Semnatar: Cioabla Stefan-Marin
Data si ora semnarii: 2025.02.19 14:25:03 +0200

INSTITUTUL DE MEDICINĂ LEGALĂ CRAIOVA

Adresa: Str. Vasile Alecsandri, nr. 20, c.p. 200463
Telefon: 0251–410.674
Fax: 0351–809.784, 0251– 433.483
Website: www.imlcraiova.ro
E-mail: contact@imlcraiova.ro; m_legala@yahoo.com
Cod fiscal: 13743872
Cont: RO25TREZ29120G330400XXXX
Banca: Trezoreria Craiova
Operator de date cu caracter personal nr: 35812

INSTITUTUL DE MEDICINA LEGALA CRAIOVA
CERT IND
Sistem de management certificat
ISO 9001

NR. 715/A1/13.02.2025/2024

Către IPJ DOLJ - SIC

Urmare Ordonanței dvs. în dosar nr. 573410 din 27.02.2024, vă înaintăm raportul de expertiză medico-legală pe baza actelor medicale privind pe numitul V[redacted]ION.

Raportul de expertiză medico-legală se taxează cu suma de 25 lei, care va fi achitată în contul I.M.L. Craiova cu nr. RO25TREZ29120G330400XXXX deschis la Trezoreria Craiova.

DIRECTOR,
Prof.univ.dr. Roxana Zăvoi
medic primar legist

[redacted]

Dosarul se restituie.

Ministerul Sănătății ★ Institutul de Medicină Legală Craiova România

RAPORTUL DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ
PE BAZA ACTELOR MEDICALE Nr. 715/A1/202[redacted]

Subsemnații dr. Gabriel Guja și dr. Zorilă Valentin, medici primari legiști în cadrul IML Craiova, ca urmare a Ordonanței 573410 din 27.02.2024 în dosar nr. 6928/P/2023 înregistrat la Parchetul de pe lângă Judecătoria Craiova, am examinat actele medicale privind pe numitul V[redacted]ION, CNP 1[redacted] și am constatat următoarele:

ISTORIC:

Ordonanța consemnează:

„Din cuprinsul actului de sesizare rezultă faptul că, la data de 12.09.2023, orele 15.38, tatăl persoanei vătămate, V[redacted]ION, a decedat în timp ce se afla pe secția de Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova, ca urmare a neglijenței manifestate, a efectuării în mod superficial a investigațiilor și tratamentului de către doctorul M[redacted]ION din cadrul Secției de chirurgie toracică a S.C.J.U. Craiova, cat și ca urmare a managementului defectuos a cazului de către cadrele medicale din cadrul S.C.J.U. Slatina care au dispus transferul acestuia către S.C.J.U. Craiova.

În fapt, la data de 08.09.2023, ora 16.30, numitul V[redacted]ION se prezintă la Spitalul Clinic Județean de Urgență Slatina – Unitatea de Primiri Urgențe, fiind adus de la domiciliu de către aparținători pentru „dureri abdominale difuze și absența h pentru materii fecale de 2 zile" și având antecedente patologice „ASTM BRONȘIC". Cu ocazia examenului obiectiv medicul

specialist medicină de urgență, dr. N[redacted] Marinela Georgiana, stabilește că pacientul are abdomen sensibil la palpare – difuz (conform celor bifate în F.O.C.G. nr. 43788/08.09.2023).

La ora 17.51, pacientului V[redacted] ION i-au fost recoltate probe biologice de sânge în scopul efectuării analizelor de sânge;

La ora 18.00, pacientului V[redacted]ON i-a fost administrat următorul tratament: „Perfuzie Clorură de sodiu 0.9% x 500 ml., ALGIFEN 1 fiolă, NO-SPA 1 fiolă, PANTOPRAZOL 1 fiolă.

Rezultatele Analizelor de sânge și biochimie relevă faptul că pacientul prezenta anumite valori ieșite din parametrii normali (valoarea crescută a globulelor albe din sânge, număr scăzut de limfocite, monocitoză, neutrofilia, ureea serică peste nivel etc.)– buletine de analiză ce se regăsesc în documentația medicală.

Totodată, dr. N[redacted] MARINELA-GEORGIANA, a dispus Rx abdominală simplă precum și ecografie abdominală la Radiologie.

La ora 19.05 dr. N[redacted] MARINELA-GEORGIANA a solicitat consultarea pacientului V[redacted] ION de către un medic specialist în chirurgie generală.

Pacientul V[redacted] ION a fost consultat de către dr. I[redacted] ANDREI VALENTIN, medic specialist chirurgie generală în cadrul SCJU Slatina, ocazie cu care conform foii de observație a stabilit următoarele: „Abdomen mobil cu respirația, dureros spontan și la palpare în hipogastru". Totodată, același medic a solicitat în regim de urgență examen CT abdomen+pelvis+torace la Radiologie.

La ora 20.00, cu ocazia schimbului de tură, pacientul V[redacted] Ion este predat de medicul de gardă dr. N[redacted] MARINELA-GEORGIANA - doamnei dr. Z[redacted] Mihaela, medic primar medicină de familie atestat ultrasonografie generală, cu competente în medicina de urgență, doctor angajat cu contract de muncă pe perioadă determinată și care efectuează doar gărzi în cadrul S.J.U. Slatina – U.P.U..

La ora 20.30, dr. B[redacted] Sabin, medic primar radiologie și imagistică medicală în cadrul secției de Radiologie a S.C.J.U. Slatina, în uma examenului CT a stabilit următorul diagnostic CT: „Emfizem subcutanat laterocervical bilateral. Mici bule de emfizem apical bilateral, prezență pneumomediastin în grosime maximă de 9 mm, fără fluid liber în cavitatea peritoneală, aerocolie fără imagini hidroaerice."

După cum rezultă din declarația în calitate de martor a dr. Z[redacted] Mihaela, rezultatul computerului tomograf a fost adus la cunoștiință telefonic doctorului dr. I[redacted] ANDREI-VALENTIN, medic specialist chirurgie generală în cadrul SCJU Slatina, care se afla în sala de operație care a opinat ca pacientul V[redacted] ION trebuie consultat de către un medic pe specialitate chirurgie toracică.

La ora 21.20, dr. I[redacted] ANDREI-VALENTIN, medic specialist chirurgie generală în cadrul SCJU Slatina solicită examinarea pacientului de către medic specialist în chirurgie toracică.

Ulterior, conform celor menționate în foaia de observație rezultă că:

- s-a luat legătura cu dr. M[redacted], medic specialist chirurgie toracică din cadrul S.C.J.U. Craiova nu a acceptat transferul precizând că nu este urgență chirurgicală toracică;
- la ora 22.15, dr. I[redacted] ANDREI-VALENTIN, medic specialist chirurgie generală în cadrul SCJU Slatina in sala de operație încă 2 h;
- Se ia legătura cu COSU (Centrul Operațional pentru Situații de Urgență). Se explică cazul, se recomandă trimiterea cazului conform OMS 1091 către cel mai apropiat spital cu medic de chirurgie toracică – Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- Se anunță telefonic Dr. M[redacted]
- În Spitalul Județean Slatina nu există medic de chirurgie toracică în datele de 8, 9, 10.09.2023.

Conform cu originalul.

Din foaia medicală de transfer interclinic al pacientului critic rezultă următorul diagnostic de transfer al pacientului V[redacted] ION: Pneumomediastin. Emfizem subcutanat. B.P.O.C. (boală pulmonară cronică obstructivă).

La data de 09.09.2023, ora 01.00, pacientul V[redacted] ION este adus de Serviciul Județean de Ambulanță Olt, în baza unui transfer, la Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova, iar la ora 01.15 este internat pe secția de Chirurgie Toracică cu următorul diagnostic „Emfizem subcutanat mediastinal și cervical. Pneumoperitoneu. Astm bronșic".

În urma consultului din data de 09.09.2023, Prof. Univ. Dr. M[redacted] ION, medic primar chirurgie toracică, îi stabilește pacientului V[redacted] ION următorul diagnostic „Bolnav cu emfizem subcutanat cervical, emfizem mediastinal și pneumoperitoneu" (conform celor menționate în foaia de observație clinică generală).

În zilele de 09-10.09.2023, pacientului V[redacted] ION nu-i este efectuată nici un fel de investigație (analize medicale, examen CT, Rx etc.).

În dimineața zilei de 11.09.2023, la solicitarea Prof. Univ. Dr. M[redacted] ION, medic primar chirurgie toracică, întrucât pacientul V[redacted] ION prezintă dureri în etajul abdominal superior, pacientului îi sunt efectuate un set de analize medicale (buletine de analize atașate la documentele medicale) și de investigații radiologice, respectiv Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ și examen radioscopic – radiografic pulmonar stânga față.

În seara zilei de 11.09.2023, pacientul V[redacted] ION, este transferat pe secția Chirurgie II din cadrul S.C.J.U. Craiova cu diagnosticul „abdomen acut chirurgical – Pneumoperitoneu subdiafragmatic bilateral" în vederea intervenției chirurgicale de urgență.

În aceeași seară se intervine chirurgical de urgență și se constată: gaz la deschiderea cavității peritoneale, lichid purulent fetid și false membrane în întreaga cavitate peritoneală. Zonă de necroză la nivelul colonului trasvers etc. (după cum rezultă din EPICRIZA din 13.09.2023 întocmită de dr. C[redacted] MIHAELA medic primar chirurgie generală).

Ulterior, după intervenția chirurgicală, pacientul este dus la secția de Anestezie și Terapie Intensivă a S.C.J.U. Craiova.

