

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

Cluj-Napoca | 27 – 29 Noiembrie 2023

VoluM de rezumate



Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Managementul acutizării unei insuficiențe respiratorii cronice restrictive și obstructive

Pneumonie acută necrotizantă la o pacientă cu boală pulmonară cronică restrictivă și obstructivă

Mândroc Dragoș¹, Mărgineanu Cătălina¹, Marin Aurel², Asăvoaie Carmen³, Andrei Adina³

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj – Clinica Pediatrie I

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj – ORL

³Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj – Laborator radiologie imagistică medicală

Encefalopatia hipoxic ischemică este o cauză importantă de deces, dar și de dizabilitate pe termen lung la supraviețuitori, favorizând apariția retardului de dezvoltare neuropsihică și motorie. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 11 ani și 6 luni, cunoscută cu encefalopatie hipoxic ischemică formă severă de la naștere, retard psihomotor profund, dublă hemipareză mixtă dominant extrapiramidală, scolioză dorsolombară sinistroconvexă severă și epilepsie simptomatică – crize focale, care se internează pentru alterarea stării generale, accentuarea detresei respiratorii, polipnee, cianoză periorală, tuse seacă și febră.

Examenul obiectiv evidențiază stare generală alterată, dismorfism cranio-facial, deformări severe ale cutiei toracice și de aliniament ale măduvei spinării, insuficiență respiratorie cronică acutizată, cu accentuarea semnelor de detresă respiratorie și modificări steticastice pulmonare patologice. Examinările imagistice evidențiază zone de condensare pulmonară stângă. Traheo-bronhoscopia decelează țesut de granulație bronșic. Probele biologice recoltate au decelat markeri de sepsis și disfuncție hepatică de sinteză.

Se formulează diagnosticele de pneumonie acută stângă, sepsis cu punct de plecare pulmonar, insuficiență respiratorie cronică acutizată, la o pacientă cu patologie neurologică severă. Tratamentul inițiat este unul complex, multidisciplinar, vizând menținerea funcțiilor vitale, tratamentul acutizării insuficienței respiratorii cronice și al complicațiilor apărute la un pacient tetraplegic.

Evoluția sub tratament este favorabilă, cu ameliorarea semnelor de detresă respiratorie și normalizarea parametrilor biochimici. Pacienta se externează cu recomandarea de oxigenoterapie la domiciliu, montarea de gastrotub prin gastrostomă percutană endoscopică și continuarea tratamentului neurologic de fond. Modificările anchilozante care favorizează disfuncția respiratorie restrictivă reprezintă un factor de gravitate al episoadelor de infecții respiratorii la pacienții neurologici. Cazul prezentat este unul complex, cu mulți factori de risc pentru repetarea episoadelor de acutizare, necesitând o abordare multidisciplinară atât pentru tratamentul acestora cât și pentru prevenția lor.

Cuvinte cheie: pneumonie, insuficiență respiratorie, detresă respiratorie, tetraplegic, obstructiv, restrictiv.

Referințe:

- 1) Zimmerman JL. Respiratory failure. Blood Purif. 2002;20(3):235-8. doi: 10.1159/000047014. PMID: 11867869.
- 2) Chebbo A, Tfaili A, Jones SF. Hypoventilation syndromes. Med Clin North Am. 2011 Nov;95(6):1189-202. doi: 10.1016/j.mcna.2011.09.002. PMID: 22032434.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Capcane în diagnosticul artritei la sugar

Mara Similie¹, Lucia Sur^{1, 2}, Otilia Fufezan¹, Alexandru Bolunduț^{1, 2}, Emanuela Duca¹, Ioana Șoșă¹
¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca
²UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Introducere:

Diagnosticul diferențial al artritei la sugar poate fi dificil, dat fiind că intensitatea durerii și gradul de impotență funcțională sunt greu de apreciat. Asocierea cu alte semne și simptome clinice, investigațiile bio-umorale și paraclinice ghidează diagnosticul. În cazurile în care etiologia artritei rămâne incertă, reluarea anamnezei și urmărirea atentă a evoluției clinice pot elucida etiologia. Lucrarea de față subliniază importanța acestui diagnostic diferențial prin prezentarea unui caz de artrita tuberculoasă diagnosticată la un sugar cu pneumonie rezistentă la antibioterapie și tumefacție a genunchiului stâng.

Prezentarea cazului:

Este prezentat cazul unui pacient în vârstă de 6 luni care se prezintă în serviciul nostru pentru tumefierea genunchiului stâng și tuse productivă. Acesta provine dintr-o sarcină nedispensarizată, nu este vaccinat, iar cu 3 săptămâni în urmă a fost spitalizat pentru un episod de bronșiolită cu VRS. Examenul obiectiv decelează raluri crepitante în hemitoracele drept și hepatosplenomegalie ușoară. Paraclinic prezintă sindrom inflamator, anemie hipocromă microcitară și serologie pozitivă pentru HSV. Imagistic se decelează la nivel pulmonar un focar de condensare și arii de sticlă mată, iar la nivelul genunchiului aspect inflamator al sinovialei și o colecție mică. Se iau în considerare sinovita tranzitorie și artrita septică ca principale diagnostice diferențiale și se inițiază antibioterapie cu spectru larg și corticoterapie. Evoluția nu este favorabilă, cu persistența sindromului inflamator, accentuarea trombocitozei și persistența anomaliilor la radiografia toracică. Focarele hiperecogene hepatice și splenice decelate la ecografia abdominală, precum și datele obținute la reluarea anamnezei orientează diagnosticul spre tuberculoză miliară. Acesta este confirmat prin testare PCR a aspiratului gastric. Evoluția cazului este favorabilă sub tratament cu patru tuberculostatice și corticoterapie.

Concluzie:

Diagnosticul diferențial al artritei trebuie să ia în calcul și etiologia tuberculoasă, mai ales în zone endemice. Datele anamnestică, lipsa imunizării împotriva bacilului, precum și afectarea altor sisteme și organe pot orienta clinicianul către acest diagnostic.

