



UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIE
"IULIU HATIEGANU" CLUJ-NAPOCA
ROMANIA
SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ
ATI Chirurgie I



BILET DE IESIRE

NUMELE ZAINESCU PRENUMELE RAZVAN
VARSTA 31ani
DOMICILIU jud BUCURESTI, loc. BUCURESTI
PERIOADA INTERNARII 28.12.2008- 17.01.2009 F.O.: 28986

Diagnostic: STARE POST STOP CARDIO-RESPIRATOR RESUSCITAT.
ENCEFALOPATIE ANOXIC-ISHEMICA. COMA GR IV. EPILEPSIE
AUTONOMA.

Laborator: 28.XII.2008: Hb=15,3mg/dl, Ht 46%, L11000/mm³, Tr 196000,
Na 145, K 2,8, glicemie 385, uree 24, creatinina 1,6, TGO/TGP 76/97, BT 0,44, LDH
481, amilaze.86, CK 219, CK-MB 76.

17.01.2009: Hb 9,3, Ht 27, L11400, Tr 268000, glicemie 119, uree 91,
creatinina 1,5, Na 136, K 4,7, TGO/TGP 142/80, VSH 77/116, fibrinogen 688,
procalcitonina 0,26, TQ 15,1, APTT 31, IP 61,9, INR 1,29.

Rx toracic (28.12.2008, 29.12.2008; 07.01.2009; 9.01.2009;15.01.2009-): fara
modificari pleuro-pulmonare.

Examen toxicologic la internare negativ pentru benzodiazepine, fenotiazine,
barbiturice, antidepresive, CO negativ, alcoolemie 0.

Imunochimie: T3 1nm/l, T4 69,3nm/l, FT4 13,2nm/l, TSH 3,59 microUI/l,
FT# 2,6pmol/l.(T3 si FT3 scazute sub limita inferioara). Proteina C 77%, proteina S
115%, antitrombina II 96% (limite normale).

Examen bacteriologic LCR- cultura LCR negativa, resctie Pandy negativa,
glicorahie 113 (v.n. 45-80 ng/dl), proteinorahia 64,2 (v.n. 20-40 mg/dl), citologie LCR
cu rare limfocite.

ECG: tahicardie sinusala 120/ min, tendinta la supradenivelare St difuza,
aplatizarea undelor T cu caracter difuz.

Ecocord14.01.2009: minima colectie pericardica ce poate explica modificarile
ECG, dar nu si instabilitatea hemodinamica, hipokinezie la nivel SIV, Ao
ascendenta 24, AS 36, aorta toracica 17, VS 46, VD 24, SIV 11, PPVS 10 (Dr.
I.Marian)

CT 28.12.2008, 29.12.2009, 03.01.2009: nu se evidentiaza leziuni focale ,
sistem ventricular simetric, nedilatat. Structurile liniei mediane nedeplasate.
Colectie lichidiana la nivelul sinusului maxilar stang. Fara leziuni traumatice
osoase. Edem cerebral difuz.

RMN 07.01.2009: edem cerebral difuz, la nivelul nucleilor lenticulari si
capsulei interne, brat posterior bilateral se evidentiaza leziuni inomogene, in
hipersemnal si hiposemnal T 1 si T2, cu extindere in uncus, fara priza de contrast,
cu semnificatia mai probabil de encefalita. Pansinuzita. Hematom epicranian. (Dr.
Anca Butnaru). Interpretare RMN Dr. Raus Iulian: multiple leziuni ischemice



UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIE
"IULIU HATIEGANU" CLUJ-NAPOCA
ROMANIA
SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ
ATI Chirurgie I

localizate la nivelul cortexului parietal, occipital, nucleii caudati si sistem limbic drept. Leziuni ischemice produse prin hipoxie cerebrala.

EEG: Dr. Mariesan Diana: traseu hipovoltat, lipsit de ritm α , sunt prezente unde lente delta, si ocazional descarcari sub forma de unde lente trifazice. Traseu incetinit difuz, ocazional descarcari iritative sub forma de unde bi si trifazice.

Microbiologie: urocultura negativa recoltata la internare, hemocultura negativa 08.01.2009, 09.01.2009 urocultura, secretie traheala si insamantare CVC - Acinetobacter baumannii sensibil la colistin, si intermediar sensibil la tigeciclina, levofloxacin, cloramfenicol.

Epicriza

SMURD: pacient gasit in asistolie, resuscitare de aproximativ 40 min, cu reluarea ritmului sinusal.

