

Sepsis sever cu origine la nivelul inserției cateterului de dializă

Dan Marinescu*

50-year-old women with invasive pituitary adenoma, diabetes and chronic renal failure under hemodialysis, with undiagnosed severe sepsis caused by an infected dialysis catheter are presented.
(Revista de Medicină de Urgență, Vol. 2, Nr. 1, 54-55)

Key words

severe sepsis, infected dialysis catheter

O pacientă de 50 de ani este transferată din secția de terapie intensivă a unei clinici de Diabet, Nutriție și Boli metabolice către spitalul nostru pentru managementul unei stări de comă instalată în cursul zilei respective.

Pacienta era cunoscută cu diabet zaharat (DZ) de tip II din 1992 care a devenit insulinonecitant din 1997. Dezvoltă în timp insuficiență renală cronică (IRC) (aflată acum în program de hemodializă), hipertensiune arterială secundară, retinopatie diabetică proliferativă, cataractă și cecitate la nivelul ambilor ochi.

De asemenea pacienta este cunoscută cu adenom hipofizar invaziv și acromegalie (fig.1).

Cu 36 de ore înaintea prezentării în serviciul nostru, pacienta a prezentat la domiciliu alterarea progresivă a stării de conștiință și fenomene de agitație psihomotorie. În ziua următoare este dusă pentru sedința de hemodializă în timpul căreia starea de conștiință se deteriorează și mai mult, iar pacienta devine extrem de agitată psihomotor, cu scăderea tensiunii arteriale la 80 mm Hg pentru care este sedată cu Haloperidol și i se administrează Dopamină în cantitate neprecizată.

Pacienta este trimisă pentru consult într-un serviciu de neurochirurgie. Aici se efectuează un examen clinic și o tomografie computerizată (CT).

Examenul clinic consemnează GCS=11, fără redoare de ceafă sau deficite neurologice, iar după examenul CT se exclud fenomene de apoplexie hipofizară și necesitatea intervenției neurochirurgicale, și este trimisă înapoi cu indicația de a fi reevaluată din punct de vedere diabetologic.

În clinica de diabet se exclude o cauză metabolică a comei și se retrimite spre serviciul de neurochirurgie pentru a interna pacienta, care nu este reținută aici ci este returnată la secția de terapie intensivă a clinicii respective excluzându-se din nou o cauză neurochirurgicală. Din această clinică, pacienta este trimisă la spitalul nostru fără a se obține acordul prealabil.

La sosirea în Departamentul de Urgență se constată comă GCS 3, prezența respirației spontane cu tahipnee (FR 30/min.),

murmur vezicular diminuat bilateral. Tensiunea arterială de 120/70 mm Hg și alura ventriculară de 100/min. regulat, Sp O₂=85%.

Nu prezintă redoare de ceafă, are cataractă bilaterală, iar reflexele cutanate plantare sunt indifferente.

Abdomenul este suplu, mobil cu respirația. Tegumentele sunt febrile (t°C=39), iar mucoasele intens deshidratate.

Pacienta a venit cu un cateter venos periferic pe care era montată o perfuzie cu ser fiziologic, sondă urinară fără urină în pungă și un cateter de hemodializă la nivelul venei subclavii stângi acoperit de o compresă sub care erau secreții purulente abundente în jurul cateterului (fig. 2).

După preoxigenare pe mască și secvență rapidă de inducție anestezică (Xilină 1% 10 ml, Midazolam 5 mg și Succinilcolină 100 mg) pacienta este intubată orotraheal și asistată ventilator pe Oxylog 2000 în SIMV cu FiO₂=100%, FR=14/min., p_{max}=30mbar, astfel că SpO₂ devine rapid 100%.

Hemograma arată o leucocitoză de 19200 elemente/î l cu neutrofilie de 84,5%, trombocitopenie de 90000/î l și 7,9 g de hemoglobină/dl.

Glicemia este de 248 mg/dl, ureea de 188,3 mg/dl, iar K⁺=4,5 mmol/l.

Echilibrul acidobazic arată un pH de 7,454, pO₂=41,8 mmHg, pCO₂=36,9 mmHg HCO₃=25,4 mmol/l, BE=1,8 mmol/l, lactat=12 mg/dl, S_aO₂=77,1%, sunt de 30%.

Radiografia pulmonară arată bronhopneumonie.

Se pune diagnosticul de:

Sepsis sever cu origine la nivelul inserției cateterului de hemodializă. Bronhopneumonie Comă GCS=3. DZ tip II insulinonecitant. IRC în program de hemodializă. HTA secundară. Retinopatie diabetică proliferativă. Cataractă bilaterală. Adenom hipofizar invaziv. Acromegalie.

După consultul de specialitate, medicul de terapie intensivă ia legătura telefonic cu medicul de gardă din clinica de diabet căruia îi comunică diagnosticul și starea pacientei, și decizia de a trimite pacienta în salonul de terapie intensivă a clinicii de diabet însoțită de un medic din Departamentul de Urgență.

Se remarcă neregnoașterea sepsisului complicat cu bronhopneumonie, cu punct de plecare infecția cateterului de dializă cauzată de neglijarea întreținerii zilnice a pansamentului și timpul prelungit de menținere a cateterului.

De asemenea, menținerea unei paciente în comă GCS=3, tahipneică și hipoxemică fără a fi intubată și ventilată constituie o altă eroare în managementul acestei paciente cu o patologie extrem de severă.

* Departamentul de Urgențe Majore, Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca 8, Sector 2, București. e-mail: danmarinescu@yahoo.com.
Primit în 18 martie 2005, acceptat în 25 aprilie 2005.

Nu în ultimul rând se observă practica (din păcate frecvență și complet eronată) a trimiterii unui pacient în stare gravă fără a se obține în prealabil acceptul celor care trebuie să-l primească, prin urmare fără a se informa asupra posibilităților și resurselor acestora de a prelua pacientul respectiv.

Mulțumiri

Mulțumesc domnului doctor Cristian Pandrea pentru ajutorul acordat în realizarea iconografiei.