Cuvinte cheie: artrita tuberculoasă, tuberculoză miliară, cauze de monoartrită.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Particularități și impedimente în resuscitarea la copilul din prespital

Bianca Iancu¹, Irina Szekernyes²

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca – UPU-SMURD

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca – UPU Pediatrie

Introducere:

Stopul cardio-respirator în rândul populației pediatrice reprezintă un fenomen relativ rar întâlnit, cu impact psihologic major asupra echipelor medicale, cât și asupra familiei. Cu atât mai mult, stopul cardio-respirator care apare în prespital reprezintă o provocare și mai mare pentru personalul specializat ca impact psihoemoțional.

Obiectiv:

Prezentarea de față evidențiază particularitățile unei resuscitări la copil în prespital, cât și impedimentele care pot apărea pe parcursul acesteia.

Prezentare de caz:

Este vorba de cazul unui copil în vârstă de 3 ani care a fost găsit de către părinți inconștient într-o baltă cu apă. A fost alertat un echipaj de prim ajutor care a ajuns primul la caz, constatând stopul cardio-respirator, ulterior fiind alertat echipajul de Terapie Intensivă Mobilă să vină în sprijin. Totul a reprezentat o luptă contra cronometru, fiind vorba de SCR la un copil. Din cauza unor defecțiuni tehnice la ambulanța TIM, (moment în care se solicită în dispecerat sprijinul unui elicopter) echipajul a fost nevoit să schimbe ambulanța cu mașina de intervenție rapidă pentru medic. La locul solicitării, echipajul de prim ajutor efectua deja suportul vital de bază, iar echipajul de pe TIM preia resuscitarea într-un mediu foarte ostil, în ciuda faptului că s-a scurs mult timp, și pacientul se afla în asistolie. Securizarea căii aeriene a reprezentat un element crucial, fiind vorba de o cale aeriană dificilă neanticipată, din cauza particularităților anatomice și fiziologice ale copilului, dar mai ales din cauza mecanismului de producere al stopului, care nu a fost clar de la bun început, și fără ca echipajul să dispună de toate resursele necesare pentru aceasta. În ciuda resuscitării prelungite, efectuate atât de către echipajul de prim ajutor, de echipajul de pe TIM, cât și de către echipajul de pe elicopter, în final s-a declarat decesul. Din păcate, cu toate resursele alocate, lanțul supraviețuirii nu a funcționat, trecând mult timp de la găsirea copilului, scoaterea acestuia din mediu, recunoașterea stopului cardio-respirator, alertarea prin 112, și începerea efectivă a resuscitării eficiente. Decizia de întrerupere a resuscitării a fost una foarte grea pentru echipajele medicale, cât și comunicarea acesteia către părinți. Ulterior, concluzia medicilor legiști a fost că stopul a survenit prin asfizie mecanică prin înec, deși din anamneza inițială a echipajelor ajunse a reieșit altceva.

Discuții și concluzii:

Cazul de față prezintă impedimentele și particularitățile resuscitării la un pacient pediatric în prespital. Provocările și punctele culminante ale acestei resuscitări au variat de la: educația populației laice în ceea ce privește scoaterea din mediu și suportul vital de bază, timpul scurs până la alertarea unui echipaj de prim ajutor și până la sosirea unui echipaj cu medic, problemele de natură tehnică apărute în drumul spre caz și logistica rezolvării lor, până la particularitățile căii aeriene la copil, dificultatea managementului medical și social al unui asemenea caz, impactul psihologic asupra echipajelor medicale și asupra familiei, cât și implicațiile medico-legale.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Urgențe respiratorii la copil

Insuficiența respiratorie acută cu indicație de suport circulator pentru vasculită reumatoidă complicată

Aszalos Iris

Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, ATI Chirurgie II - Hopital de la Timone Marseille, ATI pediatrică polivalentă

Introducere / Obiectiv:

Pacientă în vârstă de 22 de luni, 16 kilograme, fără APP semnificative, se prezintă în serviciul de urgență pentru alterarea stării generale, febră și dureri generalizate, inclusiv abdominale, examenul clinic evocând o purpură necrotico-hemoragică extinsă la nivelul membrelor, obiectiv se constată insuficiență respiratorie acută ușoară, SpO₂=92% în AA și hematurie cu proteinurie. Notăm că purpura necomplicată a fost evocată în consult ambulator pediatric în urmă cu 48 de ore.

Aceasta este transferată pe terapie intensivă pentru supraveghere unde prezintă o degradare rapidă și severă a funcției respiratorii și renale, cu impact hemodinamic necesitând suport vasoactiv, iar după 8h de oligoanurie sub infuzie continuă cu diuretic de ansă, se inițiază o ședință de hemodiafiltrare. În paralel se sedează, se intubează, se ventilează mecanic în special datorită hemoragiei intra-alveolare apărute, menționez că anticoagularea s-a efectuat doar la nivelul circuitului extracorporeal cu citrat-calcium. Clinic, purpura se extinde la nivel central, paraclinic se obiectivează CID. Datorită hipoxemiei severe persistente și a insuficienței cardiace drepte dezvoltate, se solicită echipa de resuscitare cardiacă pentru decizia unui suport extracorporeal pulmonar și/sau hemodinamic, în fața insuficienței respiratorii refractare, în ciuda optimizării ventilatorii de tip SDR și a poziționării în decubit ventral. Aceasta inițiază ECMO veno-arterial prin abord VCS-carotidian drept, pentru susținere inclusiv hemodinamică a șocului cardiogen asociat, fără îmbunătățire sub suport inotrop pozitiv.

Metode / Metodologie:

În ceea ce privește diagnosticul diferențial etiologic, se realizează biopsii ale leziunilor tegumentare, biopsie renală și pulmonară, care relevă multipli microtrombi omniprezenți, la imunofluorescență depozite de IgA intraendoteliale și crioglobulinemie, punându-se diagnosticul de vasculită mixtă post-infecțioasă, cu afectare multiorganică. Tratamentul decis este următorul: ședințe de plasmafereze zilnice, urmate de infuzie cu rituximab, corticoid și antibiotic empiric timp de 7 zile. Din punct de vedere al reanimării, evoluția ulterioară sub circulație extracorporeală este una lent favorabilă, suportul vasoactiv se sevră în primele ore, pacienta prezentând tendința la hipertensiune în contextul AKI, controlul strict al anticoagularii cu heparină sistemică nu produce exacerbarea hemoragiei intraalveolare, și ventilația protectoare permite recuperarea treptată pulmonară. Funcția renală este substituită prin hemodiafiltrare continuă, paralelă circuitului de ECMO.

