

**Spital Universitar**  
**dr. A. Jurasz din Bydgoszcz**  
**Universitate Mikolaj Kopernik din Toruń,**  
**Collegium Medium din Bydgoszcz**  
**CATEDRA si CLINICA de RECUPERARE**

**Seful Clinicii: dr hab. n. med. Wojciech Hagner profesor UMK**  
**85-094 Bydgoszcz, ul. Curie-Sklodowskiej 9**  
**tel./fax ( 052 ) 585-40-42, 585-43-30**  
**e-mail: [klreh@cm.umk.pl](mailto:klreh@cm.umk.pl)**

**FISA INFORMATIVA REFERITOARE LA TRATAMENTUL APLICAT IN SPITAL**  
**ISTORICUL BOLII NR 15976/09**

**Pacient: Razvan Zainescu nascut 1977.09.06**

**Domiciliat: str. Iancului nr. 10bl.114B, Bucuresti**

**A fost internat in Clinica: din 26.05.2009 pana in 22.07.2009**

**Diagnosticare clinica finala:**

Pareza spastica (G82.4) a celor patru membre. Starea dupa NZK (Oprirea brusca a circulatiei sangvine) ) 28.12.2008 in urma unei crize tonice generale. Starea după reanimarea prelungita. Starea după trei saptamani de coma Thiopental datorata convulsiilor. Stare după ARDS (sindromul insuficintei respiratorii acute). Colonizarea cu stafilococul auriu (MRSA). Tromboza venelor membrului inferior drept si a venei axilare stangi

**Tratamentul administrat:**

- **Exercitii de recuperare, verticalizare, metode speciale, elektroterapie, sonoterapie, laseroterapie**
- **Logoterapie, psihoterapie.**
- **Tratament farmacologic:**

Keppra, Betaloc ZOK, Controloc, Myolastan, Nootropil, Efectin ER, Protifar, Clonazepam, Cerebrolysin, Nutrison Energy, Warfin, Asentra, Taromentin, Clexane, Hydroxyzinum, Relset, Depakine Chrono, Lactulosum, Bisacodyl, Hibitan

**S-au efectuat urmatoarele analize de diagnosticare:**

**CRP <5.00mg/l**

**Ag HBs (-) negativ**

**Anty HCV (-) negativ**

**Morf.: WBC  $6.72 \times 10^3$ /ul, RBC  $5.02 \times 10^6$ /ul, HGB 13.4g%, HCT 41.1%, PLT  $250 \times 10^3$ /ul.**

**Morf.: WBC  $6.16 \times 10^3$ /ul, RBC  $5.14 \times 10^6$ /ul, HGB 13.8g%, HCT 41.4%, PLT  $234 \times 10^3$ /ul.**

**Morf.: WBC  $9.79 \times 10^3$ /ul, RBC  $4.89 \times 10^6$ /ul, HGB 13.2g%, HCT 41.4%, PLT  $277 \times 10^3$ /ul.**

**Urina - analiza generala: SG: 1,020,; PH: 5,0; NIT: negativ, PRO: negativ, GLU: normal, KET: negativ, UBG: normal, BIL: negativ, ERY: negativ., LEU: 25 leu/ul**

**Albumina: 5.8g/dl.**

**Biochimia:** glucoza 85 mg%, creatinina 0.65 mg%, BUN 16.6mg%, AspAT 32U/l, AlAT 46 U/L

**Electroliti:** Na 141.4 mmol/l, K 4.1 mmol/l, Cl 105.7 mmol/l

**Cholesterol total:** 137mg/dl

**Ukl coagulare:** INR 3.48, 3.86, 4.58, 4.01, 4.03, 3.923.22, 3.412.83, 2.12, 2.81, 2.37, 1.54, 1.97, 1.91, 2.29, 2.49, 2.03, 1.98, 2.19, 1.89, 2.35, 3.05

**Cultura de urina (analiza bacteriologica)(03.06.2009): negativ**

**Rtg cutiei torace (09.06.2009):** radiografia in pozitia culcat. Campus pulmonar fara concentratii solidificate. Umbra mediana in limitele normale.

