COMA DE ETIOLOGIE NEPRECIZATĂ LA COPIL

PREZENTARE DE CAZ

A. Iliescu, B. Opriţa**, C. Pandrea**, Rodica Ciolacu**, Daniela Motocu****

REZUMAT

Comele de etiologie neprecizată la copil au reprezentat din totdeauna o provocare pentru medicul din departamentul de urgenţă. Patologia specifică a copilului ridică o serie de probleme, uneori extrem de dificile, legate de diagnosticul diferenţial al afecţiunii, ceea ce implică o fină cunoaştere a mecanismelor fiziopatologice de producere a comei, completată de o atitudine terapeutică riguroasă şi de un management eficient al cazului. Educaţia medicală deficitară a părinţilor, lipsa de supraveghere, igiena precară, accesul relativ uşor al copilului la diverse substanţe (medicamente, toxice) etc. cumulate cu o anamneză superficială şi o apreciere incorectă a gravităţii situaţiei de către medic pot conduce la o evoluţie dramatică, finalizându-se cu decesul copilului.

Articolul de faţă îşi propune să dezvolte aceste idei, pornind de la cazul concret al unui copil în vârstă de 2 ani, prezentat la camera de gardă cu diagnosticul de „comă de etiologie neprecizată". Particularităţile acestui caz le-au reprezentat atât lipsa cvasitotală de date anamnestice furnizate de către părinţi, modul de abordare a terapiei cât şi diagnosticul final, dar mai ales factorul esenţial declanşator: administrarea de Negram (acid nalidixic). De remarcat că deşi doza de Negram administrată a fost de 2 ori mai mică decât cea corespunzătoare vârstei, copilul a prezentat convulsii, reacţie adversă citată ca „rară" (la doză optimă pe Kgcorp/zi) în documentul de prezentare a medicamentului, urmată de alterarea stării de conştienţă.

Cuvinte cheie: comă de etiologie neprecizată; acid nalidixic; convulsii

ABSTRACT

The etiological indeterminate comas at children

The etiological indeterminate comas at children always represented a real challenge for the E.R. doctors. The specific pathology of children entails quite often difficult problems concerning differential diagnosis. Such situations require profound knowledge of the physiopathological mechanisms that trigger comas, complemented by a strict therapeutical approach and an efficient management of the case. The lacking medical education of the parents, inadequate babysitting, precarious hygiene, easy access to various toxic substances such as drugs and poisonous chemicals, as well as a superficial anamnesis of the physician and an incorect evaluation of the case could lead to dramatic situations, and eventually to the death of the child.

This article presents the concrete case study of a 2 years old child diagnosed with „etiological indeterminate coma". The particular aspects concerning this case are the lack of anamnestic data, the inadequate therapeutical approach, the final diagnose, and most importantly the triggerring factor, the administration of NeGram (nalidixic acid). It must be pointed out that although the administrated dose was 2 times smaller than the recommended dose for his/her age, the child presented convultions (an adverse reaction listed in the drug's presentation document as a *rare* occurance for the optimal weight/age dosage) followed by the loss of consciousness.

Keywords: unspecify etiology coma; nalidixic acid; seizures.

Prezentare de caz

Copilul C.S. de sex masculin în vârstă de 2 ani şi 8 luni este prezentat în Unitatea de Primire Urgente (U.P.U.), prin transfer cu ambulanţa neechipată, de la un spital din provincie, fără documente medicale însoţitoare, cu diagnosticul: „comă de etiologie neprecizată".

La prezentare copilul cu G=13 Kg este subfebril (t =37,5 gr.C), coma Reed II, echilibrat hemodinamic şi respirator: TA=102/55 mmHg, AV=110b/m, FR=22 resp/min, SpO_2=95% (respiră spontan, murmur vezicular prezent bilateral).

Datele anamnestice furnizate de aparţinători sunt deficitare şi incomplete datorită atât educaţiei medicale cvasiinexistente în familie cât şi lipsei de supraveghere a copilului. Se reţine totuşi că în urmă cu trei zile copilul a fost diagnosticat de către medicul de familie cu „infecţie urinară", pentru care a primit tratament cu Negram 500mg/zi, repartizat în două prize. După aproximativ 48 ore de la începerea tratamentului starea de conştienţă a copilul se depreciază brusc, devine comatos, fiind transportat la spitalul teritorial. În timpul transportului, cât şi pe perioada şederii în spital, copilul prezintă convulsii tonico-clonice generalizate. Se decide transferul de urgenţă (fără aviz medical) la un spital din Bucureşti pentru precizare de diagnostic şi tratament. Nu se remarcă A.H.C sau A.P.P. semnificative ale copilului.

