MINISTERUL SĂNĂTĂŢII
INSTITUTUL DE MEDICINĂ LEGALĂ
CLUJ-NAPOCA
400006 Cluj-Napoca, str. Clinicilor, nr. 3-5
tel. 0264-596882 fax 0264 – 597010
e-mail: office@imlcj.ro
Operator de date cu caracter personal 19531

Nr. 692/III/86 din 06.12.2023

Către,

IPJ CLUJ
POLIŢIA MUNICIPIULUI CLUJ-NAPOCA

Vă înaintăm Raportul de expertiză medico-legală solicitat de Dvs. prin ord. Dos. nr. 932077 din 30.01.2023 privind pe numitul P[redacted]-OVIDIU.

Costul raportului este de 1814,00 RON şi se va depune în contul IML Cluj-Napoca, nr. RO24TREZ21620G330400XXXX deschis la Trezoreria Municipiului Cluj Napoca.

DIRE[redacted]

Conf. Dr. Co[redacted]
medic primar legist

RAPORT DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ

Subsemnaţii ***Dr. Aniţan Ştefan - medic primar legist şi Dr. Daniela Mironescu – medic specialist legist şi anatomo-patolog,*** din cadrul IML Cluj, solicitaţi de către Poliţia Municipiului Cluj-Napoca prin ordonanţa Dos. nr. 932077 din 30.01.2023, am efectuat autopsia medico-legală a cadavrului numitului P[redacted] OVIDIU CNP: [redacted] în vârstă de 46 ani, cu ultimul domiciliu în Mun. Vatra-Dornei, str. S[redacted], jud. Suceava şi am constatat următoarele:

OBIECTIVE

1. Dacă moartea numitului P[redacted]-Ovidiu a fost violentă?
2. Care este cauza medicală a morţii?
3. Dacă se identifică pe corpul victimei leziuni traumatice?
4. Dacă între leziunile traumatice şi deces există legătură de cauzalitate?
5. Care sunt modalităţile de producere a leziunilor traumatice reţinute în vederea stabilirii raportului de cauzalitate?
6. Dacă există legătură de cauzalitate între conduita medicală a personalului medical din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie din Cluj-Napoca, str. Decebal, nr. 126, jud. Cluj, Insitutului Inimii "Nicolae Stăncioiu" din Cluj-Napoca, Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă din Cluj-Napoca de pe secţia/secţiile în care pacientul Ovidiu P[redacted]a fost internat şi decesul acestuia.
7. Data morţii?
8. Expres, funcţie de stare de fapt conturată, utilitatea şi oportunitatea lor se va solicita efectuarea determinărilor privind: alcoolemia, substanţele psihotrope şi toxicologice, după caz.

ISTORICUL FAPTELOR

Din datele consemnate în ordonanță rezultă că la data de 15.01.2023 susnumitul fiind în stare de ebritate, a fost transportat la Spitalul Clinic de Psihiatrie unde a intrat în stop cardiorespirator și a fost transportat la Institutul Inimii. Ulterior, în urm investigațiilor, a fost transferat pe secția ATI a clinicii Chirurgie I unde a decedat la data de 28.01.2023.

Autopsia medico-legală a fost efectuată în data de **30.01.2023** la morga Institutului de Medicină Legală Cluj-Napoca.

CONSTATĂRI

Din documentele medicale puse la dispoziție rezultă următoarele:

1. ***Din fișa CPU nr. 643 din 15.01.2023 emisă de Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca*** rezultă următoarele: "motivul prezentării: consum alcool. Anamneză: pacient adus de SAJ afirmativ stare post consum de alcool, agitație psihomotorie, agresiv fizic și verbal. Analize (valori patologice): Hemoleucogramă: hematii – 3,99, hemoglobină – 11,7, hematocrit – 36,3 (ușor scăzute); Biochimie: hiperglicemie (124), sindrom de hepatocitoliză, creatinină crescută, PCR crescut. Medicație administrată: Propofol, controloc, SF, Glucoză, Vit. B1, Vit. B6. Diagnostic: intoxicație acută etanolică, agitație psihomotorie, tulburare de comportament. Transfer pe secția de Psihiatrie."
2. ***Din Fișa de Urgență Prespitalicească nr. 13562465 din 15.01.2023*** rezultă următoarele: "Anamneză: se solicită ...ilizibil.... la un pacient găsit în SCR cu manevre de resuscitare în curs. Se preiau manevrele de resuscitare coform ERC 2021, se IOT cu sondă de 8 mm la 24 cm de comisura bucală. Ritm inițial AEP, ROSC după prima fiolă de Adrenalină și ulterior intră din nou în SCR, ROSC după o altă fiolă de Adrenalină. Antecedente personale patologice: etilism cronic, agitație psihomotorie, tulburări de comportament – Med. V."
3. ***Din fișa UPU eliberată de SCJUCJ la data de 15.01.2023*** rezultă următoarele: "Motivele prezentării: stare post consum de alcool, agitație psihomotorie, stop cardio respirator resuscitat. Anamneză: pacient adus de SAJ, SCR resuscitat IOT+VM. Afirmativ a prezentat stop cardio-respirator cu desaturarea fără corectare SpO2 pe VMB, urmat de SCR. Afirmativ a fost adus de la aeroport cu stare post consum de alcool, agitație psihomotorie la CPU Clujana, după care este transferat spre Clinica de psihiatrie unde a prezentat SCR.