În data de 12.09.2023, în timp ce se află internat pe secția ATI a SCJU Craiova, la ora 15.30 pacientul VOICU ION intră în stop cardiac, se inițiază manevrele de resuscitare, cordul nu-și reia activitatea iar la ora 16.15 se constată decesul.

La data de 13.09.2023, asupra cadavrului defunctului V[redacted] ION este efectuată autopsia anatomopatologică de către Dr. C[redacted] FOARFA , medic primar anatomopatolog, ocazie cu care este stabilit următorul diagnostic în caz de deces:

Cauza directă (imediată): STOP CARDIORESPIRATOR;

Cauza antecedentă: PERITONITĂ CRONICĂ. FIBROZĂ PULMONARĂ DIFUZĂ;

Stări morbide inițiale: INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ. EMFIZEM PULMONAR CRONIC GENERALIZAT.

Alte stări morbide importante: OPERAT PENTRU NECROZĂ COLON TRANSVERS ȘI RECTO-SIGMOIDIANĂ CU PERITONITĂ FECALOIDĂ GENERALIZATĂ. SUTURI CHIRURGICALE INTEGRE."

OBIECTIVE:

OBIECTIVE STABILITE DE ORGANUL DE CERCETARE PENALĂ:

1. Să se stabilească standardul medical de îngrijire și tratament de la momentul conduitei medicale pentru simptomatologia și afecțiunile prezentate de către pacientul V[redacted] Ion;
2. Să se stabilească dacă conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.J.U. Slatina și S.C.J.U. Craiova este în concordanță cu standardul de îngrijire și tratament;
3. Dacă examenul clinic efectuat a fost corect și complet, dacă anamneza (dialogul cu bolnavul) a fost menționată în actele medicale;

Conform cu originalul.

4. Dacă există concordanţă între diagnosticul clinic şi diagnosticul anatomopatologic al pacientului decedat;
5. Să se stabilească dacă diagnosticul clinic stabilit în cazul pacientului au fost corect şi corespunzător tratate după internarea acestuia în cadrul S.C.J.U. Craiova – Secţia de Chirurgie Toracică;
6. Dacă tratamentul aplicat a fost sau nu indicat, dacă diagnosticul a fost corect sau, dimpotrivă, fals, inoportun sau incomplet? – expertul va argumenta ştiinţific, iar în cazul stabilirii unei culpe în stabilirea diagnosticului, va indica cadrele medicale care se fac vinovate.
7. Dacă tratamentul a fost corect aplicat? – în caz negativ, expertul va indica cadrele medicale care au aplicat tratamentul greşit şi atât în caz pozitiv cat şi negativ va argumenta ştiinţific răspunsul la obiectiv.
8. Dacă conduita medicală adoptată de medici a fost una superficială; - în caz pozitiv, expertul va indica cadrele medicale care se fac vinovate de conduită medicală superficială;
9. Să se stabilească dacă cadrele medicale se fac vinovate de omisiune din punct de vedere al obligaţiei acordării asistenţei medicale, iar în caz pozitiv, să se stabilească prin individualizare, cadrele medicale care se fac vinovate, precum şi dacă omisiunea acordării asistenţei medicale s-a datorat unei greşeli de diagnosticare, unui diagnostic fals, inoportun sau incomplet sau subestimării gravităţii stării în care se afla bolnavul;
10. Dacă au existat greşeli de conduită şi tehnică medicală şi ce consecinţe au avut acestea?
11. Care este raportul de cauzalitate între moartea pacientului şi eventualele greşeli medicale constatate, respectiv în situaţia în care se vor identifica mai multe greşeli medicale, să se stabilească raportul de cauzalitate al fiecăreia dintre acestea cu decesul pacientului?
12. Dacă există raport de cauzalitate între decesul pacientului şi conduita medicală adoptată?
13. Dacă pacientul ar fi decedat indiferent de conduita medicală adoptată;
14. Dacă se putea evita decesul pacientului şi în ce mod;

OBIECTIVE STABILITE DE PĂRŢI (PERSOANE VĂTĂMATE) PRIN APĂRĂTORUL ALES:

<u>Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.J.U. Slatina:</u>

1. Care a fost diagnosticul de internare al pacientului V[redacted] Ion, în data de 08.09.2023 în U.P.U. a Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina?
2. Dacă în contextul simptomatologiei acuzate de pacient, explorările clinice şi paraclinice efectuate au fost în acord cu standardul de îngrijire şi tratament pentru sindromul dureros abdominal?
3. Dacă tratamentul aplicat pacientului a fost în concordanţă cu rezultatul investigaţiilor efectuate?
4. Dacă diagnosticul stabilit la examinarea CT din 08.09.2023 a fost corect şi complet, luând în considerare şi reinterpretarea acestei examinări înregistrată la dosarul cauzei în data de 22.01.2024?
5. Dacă diagnosticul şi decizia de transfer la Spitalul Judeţean din Craiova au fost corecte şi în acord cu rezultatul examinărilor efectuate în UPU Slatina?

<u>Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.C.J.U. Craiova:</u>

6. Dacă decizia de internare a pacientului Voicu Ion pe secţia de chirurgie cardio-toracică a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova din 09.09.2023 a fost corectă, ţinând cont atât de simptomatologie, cât şi de rezultatul examinărilor efectuate anterior?
7. Dacă starea pacientului s-a ameliorat după iniţierea terapiei?
8. Dacă pe parcursul spitalizării diagnosticele şi indicaţiile terapeutice au fost corecte?
9. Având în vedere evoluţia nefavorabilă a pacientului după internarea din 09.09.2023, dacă se impunea reefectuarea unei examinări CT abdomeno-pelvin sau reinterpretare.a CT-ului din 08.09.2023, efectuat în cadrul Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina, în vederea excluderii unei cauze intraabdomniale pentru pneumomediastin şi emfizem subcutnat latero-cervical?

Conform cu originalul.

10.Care a fost diagnosticul pentru care s-a decis intervenţia chirurgicală de urgenţă din data de 12.09.2023?
11. Care a fost diagnosticul stabilit intraoperator în 12.09.2023 si dacă există legătură de cauzalitate între acest diagnostic şi deces?

CONSTATĂRI:

C1.

S-au pus la dispoziţie următoarele materiale probatorii:

-Fişele de urgenţă prespitalicească SAJ Olt cu nr. 37256/08.09.2023/OT.65AMB şi 37260/08.09.2023/OT.53AMB,

-DVD/CD CT-TAP – efectuat pacientului V[redacted] Ion la data de 08.09.2023 în SJU Slatina,

-Fişa UPU/CPU nr 43788/08.09.2023 întocmită la UPU SJU Slatina pacientului V[redacted] Ion şi documentele conexe acesteia,

-Reinterpretare tip „SECOND OPINION" a CT-TAP – efectuat pacientului V[redacted] Ion la data de 08.09.2023 în SJU Slatina, depus la dosarul cauzei de către persoana vătămată (reinterpretare efectuată de medic primar de radiologie-imagistică medicală din cadrul clinicii Hyperclinica Medlife Oradea),

-FOCG nr 35009/09.09.2023 SCJU Craiova privind pacientul V[redacted] Ion şi toate documentele conexe acesteia,

-radiografiile efectuate în cadrul SCJU Craiova pacientului V[redacted] Ion la data de 11.09.2023, buletinele de analiză cu codurile de cerere nr. FZ3644/12.09.2023, FZ3957/12.09.2023, FZ 3447/12.09.2023, FZ 3635/12.09.2023, FZ 3949/12.09.2023,

-protocolul privind TRAUMATISMELE ABDOMINALE, LEZIUNILE INTESTINALE din SCJU Craiova,

-Examenul tomograf efectuat pacientului V[redacted] Ion la dat ade 08.09.2023 în cadrul SJU Slatina,

-declaraţii de martori: dr. I[redacted] Andrei, dr. N[redacted] Marinela, dr. Z[redacted] Mihaela, dr. M[redacted] Ion, as. S[redacted] Lucia.

C2.

Materialul probator a fost înaintat specialistului în materia Chirurgie Generală pus la dispoziţie de IML Craiova, care a emis următoare precizări şi concluzii:

"

REFERAT MEDICAL
privind cazul pacientului VOICU ION

Urmare a adresei nr. 715/A1/2024 a Institutului de Medicină Legală Craiova şi a adresei nr. 310673/28.02.2024 emisă de Inspectoratul Judeţean de Poliţie Dolj privind dosarul penal cu nr. 6928/P/2023 prin care se solicită exprimarea opiniei medicale privind cazul V[redacted] ION, decedat la data de 12.09.2023,

Subsemnatul, doctor Vasile Liviu, şef de lucrări UMF Craiova, medic primar chirurgie generală, medic primar obstetrică-ginecologie, în urma analizării documentelor medicale puse la dispoziţie de Institutul de Medicină Legală Craiova, privind pacientul V[redacted] ION, CNP 1[redacted], fac următoarele precizări, în urma documentelor prezentate:

La data de 08.09.2023, ora 16.30, pacientul V[redacted] Ion, CNP 1[redacted], se prezintă la **Spitalul Judeţean de Urgenţă Slatina – Unitatea de Primiri Urgenţe** (Fişa UPU

Conform cu originalul.

SJU Slatina 43788), pentru „dureri abdominale difuze şi absenţa tranzitului intestinal pentru materii fecale de 2 zile", având antecedente patologice de „Astm bronşic". Cu ocazia examenului obiectiv, medicul specialist medicină de urgenţă, dr. N[redacted] Marinela Georgiana, stabileşte că pacientul are abdomenul sensibil la palpare, difuz, fiind stabil hemodinamic şi respirator (TA 151/93 mm Hg., AV 121/min., SaO_2 96%).

