

# Prefazione

Per affrontare efficacemente una emergenza il pediatra deve possedere una larga serie di requisiti oltre a una solida cultura medica di base. E, di certo, deve, prima di tutto, essere capace di riconoscere che di emergenza si tratta individuando i problemi (le “bandierine rosse”) che richiedono di essere affrontati per primi (magari anche prima che una diagnosi precisa sia stata fatta). Ma non basta. Occorre anche che, affrontando un bambino critico, il pediatra sappia chiedere aiuto tempestivamente al consulente giusto, sappia predisporre senza incertezze la scaletta delle procedure diagnostiche da attuare e dei parametri clinici da monitorare, abbia infine ben chiara, oltre alla lista delle cose più importanti da fare, la lista dei possibili errori, delle cose cioè che non vanno fatte. Bene, questo libro *prêt-à porter*, è stato scritto per offrire al pediatra una guida sintetica, facile da consultare e assolutamente pratica per aiutarlo ad agire al meglio a fronte di una serie di quaranta emergenze. Non è un trattato. È una serie di pro memoria e di messaggi chiave, facili da leggere ma al contempo ben motivati, che servono a ricordare meglio quello che, magari, già sapevamo. Una successione di richiami e sottolineature che ci aiutano ad agire secondo logica evitando gli errori più comuni. Un insieme di sintetiche linee guida che certamente costituiscono la base per l’aggiunta di note e appunti, di “trucchi del mestiere”, derivanti dalla esperienza concreta che ognuno di noi accumula con il tempo.

Questo manuale nasce come base ai corsi promossi dalla SIMEUP per l’acquisizione della “*paediatric emergency card*” e certamente risulterà estremamente utile per seguire le lezioni teorico pratiche di questi stessi corsi. È indubbio che, al contempo, questo stesso manuale (che richiama tra l’altro, per ogni argomento trattato, una regola d’oro di comportamento) risulterà estremamente utile ad ogni pediatra che voglia mettere un po’ in ordine le sue conoscenze e le sue abilità pratiche nel campo della pediatria d’urgenza. Magari, soltanto con la lettura di una “regola d’oro” al giorno...

Alessandro Ventura

Gianni Messi

# 15

Inalazione di corpo estraneo

## DI COSA SI TRATTA

Aspirazione di corpo estraneo lungo le vie aeree con tre possibili fasi:

- 1) evento iniziale con parossismo di tosse e possibili segni di ostruzione, inclusa la "sindrome da penetrazione" con sintomatologia simil-laringite (irritazione delle corde secondaria al traumatismo)
- 2) intervallo asintomatico in cui cessano i sintomi irritativi (alto rischio di misconoscere il problema)
- 3) complicanze: ostruzione, enfisema, erosione, infezione con possibili tosse, febbre, infezione (ricorrenti in stessa sede), atelettasia, enfisema, ascesso polmonare, emottisi, bronchiectasie, pneumomediastino ed enfisema sottocutaneo.

### Come si presenta:

- fischio, tosse e possibile febbre (valorizzare assenza di rinite, asimmetria dell'ingresso d'aria, fischio localizzato e non diffuso a tutto il polmone)

### Se non riconosciuto immediatamente può presentarsi come:

- polmonite che non risolve
- tosse cronica ed emottisi
- tosse cronica ed atelettasia
- insufficienza respiratoria con enfisema ostruttivo acuto da dislocazione improvvisa di corpo estraneo inalato precedentemente, pneumomediastino

## PERCHÉ PUÒ ESSERE UN'URGENZA

L'ostruzione completa può essere fatale, l'ostruzione parziale può modificarsi (dislocamento del corpo estraneo) e diventare completa, le complicanze infettive possono essere molto severe con esiti gravi.

## BANDIERINE ROSSE

Valorizza molto l'anamnesi (crisi di soffocamento; l'aver giocato con o mangiato della frutta secca)

## CHI MI AIUTA?

Specialista ORL (broncoscopia rigida operativa),  
Pneumologo (broncoscopia flessibile) per completamento diagnostico

## STRUMENTI DIAGNOSTICI

Radiografia del torace: un Rx negativo non nega la diagnosi, **eseguire sempre Rx in espirio ed inspirio per cercare eventuale enfisema ostruttivo che è il segno precoce**, l'atelettasia è un segno tardivo, la radiografia AP e LL per tessuti molli del collo aumenta la sensibilità nel rilevamento dei corpi estranei tracheali. Stesso il corpo estraneo è radiotrasparente (organico).

