

Secțiunea „Prezentare de caz clinic”

MIOPATIA PACIENTULUI CRITIC ÎN CONTEXTUL TERAPIEI INTENSIVE DE LUNGĂ DURATĂ

Balan Dorina^{*1,2}, Doriană Cojocaru^{1,2}, Victor Cojocaru^{1,2}

¹Catedra anesteziologie și reanimatologie Nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”

²IMSP SCR „T.Moșneaga”

*medic rezident Anesteziologie și Terapie Intensivă, anul III

Coordonator științific: Prof. Victor Cojocaru, șef Catedră de Anestezie și Terapie Intensivă Nr. 2

Introducere. Miopatia pacientului critic (MPC) reprezintă o complicație frecventă în unitățile de terapie intensivă (UTI), asociată cu morbiditate și mortalitate crescută. Factorii de risc include sepsisul, imobilizarea prelungită, ventilația mecanică de durată, utilizarea corticosteroizilor și relaxantelor neuromusculare.

Scopul: Evaluarea (MPC) în contextul terapiei intensive de lungă durată prin prisma unui caz clinic.

Caz clinic. Pacient V., 53 ani, a fost internat pentru patologie septică severă, necesitând multiple intervenții chirurgicale abdominale și toracice sub anestezie intravenoasă totală cu suport inhalator. Postoperator, evoluția a fost complicată cu sepsis, șoc septic, ventilație mecanică invazivă timp de 32 zile, urmată de 3 zile traheostomă, imobilizare >35 zile, injurie renală acută, hiperglicemie și tratament cu corticosteroizi și relaxante neuromusculare.

Management și rezultate. Monitorizarea paraclinică a inclus parametrii hemodinamici, gazometria și analize biologice. Determinările serice au evidențiat variații oscilante ale markerilor musculari: CK-MM (26–327 mg/dL), mioglobinei (65–690 mg/dL), asociate cu hiperglicemie (4,3–14,8 mmol/L), și markerilor inflamatori crescuți: feritina (176–1236 mg/dL), PCR (9,7–271 mg/dL) și PTC (0,1–95 μg/mL).

În ziua 20, pacientul a recăpătat starea de conștiență, însă persista deficit motor sever, cu păstrarea exclusivă a funcției musculaturii palpebrale. Sevrăjul ventilator a eșuat din cauza afectării musculaturii respiratorii. După efectuarea traheostomiei și sistarea medicației sedative/corticosteroizi, s-au inițiat plasmafereză, terapie cu CytoSorb și kinetoterapie. După 5 zile au apărut mișcări voluntare ale degetelor, iar în următoarele 13 zile funcția motorie s-a restabilit progresiv. Pacientul a fost transferat din UTI în ziua 51 de spitalizare și externat din spital în ziua 61.

Concluzii. Terapie intensivă de lungă durată conduce la dezvoltarea MPC. Contracurarea precoce a factorilor reprezintă o condiție esențială pentru recuperarea funcției musculare. Analizele biologice și dinamica markerilor serici au avut un rol important în individualizarea terapiei intensive.

Cuvinte-cheie: miopatia pacientului critic, ventilație mecanică prelungită, sepsis.

Section ”Clinical case presentation”

CRITICAL ILLNESS MYOPATHY IN THE CONTEXT OF PROLONGED INTENSIVE CARE

Balan Dorina^{*1,2}, Doriană Cojocaru^{1,2}, Victor Cojocaru^{1,2}

¹ Chair of Anesthesiology and Intensive Care No. 2, SUMPh ”N. Testemitanu”; ² Republican Clinical Hospital ”T. Moșneaga”

* Resident Physician in Anesthesiology and Intensive Care, III-rd year

Scientific advisor: Prof. V. Cojocaru^{1,2}, Head of the Chair of Anesthesiology and Intensive Care No. 2

Introduction. Critical illness myopathy (CIM) is a frequent complication in intensive care units (ICUs), associated with increased morbidity and mortality. Risk factors include sepsis, prolonged immobilization, long-term mechanical ventilation, corticosteroid use, and neuromuscular blocking agents.

Objective. To evaluate CIM in the context of prolonged intensive care through a clinical case.

Case report. Patient V., 53 years old, was admitted for severe septic pathology requiring multiple abdominal and thoracic surgical interventions under total intravenous anesthesia with inhalation support. Postoperatively, the evolution was complicated by sepsis, septic shock, invasive mechanical ventilation for 32 days followed by 3 days of tracheostomy, immobilization >35 days, acute kidney injury, hyperglycemia, and treatment with corticosteroids and neuromuscular blockers.

Paraclinical monitoring included hemodynamic parameters, blood gas analysis, and laboratory tests. Serum determinations revealed oscillating values of muscle markers: CK-MM (26–327 mg/dL), myoglobin (65–690 mg/dL), associated with hyperglycemia (4.3–14.8 mmol/L) and elevated inflammatory markers: ferritin (176–1236 mg/dL), CRP (9.7–271 mg/dL), and PCT (0.1–95 µg/mL).

On day 20, the patient regained consciousness, but severe motor deficit persisted, with preserved palpebral muscle function only. Weaning from ventilation failed due to respiratory muscle impairment. After tracheostomy and discontinuation of sedation/corticosteroids, plasma exchange, CytoSorb therapy, and physiotherapy were initiated. After 5 days, voluntary finger movements reappeared, and over the next 13 days motor function progressively recovered. The patient was transferred from ICU on day 51 of hospitalization and discharged on day 61.

Conclusions. Prolonged intensive care frequently leads to CIM. Early prevention and management of risk factors are essential for motor function recovery. Laboratory monitoring and dynamic changes of serum markers played an important role in tailoring intensive care therapy.

Key words: Critical illness myopathy, prolonged mechanical ventilation, sepsis.