La ora 17.51, pacientului i-au fost recoltate probe biologice de sânge în scopul efectuării bilanţului biologic, iar la ora 18.00 i s-a fost administrat următorul tratament: „perfuzie Clorură de sodiu 0.9% x 500 ml., Algifen 1 fiolă, NO-SPA 1 fiolă, Pantoprazol 1 fiolă".

Rezultatele analizelor de sânge / biochimie relevă faptul că pacientul prezenta anumiţi parametrii anormali (valoarea crescută a leucocitelor-18000/mmc., număr de neutrofile crescut, ureea serică uşor crescută 51 mg/dl, hiponatremie, hiperpotasemie, şi valoarea troponinei T înalt sensibile de 23,2ng/l).

Totodată, dr. N[redacted] Marinela Georgiana, a dispus efectuarea unei radiografii abdominale, precum şi o ecografie abdominală.

Examenul radiologic abdominal a relevat (dr. S[redacted] Elvira): „Fără nivele hidroaerice. Creşterea hipertransparenţei subdiafragmatic bilateral".

Examenul ecografic abdominal a evidenţiat „meteorism abdominal prezent", fără a evidenţia alte aspecte patologice.

La ora 19.05 dr. N[redacted] Marinela Georgiana a solicitat consultul pacientului de către un medic specialist în chirurgie general, de gardă.

Pacientul V[redacted] Ion a fost consultat de către dr. I[redacted] Andrei Valentin, medic specialist chirurgie generală în cadrul SCJU Slatina, care a constatat următoarele: „Abdomen mobil cu respiraţia, dureros spontan şi la palpare în hipogastru". Totodată, dr. I[redacted] Andrei Valentin a solicitat examen CT abdomen+pelvis+torace.

La ora 20.00, cu ocazia schimbului de tură, pacientul este predat de medicul de gardă dr. N[redacted] Marinela Georgiana, doamnei dr. Z[redacted] Mihaela.

La ora 20.30, dr. B[redacted] Sabin, medic primar radiologie şi imagistică medicală în cadrul secţiei de Radiologie a S.J.U. Slatina, în urma examenului CT 2781 a stabilit următorul diagnostic CT: „Emfizem subcutanat laterocervical bilateral. Mici bule de emfizem apical bilateral, cea mai mare de 16 mm, prezenţă de pneumomediastin în grosime maximă de 8 mm, fără fluid liber în cavitatea peritoneală, aerocolie, aeroenterie, fără imagini hidroaerice."

După cum rezultă din declaraţia în calitate de martor a dnei dr. Z[redacted] Mihaela, rezultatul examenului CT a fost adus la cunoştiinţă telefonic doctorului I[redacted] Andrei Valentin, medic specialist chirurgie generală în cadrul SJU Slatina, care se afla în sala de operaţie şi care a opinat că pacientul Voicu Ion trebuie consultat de către un medic pe specialitate chirurgie toracică.

Dr. Z[redacted] Mihaela a luat legătura cu dr. M[redacted] Ion, medic primar chirurgie toracică, de gardă la domiciliu, din cadrul S.C.J.U. Craiova, care a opinat că nu este urgenţă chirurgicală toracică şi nu a acceptat transferul.

La ora 22.15, dr. Z[redacted] l-a anunţat telefonic pe dr. I[redacted] Andrei Valentin privind refuzul transferului către Chirurgie Toracică la SCJU Craiova.

După ce a ieşit din sala de operaţie, dr. I[redacted] l-a contactat pe dr. M[redacted] Ion din cadrul SCJU Craiova, i-a explicat cazul, inclusiv i-a comunicat rezultatele investigaţiilor imagistice, acesta din nou refuzând transferul pacientului V[redacted] Ion motivând că nu reprezintă o urgenţă chirurgicală toracică.

Dr. [redacted] Andrei a luat legătura cu Centrul Operaţional pentru Situaţii de Urgenţă (COSU), le-a expus situaţia pacientului V[redacted] Ion şi că în opinia sa acesta trebuie consultat de un specialist de chirurgie toracică.

COSU (Centrul Operațional pentru Situații de Urgență) recomandă trimiterea cazului conform OMS 1091 către cel mai apropiat spital cu medic de chirurgie toracică – Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;

Se consemnează că a fost anunțat telefonic Dr. M[redacted] și că în Spitalul Județean Slatina nu există medic de chirurgie toracică în datele de 8, 9, 10.09.2023.

În foaia medicală de transfer interclinic al pacientului critic, dr. Ionescu menționează următorul diagnostic de transfer al pacientului V[redacted] Ion: „Pneumomediastin. Emfizem subcutanat. B.P.O.C. (boală pulmonară cronică obstructivă)".

Din Fișa de urgență prespitalicească 37260 reiese că la data de 09.09.2023, ora 01.00, pacientul V[redacted] Ion este adus de Serviciul Județean de Ambulanță Olt, în baza unui transfer, la **Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova** cu pneumomediastin, BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică), emfizem subcutanat, stabil hemodinamic și respirator.

Din FOC 35009 a SCJU Craiova reiese că pacientul V[redacted] Ion a fost internat în 09.09.2023 ora 00.58, fiind adus pe secție la ora 01.15.

La motivele internării se menționează: dureri abdominale și emfizem subcutanat cervical, iar la antecedente: astm bronșic.

Examenul general:

-țesut conjunctivo-adipos: emfizem subcutanat cervical

-aparat respirator: fără modificări stetacustice pe ariile pulmonare, MV prezent bilateral

- aparat digestiv: abdomen ușor destins de volum, cu jenă dureroasă în epigastru, fără apărare musculară; bolnavul acuză constipație

Se menționează diagnosticul la internare: „Emfizem mediastinal și cervical. Pneumoperitoneu. Astm bronșic"

La examenul general din 10.09.2023 se menționează: TA=124/80 mm Hg, AV=101 b/min, Sat O2=97%, Pacientul a avut scaun; în tura a 3-a: TA=120/60 mm Hg, AV=98 b/min, Sat O2=98%.

In data de 11.09.2023 pacientul acuză dureri în etajul abdominal superior. MV prezent bilateral.

Dr M[redacted] Ion solicită efectuarea unei radiografii pulmonară față și o radiografie abdominală pe gol (ora 08.18).

Se solicită consult standard de Chirurgie Generală 588/11.09.2023.

Examenul Rx 3509/11.09.2023 consemnează: „Emfizem subcutanat supraclavicular bilateral. Fibroză pulmonară difuză. Scizurită fibroasă orizontală. Pneumoperitoneu subdiafragmatic bilateral. Fără nivele hidro-aerice pe aria abdominală".

Declarația asistentei medicale S[redacted] Lucia Marilena din secția de Chirurgie Toracică consemnează: „În data de 11.09.2023, la ora 19.00, am intrat în serviciul de 12 ore în cadrul secției de chirurgie toracică, intervalul orar 19.00 - 07.00. Am preluat pacienții, printre care și pe pacientul V[redacted] Ion.

În jurul orei 19.00 după ce am preluat pacienții, am intrat în saloanele în care se aflau pacienții pentru a verifica starea acestora (drenajele, tensiunea, perfuziile) printre care și pe numitul V[redacted] Ion, care la aceea oră era conștient, cooperant, activ fără a prezenta probleme.

Tot la această oră, am observat pe noptiera pacientului un borcan de compot de prune început, din care pacientul V[redacted] Ion cel mai probabil mâncase deși se afla în repaus alimentar.

.... în jurul orei 20.15, nu mai rețin cu exactitate ora, pacientul V[redacted] Ion m-a chemat la acesta în salon și mi-a spus că are dureri mai ample în abdomen și că îl doare mai tare decât de obicei.

Auzind acestea, întrucât eu în calitatea mea de asistent nu pot evalua starea pacientilor, în jurul orei 20.30 - 20.50 am sunat medicul de gardă de la aceea dată, pe doamna dr. D[redacted] Rodica, medic primar chirurgie toracică ocazie cu care i-am transmis că pacientul V[redacted] Ion prezintă dureri mari în zona abdominală. Cu această ocazie după ce am închis telefonul cu dna

Conform cu originalul.

dr. D[redacted] Rodica, la ceva timp am fost apelată telefonic de către aceasta, ocazie cu care mi-a transmis că a luat legătura telefonic cu medicul de gardă de pe chirurgie Dr. C[redacted] Mihaela, medic primar chirurgie generală şi că aceasta se află în operaţie, iar după încheierea operaţiei se va prezenta pentru consult la pacientul V[redacted] Ion.

Ulterior, nu mai reţin ora, cred că în jurul orei 21.30, a venit dna dr. C[redacted] Mihaela, l-a consultat pe pacientul Voicu Ion şi a solicitat transferul pe secţia de chirurgie."

Dr. C[redacted] Mihaela menţionează în FOC: „La momentul efectuării consultului pacientul acuză dureri abdominale intense, meteorism intens şi timpanism generalizat cu matitate hepatică absentă, apărare musculară generalizată. Radiografia abdominală simplă obiectivează pneumoperitoneu subdiafragmatic bilateral. Pacientul are indicaţie chirurgicală pentru intervenţie de urgenţă - perforaţie viscer cavitar. Se transferă în Clinica II Chirurgie în regim de urgenţă."

Se înscrie la transferul în Clinica de Chirurgie Generală la rubrica „Diagnostic la 72 ore": „Abdomen acut chirurgical. Şoc septic".