   Consult ATI: Se solicită consult ATI pt pacientul P[redacted] Ovidiu de 46 ani, adus în UPU de SAJ post stop cardio-respirator resuscitat. La momentul consultului IOT+VM, sedat RASS – 4 puncte, cu mioclonii facio-brahiale, pupile miotice slab reactive, stabil hemodinamic cu suport inotrop, EKG cu subdenivelare ST și diureză imposibil de evaluat. Biologic sdr inflamator, sdr de hepatocitoliză, sdr de retenție azotată, acidoză mixtă cu AG crescut. Imagistic CT cerebral care evidențiază edem cerebral difuz. Recomandări: îngrijiri post ROSC, efectuarea coronarografiei și consultului cardiologic, examen toxicologic urină și sânge, consult nefrologic în cazul acidozei persistente în ciuda REHE adecvate, reluarea consultului ATI.

   CT craniu nativ: fără acumulări hemoragice intracraniene. Ștergere difuză a diferențierii cortico-subcorticale predominant infratentorial asociată cu aspect hipodens al nucleilor bazali bilateral, modificări apărute mai probabil în contextul unei encefalopatii hipoxic-ischemice. Fără semne de angajare cerebrală sau cerebeloasă. Sistem ventricular în limite normale. Structurile liniei mediene în poziție normală. Fără leziuni osoase vizibile la nivel cranian. Colecție lichidiană la nivelul sinusului frontal, celulelor mastoidiene și sinusului maxilar stâng, asociate cu remodelare osoasă la acest nivel, cu aspect de sinuzită cronică. În rest sinusurile paranazale și celulele mastoidiene sunt normal aerate.

   Consult neurologic: pacient în vârstă de 46 ani, obez, este adus intubat cu IOT și VM, sedat cu propofol pentru evaluare neurologică. Heteroanamneztic: pacientul a fost agitat post consum de etanol și trimis către garda de psihiatrie pt evaluare. Pacientul a primit sedare cu propofol ulterior

prezentând stop respirator şi se iniţiază manevrele de resuscitare (s-a solicitat echipaj de urgenţă). I s-a administrat Adrenalină şi pacientul intră în fibrilaţie atrială cu alură înaltă. Examen obiectiv neurologic: GCS 3 puncte aresponsiv (sub sedare cu propofol), pupile miotice areactive, oculomotricitate abolită, tetraplegie FMS ... global, ROT abolite global, plantă aresponsivă. Biologic: acidoză metabolică, hiperglicemie. CT – vezi mai sus. Concluzie: SCR resuscitat , encefalopatie hipoxic ischemică , comă Glasgow – 3 puncte sub sedare, insuficienţă respiratorie acuză IOT+VM, Fia cu AV înaltă, acidoză metabolică lactică,

