroniowa
z amonem l.
- 9.wzgórze l.
- 10.okol. central-
na l.
- 11.okol. ciemie-
niowa l.
- 12.okol.potylicz-
na l.
- 13.móżdżek l.
- 14-15. nn.wzroko-
we l. i p.
- 16.skrzyżowanie
wzrokowe

Użyte metody barwienia

Hematoksylina i eo-
zyna, Heidenhain,
van Gieson, PAS,

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS, pcp, mykobakterioza, retinitis CMV

Rozpoznanie anatomiczne

Necrosis circumscripta cortico-subcorti-
calis in regione gyr. orbital. utriusque.
Hydrocephalus internus gradu mediocri.

Rozpoznanie histologiczne

Cytomegalia cerebri et leptomeningeum.
Aspergilloso focalis in regione gyro-
rum orbitalium utriusque.

Prof. M.J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: AIDS, pcp, mykobakterioza, retinitis CMV.

Badanie histopatologiczne:


W obrazie histopatologicznym przypadku dominującym elementem jest występowanie rozsianych zmian grudkowych obejmujących z bardzo zróżnicowanym nasileniem praktycznie wszystkie struktury ośrodkowego układu nerwowego. Grudki mają różną morfologię i rozmiary, we wszystkich jednak występują elementy histiocytarno-mikroglejowe z umiarkowanym komponentem astroglejowym. Odrębności morfologiczne grudek wyrażają się ich rozmiarami, stopniem zagęszczenia oraz stosunkiem do podłoża. W większości struktur są one drobne, wyraźnie ograniczone i położone są na podłożu nie wykazującym cech uszkodzenia. Obok nich występują grudki większe luźno-komórkowe i rozlewające się w tkance. Przeważają w nich na ogół elementy mikrogleju pobudzonego. W obszarach o większej intensywności zmian, takich jak okolica jądra zębatego mózdzku, czy część pokrywkowa i nakrywkowa śródmózgowia występuje w istocie rozlany rozplem mikrogleju z grudkowymi zagęszczeniami. Tu również widoczne jest wyraźne rozrzedzenie podłoża tkankowego, niekiedy z cechami zgąbczenia. Podobne delikatniejsze rozrzedzenie utkania widoczne jest na obwodzie rdzenia podpuszkowego; widoczne tu jest również pomnożenie przerosłego mikrogleju. W części grudek lub w ich sąsiedztwie widoczne są typowe komórki CMV; są one szczególnie obfite w okolicy jądra zębatego mózdzku w którym widoczne są liczne neurony z typowymi śródjądrowymi wtrętami CMV. W niektórych grudkach w ich części centralnej znajdują się kwasochłonne, duże cienie komórkowe, odpowiadające zapewne zmienionym komórkom CMV. Zmiany o opisanym charakterze są najbardziej nasilone w istocie białej i w jądrze zębatym mózdzku, w dalszej kolejności w strukturach pnia mózgu, a zwłaszcza w śródmózgowiu, a także w preparatach zawierających wzgórze i jądra podstawy. W formacjach korowych i podkorowych półkul mózgu zmiany o tym charakterze są skąpe i mają nieznaczne nasilenie. W preparatach korowych spotyka się natomiast w bardzo zwókniałych oponach stosunkowo obfite nacieki zapalne z udziałem limfocytów i komórek plazmatycznych, wśród których występują typowe komórki CMV.

We wszystkich formacjach mózgu spotyka się pojedyncze przynaczeniowo położone twory, w których możnaby dopatrywać się cech małych komórek wielojądrowych. Nie towarzyszą mu żadne zmiany tkankowe. Ich identyfikacja wymaga wykonania badań immunocytochemicznych.

Innego charakteru proces dotyczy okolicy symetrycznych zakrętów prostych i przylegających do nich zakrętów oczodołowych obu półkul, zajmujący częściowo skrzyżowanie wzrokowe i dystalne odcinku nerwów wzrokowych a nawet w niewielkim stopniu opony miękkie płata czołowego lewego. W preparatach przeglądowych widoczne jest wyraźnie zdemarkowane girlandą zgąbczenia tkankowego rozległe pole martwicy selektywnej tkanki, w której bardzo znacznej redukcji uległa populacja neurocytów; zachowane komórki nerwowe wykazują cechy znacznego uszkodzenia i rozpadu. Obszar ten otoczony jest rozległym polem obrzęku, wyrażającego się w barwieniach mielinowych rozlanym zblednięciem osłonek. W oponach miękkich oraz w przestrzeni podpajęczynówkowej widoczny jest gruby korzuch nacieku zapalnego w którym dominują obojętnochłonne leukocyty monocyty oraz ziarnisty detryt komórkowy. W głębi szczeliny międzypółkulowej i w rowkach półkul naciek ten niejednokrotnie przechodzi na powierzchniowe warstwy kory (wykazujące tu cechy pełnej bezodczynowej martwicy) przez ciągłość, a także wnika wzdłuż naczyń do jej głębszych warstw, a nawet do istoty białej. Zarówno w oponie miękkiej jak i w przestrzeni podpajęczynówkowej i w tkance ściany naczyń wykazują masywne nacieki, a w znacznej części spośród zajętych naczyń ich światło wypełnione jest zakrzepami. Wśród zmian zakrzepowych widać liczne podłużne i poprzeczne przekroje nici kropidlaka. Światła niektórych naczyń wypełnione są całkowicie kłębowiskami nici grzyba. W stosunkowo nielicznych naczyniach nici widoczne są w utkaniu ich ścian. Liczne naczynia, zwłaszcza mniejszego kalibru zarówno w oponach i w tkance wykazują cechy martwicy ścian. W ich sąsiedztwie spotyka się rzadko nici grzyba położone poza naczyniowo. Obok mózgowych rowków, wypełnionych elementami nacieku zapalnego widoczne są również rowki wypełnione ściętym bogatobiałkowym płynem wysiękowym. W tkance w otoczeniu martwiczo zmienionych naczyń widoczne są wybroczyny krwi. Proces zapalny o wyżej opisanym charakterze obejmuje grzbietową część skrzyżowania wzrokowego.