În 11.09.2023 la ora 23:30 se intervine chirurgical sub anestezie general cu intubaţie orotraheală, consemnându-se în protocolul operator CO 407/11.09.2023: „Laparotomie mediană supra şi subombilicală. La deschiderea cavităţii peritoneale se evacuează gaz, lichid purulent şi false membrane în întreaga cavitate peritoneală. Zonă de necroză dimensiune aprox. 7-8 cm la nivel colonului transvers, zonă de necroză şi sfaceluri la nivelul joncţiunii recto-sigmoidiene, mezorectului şi mezosigmoidului, cadrul colic dilatat, anse subţiri, hiperemice, hipoperistaltice retroperitoneal, puroi fetid şi sfaceluri ale ţesutului grăsos care se evacuează prin breşe multiple determinate de necroza peritoneului posterior De necesitate se practică colectomie totală cu ileostomie iliacă dreaptă terminală şi sutura bontului rectal cu fir trecut în bursă, lavaj peritoneal şi retroperitoneal, splenectomie de necesitate, drenaj al spaţiilor laterale abdominal stg, al lojei splenice, interhepatofrenic, subhepatic şi al pelvisului. Refacerea peretelui abdominal în planuri anatomice". Intervenţia chirurgicală se termină la ora 02:30, în 12.09.2023.

După intervenţia chirurgicală, pacientul este dus la secţia de Anestezie şi Terapie Intensivă a S.C.J.U. Craiova.

În data de 12.09.2023, în timp ce se află internat pe secţia ATI a SCJU Craiova, la ora 15.30 pacientul Voicu Ion intră în stop cardiac, se iniţiază manevrele de resuscitare, cordul nu-şi reia activitatea iar la ora 16.15 se constată decesul.

Dr. C[redacted] Mihaela consemnează la rubrica **„Diagnostic la externare"**: „Peritonită fecaloidă generalizată. Necroză colon transvers şi rectosigmoidian. Flegmon retroperitoneal. Şoc septic. Acidoză metabolică. Astm bronşic. Emfizem mediastinal şi cervical"

La data de 13.09.2023, s-a efectuat autopsia anatomopatologică a defunctului Voicu Ion de către Dr. F[redacted] Camelia, medic primar anatomopatolog, ocazie cu care s-a consemnat următorul **diagnostic de deces**:

Cauza directă (imediată): STOP CARDIORESPIRATOR;

Cauza antecedentă: PLEURITĂ CRONICĂ. FIBROZĂ PULMONARĂ DIFUZĂ;

Stări morbide iniţiale: INSUFICIENŢĂ CARDIACĂ CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ. EMFIZEM PULMONAR CRONIC GENERALIZAT.

Alte stări morbide importante: OPERAT PENTRU NECROZĂ COLON TRANSVERS ŞI RECTO-SIGMOIDIANĂ CU PERITONITĂ FECALOIDĂ GENERALIZATĂ. SUTURI CHIRURGICALE INTEGRE.

Protocolul necropsiei consemnează:

1. Incizie supra şi subombilicală postoperatorie suturată (necroză colon transvers şi rectosigmoidiană cu peritonită fecaloidă generalizată). Suturi chirurgicale integre. Ileostoma. Tuburi de dren în hipocondrul drept, stâng şi fosa iliacă dreaptă.

2. Plămân: prezintă emfizem cronic generalizat cu bulă mare de emfizem subpleural de aproximativ 8/3 cm. Fibroză pulmonară difuză. Pleurită cronică. Stază şi edem pulmonar.

Conform cu originalul.

3. Cord: prezintă pericardită seroasă (aproximativ 30 ml), placarde fibrohialine (8/6 cm) localizate predominant ventricul drept cu grosime de 0,5 cm (aspect de pericardită cronică constrictivă).

4. Ateromatoză aortică şi coronariană în stadiul de placă matură cu numeroase ulceraţii şi calcificări (stadiul IV).

5. Ficat de aproximativ 30/18/7 cm cu aspect de stază cronică (ficat muscad).

6. Discretă fibroză pancreatică.

7. Stomac cu hiperemia mucoasei.

8. Rinichi stâng de 11/3,5/6,5 cm şi rinichi drept de 11/3/5 cm, ambii cu plăci sclero-hialine capsulare, iar la nivelul rinichiului drept substituţie adipoasă.

9. Splenectomie. Colectomie.

Buletinul de diagnostic histopatologic FZ3452 din 10.10.2023 consemnează:

Piesa trimisă 1. Splina, 2. Rect, 3. Colon în totalitate

Descriere macroscopică:

Splina de 9,5/6,8/2,5 cm ce prezintă pe suprafaţa capsulei pe faţa anterioară zona cu depozite cenuşii brune iar la nivelul hilului, zone hemoragice

Rect - piesa rezecţie de 13,5 cm în axul lung, fără leziuni macroscopice la nivelul mucoasei, dar la nivelul epiplonului se remarcă spre unul din capete, o zonă cenuşie de 3/4,5 cm

Colon în totalitate - piesa ansa colică de 72 cm ce include şi ileon de 10 cm, lumenul intestinal este de calibru neuniform dilatat în porţiunea cecală de 8 cm iar peretele este foarte mult subţiat în porţiunea cecală dar şi în porţiunea sigmoidiană.

Diagnostic histopatologic:

Splina: parenchim splenic cu leziuni hiperemice, se mai remarcă infiltrate hematice la nivelul capsulei

Rect: perete colon (limita de rezecţie) cu discretă hiperemie transmurală; perete colon (rect) ce prezintă zone multiple de dilataţie diverticulară ale peretelui cu aspect ulcerat al mucoasei, cu abundent infiltrat inflamator polimorf limfo-plasmocitar în ţesutul fibroadipos, zonă de necroză supurată şi infiltrate hematice la acest nivel

Colon în totalitate: perete ileon (limita de rezecţie) cu discret edem transmural, perete colic (limita de rezecţie) cu discretă fibroză difuză; perete colon cu marcată atrofie a tunicilor, discretă fibroză şi inflamaţie abundentă la nivelul seroasei

Reinterpretarea examenului CT torace, abdomen şi pelvis nativ de la Spitalul Judeţean de Urgenţă Slatina, din 09.09.2023, emisă de dr. C[redacted] Ioana, medic primar radiologie-imagistică medicală Hyperclinica Medlife Oradea, depusă la 20.01.2024, menţionează:

„Plămânii expansionaţi, cu structură scleroemfizematoasă, prezintă în lobii superiori leziuni fibroase retractile stelate, una în dreapta şi două în stânga cu aspect cavitar şi conţinut aeric, sechelare posttuberculoase.

Pereţii bronşici îngroşaţi.

Fără colecţii pleurale şi pericardice.

Adenopatii mediastinale infracentimetrice inflamatorii.

Cord normal configurat; pneumomediastin în cantitate mare.

Ateromatoză sistemică.

Emfizem subcutanat al trunchiului, difuz în cantitate mare.

Hepatomegalie moderată, cu LS în caschetă, fără leziuni focalizate suspecte, fără modificări biliare sau portale.

Colecist destins, fără modificări parietale, fără imagini de calculi radioopaci.

Splina cu dimensiuni normale, structura omogenă.

Pancreas fără leziuni focalizate.

Glande SR cu morfologie normală.

Conform cu originalul.

Rinichii cu dimensiuni normale, morfologie şi funcţie în limite normale.

Multipli diverticuli descendento-sigmoidieni, unii cu perete îngroşat, cu iodofilie crescută, pledând pentru diverticulită.

Formaţiune heterogenă, difuză, cu densităţi parafluide şi multiple incluziuni aerice, localizată retroperitoneal cu polul inferior la nivelul unei linii imaginare ce trece prn platoul superior al vertebrei L3 cu dimensiuni de 12 cm CC/3,5 cm AP/5,7 cm LL.

VU cu pereţi normali, conţinut omogen.

Prostata cu dimensiuni mărite de 3,5/3 cm cu contur păstrat şi iodofilie uşor heterogenă.

Pneumoperitoneu şi retropneumoperitoneu în cantitate mare.

Importantă densificare difuză a grăsimii retroperitoneale şi intraperitoneale.

Fără adenopatii patologice retroperitoneale, pelvine şi inghinale.

Fără colecţii fluide declive abdomino-pelvine.

Modificări degenerative dorsale şi lombare în teritoriul sacrat.

CONCLUZII:

Emfizem subcutanat extins al trunchiului, pneumomediastin, pneumoperitoneu şi retropneumoperitoneu în cantitate mare, mai probabil cu punct de plecare de la un voluminos abces retroperitoneal (cu germeni anaerobi) centrat pe o diverticulită abcedată şi perforată.

Sechele posttuberculoase pulmonare bilaterale.

Ateromatoză difuză.

Analizând cazul pacientului V[redacted] Ion şi evoluţia nefavorabilă urmată de decesul acestuia, doresc să fac câteva precizări generale şi particulare, corelate cu datele raportate în literatura de specialitate:

Pneumomediastinul şi emfizemul subcutanat sunt entităţi clinice neobişnuite care apar atunci când aerul trece din plămânii sau oricare dintre organele luminale, cum ar fi bronhiile, laringele, traheea, esofagul şi, foarte rar, colonul, cu disecţie ulterioară în mediastin [1]

În schimb pneumomediastinul spontan de obicei apare atunci când o presiune intraalveolară crescută (**astm**, tuse) duce la ruperea pulmonară marginală alveolară. Aerul urcă de-a lungul bronhiilor până în mediastin şi spaţiul subcutanat al gâtului, provocând emfizem cervico-toracic subcutanat în 70–90% din cazuri [2].