Rezultate:

După 7 zile de procedură la debit cardiac de 3/4 din cel teoretic, se reduce treptat suportul circulator și se reia ventilația asistată presional, extubarea pacientei fiind posibilă după 2 zile de la sevrarea circulației extracorporeale. Ca și complicație a ventilației mecanice prelungite, pacienta prezintă o pneumonie asociată

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

cu germen moderat rezistent, dar care nu complică extubarea în ziua 10. Funcția renală corectă este reluată treptat, fără indicație de dializă ulterioară.

Pacienta este transferată pe secția de pediatrie după 2 săptămâni de reanimare, conștientă, cooperantă, cu funcții organice stabilizate.

Concluzii / Discuții:

Circulația extracorporeală prezintă o opțiune de câștigare de timp prin oxigenarea, decarboxilarea și suportul hemodinamic oferit, ceea ce permite uneori diagnosticarea și rezolvarea patologiei de bază, fără sechele ulterioare pluriorganice. Aceasta oferă șansa depășirii unui moment critic, cu risc vital, mai ales în boli complexe, ce necesită diagnostic diferențial și tratament etiologic ținut prelungit.

Cuvinte cheie: vasculită IgA post-infecțioasă, crioglobulinemie, hipoxemie severă, SDRA, insuficiență cardiacă dreaptă, șoc septic, șoc cardiogen, ECMO VA, hemodiafiltrare, plasmafereză, ventilație mecanică

Listă autori: Iris Aszalos, în stadiu de terapie intensivă pediatrică la Hopital de la Timone, Marsilia, Franța, medic specialist ATI la SCJU, Compartiment ATI Clinicilor 4-6, Cluj-Napoca, irisaszalos@gmail.com

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

Insuficiența respiratorie acută de etiologie necunoscută. Intoxicația cu antiparazitare veterinară

G.T. Voicescu^{1,2}

¹ Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, secția UPU-SMURD

² Departamentul 7- Chirurgie, Disciplina de Medicină de Urgență, Universitatea de Medicină și Farmacie 'Iuliu Hatieganu', Cluj-Napoca, Romania

Introducere:

Pacientul contaminat, fie chimic, fie biologic reprezintă o provocare pentru departamentul de urgență, din prisma managementului complex necesar pentru a trata pacientul, cu pagube colaterale cât mai mici. Indiferent dacă discutăm despre pacientul pediatric sau adult, medicul este nevoit să recunoască expunerea la substanțe chimice, tehnicile de decontaminare, prevenirea contaminării personalului și de tratament specific.

Prezentarea cazului:

În luna Octombrie 2023, a fost adus la UPU Zalău o pacienta în vârstă de 12 de ani, de către aparținător, pentru dispnee. Pacienta nu avea nici o patologie cronică. La sosirea în UPU, pacienta era conștientă, stabilă hemodinamic și respirator, acuzând o ușoară dispnee și tulburări de echilibru. În urma unei anamneze rapide, pacienta a început să prezinte mișcări necontrolate ale membrelor și ale globilor oculari, coreice, care au debutat pe parcursul a aprox. 1h, fără a se putea identifica vreun factor declanșator.

Ulterior, în timpul staționării în UPU, pacienta s-a degradat respirator, până la saturații de 90%. CT-ul cranian și Rx pulmonar nu au decelat modificări.

Pacienta a fost transferată la UPU Pediatrie Cluj pentru detresa respiratorie, iar în urma unei anamneze mai amănunțite, aparținătorul și-a amintit că pacienta a însoțit-o pe parcursul zilei, în timp ce a administrat antiparazitare locale animalelor din curte.

Discuții:

Deși nu s-a știut de la început că avem de a face cu o pacientă contaminată și intoxicată chimic, printr-o anamneză amănunțită s-a decelat o intoxicație cu substanțe piretroide. Deși aceasta intoxicație nu a schimbat tratamentul pacientei, aceasta fiind în principal unul suportiv, a ridicat probleme în legătură cu decontaminarea pacientei, cu evaluarea aparținătorilor pentru o posibilă contaminare, necesitând o colaborare inter clinică extensivă pentru tratarea cu succes a pacientei.

Cuvinte cheie: pacient contaminat, insuficiența respiratorie, decontaminare

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

POSTERE

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Infecții respiratorii

Sindrom algic toracic atipic și sindrom febril persistent la adolescent de 15 ani

Vulpe Vlad¹, Mitrofan Daniela²

¹ SCJU, UPU-SMURD, Cluj-Napoca, Romania

² SCUC, UPU, Cluj-Napoca, Romania

Scurt istoric clinic:

Pacient în vârstă de 15 ani, din mediul rural, fără APP, se prezintă într-un serviciu de urgență (CPU) acuzând durere la nivel latero-toracic drept, caracter parietal, debutată insidios de o săptămână, însoțită de febră și tuse productivă. Pacientul a fost consultat de medicul de familie în urmă cu 6 zile, acesta indicând tratament antibiotic cu Azitromicină, însă fără nicio ameliorare a simptomelor menționate. După excluderea cauzelor cardiace de durere toracică, pacientul este transferat cu o Ambulanță de tip B2 la UPU Pediatrie Cluj în vederea investigațiilor suplimentare. Ecografic și radiologic se pune în evidență prezența unei formațiuni chistice la nivelul segmentului superior al LID. Pacientul este internat pe secția de Chirurgie, unde se efectuează CT toracic cu substanță de contrast, punându-se astfel diagnosticul de chist hidatic LID cu semne de perforație și colecție pleurală dreaptă în cantitate mică. Se inițiază cură antiinfecțioasă complexă premergătoare intervenției chirurgicale. După aproximativ o lună, se intervine chirurgical, practicându-se chistectomie, inactivare chist cu ser hipertonic, lavaj, capitonaj, drenaj pleural drept. Evoluția postoperatorie a pacientului este una favorabilă, acesta fiind ulterior externat cu recomandarea de continuare a tratamentului antiparazitar la domiciliu pentru încă 28 de zile.