4. ***Din Biletul de Externare/Scrisoare Medicală nr. 843 din 15.01.2023 eliberat de Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu" Cluj-Napoca*** rezultă: "
Diagnostic externare: stop cardiorespirator prin AEP resuscitat. Tahicardie supraventriculară convertită electric la ritm sinusal. Artere coronare angiografic normale. Acidoză respiraotire. Sindrom de hepatocitoliză. Insuficienţă renală acută. Sindrom convulsiv. Anemie normocromă normocitară. Tabagism cronic. Potator cronic. Psoriazis.
Epicriză: pacient în vârstă de 46 ani, obez, hipertensiv, fumător, potator cronic, cunsocut cu psoriazis este trimis din UPU în urma unui SCR prin AEP resuscitat survenit la Clinica de Psihiatrie. Menţionăm că pacientul se afla la psihiatrie în urma unui episod de agitaţie psihomotorie post consum de alcool. **Obiectiv la prezentare:** pacient sedat cu propofol cu 5 ml/h, IOT+VM mod SIMV, TA = 123/63 mmHg, cu suport inotrop cu Adrenalină, TA=95/45 mmHg fără suport inotrop, AV = 180-190 bpm, MV diminuat bilateral, fără raluri, SaO2-95%, zgomote cardiace tahicardice, fără sufluri. **EKG:** tahicardie supraventriculară cu AV=190 bpm. **Biologic:** CK normal, CK-MB şi Troponina uşor reacţionate, anemie normocromă, normocitară, leucocitoză cu neutrofilie, PCR reacţionat, NTproBNP uşor reacţionat, sindrom de hepatocitoliză, sindrom de retenţie azotată, hiperglicemie. Pe gazometria arterială – acidoză respiratorie. **Ecocardiografia** descrie VS nedilatat, HVS concentrică, cu funcţie sistolică preservată, fără tulburări de cinetică segmentară, Vao tricuspidă competentă, VD nedilatat, eficient, fără semned e HTP, VCI=21 mm, fără colaps, fără lichid pericardic, aortă ascendentă nedilatată, fără semned e disecţie, flux prezent pe descendentă. Se administrează 1 SEE cu 200 J cu trecerea în RS, AV=104 bpm. ECG postconversie: RS, VA=103 bpm, subdenivelare ST 0,5 mm DII, DIII, avF, V4-V6. Se montează sondă urinară. Se montează SNG pe care se administrează Aspirină 250 mg. Menţionăm că pacientul a primit în UPU 5000 UI HNF bolus. Se decide efectuarea coronarografiei în regim de urgenţă ce obiectivează artere coronare fără leziuni semnificative. Postintervenţional prezintă mioclonii localizate la nivelul membrelor superioare pentru care se administrează ½ f Diazepam.

5. ***Din Foaia de Observaţie Clinică Generală nr. 180030 întocmită în cadrul SCJUCJ – secţia Nefrologie*** rezultă că susnumitul a fost internat în perioada **15.01.2023 – 28.01.2023** cu următoarele: "
Diagnostic la internare: insuficienţă renală acută. Acidoză lactică. Suspiciune intoxicaţie etilenglicol. SCR resuscitat.
Diagnostic la externare: SCR cardio-respirator.
Diagnostice secundare la externare: insuficienţă respiratorie acută protezată mecanic. Insuficienţă renală acută nespecificată. Fibrilaţie atrială şi flutter. Encefalopatie (hipoxic-ischemică). edem cerebral difuz. Tulburări mentale şi de comportament datorate alcoolului şi intoxicaţie acută. Acidoză mixtă. Boala ficatului nespecificată (sindrom de hepatocitoliză).
Motivele internării: stare post consum de alcool, agitaţie psihomotorie, suspiciune intoxicaţie cu etilenglicol, stare post SCR resuscitat.
AHC: nu se poate preciza (comă GCS=3 puncte).
APP, condiţii de viaţă şi muncă, comportamente, medicaţie de fond administrată: nu se pot preciză din cauza stării comatoase.
Istoricul bolii: boala actuală a debutat insidios în cursul zilei de azi prin SCR pe fondul unei stări de ebrietate, odata cu debarcarea din avion. Ulterior pacientul prezintă agitaţie psihomotorie, este prezentat la clinica de psihiatrie, ulterior ajungând la Insitutul Inimii în vederea efectuării unei

coronarografii. Se depreciază starea ajungând în comă (GCS=3 puncte) şi este preluat pe ATI cu foaie de nefrologie.