În literatură există doar câteva cazuri de emfizem subcutanat de origine gastrointestinală raportate [3–5] şi apare de obicei după proceduri chirurgicale, mai ales în caz de dehiscenţa suturilor, formarea de fistule şi apariţia infecţiilor şi **rareori după diverticulita colonică.**

Diagnosticul se face cel mai frecvent prin radiografie toracică, care evidenţiază emfizem subcutanat şi pneumomediastin.

Pneumomediastinul mic neobservat pe radiografia toracică poate fi evidenţiat pe CT-ul toracic. Deşi emfizemul subcutanat cervical, pneumomediastinul şi retropneumoperitoneul sunt rareori cauzate de perforaţii netraumatice ale colonului - diverticulita, această posibilitate ar trebui luată în considerare atunci când nu este evidentă originea aerului liber în mediastin sau ţesutul toracic subcutanat. Tomografia abdominală joacă un rol important în identificarea unei perforaţii oculte colice.

Perforaţia colonică se poate datora cel mai adesea diverticulitei, neoplasmului şi mecanismelor iatrogenice şi traumatice. Diverticuloza colonică este frecventă în lumea dezvoltată, afectând până la 50% dintre adulţii din ţările occidentale [6]. Dintre pacienţii cu diverticuloză colonică, aproximativ 20% pot dezvolta diverticulită din cauza infecţiei şi inflamaţiei diverticulilor [7].

Conform cu originalul.

Perforarea diverticulitei este una dintre cele mai grave complicații și necesită o intervenție urgentă. **În câteva raportări, perforația colonului a dus la o perforație pe partea opusă a mezenterului cu tablou clinic de abdomen acut chirurgical absent** [8,9].

În cazurile de perforație în peritoneul liber, caracteristicile imagistice includ CT cu pneumoperitoneu masiv și semne de iritație peritoneală, astfel, fiind ușor să diagnosticăm acest lucru precoce.

Cu toate acestea, emfizemul mediastinal și subcutanat spontan apare de obicei atunci când presiunea intraalveolară crescută, cum ar fi **astm**, tuse sau ventilație mecanică, duce la ruptura alveolelor pulmonare marginale. **În special, emfizemul mediastinal masiv în perforația colonului este o complicație neobișnuită, care este extrem de rară** [10-13].

În literatura de specialitate au fost raportate doar 20 de cazuri de emfizem mediastinal în urma perforației colonice diverticulare, excluzând leziunile iatrogenice și traumatice. Toate cazurile au implicat perforarea în spațiul retroperitoneal sau intramezenteric. Cea mai frecventă cauză a emfizemului subcutanat și mediastinal de origine colonică a fost diverticulita (13 cazuri) [14–19].

Gradientul de presiune dintre lumenul gastrointestinal și țesutul retroperitoneal și subcutanat este mecanismul prin care perforația colonică produce emfizem subcutanat și mediastinal extins. Quigley și colab. au raportat că presiunea tractului gastrointestinal ar fi de până la 60 mm H_2O în starea sa naturală, iar conținutul gazos din colon s-ar răspândi din mezenter în spațiul retroperitoneal dincolo de diafragm [20].

În funcție de localizarea perforației, pot fi evidente semne de iritație peritoneală, **dar acestea pot fi absente în cazurile de perforație retroperitoneală a colonului**. Conținutul gazos colonic poate difuza prin diferite căi anatomice atunci când perforația colonului are loc în retroperitoneu; astfel, pot fi prezente diverse **simptome clinice atipice** [21].

Manifestarea atipică a perforației colonice retroperitoneale poate determina dificultăți în stabilirea unui diagnostic. În plus, la pacienții cărora li se administrează steroizi, semnele abdominale sunt în general absente. În special, la pacienții care primesc prednison la 20 mg/zi sau mai mult, simptomele clinice pot să nu fie observate chiar și în cazurile de peritonită rezultată dintr-o perforație și un abces [22].

Remine și colab. a raportat o perforație colonică din cauza administrării de steroizi. Ei au descoperit că rata mortalității pacienților care au primit o doză de 20 mg/zi sau mai puțin a fost de 13,3%, în timp ce cea a celor care au primit o doză de 20 mg/zi sau mai mult a fost de 85,1% [23].

Diagnosticul la un pacient cu simptomatologie atenuată poate fi o provocare pentru chirurgi; astfel, diagnosticul întârziat este cauzat, mai ales, de absența semnelor peritoneale și a durerilor abdominale datorate atât utilizării de steroizi, cât și perforației intramezenterice. O tomografie computerizată la pacienții stabili poate fi utilă pentru a detecta dovezi directe ale perforației colonului, cum ar fi emfizemul retroperitoneal și subcutanat toracic, precum și pneumomediastinul.

[1] R. J. Maunder, D. J. Pierson, and L. D.Hudson, "Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis, and management," *Archives of Internal Medicine*, vol. 144, no. 7, pp. 1447–1453, 1984.

[2] E. Aghayev, K. Yen, M. Sonnenschein et al., "Pneumomediastinum and soft tissue emphysema of the neck in postmortem CT and MRI; a new vital sign in hanging?" *Forensic Science International*, vol. 153, no. 2-3, pp. 181–188, 2004.

[3] H. K. Oetting, N. E. Kramer, andW. E. Branch, "Subcutaneous emphysema of gastrointestinal origin," *The American Journal of Medicine*, vol. 19, no. 6, pp. 872–886, 1955.

Conform cu originalul.

[4] H. C. Walker Jr., S. Nivatvongs, H. J. Ansel, and E. Gedgaudas, "Massive extraperitoneal air in a 71-year-old woman: occurrence during a radiological study," *Journal of the American Medical Association*, vol. 248, no. 11, pp. 1375–1376, 1982.
[5] V. Sivarajah, C. Jones, and A. Pittathankal, "Radiological evidence of subcutaneous emphysema leading to a diagnosis of retroperitoneal perforated diverticulum," *International Journal of Surgery Case Reports*, vol. 4, no. 6, pp. 531–533, 2013.
[6] E. Warner, E.J. Crighton, R. Moineddin, M. Mamdani, R. Upshur, Fourteen-yearstudy of hospital admissions for diverticular disease in Ontario, Can. J.Gastroenterol. 21 (2007) 97–99.
[7] L. Bordeianou, R. Hodin, Controversies in the surgical management of sigmoiddiverticulitis, J. Gastrointest. Surg. 11 (2007) 542–548.
[8] J.W. Bell, Intramesenteric perforation of colon diverticulitis, Arch. Surg. 102(1971) 471–473.
[9] J.A. Jensen, D. Tsang, J.F. Minnis, T. Ponn, R.C. Merrell, Pneumopylephlebitis and intramesocolic diverticular perforation, Am. J. Surg. 150 (1985) 284–287.
[10] T. Hur, Y. Chen, G.H. Shu, J.M. Chang, K.C. Cheng, Spontaneous cervicalsubcutaneous and mediastinal emphysema secondary to occult sigmoiddiverticulitis, Eur. Respir. J. 8 (1995) 2188–2190.
[11] J. Suros, R.A. Lee, Pneumoretroperitoneum, pneumomediastinum, andsubcutaneous emphysema. Complications of acute, perforated diverticulitis,Minn. Med. 56 (1973) 747–749.
[12] J.A.H. van Oers, H.H. Ponssen, Hesp WLEM, Pneumopericardium,pneumomediastinum, pericarditis and mediastinal abscess secondary todiverticulitis of the sigmoid, Intensive Care Med. 26 (2000) 1867–1868.
[13] N. Besic, J. Zgajnar, I. Kocijancic, Pneumomediastinum, pneumopericardium,and pneumoperitoneum caused by peridiverticulitis of the colon: report of acase, Dis. Colon Rectum 47 (2004) 766–768.
[14] A. Maw, Perforation of the sigmoid colon resulting in subcutaneousemphysema of the head and neck and associated pneumoperitoneum, Br. J.Surg. 55 (1968) 712–714.
[15] K.M. Dharia, I.C. Shah, Subcutaneous emphysema of gastrointestinal origin:report of four cases, Dis. Colon Rectum 16 (1973) 319–324.
[16] G. Soliani, M. Dominici, L. Bergossi, E. Basaglia, S. Pauli, P. Carcoforo, Acutecolon diverticulitis in multiple myeloma patient: an unusual presentation of acolonic perforation. Case report, Ann. Ital. Chir. 73 (2002) 643–646.
[17] G.B. Schmidt, M.W. Bronkhorst, H.H. Hartgrink, L.H. Bouwman, Subcutaneouscervical emphysema and pneumomediastinum due to a lowergastrointestinal tract perforation, World J. Gastroenterol. 14 (2008) 3922.
[18] T. Wiles, R. Mullett, M. Chadwick, Diverticular perforation: an unusual causeof subcutaneous emphysema, Emerg. Med. J. 31 (2014) 259–260.
[19] S. Fosi, V. Giuricin, V. Girardi, E. Di Caprera, E. Costanzo, R. Di Trapano, et al.,Subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumoretroperitoneum,and pneumoscrotum: unusual complications of acute perforateddiverticulitis, Case Rep. Radiol. 2014 (2014), 431563.
[20] J.P. Quigley, D.A. Brody, A physiologic and clinical consideration of thepressures developed in the digestive tract, Am. J. Med. 13 (1952) 73–81.
[21] B. Ravo, S.A. Khan, R. Ger, A. Mishrick, H.S. Soroff, Unusual extraperitonealpresentations of diverticulitis, Am. J. Gastroenterol. 80 (1985) 346–351.
[22] L.F. Marshall, J. King, T.W. Langfitt, The complications of high-dosecorticosteroid therapy in neurosurgical patients: a prospective study, Ann.Neurol. 1 (1977) 201–203
[23] S.G. ReMine, D.C. McIlrath, Bowel perforation in steroid-treated patients, Ann.Surg. 192 (1980) 581–586.