W jednym z nerwów wzrokowych umiarkowany naciek zapalny nie ogranicza się do torebki, lecz wzdłuż przegród łącznotkankowych wnika w utkanie pęczka wzrokowego.

Rozpoznanie: Cytomegalia cerebri et leptomeningeum. Aspergillosis focalis in regione gyrorum orbitalium utriusque.


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 21/95

Materiał nadesłano z: Oddział X - Instytut Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 15.02.1995 r.
Wiek 42 lata Data sekcji ogólnej 16.02.1995 r.
Data sekcji mózgu 4.03.1995 r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS, pcp, mykobakterioza, retinitis CMV.

Symetria zachowana, na pow. podstawnej zakręty oczodołowe przyśrodkowe
zwłaszcza po str. prawej o obniżonej spoistości i szarym zabarwieniem
Zniekształcenia wieniu. bez zagłębienia
rowki bez zaników
zakręty

waga mózgu utrwalonego 1400 g

Opony cienkie, przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy nie zmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

na przekrojach zakręty proste obustronnie, bardziej po stronie
prawej o zatartym rysunku kory, szare, sklezione ze sobą.

Układ komorowy symetryczny, umiarkowanie poszerzony

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

, 42 lata, kawaler

Przyjęty 27.12.1994 r.
zmarł 15.02.1995 r.

Rozpoznanie kliniczne: AIDS, pcp, mykobakterioza, retinitis CMV.

P-ciała anty-HIV stwierdzono na wiosnę 1993 r. /zakażenie prawdopodobnie przez stosunek homoseksualny/. Wiosną 1993 przebył śródmiąższowe zapalenie płuc /najprawdopodobniej pcp/, wyleczone biseptolem, poziomy odporności komórkowej od początku niskie - wiosną 1993 r. ok. 100 CD4/mm³, leczony retrovirem przez kilka miesięcy do początku 1994 r., leczenie wstrzymano z powodu nieskuteczności terapeutycznej /poziom CD4 spadł do ok. 50/mm³/. Próby leczenia videxem zarzucono wobec podniesienia się poziomu diastaz po podaniu tego leku.

Pracował zawodowo do zimy 1994 /był pracownikiem WARS na liniach dalekobieżnych/, z pracy zwolnił się z powodu niedyskrecji lekarza zakładowego. Wiosną 1994 zaczął odczuwać sensacje wynikające z hipotonii ortostatycznej, a także swędzenie skóry i bóle mięśniowe. W morfologii krwi stwierdzono znaczny odsetek krwinek kwasochłonnych /od kilkunastu do 30%/. W wydzielinie z dwunastnicy nie znaleziono pasożytów, także liczne badania kału w tym kierunku były negatywne. Zauważono narastanie pigmentacji skóry całego ciała /oziom kortyzolu w normie/. Latem 1994 pojawiły się wysokie gorączki /39° i powyżej/, w lipcu 1994 na wakacjach w górach w upalny dzień miał epizod drgawek toniczno-klonicznych z utratą przytomności. W sierpniu 1994 hospitalizowany - gorączkował do 39°, w rozmazie krwi 20% eozynofili/. Ponowne badania w kierunku pasożytów negatywne, posiewy krwi również ujemne, p-ciała przeciwko toksoplazmozie w normie, p-ciała przeciwko CMV w klasie IgG poziom 10 x wyższy niż w normie, w klasie IgM - negatywne.

W październiku okulista rozpoznał retinitis CMV, również w październiku 1994 w preparacie z wycinka z węzła obwodowego wykryto liczne prątki kwasooporne, wykryto je również w płwocinie w preparacie bezpośrednim przy braku zmian w płucach; włączono leczenie p-gruźlicze.

W końcu grudnia 1994 do Oddziału przyjęty w stanie ogólnym średnim, wyniszczony, osłabiony, przytomny, skóra o wzmożonej pigmentacji, węzły chłonne obwodowe wielkości śrutu. Płuca b.z., czynność serca miarowa 88/min, RR 99/60. Wątroba wystaje na jeden palec z pępku żebrowego, objawy oponowe ujemne. Leczony gancyclovirem - przyjeżdżał na kroplówki z przerwami na sobotę i niedzielę. Pod koniec I dekady stycznia wysoko zagorączkował, hospitalizowany w celu wykonania badań diagnostycznych. Do końca stycznia w stanie ogólnym ciężkim, gorączkuje torem hektycznym, b.wyniszczony i osłabiony. W początku lutego pojawiła się duszność wdechowa i objawy osłuchowe ze strony płuc, włączono leczenie typowe dla pcp, nie uzyskano większej poprawy. Zgon wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Parametry we krwi /morfologia, układ krzepnięcia, białka w surowicy/ typowe dla AIDS.

Wynik sekcji ogólnej /16.02.1995 - dr med. Z.Kamiński/:

Embolia arteriae pulmonalis. Thrombus parietalis venae cavae superioris, atrii et ventriculi dextri cordis. Infarctus recens et infarctis inveteratus lobi inferioris pulmonis sinistri. Induratio venostatica pulmonis dextri et fere completa pulmonis sinistri. Adhaesiones planiformes pleurae dextrae. Atrophia glandularum supra renalium. Cyanosis cutis. Colitis chronica polyposa partim haemorrhagica diffusa. Cachexia. Status post drainagem venae cavae superioris recenter factam.