**Rtg de verificare a cavitatii abdominale (09.06.2009):** Radiografia in pozitia culcat. Umbra gastrostomiei. Umbra metalica sau corpuri straine nu sunt prezente.

**Ecografia doppler a venelor coapsei drepte si a umarului stang (28.05.2009):** Tromboza venei de suprafata a coapsei drepte pe toata lungimea. Vena comuna coapsei, vena popliteala si segmentele vizibile proximale venelor profunde ale gambei cu peretii subtiri, flexibili, fara un reflux patologic. Transfer spontan spre inima cu pastrarea fazelor respiratorii. Venele ambelor oase ale gambei nu sunt obturate. Venele membrului superior drept nu prezinta modificari.

**Ecografia Doppler a venelor membrului inferior drept si a membrului superior stang (16.07.2009):** Ecografia efectuata in pozitia culcat. Vena comuna de suprafata a coapsei drepte are pereti ingrosati, este limitata la presiune cu prezenta fragmentelor de coagulare, care limiteaza lumina de curgere pana la 50 % pe traiectul venei de suprafata a coapsei si pana la 80% pe traiectul venei comune a coapsei – situatia dupa o recanalizare partiala. Vena popliteala si segmentii vizibili proximali venelor profunde ale gambei fara exponentele trombozei. Sistemul venelor profunde si superficiale ale membrului superior stang, fara caracteristici specifice trombozei. Vena axilara nu este accesibila analizelor datorita contractatiei musculare. Absenta curgerii in segmentul apropiat cervical inferior stang - modificari postcoagulare. Situatia dupa o recanalizare partiala in apropierea venei subclaviculare stangi. (peretii ingrosati, inegali, lumina venei ingustata)

**Electroencefalograma EEG (10.06.2009):** Inregistrare incorectă Prezente modificari pe suprafata templei stangi sub forma unor valuri singulare puternice si valuri theta si delta prezente pe ambele parti, pe fondul unei activitati de baza nediferentiate si cu presiune joasa.

#### **Consultatii medicale de specialitate:**

**Consultatia chirurgului vascular: (29.05.2009):**

Tromboza venei de suprafata a coapsei drepte prezenta de 3 luni, tratata cu anticoagulant administrat per oral (INR terapeutic). Ecografia de control fara recanalizare. D-diameri in limitele normale. Propun continuarea tratamentului administrat in prezent, fara contraindicatii in privinta verticalizarii si recuperarii.

**Consultatia neurologului: (02.06.2009):**

Pacientul dupa (Oprirea brusca a circulatiei sangvine) cu pareza celor patru membre, a fost internat pentru efectuarea tratamentului de recuperare. Din discutie reiese ca aceasta stare a pacientului a aparut in urma unei crize asemanatoare cu criza de epilepsie (tonico-clonica cu pierderea cunostintei dar fara muscarea limbii, fara urinare necontrolata). Discutia a avut loc cu sotia pacientului intrucat discutia cu acesta nu a fost posibila nici in 2007 si nici in 2008. In prezent se mentin crizele cu rupturi musculare ale intregului corp. (mioclonie?) - nu a fost pus la dispozitie diagnosticul pus pana-n prezent. Pacientului i-a fost administrat piracetam si levitrazetam (de 4 luni) In prezent primeste cca 18g piracetam si 750mg levitrazetam. Din discutia cu sotia am aflat ca anterior pacientului i-a fost administrat acid valproin, insa lipsesc date referitoare la dozajul si la perioada de administrare.

**Dg:** Pareza cu caracter spastic, a celor patru membre cu absenta bilateralna a reflexelor membrelor inferioare si cu reflexe exagerate ale membrelor superioare (P>L). Pacientul este constient, fara contacte verbale logice, pastreaza reactiile la stimulenti durerosi. **Recomandari:** Electroencefalograma (EEG) si un nou consult cu rezultatul acestei investigatii.

**Consultatia medicului internist (03.06.2009):**

Administrarea Sertralinei poate accentua actiunea medicamentelor anticoagulante. Bolnavul nu prezinta simptomele diatezei hemoragice.