Conform cu originalul.

Din documentele şi probele analizate concluzionez punctual:

OBIECTIVE STABILITE DE ORGANUL DE CERCETARE PENALĂ:

1. Să se stabilească standardul medical de îngrijire şi tratament de la momentul conduitei medicale pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted]Ion;

Pacientul prezenta antecedente de astm bronşic, dar nu se precizează dacă acesta era in tratament pentru afecţiunea menţionată. Tratamentul astmului bronşic presupune administrarea şi a medicaţiei antiinflamatorii steroidiene care scade răspunsul imun şi implicit a reactivităţii organsimului la infecţii. Deasemenea, astmul bronşic creează premisele creşterii presiunii intraabdominale, cu posibilitatea de creştere a presiunii intralumenale digestive şi formarea de diverticuli dobândiţi. Este cunoscut în literatura medicală că "more pain, gas and fat" (multă durere, balonare şi obezitate) se asociază cu diverticulita colonică, pe care pacientul nu o cunoştea.

Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted] Ion a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.

2. Să se stabilească dacă conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.J.U. Slatina şi S.C.J.U. Craiova este în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament;

Evoluţia afecţiunii pacientului a fost silenţioasă, simptomatologia abdominală fiind atenuată, cu toleranţă digestivă bună şi tranzit intestinal prezent, fără a ridica suspiciunea de abdomen acut chirurgical.

Atitudinea şi conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.C.J.U. Craiova a fost în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament la un pacient la care simptomatologia diverticulitei perforate retroperitoneal nu s-a manifestat prin semne clinice abdominale, iar evolutiv, debutul semnelor de abdomen acut chirurgical au apărut pe parcursul spitalizării.

3. Dacă examenul clinic efectuat a fost corect şi complet, dacă anamneza (dialogul cu bolnavul) a fost menţionată în actele medicale;

Perforatia colică a fost localizată probabil pe peretele posterior al colonului sigmoid, iar propagarea infecţiei din retroperitoneu spre torace s-a produs prin translocare, astfel încât germenii colici au pătruns în spaţiul retroperitoneal şi apoi şi-au continuat difuzia superior, prin retroperitoneul paravertebral, ţesuturi şi hiatusul diafragmatic în mediastin şi în cele din urmă în zonele gâtului şi feţei, explicând tabloul clinic abdominal atenuat.

Examenul clinic efectuat a fost corect şi complet, anamneza fiind menţionată în actele medicale.

4. Dacă există concordanţă între diagnosticul clinic şi diagnosticul anatomopatologic al pacientului decedat;

Protocolul operator, dar şi examenul necroptic au evidenţiat necroză extinsă colonică ce a necesitat colectomie totală cu ileostomie, în contextul unei INSUFICIENŢE CARDIACE CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ ŞI A EMFIZEMULUI PULMONAR CRONIC GENERALIZAT, afecţiuni cu un grad ridicat emboligen, care pot explica necroza extinsă a colonului descrisă intraoperator şi la necropsie.

Există concordanţă între diagnosticul clinic intraoperator şi diagnosticul anatomopatologic al pacientului decedat.

Conform cu originalul.

5. Să se stabilească dacă diagnosticul clinic stabilit în cazul pacientului au fost corect şi corespunzător tratate după internarea acestuia în cadrul S.C.J.U. Craiova – Secţia de Chirurgie Toracică;

Debutul acut, dureros a fost declanşat probabil de ingestia în exces de carbohidraţi (compot) care prin fermentare au dus la distensia colonului şi declanşarea tabloului de abdomen acut chirurgical.

În momentul declanşarii semnelor de abdomen acut chirurgical în cursul serii de 11.09.2023, pacientul a fost diagnosticat prompt, iar indicaţia operatorie a fost imediată, pacientul fiind dus în blocul operator şi operat.

Diagnosticul clinic în sfera toracală a fost stabilit corect în secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova, urmărindu-se existenţa unei potenţiale etiologii din sfera toracală a patologiei, pacientul având preexistent patologie potenţială (emfizem pulmonar, astm bronşic, BPOC) pentru apariţia pneumomediastinului şi emfizemului subcutanat, iar tratamentul a fost corespunzător afecţiunii.

6. Dacă tratamentul aplicat a fost sau nu indicat, dacă diagnosticul a fost corect sau, dimpotrivă, fals, inoportun sau incomplet? – expertul va argumenta ştiinţific, iar în cazul stabilirii unei culpe în stabilirea diagnosticului, va indica cadrele medicale care se fac vinovate.

Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina în data de 08.09.2023 a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale cu evoluţie severă.

7. Dacă tratamentul a fost corect aplicat? – în caz negativ, expertul va indica cadrele medicale care au aplicat tratamentul greşit şi atât în caz pozitiv cat şi negativ va argumenta ştiinţific răspunsul la obiectiv.

Tratamentul a fost aplicat corespunzător manifestărilor clinice şi diagnosticelor paraclinice.

8. Dacă conduita medicală adoptată de medici a fost una superficială; - în caz pozitiv, expertul va indica cadrele medicale care se fac vinovate de conduită medicală superficială;

Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted] Ion a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.

Atitudinea şi conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.C.J.U. Craiova a fost în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament la un pacient la care simptomatologia diverticulitei perforate retroperitoneal nu s-a manifestat prin semne clinice abdominale, iar evolutiv, debutul semnelor de abdomen acut chirurgical au apărut pe parcursul spitalizării.

9. Să se stabilească dacă cadrele medicale se fac vinovate de omisiune din punct de vedere al obligaţiei acordării asistenţei medicale, iar în caz pozitiv, să se stabilească prin individualizare, cadrele medicale care se fac vinovate, precum şi dacă omisiunea acordării asistenţei medicale s-a datorat unei greşeli de diagnosticare, unui diagnostic fals, inoportun sau incomplet sau subestimării gravităţii stării în care se afla bolnavul;

Deşi a existat un diagnostic paraclinic incomplet (examenul CT nesurprinzând diverticulita cu abces retroperitoneal), necroza extinsă de colon diagnosticată intraoperator şi

Conform cu originalul.

anatomopatologic orientează spre o etiologie favorizată de patologia multiplă preexistentă a pacientului cu grad ridicat emboligen (insuficienţă cardiacă cu pericardită cronică constrictivă şi emfizem pulmonar cronic generalizat).

Personalul medical nu se face vinovat de omisiune din punct de vedere al obligaţiei acordării asistenţei medicale

10. Dacă au existat greşeli de conduită şi tehnică medicală şi ce consecinţe au avut acestea?

Asocierea INSUFICIENŢEI CARDIACE CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ şi a EMFIZEMULUI PULMONAR CRONIC GENERALIZAT (examenul necroptic) au creat condiţiile unui tablou clinic atenuat, care nu a ridicat suspiciunea unei perforaţii diverticulare colonice în retroperitoneu. De fapt, atât explorarea intraoperatorie cât şi examenul necroptic nu descriu prezenţa diverticulitei perforate retroperitoneal, difuzarea infecţiei din retroperitoneu spre mediastin putînd fi explicată de translocaţia bacteriană din colon fără o perforaţie colonică.

Nu au existat greşeli de conduită şi tehnică medicală.

11. Care este raportul de cauzalitate între moartea pacientului şi eventualele greşeli medicale constatate, respectiv în situaţia în care se vor identifica mai multe greşeli medicale, să se stabilească raportul de cauzalitate al fiecăreia dintre acestea cu decesul pacientului?

12. Dacă există raport de cauzalitate între decesul pacientului şi conduita medicală adoptată?

Nu există raport de cauzalitate între decesul pacientului şi conduita medicală adoptată, tratamentul medicamentos şi chirurgical prompt, odată cu declanşarea durerilor abdominale, fiind în concordanţă cu starea clinică a pacientului.

13. Dacă pacientul ar fi decedat indiferent de conduita medicală adoptată;

Necroza şi perforaţia diverticulitei colice retroperitoneal, asociată cu semne de emfizem cutanat toracic şi pneumomediastin sunt afecţiuni extrem de rare şi au o mortalitate mare. Tabloul clinic este atenuat, la aceasta contribuind şi antecedentele pacientului, iar atunci când fenomenele acute dureroase apar, difuzia microbiană este deja extinsă, de aceea nu se pot face aprecieri privind relatia deces-conduită medicală

14. Dacă se putea evita decesul pacientului şi în ce mod;

Nu se poate aprecia evitarea decesului, pacientul având o afecţiune gravă, cu tablou clinic atenuat, asociată altor patologii preexistente care au putut influenţa nefavorabil evoluţia acestuia.

OBIECTIVE STABILITE DE PĂRŢI (PERSOANE VĂTĂMATE) PRIN APĂRĂTORUL ALES:

<u>Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.J.U. Slatina:</u>

1. Care a fost diagnosticul de internare al pacientului V[redacted] Ion, în data de 08.09.2023 în U.P.U. a Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina?

Conform cu originalul.

În UPU SJU Slatina s-au efectuat investigaţii şi s-a hotărât transferul pacientului V[redacted] Ion la SCJU Craiova cu diagnosticul de transfer „Pneumomediastin. Emfizem subcutanat. B.P.O.C. (boală pulmonară cronică obstructivă)"

2. Dacă în contextul simptomatologiei acuzate de pacient, explorările clinice şi paraclinice efectuate au fost în acord cu standardul de îngrijire şi tratament pentru sindromul dureros abdominal?

Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted] Ion a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.

3. Dacă tratamentul aplicat pacientului a fost în concordanţă cu rezultatul investigaţiilor efectuate?

Tratamentul aplicat pacientului a fost în concordanţă cu rezultatul investigaţiilor efectuate.

4. Dacă diagnosticul stabilit la examinarea CT din 08.09.2023 a fost corect şi complet, luând în considerare şi reinterpretarea acestei examinări înregistrată la dosarul cauzei în data de 22.01.2024?

Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina în data de 08.09.2023 a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale.

5. Dacă diagnosticul şi decizia de transfer la Spitalul Judeţean din Craiova au fost corecte şi în acord cu rezultatul examinărilor efectuate în UPU Slatina?

Diagnosticul (şi decizia) de transfer de la SJU Slatina a pacientului V[redacted] Ion pe secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova din 09.09.2023 a fost influenţat de rezultatul /diagnosticul incomplet al examenului CT cu privire la sfera abdominală (fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale), ţinând cont doar/preponderent de imagistica din sfera toracică, de emfizem subcutanat toracic şi pneumomediastin, medicul chirurg generalist Ionescu apreciind că statusul clinico-imagistic din sfera toracală relevă o patologie mai gravă decât cea din sfera abdominală (există o asociere extrem de rară cu diverticulita perforată retroperitoneal).

Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.C.J.U. Craiova:

6. Dacă decizia de internare a pacientului V[redacted] Ion pe secţia de chirurgie cardio-toracică a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova din 09.09.2023 a fost corectă, ţinând cont atât de simptomatologie, cât şi de rezultatul examinărilor efectuate anterior?

Decizia de internare a pacientului V[redacted] Ion din UPU SCJU Craiova pe secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova din 09.09.2023 a fost corectă, ţinând cont de semnele clinice de emfizem subcutanat toracic şi pneumomediastin, cât şi de rezultatul examinărilor paraclinice efectuate anterior. Debutul simptomatologiei abdominale acute pe parcursul internării la SCJU Craiova, în 11.09.2023, a impus transferul în clinica de chirurgie generală şi intervenţia chirurgicală de urgenţă.

7. Dacă starea pacientului s-a ameliorat după iniţierea terapiei?

Starea pacientului a fost staţionară după iniţierea terapiei antialgice în SCJU Craiova, dar aceasta s-a agravat brusc, în cursul serii de 11.09.2023, după ingestia de alimente (consum alimentar nerecomandat) cu conţinut crescut de carbohidraţi şi pe fondul afecţiunilor asociate (astm bronşic, insuficienţă cardiacă cu pericardită constrictivă).

8. Dacă pe parcursul spitalizării diagnosticele şi indicaţiile terapeutice au fost corecte?

Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale cu evoluţie severă (diverticulită colonică cu abces retroperitoneal), indicaţiile terapeutice până la apariţia abdomenului acut chirurgical în seara zilei de 11.09.2023 fiind în concordanţă cu manifestarea clinică.

9. Având în vedere evoluţia nefavorabilă a pacientului după internarea din 09.09.2023, dacă se impunea reefectuarea unei examinări CT abdomeno-pelvin sau reinterpretare a CT-ului din 08.09.2023, efectuat în cadrul Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina, în vederea excluderii unei cauze intraabdomniale pentru pneumomediastin şi emfizem subcutanat latero-cervical?

Evoluţia pacientului după internarea în SCJU Craiova a fost staţionară initial, nefiind necesară efectuarea unui alt examen CT, dar aceasta a evoluat subit, nefavorabil, în cursul serii de 11.09.2023, odată cu declanşarea semnelor clinice de abdomen acut chirurgical.

10. Care a fost diagnosticul pentru care s-a decis intervenţia chirurgicală de urgenţă din data de 12.09.2023?

Diagnosticul pentru care s-a decis intervenţia chirurgicală de urgenţă din data de 12.09.2023 a fost de abdomen acut chirurgical, noţiune medicală care include mai multe afecţiuni: peritonita, ocluzia, hemoragia, ischemia entero-mezenterică, torsiunea de organe.

11. Care a fost diagnosticul stabilit intraoperator în 12.09.2023 si dacă există legătură de cauzalitate între acest diagnostic şi deces?

Diagnosticul stabilit intraoperator în 12.09.2023 a fost de necroză de colon transvers şi recto-sigmoid cu peritonită fecaloidă şi flegmon retroperitoneal, existând o legătură de cauzalitate între acest diagnostic, deces şi afecţiunile preexistente pe care pacientul le-a prezentat.

- ”

CONCLUZII:

OBIECTIVE STABILITE DE ORGANUL DE CERCETARE PENALĂ:

1. Să se stabilească standardul medical de îngrijire şi tratament de la momentul conduitei medicale pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted]Ion;

Pacientul prezenta antecedente de astm bronşic, dar nu se precizează dacă acesta era in tratament pentru afecţiunea menţionată. Tratamentul astmului bronşic presupune administrarea şi a medicaţiei antiinflamatorii steroidiene care scade răspunsul imun şi implicit a reactivităţii organsimului la infecţii. Deasemenea, astmul bronşic creează premisele creşterii presiunii intraabdominale, cu posibilitatea de creştere a presiunii intralumenale digestive şi formarea de diverticuli dobândiţi. Este cunoscut în literatura medicală că "more pain, gas and fat" (multă durere, balonare şi obezitate) se asociază cu diverticulita colonică, pe care pacientul nu o cunoştea.

Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted]Ion a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.

2. Să se stabilească dacă conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.J.U. Slatina şi S.C.J.U. Craiova este în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament;

Evoluţia afecţiunii pacientului a fost silenţioasă, simptomatologia abdominală fiind atenuată, cu toleranţă digestivă bună şi tranzit intestinal prezent, fără a ridica suspiciunea de abdomen acut chirurgical.

Atitudinea şi conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.C.J.U. Craiova a fost în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament la un pacient la care simptomatologia diverticulitei perforate retroperitoneal nu s-a manifestat prin semne clinice abdominale, iar evolutiv, debutul semnelor de abdomen acut chirurgical au apărut pe parcursul spitalizării.

3. Dacă examenul clinic efectuat a fost corect şi complet, dacă anamneza (dialogul cu bolnavul) a fost menţionată în actele medicale;

Perforaţia colică a fost localizată probabil pe peretele posterior al colonului sigmoid, iar propagarea infecţiei din retroperitoneu spre torace s-a produs prin translocare, astfel încât germenii colici au pătruns în spaţiul retroperitoneal şi apoi şi-au continuat difuzia superior, prin retroperitoneul paravertebral, ţesuturi şi hiatusul diafragmatic în mediastin şi în cele din urmă în zonele gâtului şi feţei, explicând tabloul clinic abdominal atenuat.

Examenul clinic efectuat a fost corect şi complet, anamneza fiind menţionată în actele medicale.

4. Dacă există concordanţă între diagnosticul clinic şi diagnosticul anatomopatologic al pacientului decedat;

Protocolul operator, dar şi examenul necroptic au evidenţiat necroză extinsă colonică ce a necesitat colectomie totală cu ileostomie, în contextul unei INSUFICIENŢE CARDIACE CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ ŞI A EMFIZEMULUI PULMONAR CRONIC GENERALIZAT, afecţiuni cu un grad ridicat emboligen, care pot explica necroza extinsă a colonului descrisă intraoperator şi la necropsie.

Există concordanţă între diagnosticul clinic intraoperator şi diagnosticul anatomopatologic al pacientului decedat.

5. Să se stabilească dacă diagnosticul clinic stabilit în cazul pacientului au fost corect şi corespunzător tratate după internarea acestuia în cadrul S.C.J.U. Craiova – Secţia de Chirurgie Toracică;

Debutul acut, dureros a fost declanşat probabil de ingestia în exces de carbohidraţi (compot) care prin fermentare au dus la distensia colonului şi declanşarea tabloului de abdomen acut chirurgical.

În momentul declanşarii semnelor de abdomen acut chirurgical în cursul serii de 11.09.2023, pacientul a fost diagnosticat prompt, iar indicaţia operatorie a fost imediată, pacientul fiind dus în blocul operator şi operat.

Diagnosticul clinic în sfera toracală a fost stabilit corect în secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova, urmărindu-se existenţa unei potenţiale etiologii din sfera toracală a patologiei, pacientul având preexistent patologie potenţială (emfizem pulmonar, astm bronşic, BPOC) pentru apariţia pneumomediastinului şi emfizemului subcutanat, iar tratamentul a fost corespunzător afecţiunii.

Conform cu originalul.

6. Dacă tratamentul aplicat a fost sau nu indicat, dacă diagnosticul a fost corect sau, dimpotrivă, fals, inoportun sau incomplet? – expertul va argumenta ştiinţific, iar în cazul stabilirii unei culpe în stabilirea diagnosticului, va indica cadrele medicale care se fac vinovate.
Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina în data de 08.09.2023 a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale cu evoluţie severă.

7. Dacă tratamentul a fost corect aplicat? – în caz negativ, expertul va indica cadrele medicale care au aplicat tratamentul greşit şi atât în caz pozitiv cat şi negativ va argumenta ştiinţific răspunsul la obiectiv.
Tratamentul a fost aplicat corespunzător manifestărilor clinice şi diagnosticelor paraclinice.