Elemente de diagnostic diferențial:

Au fost luate în considerare și excluse cauzele cardiace de durere toracică, au fost analizate alte posibile puncte de plecare ale sindromului inflamator (abdominal / urinar / tegumentar / SNC), a fost exclusă o posibilă infecție TBC (pacientul relatând a fi intrat în contact cu o rudă bolnavă de TBC).

Elemente de susținere diagnostic:

Analiza condițiilor de viață ale pacientului (mediu rural, deține ovine neinvestigate periodic de veterinar), sindromul bioinflamator neameliorat de cura antibiotică prescrisă de MF, aspectul formațiunii identificate la ecografia și radiografia toracică, precum și modelul obținut după computer-tomografia toracică cu substanță de contrast, au permis elaborarea diagnosticului de chist hidatic pulmonar.

Relevanța clinică și educativă a cazului:

Sindromul algic toracic are o multitudine de substraturi cauzatoare, anamneza detaliată și examenul clinic purtând un rol foarte important în direcționarea gândirii și a investigațiilor spre un anumit diagnostic. Chistul hidatic pulmonar este o patologie rar întâlnită în cotidianul medicului de urgență, abordarea sa constituind o provocare datorită particularității și a colaborării interdisciplinare cu secția de chirurgie și boli infecțioase.

Cuvinte-cheie: chist hidatic pulmonar, febră persistentă, tuse, sindrom algic toracic atipic

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Pneumotoracele bilateral – prezentare de caz

Astrid Chirila¹, Maria Petrescu², Mitrofan Daniela²

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca – secția UPU-SMURD

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii – Cluj – Napoca – secția UPU

Introducere:

Pneumotoracele bilateral sub tensiune este o patologie rară în rândul populației pediatrice, constituind o provocare diagnostică datorită simptomatologiei clinice nespecifice și datorită necesității instituirii unei atitudini terapeutice urgente, anterior confirmării imagistice.

Obiectiv:

Această prezentare de caz urmărește particularitățile de management ale unui caz de pneumotorax bilateral sub tensiune la un pacient pediatric.

Prezentare caz:

Vă prezentăm cazul unui pacient de 16 ani, victima unui accident de motocicletă, care este adus într-o unitate pediatrică de primiri urgente a unui spital terțiar datorită unui efort respirator marcat, adoptarea poziției de ortopnee și dezvoltarea unui emfizemului cutanat toracic, cu extensie la nivel cefalic și cervical, însoțite de diminuarea murmurului vezicular bilateral. Asociat, pacientul prezintă și agitație psihomotorie extremă, fiind confuz la momentul sosirii în DU. Dată fiind starea critică a pacientului (respirator și neurologic), se decide decompresia bilaterală pe ac și montarea de drenuri toracice bilaterale, anterior explorării radiologice. După efectuarea celei de a doua toracotomii, deteriorarea neurologică a fost extremă, pacientul devine obnubilat, moment în care se decide administrarea medicației inductoare și protezarea căii respiratorii pacientului, concomitent cu montarea celui de-al doilea tub de dren. Odată stabilizat respirator pacientul, se realizează investigații imagistice (CT toracic), ce confirmă diagnosticul de pneumotorax bilateral. Pacientul a fost transferat în secția de Terapie Intensivă Chirurgicală, cu evoluție favorabilă și externare la aproximativ 2 săptămâni de la eveniment.

Discuții și concluzii:

Cazul ilustrează necesitatea unei echipe interdisciplinare pentru asistarea pacienților politraumatizați pediatrici, când prioritizarea intervențiilor critice este necesară pentru ameliorarea pacienților instabili. Adeseori, decompresia toracică pe ac poate fi ineficientă, impunându-se tratamentul definitiv anterior efectuării explorărilor diagnostice. Mai mult decât atât, instruirea populației pediatrice vis-à-vis de conduita preventivă în trafic devine o necesitate a programelor educative actuale.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Wheezingul nu este doar astm bronșic- rolul ecografiei pulmonare

Dabîca Diana¹, Ciucă Ioana Mihaiela^{1,2}, Dediu Mihaela^{1,2}

¹Spitalul Clinic Judetean De Urgenta Pius Brinzeu Timisoara, Romania

²Disciplina II Pediatrie, Universitatea de Medicini si Farmacie Victor Babes din Timisoara, Romania.

Introducere:

Pneumonia reprezintă inflamația parenchimului pulmonar secundară infecției cu diverși agenți patogeni, care se asociază cu condensare parenchimatoadă. Pneumonia este cea mai frecventă cauză de deces la copil, iar incidența acesteia este semnificativă la copilul mic – 40%, fiind mai scăzută la copilul mare- 9%.

Material și Metode:

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 6 ani, aflată în evidența clinicii cu diagnosticul de astm bronșic, care prezintă tuse seacă, rinoree și febră de 4 zile. Pacienta a fost internată în clinica noastră cu diagnosticul de astm bronșic în criză. Din antecedentele personale patologice reținem faptul că pacienta a prezentat o pneumonie în luna februarie 2022.

Rezultate:

La internare pacienta prezenta raluri bronșice diseminate la nivelul ambelor arii pulmonare. Analizele prelevate la internare nu au relevat prezenta unui sindrom inflamator și infectios acut. S-a inițiat tratament specific unei crize de astm bronșic, dar la patru zile de la internare pacienta prezintă desaturări și modificarea stetacusticii pulmonare, raluri crepitante la nivelul hemitoracelui drept posterior. Ecografia pulmonară efectuată în acest moment relevă prezența unei consolidări localizate la nivelul plămanului drept, cu dimensiuni de 3,88/2,5 cm, cu aspect de atelectazie, confirmată de către CT-ul toracic. Diagnosticul a fost reconsiderat și tratamentul finalizat, cu evoluție favorabilă ulterioară, cu remiterea simptomelor, respectiv a aspectului ecografic.