Epicriză de etapă TI: în data de 15/16.01.2023 s-a preluat pe TI prin transfer din UPU pacientul Pintilie Ovidiu în vârstă de 46 ani cu diagnosticul de SCR prin AEP, insuficienţă respiratorie acută cu necesar de IOT+VM, encefalopatie hipoxic-ischemică, tahicardie supraventriculară convertită electric la ritm sinusal, acidoză mixtă, suspiciune intoxicaţie etanolică, sindrom de hepatocitoliză, insuficienţă renală acută, sindrom convulsiv. Asociat pacientul este cunoscut cu psoriazis, HTA, Obezitate grad II, tabagism, potator. Heteroanamnestic pacientul este adus în CPU Clujeana de la aeroport cu stare post consum etanolic, agitaţie psihomotorie. Ulterior în timpul transferului către clinica de psihiatrie a prezentat SCR prin AEP resuscitat şi ulterior transferat în UPU. Menţionăm că la UPU s-au efectuat consult nefrologic, neurologic, cardiologic – vezi F.O. Ulterior, a fost transferat la Institutul Inimii unde s-a efectuat coronarografie în regim de urgenţă fără a se decela leziuni semnificative. În UPU a fost investigat imgistic prin CT cranian: edem cerebral difuz asociat cu leziuni hipoxic-ischemice. La preluarea pe TI pacientul este în stare critică, neurologic este sedat cu infuzie continuă cu hipnotic RASS-4 pct, cu pupile miotice, slab reactive, cu leziuni psoriazice diseminate la nivelul scalpului, torace, abdomen, membre superioare şi inferioare, este hipoterm T=34,3 C, motiv pentru care se iniţiază încălzire externă, prezintă convulsii/mioclonii care se cupează cu dificultate la administrarea de diazepam şi aprofundarea sedării, motiv pentru care se decide asocierea de thiopental în planul de tratament. Respirator este IOT+VM în regim asistat controlat presional, FiO2=45%, cu menţinerea SpO2=97%, cu parametri de gazometrie arterială în limite normale, parametrii astrup: acidoză metabolică hiperlactică uşoară. MV prezent bilateral, diminuat bazal, fără raluri bronşice supraadăugate. Hemodinamic este stabil TAM mai mare de 65mmHg, cu AV=80-90 bpm, în RS pe EKG. Diureză prezentă în cantitate adecvată, exteriorizată pe SV monată, stimulată farmacologic. Abdomen destins în volum pe seama ţesutului adipos, cu placarde psroatice, mobil cu mişcările respiratorii, cu zgomote hidroaerice prezente. Biologic la preluare: leucocitoză cu neutrofilie, sindrom inflamator, sindrom de retenţie azotată, sindrom de hepatocitoliză, sindrom de rabdomioliză, hipocalcemie, hipoproteinemie, acidoză mixtă cu AG crescut. Pe TI s-a iniţiat tratament cu REHE şi AB, tratament anticomiţial, depletiv cerebral, diuretic, protector gastric, profilaxia farmacologică şi mecanică a TVP, vitaminoterapie, sedare în infuzie continuă. S-a montat CA via A rad stg puncţie unică tehnică aseptică şi CVC via VJI dr, tehnică ecoghidată puncţie unică, fără incidente periprocedurale. S-au recoltat probe toxicologice sânge şi urină, pozitive pentru alcool etilic (peste 2 la mie). Pe terapie intensivă se efectuează următoarele consulturi: **consult nefrologie** – fără indicaţie de HD; **consult neurologie** – după oprirea sedării cu EO: pacient comatos, GCS=3 puncte, pupile miotice areactive, reflex vestibulo oculogir absent, RFG absente, sondă oro-gastrică, ROT abolite global, hipotonie generalizată, schiţează flexie plantară bilateral şi recomandările: puncţie lombară cu examen LCR 5 recipiente (biochimie, citologie – anatomie pataologică, cultură-bacteriologie, panel multiplex), IRM cerebral cu s.c., reevaluare cu rezultatele sau la nevoie. **Consult dermatologie** – recomandă terapie locală la nivelul leziunilor cu Clobetazol unguent 1 aplicaţie/zi şi uree 10% 1 aplicaţie pe zi. **Consult oftalmologie** – EO: chemosis conjunctival, la FOAO se vizualizează difuz, papile normal colorate, flu delimitate, cu recomandările: Dexatobrom 5 pic/zi până la remiterea chemosisului, dacă se agravează se va lipi ochiul, control oftalmologic în ambulator pentru evaluare şi urmărire. Se adaugă Dexatobrom la schema de tratament. **Consult NCH** – fără indicaţie neurochirurgicală. În urma consulturilor se decide efectuarea IRM cranio-cerebral cu s.c.: la nivel FTPO bilateral se evidenţiază uşoară ştergere a şanţurilor cerebrale cu minimă ştergere a diferenţierii cortico-subcorticale la nivel frontal drept, cu hipersemnal difuz FLAIR la nivelul joncţiunii cortico-subcorticale şi restricţie de difuzie, având semnificaţia unor leziuni axonale difuze grad 2 postresuscitare ce asociază un grad redus de edem cerebral difuz. Aspectul descris poate vi asociat şi cu posibil proces inflamator encefalitic. Nu se constată deplasarea structurilor sagitale. Fără semne de angajare cerebrală şi cerebeloasă. Secvenţele hemo (SWI) nu pun în evidenţă acumulări hemoragice de alură cronică. sistem ventricular simetric, pe linia