**Recomandari:** proteinogram, analiza posibilitatii de a renunta, pentru o perioada, la Sertralina, control zilnic INR, observatie. Tinand cont de intreaga imagine a bolnavului nu propun un tratament suplimentar.

**Consultatia medicului laringolog (08.06.2009):**

Bolnavul musca din lopatica de lemn aprox. 2,5 cm. Rana de pe buza inferioara sangereaza. Prezinta contractarea mandibulelor. Nu s-a constatat prezenta unui corp strain in cavitatea bucala. Rana situata pe buza inferioara nu necesita interventie chirurgicala.

**Recomandari:** terapia cu antibiotice, in cazul aparitiei unor complicatii recomand rtg esofagian cu contrast sau ezofagoscopie in cazul unei hipotoniei musculare totale. Dieta riguroasa.

**Consultatia medicului neurolog (19.06.2009):** Pacient după NZK. Testul neurologic - este constient, fara contact verbal, contact emotional, pareza spastica celor patru membre, pozitia indoit-intins, reflexele membrelor superioare P=L (dreapta egal stanga), la membre inferioare nu exista.

**Recomandari:** Nootropil bolus 12g/60ml i.v., Depakine Chrono 2 x 300 mg p.o.

1. Continuarea exercitiilor executate in Clinica.
2. Continuarea tratamentelor de recuperare la un Centru de Recuperare la locul de domiciliu.
3. Supravegherea de catre medicul de familie.
4. Consultatii periodice la medicul neurolog.
5. Consultatii periodice la medicul urolog.
6. Medicamentatie:

Keppra 250mg	1-1-1
Betaloc ZOK 100mg	1-0-1
Controloc 40mg	1-0-0
Myolastan	0-0-1
Nootropil 2.4g	4-4-0
Efectin ER 75mg	1-0-0
Protifar	(2-2-2) linguri
Clonazepam 0.5mg	2 tablete la nevoie
Cerebrolysin 10ml	peste trei saptamani 1-0-0 timp de trei saptamani, dupa care pauza de trei saptamani.
Nutrison Energy 0.5l	1-0-0
Warfin 22.07.2009-	3mg
23.07.2009-	4.5mg
24.07.2009-	3mg
25.07.2009-	3mg
26.07.2009-	4.5mg

## EPICRIZA:

Pacientul în vârstă de 31 de ani a fost internat la data de 26.05.2009 în Clinica de Recuperare pentru o pareză spastică a celor patru membre, pareză apărută în urma unui NZK (Oprirea bruscă a circulației sangvine) 28.12.2008. La data de 28.12.2008 a avut loc o criză tonică generalizată cu oprire progresivă a circulației sangvine. Bolnavul a fost reanimat timp de o oră (din care timp de 40 de minute de o echipă specializată) - informația primită de la mama bolnavului. Datorită prezentei convulsiilor bolnavul a fost introdus în starea de coma cu Thiopentalica pentru trei săptămâni. La bolnav a apărut ARDS (insuficiență respiratorie) și tromboza venei axilare. Bolnavul a prezentat apoi și o pneumonie (patogen Acinetobacter Baumannii), a avut loc și o colonizare cu stafilococul auriu (MRSA). Bolnavul a fost mutat din Clinica aflată la București în Clinica din München unde a fost supus unui program de recuperare. Cu toate că pacientului i-au fost administrate medicamente anticoagulante, s-a instalat tromboza venei membrului inferior drept. Ținându-se cont de prezenta miocloniei și de pericolul apariției convulsiilor, în tratamentul pacientului a fost introdus Levetiracetam (Keppra), fapt care a dus la diminuarea miocloniei. Pacientului i-a fost administrată de asemenea și toxina botulinică în membre superioare cu scopul diminuirii convulsiilor care cuprind încheietura palmelor.

Din discuțiile purtate aflăm despre prezenta unui episod asemănător de criză tonică în anul 2007 (lipsa oricărei documentații) care a avut durată de câteva minute cu pierderi de memorie în privința faptelor anterioare. După această primă criză, bolnavul a fost diagnosticat în direcția epilepsiei sau a unor modificări ale sistemului nervos central (OUN), dar nu au fost demonstrate nici un fel de devieri față de cele normale și nu s-a prescris nici un fel de tratament. Din discuțiile cu mama pacientului reiese că acesta nu a suferit anterior de nici un fel de boli.