TC spirale (“bronscopia virtuale con ricostruzione”): ha maggiore sensibilità della radiografia standard, indicata in casi con Rx negativo e sospetto clinico non sufficientemente forte da porre comunque indicazione a broncoscopia

Broncoscopia (La mortalità della broncoscopia varia in letteratura tra lo 0.2% e lo 0.8%.)

Antibiotico per complicanze infettive (Ceftriaxone in prima battuta, Clindamicina se ascesso polmonare)

Cortisone (metilprednisone 2 mg/kg) per azione anti-infiammatoria soprattutto in inalazione di vegetali a riconoscimento tardivo in cui il rilascio di sostanze ad azione infiammatoria può causare edema e ostruzione persistente delle vie aeree anche a corpo estraneo rimosso

STRUMENTI  
TERAPEUTICI

Accompagna il bambino in radiologia e discuti con il radiologo

Consultati subito con l’otorino

Dopo rimozione di un corpo estraneo vegetale fai un trattamento antinfiammatorio ed antiedema a dosaggi adeguati

Nell’ostruzione parziale non tentare manovre di disostruzione (rischio di trasformare ostruzione parziale in completa)

COSA FARE  
(E COSA  
NON FARE)

Fare affidamento sul periodo asintomatico per negare una diagnosi

Non richiedere Rx in inspirio ed espirio alla ricerca di air trapping

Dimettere il paziente con diagnosi di polmonite ricorrente e sostituzione dell’antibiotico orale

GLI ERRORI  
PIÙ FREQUENTI

Valorizza sempre l’anamnesi se c’è storia di possibile ingestione di frutta secca al momento dell’esordio dei sintomi.

Valorizza l’anamnesi di esordio acuto dei sintomi.

Poni il sospetto esplicitamente al radiologo, chiedendo la radiografia.

LE REGOLE  
D’ORO



*Spostamento del mediastino verso destra e enfisema lobare acuto controlaterale in bambino acutamente dispnoico. Con la broncoscopia è stato estratto un frammento di arachide dal bronco sinistro.*

### Bambino incosciente con ostruzione completa delle vie aeree (Tecniche)



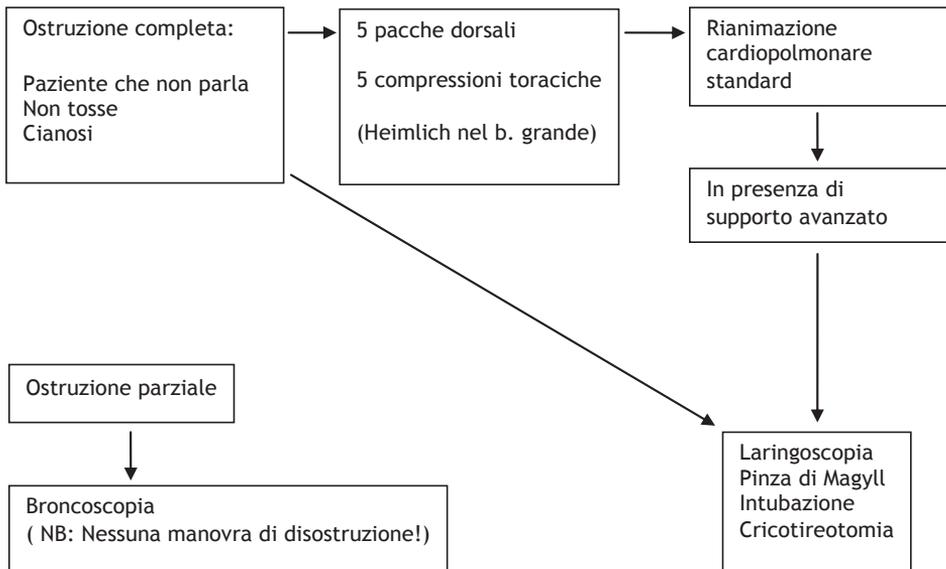
**Pacche  
dorsali**



**Compressioni  
toraciche  
esterne**



**Compressioni  
addominali  
subdiaframmatiche**



1. C.L. Daines, R.E. Wood, R.P. Boesch. *Foreign body aspiration: An important etiology of respiratory symptoms in children.* J Allergy Clin Immunol 2008; 121: 1297-8.
2. S. Cohen et al. *Suspected Foreign body inhalation in children: what are the indications for bronchoscopy.* J Pediatr 2009; 155: 276-80.