mediană. Pacient intubat. Hipersemnal T2 la nivelul SAF bilateral cu semnificația unei pansinuzite. Umplerea celulelor mastoidiene bilateral. Părți moi epicraniene fără particularități notabile. Fără priză patologică de contrast la nivel cerebro-meningeal. În urma consultului de neurologie și a rezultatului de la IRM din 19.01 cu edem cerebral redus și suspiciune înaltă de encefalită (pentru care se repetă consultul de neurologie care indică efectuarea punctiei lombare), este indicație de efectuare puncție din cauza lipsei diagnosticului etiologic, se recoltează probe LCR – cu acordul telefonic al sorei, prin puncție spinală, tehnică aseptică cu tegument indemn, puncție unică, LCR clar, normotensiv, fără incidente și trimitere pentru interpretare de: 5 recipiente (biochimie, citologie-anatomie patologică, cultură-bacteriologie, panel multiplex, imunologie -bioclinică), care în urma rezultatelor infirmă o encefalită infecțioasă. În evoluție se menține în stare critică, cu toracele la 45 grade, cap în ax, mobilizare la 4h, prezintă multiple pusee febrile care se cupează prin termoliză farmacologică și externă; inițial se menține sedat cu hipnotice (propofol și barbituric) pentru reducerea CMRO2, pupile miotice, areactive, ulterior este sistată sedarea, menținându-se comatos CGS=3 puncte, nesedat, nu inițiază respirații spontane, pupile intermediare/midriază fiză bilaterală, cu tendință la hipersodemie și poliurie. Respirator IOT+VM în regim asistat=presional, ulteiror controlat, cu parametrii de oxigenare și ventilație în limite de referință. Hemodinamic, inițial cu pusee hipertensive, ulterior cu oscilații tensionale, diureză prezente peste 0,5 ml/kg/h, abdomen destins pe seama țesutului adipos în exces, tranzit prezent, alimentat enteral. Microbiologic – s-a recoltat bilanț screening sepsis – ATB, hemoculturi, urocultură – negative. Datorită pansinuzitei și a umplerii celulelor mastoidienebilateral, în contextul persistenței sindromului febril, se inițiază antibioterapie empirică cu Tazocin, Metronidazol, Linezolid și antifungică cu Fluconazol. Imagistic Rx pulmonar – colecție pleurală stângă mică, hili măriți vascular, HTPV grad I/II, interstițiu peribronhovascular accentuat infrahilar drept. Având în vedere starea neurologică se efectuează AngioCT de craniu – protocol de moarte cerebrală – ce relevă scor de neopacifiere 4/4. Fără acumulări hemoragice intra sau extracerebrale. Edem cerebral difuz cu ștergerea giraților cerebrale la care se asociază ștergerea completă a diferențierii substanță cenușie – substanță albă, precum și efect compresiv asupra sistemului ventricular. Structurile liniei mediene sunt în poziție normală, nedeviate. Colecții la nivelul celulelor etmoidale, sinusurilor maxilare și frontale bilateral. Celule mastoidiene sunt normal aerate. Fără leziuni osoase craniene. De asemenea se efectuează EEG – consult neurologic – traseu de fons artefactat, 8 derivații, fără decelarea unei activități electrice, fără unde periodice, dar cu existența unei unde în bandă delta (artefacte sau suferință cerebrală profundă severă) în toate derivațiile, izolate. Recomandări: efectuarea testului de apnee pentru suplimentarea criteriilor de diagnostic a morții cerebrale, repetare EEG la 6h interval minim și reevaluare neurologică ulterioară. Având în vedere starea clinică și rezultatul de la angioCT se retrimit probe către toxicologie, care sunt pozitive pt barbiturice și benzodiazepine (în contextul sedării prelungite anterioare pentru neuroprotecție), motiv pt care nu s-au putut realiza oficial testele de moarte cerebrală. S-a informat familia zilnic despre evoluția și prognosticul nefavorabil. În data de 28.01.2023, în ciuda terapiei maximale de suport organic, pe fondul instabilității hemodinamice marcate, prezintă un episod de bradicardie severă, urmată de asistolie, motiv pentru care se inițiază manevrele de resuscitare, însă fără succes și se declară decesul la ora 12:31. S-a anunțat familia și secția de proveniență. "