Concluzii:

Ceea ce a debutat ca și o criză de astm bronșic s-a dovedit a fi expresia clinică a unei atelectazii suprainfectate, astfel nu orice wheezing este astm bronșic. Ecografia pulmonară este un instrument foarte util și neinvaziv pentru a diferenția între patologii precum astmul bronșic, respectiv alte boli ca și atelectazia, pneumonia sau bronșita.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Aspirația de corp străin - prezentare de caz

*Anca Gabriela Bădescu¹, Cristina Maria Mihai², Larisia Mihai², Radu Litrin², Antonio Andrusca²,
Cosmin Pantazi², Tatiana Chișnoiu²*

¹ UPU- Pediatrie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța

² Univ. Ovidius Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța

Introducere / Obiectiv:

Aspirația de corp străin la copilul mic reprezintă o urgență medicală majoră. Evoluția depinde de natura și de volumul corpului străin, de posibilitatea extragerii complete prin bronhoscopie și de rapiditatea efectuării bronhoscopiei. La copil există o serie de factori favorizanți ai aspirației de corp străin în căile respiratorii: vârsta mică, sub 3 ani, frecvența maximă fiind între 1 și 2 ani⁽¹⁾, lipsa supravegherii copilului, alimentația în decubit dorsal, alimente neadecvate (în ceea ce privește mărimea/consistența), efectuarea unor activități diverse în timpul alimentației (joacă, râs, plâns, vorbit, alergat). Colaborarea interdisciplinară și echipamentul adecvat sunt extrem de importante pentru evoluția favorabilă a cazului cu vindecare ad integrum.

Metode / Metodologie:

Vom prezenta un caz clinic al unui pacient, în vârstă de 1 an și 3 luni, de sex masculin, internat de urgență pe secția ORL, în Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța, pentru semne de insuficiență respiratorie acută datorate aspirației unui corp străin (fistic) traheobronșic.

Rezultate:

Din anamneză aflăm că pacientul s-a prezentat în UPU-Pediatrie cu 24 de ore anterior internării pentru suspiciune de aspirație de corp străin traheobronșic (fistic), mama afirmând că a reușit extragerea corpului străin. Fiind examinat ORL, nu s-au decelat inițial semne de insuficiență respiratorie acută. După 10 ore au debutat semnele de insuficiență respiratorie: tuse în accese, dispnee cu tahipnee, geamăt, care s-au agravat progresiv, motive pentru care se prezintă iar în UPU și se internează. Pe parcursul internării starea generală a copilului se deteriorează, saturația în oxigen scăzând la 60%, cu cianoză periorală, tahipnee, geamăt expirator, agitație alternând cu somnolență. Radiografia pulmonară evidențiază afectarea plămânului drept, voalarea bazei pulmonare drepte. Datorită lipsei posibilității efectuării bronhoscopiei la nivel local, se decide transferul cu elicopterul la Spitalul „Marie Curie” București, pe secția ORL, unde s-a efectuat bronhoscopia. Bronhoscopia a fost obligatorie în acest caz și a reprezentat atât o metodă diagnostică, cât și una terapeutică⁽²⁾. S-a efectuat sub anestezie generală cu IOT o traheobronhoscopie rigidă, cu un bronhoscop rigid. S-a extras corpul străin – fistic- din bronhia principală, segmentară și intermediară dreaptă, secreții mucopurulente abundente și blocaj complet al bronhiei principale drepte; iar antibioterapia și corticoterapia au fost necesare și efectuate de urgență, atât anterior intervenției, cât și după practicarea acesteia.

Concluzii / Discuții:

Deși inițial suspiciunea de corp străin aspirat a fost infirmată, după transferul cu elicopterul la Clinica ORL specializată, și efectuarea traheobronhoscopiei rigide, cu extracția corpului străin (fistic), evoluția cazului a fost favorabilă, fiind externat după 2 zile. În prezent, copilul este sănătos. La extinderea anamnezei ulterior s-a aflat că pacientul era alergic la alune. Efectuarea testului de alergie și la fistic, a evidențiat un test pozitiv. Posibilitatea unei alergii de tip întârziat la fistic, poate explica exacerbarea semnelor de insuficiență

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

respiratorie la 24 de ore după aspirarea corpului străin. Colaborarea interdisciplinara si echipamentul adecvat au fost foarte importante pentru evoluția favorabila a cazului cu vindecare ad integrum.

Referințe:

Altkorn R., Chen X., et al. Fatal and non-fatal food injuries among children (aged 0-14 years) int J Pediatr Otorhynolaryngology 2008 jul 72(7) ; Farell PT. Rigid bronchoscopy foe foreign body removal anesthesia and ventilation. Paediatr Anaeth 2004, 14

Cuvinte cheie: corp străin traheobronșic, bronhoscopie

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copii



Urgențe respiratorii la copii

Insuficiența respiratorie acută post-extubare în neuroreanimarea pediatrică

Aszalos Iris

Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, ATI Chirurgie II - Hopital de la Timone Marseille, ATI pediatrică polivalentă

Introducere / Obiectiv:

Pacient în vârstă de 6 ani, fără APP semnificative, se prezintă în UPU pentru disfazie, examen clinic altfel normal. Se infirmă imagistic AVCul și se transferă în secția de neurologie, după realizarea unui bilan sanguin și a puncției lombare (fără sindrom inflamator și POC viral LCR negativ). Evoluția pacientului este marcată de apariția unor convulsii parțiale peribucale, RMNul fiind considerat normal. Astfel se renunță la tratamentul antimicrobian inițiat în primele 24 de ore, introducându-se corticoid “pulse-therapy” pentru diagnosticul de ADEM. În Z2 este solicitată reanimarea pentru status convulsiv, sindrom inflamator marcat, febră, LCR pozitivat pentru VHS și RMN specific de meningoencefalita herpetică. Pacientul este intubat și ventilat mecanic, sedat cu midazolam și sufentanil în infuzie continuă, inițiindu-se tratamentul antiviral specific, cu dozarea concentrației plasmatice, dublu anticonvulsivant, plus dietă enterală ketogenă.