8. Dacă conduita medicală adoptată de medici a fost una superficială; - în caz pozitiv, expertul va indica cadrele medicale care se fac vinovate de conduită medicală superficială;
Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul V[redacted]lon a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.
Atitudinea şi conduita medicală adoptată de către cadrele medicale din cadrul S.C.J.U. Craiova a fost în concordanţă cu standardul de îngrijire şi tratament la un pacient la care simptomatologia diverticulitei perforate retroperitoneal nu s-a manifestat prin semne clinice abdominale, iar evolutiv, debutul semnelor de abdomen acut chirurgical au apărut pe parcursul spitalizării.

9. Să se stabilească dacă cadrele medicale se fac vinovate de omisiune din punct de vedere al obligaţiei acordării asistenţei medicale, iar în caz pozitiv, să se stabilească prin individualizare, cadrele medicale care se fac vinovate, precum şi dacă omisiunea acordării asistenţei medicale s-a datorat unei greşeli de diagnosticare, unui diagnostic fals, inoportun sau incomplet sau subestimării gravităţii stării în care se afla bolnavul;
Deşi a existat un diagnostic paraclinic incomplet (examenul CT nesurprinzând diverticulita cu abces retroperitoneal), necroza extinsă de colon diagnosticată intraoperator şi anatomopatologic orientează spre o etiologie favorizată de patologia multiplă preexistentă a pacientului cu grad ridicat emboligen (insuficienţă cardiacă cu pericardită cronică constrictivă şi emfizem pulmonar cronic generalizat).
Personalul medical nu se face vinovat de omisiune din punct de vedere al obligaţiei acordării asistenţei medicale

10. Dacă au existat greşeli de conduită şi tehnică medicală şi ce consecinţe au avut acestea?
Asocierea INSUFICIENŢEI CARDIACE CU PERICARDITĂ CRONICĂ CONSTRICTIVĂ şi a EMFIZEMULUI PULMONAR CRONIC GENERALIZAT (examenul necroptic) au creat condiţiile unui tablou clinic atenuat, care nu a ridicat suspiciunea unei perforaţii diverticulare colonice în retroperitoneu. De fapt, atât explorarea intraoperatorie cât şi examenul necroptic nu descriu prezenţa diverticulitei perforate retroperitoneal, difuzarea infecţiei din retroperitoneu spre mediastin putînd fi explicată de translocaţia bacteriană din colon fără o perforaţie colonică.
Nu au existat greşeli de conduită şi tehnică medicală.

11. Care este raportul de cauzalitate între moartea pacientului şi eventualele greşeli medicale constatate, respectiv în situaţia în care se vor identifica mai multe greşeli medicale, să se stabilească raportul de cauzalitate al fiecăreia dintre acestea cu decesul pacientului?

12. Dacă există raport de cauzalitate între decesul pacientului şi conduita medicală adoptată?

Conform cu originalul.

Nu există raport de cauzalitate între decesul pacientului şi conduita medicală adoptată, tratamentul medicamentos şi chirurgical prompt, odată cu declanşarea durerilor abdominale, fiind în concordanţă cu starea clinică a pacientului.

13. Dacă pacientul ar fi decedat indiferent de conduita medicală adoptată;

Necroza şi perforaţia diverticulitei colice retroperitoneal, asociată cu semne de emfizem cutanat toracic şi pneumomediastin sunt afecţiuni extrem de rare şi au o mortalitate mare. Tabloul clinic este atenuat, la aceasta contribuind şi antecedentele pacientului, iar atunci când fenomenele acute dureroase apar, difuzia microbiană este deja extinsă, de aceea nu se pot face aprecieri privind relaţia deces-conduită medicală.

14. Dacă se putea evita decesul pacientului şi în ce mod;

Nu se poate aprecia evitarea decesului, pacientul având o afecţiune gravă, cu tablou clinic atenuat, asociată altor patologii preexistente care au putut influenţa nefavorabil evoluţia acestuia.

OBIECTIVE STABILITE DE PĂRŢI (PERSOANE VĂTĂMATE) PRIN APĂRĂTORUL ALES:

<u>Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.J.U. Slatina:</u>

1. Care a fost diagnosticul de internare al pacientului V[redacted] Ion, în data de 08.09.2023 în U.P.U. a Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina?

În UPU SJU Slatina s-au efectuat investigaţii şi s-a hotărât transferul pacientului V[redacted] Ion la SCJU Craiova cu diagnosticul de transfer „Pneumomediastin. Emfizem subcutanat. B.P.O.C. (boală pulmonară cronică obstructivă)".

2. Dacă în contextul simptomatologiei acuzate de pacient, explorările clinice şi paraclinice efectuate au fost în acord cu standardul de îngrijire şi tratament pentru sindromul dureros abdominal?

Standardul medical de îngrijire şi tratament pentru simptomatologia şi afecţiunile prezentate de către pacientul Voicu Ion a fost respectat şi adaptat cazului şi afecţiunilor asociate.

3. Dacă tratamentul aplicat pacientului a fost în concordanţă cu rezultatul investigaţiilor efectuate?

Tratamentul aplicat pacientului a fost în concordanţă cu rezultatul investigaţiilor efectuate.

4. Dacă diagnosticul stabilit la examinarea CT din 08.09.2023 a fost corect şi complet, luând în considerare şi reinterpretarea acestei examinări înregistrată la dosarul cauzei în data de 22.01.2024?

Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina în data de 08.09.2023 a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale.

5. Dacă diagnosticul şi decizia de transfer la Spitalul Judeţean din Craiova au fost corecte şi în acord cu rezultatul examinărilor efectuate în UPU Slatina?

Diagnosticul (şi decizia) de transfer de la SJU Slatina a pacientului V[redacted] Ion pe secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova din 09.09.2023 <u>a fost influenţat</u> de rezultatul /diagnosticul incomplet al examenului CT cu privire la sfera abdominală (fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale), ţinând cont doar/preponderent de imagistica din sfera toracică, de emfizem subcutanat toracic şi pneumomediastin, medicul chirurg

generalist Ionescu apreciind că statusul clinico-imagistic din sfera toracală relevă o patologie mai gravă decât cea din sfera abdominală (există o asociere extrem de rară cu diverticulita perforată retroperitoneal).

Întrebări referitoare la conduita medicală a cadrelor medicale din S.C.J.U. Craiova:

6. Dacă decizia de internare a pacientului V[redacted] Ion pe secţia de chirurgie cardio-toracică a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova din 09.09.2023 a fost corectă, ţinând cont atât de simptomatologie, cât şi de rezultatul examinărilor efectuate anterior?

Decizia de internare a pacientului V[redacted] Ion din UPU SCJU Craiova pe secţia de Chirurgie toracică a SCJU Craiova din 09.09.2023 a fost corectă, ţinând cont de semnele clinice de emfizem subcutanat toracic şi pneumomediastin, cât şi de rezultatul examinărilor paraclinice efectuate anterior. Debutul simptomatologiei abdominale acute pe parcursul internării la SCJU Craiova, în 11.09.2023, a impus transferul în clinica de chirurgie generală şi intervenţia chirurgicală de urgenţă.

7. Dacă starea pacientului s-a ameliorat după iniţierea terapiei?

Starea pacientului a fost staţionară după iniţierea terapiei antialgice în SCJU Craiova, dar aceasta s-a agravat brusc, în cursul serii de 11.09.2023, după ingestia de alimente (consum alimentar nerecomandat) cu conţinut crescut de carbohidraţi şi pe fondul afecţiunilor asociate (astm bronşic, insuficienţă cardiacă cu pericardită constrictivă).

8. Dacă pe parcursul spitalizării diagnosticele şi indicaţiile terapeutice au fost corecte?

Rezultatul examenului CT efectuat la SJU Slatina a fost incomplet, fapt ce a întârziat estimarea existenţei unei patologii abdominale cu evoluţie severă (diverticulită colonică cu abces retroperitoneal), indicaţiile terapeutice până la apariţia abdomenului acut chirurgical în seara zilei de 11.09.2023 fiind în concordanţă cu manifestarea clinică.

9. Având în vedere evoluţia nefavorabilă a pacientului după internarea din 09.09.2023, dacă se impunea reefectuarea unei examinări CT abdomeno-pelvin sau reinterpretare a CT-ului din 08.09.2023, efectuat în cadrul Spitalului Judeţean de Urgenţă Slatina, în vederea excluderii unei cauze intraabdomniale pentru pneumomediastin şi emfizem subcutanat latero-cervical?

Evoluţia pacientului după internarea în SCJU Craiova a fost staţionară initial, nefiind necesară efectuarea unui alt examen CT, dar aceasta a evoluat subit, nefavorabil, în cursul serii de 11.09.2023, odată cu declanşarea semnelor clinice de abdomen acut chirurgical.

10.Care a fost diagnosticul pentru care s-a decis intervenţia chirurgicală de urgenţă din data de 12.09.2023?

Diagnosticul pentru care s-a decis intervenţia chirurgicală de urgenţă din data de 12.09.2023 a fost de abdomen acut chirurgical, noţiune medicală care include mai multe afecţiuni: peritonita, ocluzia, hemoragia, ischemia entero-mezenterică, torsiunea de organe.

11. Care a fost diagnosticul stabilit intraoperator în 12.09.2023 si dacă există legătură de cauzalitate între acest diagnostic şi deces?

Diagnosticul stabilit intraoperator în 12.09.2023 a fost de necroză de colon transvers şi recto-sigmoid cu peritonită fecaloidă şi flegmon retroperitoneal, existând o legătură de cauzalitate între acest diagnostic, deces şi afecţiunile preexistente pe care pacientul le-a prezentat.

Dr. Gabriel Guja
medic primar legist
[redacted]

Dr. Zorilă Valentin
medic primar legist
[redacted]

Conform cu originalul.