6. ***Din Buletinul de analiză toxicologică nr. 634/IX/c/64 eliberat la data de 27.01.2023 de către IML Cluj*** rezultă că s-au primit și s-au prelucrat la data de **16.01.2023** probe biologice constând în sânge și urină, cu următoarele rezultate:
   - ***Sânge pozitiv pentru alcool etilic – alcoolemie = 2,18 g ‰***
   - ***Urină pozitivă pentru alcool etilic – alcoolurie = 2,70 g ‰***
7. ***Din Buletinul Preliminar Toxicologic F.N. eliberat de IML Cluj*** rezultă că la data de 25.01.2023 s-au primit și prelucrat probe biologice cu următoarele rezultate:
   - ***Examen toxicologic urină*** pozitiv pentru barbiturice și benzodiazepine
8. ***Din Buletinul Preliminar Toxicologic F.N. eliberat de IML Cluj*** rezultă că la data de 27.01.2023 s-au primit și prelucrat probe biologice cu următoarele rezultate:

- ***Examen toxicologic urină*** pozitiv pentru barbiturice şi benzodiazepine
- ***Examen toxicologic sânge*** pozitiv pentru benzodiazepine şi negativ pentru barbiturice.

EXAMEN EXTERN

Cadavru de sex masculin, în vârstă de 46 de ani, cu talia de 185 cm, cu ţesut adipos reprezentat în exces. ***Semnele morţii reale*** prezente: *lividităţi cadaverice* de culoare roşie-violacee, slab reprezentate, confluente, dispuse pe părţile dorsale ale corpului, în stadiul de imbibiţie (nu pălesc la digitopresiune); *rigiditate cadaverică* în faza de rezoluţie. Fără semne de exteriorizare ale putrefacţiei.

LEZIUNI TRAUMATICE: Nu prezintă.

SEMNE DE TRATAMENT: puncţii vasculare în locurile de elecţie.

SEMNE PARTICULARE:
1. Ochi căprui, dentiţie prezentă cu lipsa dinţilor 1.1 şi 1.2.

SEMNE DIVERSE:
1. Pe tegumentele trunchiului, abdomenului şi membrelor sunt prezente multiple placarde furfuracee, rotund-ovalare, confluate, de culoare roz-gălbuie şi margini hiperpigmentare, cu scuame albicioase în curs de detaşare.

EXAMEN INTERN

1.CAPUL: *ţesuturi moi epicraniene* integre, de culoare roz-alibicioasă pe faţa lor internă, cu peteşii roşietice pe lamboul anterior. *Oasele calotei şi bazei craniului* integre, calotă cu grosimea maximă de 1,8 cm pe linia de fierăstruire. *Dura mater* este roz, lucioasă, sidefie, aderentă de oasele calotei craniene; *sinusurile durei mater* sunt libere şi conţin sânge lichid. *Leptomeningele* este transparent, roşietic, cu congestia vaselor leptomeningeene; *vasele de la baza creierului* prezintă intima indemnă, cu lumen permeabil; *creierul (1605 g)* proemină discret în afara cutiei craniene, este rozat, de consistenţă diminuată, pierdută pe alocuri pe faţa bazală, cu circumvoluţiuni aplatizate şi şanţuri îngustate; pe secţiune parenchimul cerebral este de consistenţă scăzută, rozat, umed, lucios cu puncte roşietice care dispar prin radere sau spălare; *ventriculii cerebrali* sunt de dimensiuni obişnuite, conţin LCR clar; *plexuri coroide* roşietice. *Trunchiul cerebral şi cerebelul* prezintă zone extinse cu arhitectură pierdută, fiind dificil de identificat elementele anatomice macroscopice. *Regiunea oro faringiană* – buze roz-palide, deshidratate, limba cu mucoasa albicioasă, pe secţiune maronie, fără alte modificări vizibile macroscopic.
2.GÂTUL: *ţesuturile moi* ale gâtului integre. *Tiroida* este de volum obişnuit, cu structură omogenă, parenchimatoasă. *Laringele* prezintă mucoasă violacee şi lumen gol; *os hioid* integru. *Faringe* cu mucoasa roşietică şi lumen gol. *Esofag* cu mucoasa cenuşie, pliuri şterse şi lumen gol.
3.TORACELE: *peretele muscular* integru; *grilajul sterno-costal* prezintă fracturi costale la nivelul coastelor V, VI, VII pe linia parasternală dreaptă, fără infiltrat hemoragic, în rest integru. *Pleurele* prezintă peteşii roşietice pe suprafaţa plămânilor bilateral, sunt netede, lucioase, transparente. *Cavităţile pleurale* conţin 300 ml de lichid serocitrin în stânga. *Traheea* cu mucoasa roşietică-violacee şi lumen gol. *Plămânii (PD = 1090 g, PS = 930 g)* sunt violacei, de consistenţă crescută, cu crepitaţii diminuate, abolite pe alocuri; pe secţiune parenchimul este palid-violaceu, cu aspect marmorat, la secţionare se scurge lichid spumos, rozat şi sânge lichid negricios în cantitate mare. *Pericardul* este neted, lucios; *cavitatea pericardică* liberă; *epicard* cu depuneri gălbui grăsoase. *Cord (570 g)* cu dimensiuni de 13/13/6 cm, cu grosimea peretelui ventriculului stâng de 2,2 cm si a septului interventricular de 2 cm; cavităţile cordului sunt discret dilatate şi conţin sânge lichid şi cheaguri cruorice neaderente; *endocard parietal şi valvular* integru, discret îndurat; *miocardul* este brun şi prezintă arii punctiforme negricioase în grosimea muşchilor papilari ai ventriculului stâng, precum şi striuri albicioase diseminate în grosime.