Metode / Metodologie:

Dupa trei zile de comă indusă cu superficializare pentru evaluarea neurologică și a realizării EEG-urilor repetate - fără trasee epileptiforme, se tentează trezirea pacientului. După sevrajul de sedative și controlul ORL nazofibrosopic al CAS pentru un edem lingual inițial datorat leziunilor traumatice apărute în timpul crizelor, în Z5 de TI pacientul este extubat, fiind GCS 10 puncte. Prezintă o fază de agitație fără contact franc, dispnee de tip inspirator și în ciuda sedativelor adaptate unui pacient conștient, a ventilației non-invazive cu presiune pozitivă, necesită reintubarea după 2 ore. Acest prim eșec de extubare este atribuit unui sevraj necorespunzător de benzodiazepine, în ciuda introducerii diazepamului oral și a pompei de morfină NCA, notându-se o probabilă implicare neurologică - imagistica în dinamică confirmă extinderea leziunilor la nivel talamic, localizare atipică pentru meningoencefalita herpetică.

A doua săptămână în terapie intensivă este marcată de complicații neurologice - sindrom piramidal, neurospasticitate importantă, sindrom de pierdere de sare cerebral, compensat parenteral și o pneumonie lobară stângă asociată VM. După stabilizare, se reia tentativa de extubare cu îmbunătățirea sevrajului de către sedativele iv, pacientul fiind GCS 12 puncte, cu hipotonie generalizată îmbunătățită, dar se instalează din nou o dispnee inspiratorie fără îmbunătățire sub VNI, fiind reintubat după 6 ore. Astfel, următoarea extubare este programată la bloc, sub control ORL, impunând o anestezie generală cu menținerea ventilației spontane, o laringoscopie suspendată și bronhoscopie pentru obiectivarea unei cauze mecanice (traheomalacie post-intubație prelungită) sau de origine neurologică (paralizie de corzi vocale sau afectare mușchi respiratori accesori).

Rezultate:

Se confirmă astfel encefalopatia post-infecțioasă cu afectare talamică extinsă, având ca și consecință o laringomalacie difuză dar ușoară, se exclude traheomalacia, iar insuficiența respiratorie acută se explică prin afectarea concomitentă a mecanicii respiratorii globale, datorate slăbiciunii musculare și a unei

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



probabile afectări a centrului pontin apneustic. Pacientul se menține astfel intubat, sedat cu ketamină și dexmedetomidină, până la încheierea celor 3 săptămâni de tratament intravenos, schimbat cu profilaxie orală, cu ameliorare lentă dar susținută neurologică, ce permite extubarea în ziua 22 post-internare, fără alte semne de insuficiență respiratorie ulterioară.

Concluzii / Discuții:

În cazul pacienților pediatrici din neuroreanimare, mai ales datorită patologiilor infecțioase cu potențial reversibil complet, spre deosebire de adulți, traheostomia este întârziată, preferându-se intubația prelungită până la rezoluția simptomelor, decizie luată după efectuarea unui diagnostic diferențial exhaustiv al insuficienței respiratorii.

Cuvinte cheie: eșec extubare, meningoencefalită herpetică, afectare talamică, sechele neurologice, sedare reziduală, complicații intubație prelungită, ORL, traheostomie

Listă autori: Iris Aszalos, în stadiu de terapie intensivă pediatrică la Hopital de la Timone, Marsilia, Franța, medic specialist ATI la SCJU, Compartiment ATI Clinicilor 4-6, Cluj-Napoca, irisaszalos@gmail.com

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copii



Urgențe cardiovasculare la copii

Tahicardia cu qrs largi la o pacientă cu neoplasm mamar

Mihai Țucă^{1,2}, Trifan Angel Florin¹
*Spitalul clinic județean de urgență "Sfântul Apostol Andrei"¹
Brigham and Women's Hospital, Department of Medicine, Harvard Medical School²*

Introducere:

Dispneea reprezintă un semn-simptom frecvent de prezentare în Unitățile de Primire Urgențe. Cele două mari etiologii, ale acesteia, cu instalare acută sunt reprezentate de cea cardiacă: infarct miocardic acut, insuficiență ventriculară, edem pulmonar cardiogen, paralizie diafragmatică; și de cea pulmonară: pneumotorax, tromboembolism pulmonar, anafilaxie, intoxicație de monoxid de carbon, corp străin în căile aeriene superioare.

Prezentarea cazului:

Pacientă de 17 ani, se prezintă în UPU pentru palpitații și dispnee la eforturi medii cu debut în urmă cu 12 ore. Din antecedente se remarcă un neoplasm mamar tratat chirurgical prin mastectomie totală dreaptă urmată de 3 serii de tratament cu trastuzumab și pertuzumab; fără istoric personal/familial cardiovascular; trasee ECG anterioare normale. La examenul fizic menționăm o femeie normoponderală (IMC 23,1), cu acrocianoză și tahipnee (FR 30). La auscultația plămânilor se constată o respirație aspră, diminuată bazal bilateral, crepitații subscapular și axilar bilateral. Auscultația cordului fără particularități, doar tahicardie de 150/min. SaO₂ în repaus 89%. TAD=90/61mmHg, TAS= 95/60mmHg. Paraclinic, ecocardiografia a găsit o ușoară hipokinezie difuză cu o Feg de 46%. Pe EKG se remarcă o tahicardie cu complexe QRS largi, AV 150-155, aVR+, aVL+, rSR în V1. TnI 0.017 (N<0.034ng/mL), NT-proBNP 3600 (N<125ng/L).

Discuții:

Diagnosticul diferențial este între tahicardie supraventriculară cu aberanță bloc ramură dreaptă, tahicardie fasciculară și tahicardie ventriculară. În DII se observă câteva unde mici "P" care apar când mai aproape, când mai departe de complexe ventriculare și care nu au legătură cu undele T, deci vorbim despre disociația atrio-ventriculară, un alt criteriu de TV. În aVR, complexe QRS sunt cu morfologie diferită, unele fiind "croșetate" rR, altele mai înguste și una fără "croșetare". Toate acestea sunt bătăi de fuziune. Deci pacienta are pe de o parte o tahicardie ventriculară fasciculară din fasciculul posteroinferior și pe de altă parte este ritm sinusal cu disociație atrioventriculară incompletă (cu interferență) adăugându-se o cardiomiopatie indusă de medicația oncologică care se manifesta prin disfuncție sistolică și hipokinezie difuză. La această pacientă, hemodinamic instabilă, s-a efectuat conversie electrică și renunțarea la tratamentul oncologic datorită efectului cardiotoxic aritmogen, respectiva decizie fiind luată la comun acord cu medicul oncolog. EKG la 4 săptămâni după oprirea medicației relevă aspect normal, ecocardiografic Feg 59%, NT-proBNP 116ng/L.