UPU: consult neurologic- Dr. Mariesan Diana- indica terapie depletiva, antioxidante, anticonvulsivante.

Consult neurochirurgical: fara indicatie de interventie chirurgicala.

Pacient in varsta de 31 ani se interneaza in urgenta in data de 28.12.2008 cu diagnosticul la internare de stare post resuscitare cardio-respiratorie. La preluare in terapie intensiva pacientul este i.o.t. si ventilat mecanic, cu respiratii spontane ineficiente, cu convulsii tonico-clonice generalizate, cu pupile egale, simetrice, cu reflex pupilar fotomotor prezent, stabil hemodinamic. Se continua ventilatia mecanica, sub control PaCO₂ si SaO₂, se administreaza thiopental in bolus, urmat de infuzie continua pe seringa automata, cu controlul convulsiilor, TAM peste 90mmHg. Se administreaza depletive cerebrale. Se monteaza SNG, CVC (Vena jugulara interna dreapta, apoi vena jugulara interna stanga, apoi vena subclavie dreapta), cateter arterial, se monitorizeaza param. functiilor vitale. Se introduce antibioterapie, protector gastric. Febril la 7 ore de la internare 39. Dupa 48 ore de administrare a thiopentalului se opreste infuzia continua, necesitand reintroducerea datorita reaparitiei convulsiilor generalizate. Se mentine neurologic stationar: reflexe de trunchi cerebral prezente, la stimuli durerosi apar mioclonii. In evolutie necesita ajustarea dozelor de thiopental, pacientul repetand episoadele convulsive. Se introduce in terapie suport inotrop pentru mentinerea TAM mai mare de 100mHg datorita tendintei la hipotensiune. Se repeta investigatiile complementare, CT cranian, se efectueaza RMN (vezi rezultat F.O.), EEG, se repeta consulturile neurologice:

29.12.2008 Dr. Vacaras V. : status neurologic nemodificat fata de examinarea anterioara (vezi UPU), coma GCS Glasgow 3 puncte. Encefalopatie hipoxic-ischemica post resuscitare cardio-respiratorie. Se indica anticonvulsivante si depletive cerebrale, vitamine neurotrope.

09.01.2009 Dr. Florina Moldovan: epilepsie autonoma?, mioclonii secundare hipoxiei, , coma 3 puncte, recomanda continuarea tratamentului.

15.01.2009 Dr. Florina Moldovan: evolutie stationara din punct de vedere neurologic.



UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIE
"IULIU HATIEGANU" CLUJ-NAPOCA
ROMANIA
SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ
ATI Chirurgie I

Se mentine febril pe toata durata internarii. Se efectueaza punctie lombara si ex LCR (vezi F.O.).

In urma consultarilor de specialitate se stabileste diagnosticul de encefalopatie hipoxic-ischemica, cu indicatia neurologilor de continuare a terapiei anticonvulsivante si de sustinere a functiilor vitale.

Pe parcursul internarii se alimenteaza enteral, cu toleranta digestiva buna, se continua administrarea antibioticelor in functie de culturile obtinute (14 zile Cefort 4g/zi, ulterior Colistin 8mil/zi), protector gastric, anticoagulant, thiopental (la incercarea de reducere a dozelor prezinta reaparitia convulsiilor- se continua administrarea pe siringa automata pana la externare) si neurotrope.

In data de 17.01. 2009 se afla sub terapia:

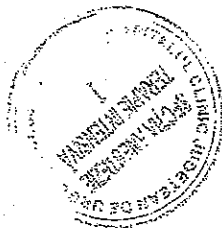
1. Glucoza 10% 2x500ml + 10 UI insulina, calciu gluconic fl, vit. B1 si B6 fl, aspatofort fl
2. Ringer 500ml + Tracutil fl
3. Aminoven 500ml
4. Colistin 2mil Ui la orele 12,18,24,06.
5. Levofloxacin 500mg la ora 18.
6. helacid 20mg ia ora 22
7. Clexane 40mg sc la orele 18 si 06
8. Algocalmin antipiretic la nevoie
9. noradrenalina pe siringa automata (18mg/ 50ml)- 2ml/ora.
- 10: Thiopental (25mg/ml)- 4ml/hr
11. Fresubin 1000ml/zi pe sonda nazo-gastrica.

Se transfera la Bucuresti- Spitalul Municipal cu echipaj SMURD (transport aerian).

Data
17.01.2009

Medic curant

CONI HAGEIU NATALIA



Dr. COCU SIMONA
medic specialist A.T.I.
cod 892608