Coronarele prezintă depuneri intimale albicioase, izolate, cu lumen permeabil. *Aorta* este de calibru normal, cu depuneri gălbui intimale, unele confluate, cu leziuni ulcerative roşietice-negricioase la debut.

4. **ABDOMENUL** este destins pe baza ţesutului adipos excesiv; pereţii abdominali sunt integri; peritoneu neted, lucios, transparent, cavitatea peritoneală este liberă. *Stomac* cu pereţii integri, mucoasa violacee cu pliuri şterse şi minim conţinut lichid semidigerat. *Intestinele* cu pereţi integri şi conţinut specific segmentului. *Ficat* (2615 g) este brun-gălbui, lutos, cu suprafaţă netedă, de consistenţă uşor diminuată; la secţionare parenchimul prezintă aspect pestriţ, cu arii brune înconjurate de parenchim gălbui, discret friabil şi se scurge o cantitate redusă de sânge. Vezică biliară prezentă, nelocuită. *Pancreas (175 g)* înglobat în grăsime, cu parenchim gălbui-violaceu, lobular; *Splina* (350 g) crescută în volum, cu capsula cenuşie, de consistenţă diminuată; pe secţiune se observă parenchimul violaceu folicular noroios care se rade pe cuţit. *Rinichii (RD=210 g, RS=230 g)*: sunt roz-violacei, prezintă suprafaţă discret granulară, şi se decapsulează uşor; pe secţiune parenchimul prezintă contrast cortico-medular estompat şi grăsime în cantitate medie la nivelul hilului. Vezica urinară cu aspect normal. Organe genitale integre.

5. **SCHELETUL**: prezintă fracturile costale menţionate anterior, în rest integru.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATOLOGIC MACROSCOPIC

1. Obezitate.
2. Psoriazis.
3. Edem cerebral masiv. Stază cerebrală. Creier cu aspect de decerebrare.
4. Pleurezie stângă.
5. Peteşii hipoxice pleurale. Stază şi edem pulmonar. Detresă respiratorie.
6. Hipertrofie ventriculară stângă. Necroză papilară. Miocardocoronarosclerozâ.
7. Distrofie hepatică. Ficat de stază cronică.
8. Splenomegalie.
9. Stază renală.

EXAMINĂRI COMPLEMENTARE

1. Examen histopatologic (12 blocuri):

Creier (1 bloc) - fragmente de ţesut nervos de la nivel cortico-subcortical cu aspect spongios al substanţei nervoase şi lărgirea spaţiilor pericelulare şi perivasculare. Se evidenţiază focal rarefierea substanţei nervoase, modificări degenerative neuronale cu picnoza nucleara. Leptomeninge cu vase ectaziate cu hematii, edem şi minime infiltrate hematice.