Concluzii:

Cunoașterea medicației de fond a pacientului critic, instabil hemodinamic, are un rol important în conturarea diagnosticului final și stabilirii etiopatogeniei acesteia.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Referințe:

1. Kapa S, Gaba P, DeSimone CV, Asirvatham SJ. Fascicular ventricular arrhythmias: pathophysiologic mechanisms, anatomical constructs, and advances in approaches to management. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2017;10 (1):e002476. doi:10.1161/CIRCEP.116.002476
2. Siri-Angkul N, Chattipakorn SC, Chattipakorn N. The mechanistic insights of the arrhythmogenic effect of trastuzumab. *Biomed Pharmacother.* 2021; 139:111620. doi:10.1016/j.biopha.2021.111620
3. Michowitz Y, Tovia-Brodie O, Heusler I, et al. Differentiating the QRS morphology of posterior fascicular ventricular tachycardia from right bundle branch block and left anterior hemiblock aberrancy. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2017;10(9):e005074. doi:10.1161/CIRCEP.117.005074
4. Valachis A, Nearchou A, Polyzos NP, Lind P. Cardiac toxicity in breast cancer patients treated with dual HER2 blockade. *Int J Cancer.* 2013;133(9): 2245-2252. doi:10.1002/ijc.28234
5. Guo S, Tse G, Liu T. Protective strategies to prevent trastuzumab-induced cardiotoxicity. *Lancet.* 2020;395(10223):491-492. doi:10.1016/S0140-6736 (19)32549-8

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Aspiratia de corp străin la nivelul cailor respiratorii superioare

Particularitati clinico-evolutive in aspiratia de corp strain la copil

Smarandache Madalina¹, Bolog Carmencita¹, Domnicu Alina¹, Brie Alina^{1, 2}, Boitor Raluca¹, Radac Patricia¹, Marcovici Tamara^{1, 2}

¹Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Louis Turcanu" Timisoara

²Universitatea de Medicina și Farmacie "Victor Babes" Timisoara

Introducere:

Aspirația de corp strain (CS) la copii reprezintă o urgență majoră chiar și în absența simptomatologiei sugestive. Factorii favorizanti sunt: vârsta mai mică de 3 ani, lipsa supravegherii adecvate, activitatea în timpul mesei (ras, plans, alergat, etc.). Corpuri străine aspirate pot fi de origine organică (alimente, samburi, oase, etc.) sau anorganică (jucării, monede, nasturi, bijuterii, etc.)⁽¹⁾. În cazul localizării la nivel laringo-traheal C.S. pot conduce la asfixie severă și deces^(1, ii)

Metode și material:

Prezentăm un băiat în vârstă de 18 luni provenit din mediul rural, internat în Clinica I Pediatrie a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Turcanu" Timisoara prin transfer dintr-un spital municipal al unui județ limitrof pentru manifestări respiratorii trenante (tuse productivă, disfonie, cornaj, dispnee mixtă predominant inspiratorie, wheezing, tiraj intercostal și substernal, raluri sibilante bilaterale) și subfebrilitate. Pacientul a fost evaluat prin anamneză, examen clinic și investigații paraclinice biologice și imagistice.

Rezultate:

Pacientul provine din părinți tineri și sănătoși. Sarcina a fost nedispensarizată, afirmativ fiziologică. S-a născut la termen având greutatea de 2950 g. A fost alimentat natural 18 luni, diversificat incorect la vârsta de 3 luni cu exces de făinoase, vaccinat conform schemei MS iar profilaxia rahitismului a fost efectuată corect. Familia trăiește în condiții precare. Copilul a prezentat în antecedente un episod de bronșiolită și unul de laringită. Istoricul bolii actuale releva că ar fi avut cu 14-21 de zile anterior internării un episod de înec cu pâine urmat de tuse și dispnee. Pe parcursul primei internări, sub tratament antibiotic și antiinflamator steroidian, evoluția a fost nefavorabilă. A fost transferat în Secția Pediatrie I a spitalului nostru unde s-au precizat următoarele diagnostice la internare: Bronșiolită trenantă. Laringită acută. În observație: aspirație de corp strain. Biologic se decelează sindrom inflamator. Radiografia de torace a relevat aspect normal cardio-pulmonar. Laringoscopia indirectă a decelat secreții abundente la nivelul laringelui iar bronhoscopia s-a identificat prezența unui corp strain inclavat subglotic (fragment de sticlă). Post-intervențional, sub tratament antibiotic, antiinflamator, bronhodilatator, mucolitic și roborant evoluția a fost favorabilă. Pacientul s-a externat asimptomatic după 8 zile de spitalizare.

Discuții:

Persistenta manifestărilor respiratorii în pofida tratamentului, anamneza amanunțită și laringoscopia indirectă au sugerat probabilitatea aspirării unui corp strain. Acesta a fost identificat și extras endoscopic⁽ⁱ⁾.

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil

Concluzii:

Aspiratia unui corp strain trebuie avuta in vedere in prezenta simptomelor sugestive si a factorilor favorizanti (iii). Evaluarea minuntioasa este esentiala pentru acuratetea diagnosticului si instituirea terapiei adecvate.