Atitudinea medicală de urgenţă adoptată în U.P.U. a fost: O_2 pe canula nazală, guler cervical (neputându-se exclude în acel moment o etiologie traumatică a comei), monitorizare E.K.G., pulsoximetrie, T.A., instituire de cateter

* *Dr. Iliescu A. - medic rezident MU*
** *Dr. Opriţa B., Dr. Pandrea C., Dr. Rodica Ciolacu - medici specialisti MU*
*** *Dr. Daniela Motocu - Medic rezident MU; Asistent de cercetare*

venos periferic şi sonda urinară. Se recoltează probe de laborator, probe toxicologice din sânge şi urină, examen sumar de urină. Sub tratament perfuzabil cu manitol 20% şi O_2 pe canula nazală 4l/min, starea generală a copilului se ameliorează, coma superficializându-se.

Rezultatele investigaţiilor paraclinice şi imagistice se situează în limite normale, cu excepţia leucocitelor L=16.000/mm^3 şi a examenului sumar de urină ce relevă rare hematii, foarte frecvente leucocite şi epitelii. Probele toxicologice sunt negative. Se decelează calitativ prezenţa în urină a acidului nalidixic şi a metaboliţilor săi.

Copilul se internează în secţia de Terapie Intensivă cu diagnosticul: "Coma Reed I. Status post convulsii tonico-clonice generalizate. Infecţie joasă de tract urinar." În următoarele ore, sub tratament de reechilibrare hidro-electrolitică, anticonvulsivant, antibiotic, antiinflamator şi antitermic, starea generală a copilului se îmbunătăţeşte. Examenele paraclinice repetate în secţia de Terapie Intensivă se menţin în parametri normali. Evoluţia ulterioară a pacientului este favorabilă, astfel încât la 72 de ore de la internare copilul este externat în stare ameliorată.

Dificultăţile în acest caz au fost reprezentate de datele anamnestice insuficiente, managementul pacientului în UPU şi stabilirea diagnosticului.

Managementul pacientului în U.P.U. a vizat în primul rând stabilizarea şi monitorizarea funcţiilor vitale dar şi stabilirea unui diagnostic iniţial. Nu s-a procedat la protezarea funcţiei respiratorii întrucât parametrii ventilatori erau satisfăcători, gazele sangvine (PO_2, PCO_2) se găseau în limite normale, iar starea generală a pacientului s-a ameliorat treptat. S-au luat în considerare iniţial mai multe variante:

1. Intoxicaţie acută cu substanţa necunoscută, urmată de convulsii (fie din cauza toxicităţii, fie din cauza hipoxiei prin deprimare respiratorie);
2. Convulsii tonico-clonice primitive urmate de status postcomiţial;
3. Traumatism;
4. Meningoencefalită;
5. Aspiraţie de corp străin în tractul respirator, urmată de convulsii prin hipoxie.

Datele anamestice coroborate cu examenul clinic al pacientului şi rezultatul investigaţiilor paraclinice au determinat adoptarea primei variante de diagnostic.

Pe baza examenelor toxiologice negative a fost exclusă şi varianta unei intoxicaţii acute, dar faptul că simptomatologia a debutat la scurt timp după administrarea de Negram, în lipsa unor antecedente semnificative, precum şi dispariţia simptomelor după sistarea administrării drogului a condus la ipoteza convulsiilor tonico-clonice generate de ingestia medicamentului.

Acidul nalidixic, introdus în 1963, este un antimicrobian (bactericid/bacteriostatic) de generaţia I din clasa chinolonelor. Este activ mai ales faţă de bacilii gram negativi: E.Coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, Serratia, Salmonella, Shigella. Se absoarbe în proporţie de peste 95% din tubul digestiv, fiind metabolizat în ficat în acid hidroxinalidixic (de 16 ori mai activ) şi glucuronoconjugaţi inactivi ce sunt rapid excretaţi în urină.

Datorită spectrului sau antibacterian restrâns, apariţiei rapide a rezistenţei germenilor, precum şi a ratei relativ frecvente de efecte adverse, utilizarea acidului nalidixic a fost restrânsă la tratamentul de scurtă durată al infecţiilor urinare acute şi recurente necomplicate. Doza recomandată este de 4 g/zi la adult şi 60 mg/Kg/zi în 4 prize egale la copii.

Efectele adverse (la doze uzuale) sunt reprezentate de: tulburări digestive (greaţă, vomă, diaree, crampe abdominale), hipertensiune intracraniană cu bombarea fontanelei (la sugari), somnolenţă, tulburări de comportament (psihoze), convulsii, cefalee, ameţeli, reacţii alergice (rash, prurit, urticarie), reacţii cutanate de fotosensibilizare, artralgii, anemie hemolitică (în special la pacienţii cu deficienţă de G6PD), tulburări de vedere, hiperglicemie, acidoză metabolică, parestezii, icter colestatic.

De remarcat că doza de acid nalidixic administrată copilului (500mg/zi) reprezintă aproximativ jumătate din doza uzuală corespunzătoare vârstei (60 mg/Kg/zi).

O anamneză superficială a cazului, o apreciere incorectă a gravităţii situaţiei de către medic, cât şi un management defectuos al pacientului în U.P.U. ar fi putut conduce către o evoluţie ulterioară dramatică, aplicarea unui tratament necorespunzător patologiei putându-se finaliza tragic cu decesul copilului.