La internare bolnavul este conștient, fără contact verbal logic, GCS 9 (4/1/4), nu execută indicațiile care i-au fost adresate, periodic fixează privirea, nu urmărește obiecte cu privirea, pareză spastică a celor patru membre, poziția îndoită a membrilor superioare și întinsă a membrilor inferioare, este prezent reflexul genelor, care este mult diminuat, încordare musculară mai ales a membrilor superioare și inferioare: în articulațiile distale 2 pe scara Ashworth, proximale 3 pe scara Ashworth. Reflexe profunde vii la membre superioare și diminuate la membre inferioare, reflexul Babinski, Chaddock, Rossolimo, Oppenheim bilateral negativ; apar sindroamele pozitive deliberate: sindromul Marinescu Radovici și cel al „boticului” (atavic?). Bolnavul prezintă inflamarea umărului stâng și a coapsei drepte - aparute în urma trombozei venoase

### Circumferința membrilor superioare:

- bratul 10 cm deasupra articulației cotului:	Stg. = 43 cm	Dr. = 28 cm
- deasupra articulației cotului:	Stg. = 32 cm	Dr. = 27,5 cm

### Circumferința membrilor inferioare:

- coapsa 15 cm deasupra rotulei:	Stg. = 40,5 cm	Dr. = 43 cm
- deasupra articulației genunchiului	Stg. = 39 cm	Dr. = 41 cm

Bolnavul să aflu permanent în poziția culcat cu sonda PEG, (Gastrostomia Endoscopica Percutanta) a fost verticalizat, este adaptat unui carucior pentru invalizi cu sprijin pentru cap și spate.

Pe parcursul spitalizării, pacientului i s-a făcut de două ori ecografia sistemului venos care a prezentat o regresie lentă a modificărilor. Circumferința membrilor afectate de tromboză s-a micșorat (membru superior stâng deasupra articulației cotului 31 cm, 10 cm deasupra articulației cotului 31 cm., membru inferior dreapta deasupra rotulei 41 cm., și 15 cm. deasupra rotulei 41,5 cm.).

In Electroencefalograma (EEG), prezentata de pacient inregistrarea este incorecta. Modificarile din regiunea templei stangi sub forma unor unde singulare puternice si a undelor theta si delta prezente bilateral pe fondul unei activitati de baza nediferentiate si cu presiune joasa.

In timpul internarii bolnavul a fost supus unei actiuni de electrostimulare a nervului median drept la parametrii adecvati starii de coma ( $t_i = 300 \text{ us}$ ,  $F = 40 \text{ Hz}$ ,  $I = 15-20 \text{ mA}$ ,  $T_z = 8 \text{ ore zilnic}$ ). I-a fost administrat Nootropil 12 g zilnic si Cerebrolysin, in scopul imbunatatirii contactului cu pacient.

Pe parcursul internarii s-a efectuat si un tratament de recuperare, care a inclus verticalizarea, (asezare in pozitii verticale) terapia conform modelor PNF si NDT Bobach. Exercitiile fizice au fost efectuate in diferite pozitii initiale – culcat pe spate, culcat pe o parte, in pozitii sezand si stand in picioare, s-a exersat deasemeni capacitatea pacientului de a se intoarce si roti.

In momentul de fata pacientul este constient, dar in continuare fara un contact verbal logic, fixeaza privirea, periodic intoarce privirea spre persona care ii se adreseaza, este alimentat cu ajutorul sondei PEG, sunt efectuate incercari da a-l hrani cu hrana de consistenta pireului. Pacientului i s-a aplicat o sonda exterioara. Bolnavul este dependent de o ingrijire si tratare complexa. Pacientul a fost externat intr-o stare generala stabila cu recomandarile prezentate mai sus.

La scara Barthel in timpul internarii: 0 pct. la externare: 0 pct.

La scara modificata Rankin: 5 pct.