Referințe:

1.Badeti R (2016) Urgente Pediatriche, Algoritmi diagnostice și terapeutice, Ediția a II-a revizuita, Editura Eurostampa pp 55-57 “

1.Iordachescu, F (2019), Tratat de Pediatrie , Editura All, pp 484-504

1.Ciofu, C, Ciofu, E, Esentialul in Pediatrie, Editia a IV-a, Editura Amaltea, pp 207-223

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Cavernomul portal – cauză rară de hemoragie digestivă superioară

Roxana Rusu, Alina Grama, Tudor Lucian Pop

*¹Disciplina Pediatrie 2, Departamentul Mama și Copilul, Facultatea de medicina, Universitatea de
Medicina și Farmacie „Iuliu Hatieganu” Cluj-Napoca*

²Clinica Pediatrie 2, Spitalul Clinic de Urgența pentru Copii Cluj-Napoca

Cavernomul portal (transformarea cavernomatoasă a venei porte) reprezintă o rețea de vase colaterale care se dezvoltă la nivelul venei porte în cazul trombozei acesteia. Factorii de risc pentru tromboza de vena portă (TVP) la copil sunt cateterizarea venei ombilicale, sepsisul neonatal, tranfuziile în perioada neonatală, deshidratarea severă, tuburările de hipercoagulabilitate ereditare sau dobândite. Cele mai importante consecințe ale hipertensiunii portale (HTP) consecutive sunt varicele esofagiene și splenomegalia. Hemoragia digestivă superioară (HDS) rămâne principala cauză de spitalizare a acestor pacienți, necesitând un management rapid.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 9 ani, cunoscut cu deficit de proteină S, cavernom portal, HTP, hipersplenism, varice esofagiene ligaturate, cu un ultim episod de HDS în urmă cu 5 ani. Pacientul a fost consultat într-un serviciu de primire urgențe din teritoriul pentru trei episoade de hematemă cu sânge proaspăt în cantitate mare, survenite la domiciliu la câteva ore după o contuzie abdominală. Investigațiile paraclinice au decelat creșterea ușoară a transaminazelor, ușoară anemie normocromă normocitară (Hb 10.5g/dl) și trombocitopenie interpretată în contextul hipersplenismului. Ecografia abdominală nu a evidențiat leziuni viscerale. În evoluție scăderea rapidă a hemoglobinei (8.8g/dl după o oră) a necesitat transfuzia unei unități de masă eritocitară. Pacientul a fost transferat spre Unitatea de Primire a Urgențelor Pediatriche Cluj-Napoca, s-a inițiat terapia cu octreotid, apoi la Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie s-a efectuat endoscopia digestivă superioară cu obiectivarea originii HDS și montarea a 7 ligaturi elastice. Pe secție s-a instituit repaus digestiv, s-a continuat PEV cu octreotid, în asociere cu inhibitori ai pompei de protoni, cu evoluție ulterioară favorabilă. Având în vedere riscul unei eventuale recidive, se va referi pacientul pentru tratament chirurgical (șunt Meso-Rex sau șunt porto-cav).

Cauza relativ rară de prezentare în serviciile de urgențe pediatriche, HDS necesită un diagnostic etiologic și măsuri terapeutice rapide, în caz contrar reprezintă risc vital. Reechilibrarea volemică rămâne prioritară în managementul acestor pacienți. Oprirea sângerării poate necesita efectuarea cât mai rapidă a ligaturii varicelor. Pentru pacienții cu HTP, orice creștere bruscă a presiunii intraabdominale poate precipita un episod de HDS. În cazul traumatismelor abdominale asociate, ecografia abdominală în urgență rămâne esențială pentru a exclude eventuale leziuni intraabdominale asociate, mai ales când este asociată trombocitopenia secundară hipersplenismului.

Corespondent: Roxana Rusu, roxana.rusu26@yahoo.com

Cluj-Napoca
27 – 29 Noiembrie
2023

SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ - EDIȚIA 4

Tema: Urgențe respiratorii la copil



Deficit izolat de ACTH - cauză mai rară de hipoglicemie la copil

Diana-Alexandra Borcău², Alina Grama^{1, 2}, Diana Miclea³, Tudor Lucian Pop^{1, 2}

¹Clinica Pediatrie 2, Departamentul Mama și Copilul, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca

²Centrul de Expertiză în Boli hepatice pediatrice rare, Clinica Pediatrie 2, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca

³Clinica Pediatrie 1, Departamentul de Genetică Medicală, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca

⁴Clinica Pediatrie 1, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca

Introducere:

Hipoglicemia este întâlnită adesea în unitatea de primiri urgențe (UPU) pediatrice, necesitând un management prompt pentru evitarea consecințelor neurologice pe termen lung. Nivelul scăzut ale glicemiei poate fi un prim indiciu al unor endocrinopatii sau erori înnăscute de metabolism (IEM). Deficitul izolat de ACTH, deși rar întâlnit în pediatrie, poate fi o cauză de hipoglicemie.

Prezentare de caz:

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 2 ani și 8 luni, evaluată într-un serviciu de urgență teritorial pentru convulsii generalizate tonico-clonice, instalate la câteva ore după un episod de vărsătură și inapetență. Pacienta a mai prezentat un episod similar la vârsta de 10 luni, în contextul infecției COVID-19, cu hipoglicemie severă (16 mg/dl). Din punct de vedere clinic, pacienta era cu greutate satisfăcătoare pentru talie și vârstă, fără elemente dismorfice și fără hepatosplenomegalie. În cadrul evaluării de urgență s-au decelat acidoză metabolică decompensată (pH=7.12, HCO₃= 11.7 mmol/l, BE= -17 mmol/l), hipoglicemie severă (sub 10 mg/dl), cu un nivel normal al corpurilor cetonice și al acidului lactic. Pe baza probelor critice recoltate la momentul primei evaluări, s-a decelat nivel serice de cortizol la ora 8 (sub 0.4 ug/ml) și ACTH (3.29 ng/ml) scăzute, fără implicarea altor linii hipofizare. S-au exclus cauze hepatice cu eventual deficit de sinteză, alte boli endocrine sau EIM. S-a stabilit diagnosticul de deficit congenital izolat de ACTH și s-a inițiat tratament cu hidrocortizon 12 mg/m²/zi. Sub acest tratament pacienta a fost asimptomatică și a prezentat valori glicemice în limite normale fără susținere parenterală cu glucoză.

Concluzii:

Hipoglicemiile severe pot fi un indiciu al unei endocrinopatii sau EIM. Recoltarea probelor critice în UPU și reechilibrarea metabolică sunt esențiale. Un diagnostic prompt cu administrarea tratamentului etiologic conduc la corectarea hipoglicemiilor și profilaxia recurențelor.

Cuvinte cheie: hipoglicemie, endocrinopatii, deficit izolat de ACTH, urgență