Trunchi cerebral (1 bloc) - fragmente de ţesut nervos de la nivelul trunchiului cerebral cu aspect spongios al substanţei nervoase şi lărgirea spaţiilor pericelulare şi perivasculare. Se pun în evidenţă infiltrate hematice perivasculare şi intraparenchimatoase cu dezorganizarea arhitecturii. Leptomeninge cu vase ectaziate cu hematii şi edem.

Plămân (3 blocuri) - fragmente de parenchim pulmonar cu vase pulmonare ectaziate cu hematii în lumen, alveole cu material omogen eozinofil, unele cu macrofage cu hemosiderină. Spaţiul aerian focal este lărgit prin fragmentarea septurilor alveolare.

Inimă (3 blocuri) - fragmente de miocard prezentând vase ectaziate cu hematii. Se pun în evidenţă fibre de ţesut conjunctiv care disociază miocitele si focal cu ţesut adipos. Focal fibre miocardice cu necroză de coagulare, interstiţiul miocardic cu edem, infiltrat inflamator neutrofilic si hematic. Arteră coronară cu peretele îngroşat prin depunerea unui material amorf, eozinofil cu microcalcificări în perete, cu zone de ulceraţie cu prezenţa unei reţele eozinofile în ochiurile căreia sunt elemente figurate şi cu îngustarea lumenului de aproximativ 70%

Ficat (1 bloc) - parenchim hepatic cu sinusoide cu hematii. Difuz hepatocite cu distrofie granulară. Spaţiile porte cu moderat infiltrat inflamator limfocitar şi redusă fibroză portală care se extinde si periportal.

Rinichi (1 bloc) – hiperemie. Izolat sunt prezenţi tubi renali cu ştergerea limitelor celulare şi nuclei absenţi iar unii cu distrofie granulară. Rari glomeruli sclero-hialinizaţi şi vase cu peretele îngroşat. Interstiţiul renal cu focare de infiltrat hematic.
Splina (1 bloc) – fragment de parenchim splenic cu hiperemie.
Tegument (1 bloc) – fragment de tegument cu fire de par si glande anexe, la nivelul dermului papilar cu extensie în dermul reticular este prezent infiltrat inflamator mixt şi elastoză.

DIAGNOSTIC HISTOPATOLOGIC:

1. Stază şi edem cerebral. Leziuni hipoxice cerebrale. Staza si edem leptomeningeal.
2. Trunchi cerebral cu edem şi microhemoragii.
3. Stază si edem pulmonar. Emfizem pulmonar focal.
4. Stază miocardica. Fibroza miocardica. Infarct miocardic acut. Ateroscleroză şi tromboză coronariană.
5. Stază hepatica. Distrofie hepatică. Steatoza hepatică.
6. Stază renală. Necroza tubulară. Nefroangioscleroza. Microhemoragii interstiţiale renale.
7. Splina cu staza.
8. Fragment de tegument cu redusă inflamaţie la nivelul dermului.

CONCLUZII

1. Moartea numitului ***P[redacted] OVIDIU*** este *neviolentă.*------
2. Ea se datorează *insuficienţei multiple de organ*, consecutivă *encefalopatiei hipoxic-anoxice post-resuscitare prelungită.* Stopul cardio-respirator a survenit pe fondul *unei tulburări de ritm obiectivată pe EKG – tahicardie supraventriculară şi cu infarct miocardic în evoluţie*, la un pacient cu intoxicaţie acută neletală cu alcool etilic (alcoolemie de ***2,18 g ‰*** şi alcoolurie de ***2,70 g ‰***) şi cu multiple tare organice asociate (*obezitate, psoriazis, hipertrofie ventriculară stângă, distrofie hepatică, etilism cronic*).------
3. La examenul necroptic nu s-au constatat leziuni traumatice. ---------
4. In actele medicale existente (puse la dispoziţie) conduita terapeutică de pe parcursul internării în unităţile medicale menţionate a fost corectă, raportat la ghidurile şi protocoalele medicale în vigoare. Menţionăm că în ceea ce priveşte tratamentul efectuat pe secţia de Psihiatrie din cadrul Spitalului Municipal Cluj-Napoca nu ne putem pronunţa în lipsa documentaţiei medicale aferente.-----
5. Decesul poate data din data de 28.01.2023. -------

Dr. Ştefan Anitan
Medic[redacted]

Medi[redacted]Legală

Dr. D[redacted]ironescu
Medi[redacted]st legist

[redacted]MIRONESCU
medicină legală
e patologică
F03530

DCM/IF/2 ex.