

INALAZIONE DI CORPI ESTRANEI IN ETA' PEDIATRICA

Dott. Americo Andreozzi

Inalazione di corpi estranei

INALARE

aspirare nelle vie respiratorie materiale che può ostruire impedendo il passaggio dell'aria

Max incidenza: 6 mesi- 2 anni

Più frequente: mentre il bambino si alimenta

FATTORI PREDISPONENTI in bambini di questa fascia d'età:

- il bambino tende a portare alla bocca tutti gli oggetti che lo interessano e sono sufficienti uno starnuto, un colpo di tosse, una risata improvvisa o il pianto perché il materiale presente in bocca possa essere inalato
- i bambini hanno spesso l'abitudine di giocare e correre mentre stanno mangiando o comunque tenendo un oggetto tra le labbra o in bocca
- la masticazione, per la dentizione ancora incompleta, è grossolana e la deglutizione non ben coordinata

Quando sospettare l'inalazione da corpo estraneo

✓ IMPROVVISA DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

✓ UNO O PIU' ACCESSI DI TOSSE SPECIE SE ACCOMPAGNATI DALLA COMPARSA DI DIFFICOLTA' RESPIRATORIA STESSA

Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo

Il quadro può essere più o meno grave a seconda:

- delle **DIMENSIONI**
- della **FORMA**
- del **TIPO** di corpo estraneo
- della **SEDE D'ARRESTO** del materiale inalato lungo le vie respiratorie

-**SINTOMATOLOGIA:**

MODESTA → tosse stizzosa (la causa può passare sconosciuta specie se nessuno ha visto direttamente l'inalazione del materiale).

A volte, specie durante i pasti, si assiste direttamente all'inalazione e si comprende la necessità immediata di soccorso.

Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo

L'ostacolo che il materiale inalato provoca al flusso di aria che deve raggiungere i polmoni può essere totale (provocando soffocamento) o parziale.

OSTRUZIONE PARZIALE

Il piccolo va tranquillizzato, mantenuto nella posizione che preferisce, deve essere incoraggiato a tossire.

OSTRUZIONE COMPLETA

Il bambino non è in grado di tossire, né di emettere suoni.

Se l'ostruzione non viene risolta tempestivamente, compare cianosi, ingravescente sintomo di asfissia di arresto cardiaco incipiente. Si deve procedere con manovre di disostruzione in grado di aumentare la pressione intratoracica e creare una tosse artificiale.

Chi inala?.....Cosa?

BAMBINI DA 1 A 4 ANNI

Alimenti non idonei per l'età:

❖ **arachidi, noci, nocciole mandorle** → particolarmente pericolosi perché si idratano aumentando le loro dimensioni all'interno dei bronchi→occlusione completa dei bronchi che prima erano parzialmente ingombrati; inoltre liberano sostanze oleose particolarmente irritanti che provocano edema ed irritazione delle vie respiratorie.

❖ **carote crude, finocchi, formaggio o carne a pezzi, pane....**

- diagnosi precoce nei casi con sintomatologia eclatante
- diagnosi tardiva nei casi misconosciuti complicati da sequele

BAMBINI IN ETA' SCOLARE

Materiale inorganico:

❖ **parti di giocattolo, tappi di penna, fischietti, parti di apparecchi odontoiatrici....**

- diagnosi precoce nei casi con sintomatologia eclatante
- diagnosi tardiva perché i ragazzi si vergognano di riferire l'evento.

Dove può andare un corpo estraneo inalato?

A seconda delle dimensioni e della forma del corpo estraneo, questo procederà lungo l'albero respiratorio trascinato dalla corrente d'aria fino a fermarsi dove la via risulterà più stretta.

L'evenienza più temibile è quella dell'inalazione di un corpo estraneo abbastanza grande da bloccarsi lungo laringe e trachea occludendo drammaticamente le vie respiratorie: il bambino diventerà rapidamente asfittico (non emette suoni e non respira)

Nella maggior parte dei casi però, i corpi estranei penetrano in profondità localizzandosi nei bronchi periferici più piccoli e specialmente nelle diramazioni bronchiali di dx.

Cosa fare....?

Se siamo presenti al momento dell'inalazione ed il piccolo è allarmato e tossisce (OSTRUZIONE PARZIALE delle vie respiratorie):

va incoraggiato a tossire per cercare di espellere il corpo estraneo e nel contempo va tranquillizzato mantenendo un sereno tono di voce senza gesti concitati.

Manovre drastiche in questo caso vanno evitate per non correre il rischio di peggiorare l'ostruzione

Se siamo in presenza di un'OSTRUZIONE COMPLETA con la comparsa di segni di soffocamento:

è necessario iniziare manovre che possano simulare la tosse per cercare di spostare o rimuovere il materiale estraneo occludente.

Il SOFFOCAMENTO è caratterizzato dalla completa assenza di aria all'interno della via respiratoria, il bambino non respira, la sua voce non si sente, diventa immediatamente cianotico → il completo arresto respiratorio è seguito dopo qualche minuto dall'arresto cardiaco

In attesa dei soccorsi.....

Liberare la bocca dall'eventuale presenza di materiale, usando le dita ripiegate ad uncino, eseguendo la manovra possibilmente di fronte una fonte luminosa.

Iniziare le manovre di disostruzione

TECNICHE DI DISOSTRUZIONE

Nel BAMBINO

COLPI INTERSCAPOLARI

- posizionare il bambino prono sulle cosce del soccorritore
- assicurare il capo del bambino tramite prensione della mandibola
- mantenere il capo del bambino in posizione più declive rispetto al tronco
- applicare **5 colpi** interscapolari con via di fuga laterale
- se le dimensioni del bambino non consentono tale posizione i colpi interscapolari possono essere applicati anche a bambino seduto o eretto

COMPRESSIONI ADDOMINALI (MANOVRA DI HEIMLICH)

- collocarsi alle spalle del bambino
- posizionare le braccia al di sotto di quelle del bambino e abbracciarlo all'altezza dell'addome superiore
- con pollice e indice di una mano formare una "C" che colleghi l'apofisi xifoidea all'ombelico
- porre il pugno dell'altra mano all'interno di questa "C" avendo cura di mantenere il pollice all'interno delle altre dita per creare una superficie piana
- staccare la prima mano e porla al di sopra di questa
- eseguire **5 compressioni** con direzione antero-posteriore e caudo-craniale (movimento "A CUCCHIAIO") avendo cura di non comprimere l'apofisi xifoidea o il bordo costale



Figura n. 23a - Colpi interscapolari nel bambino prono

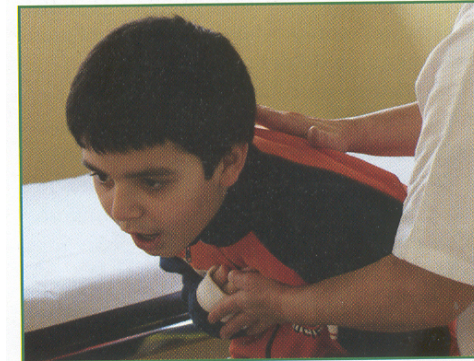


Figura n. 23b - Colpi interscapolari nel bambino eretto



Figura n. 24 - Compressioni addominali nel bambino

TECNICHE DI DISOSTRUZIONE

Nel LATTANTE

COLPI INTERSCAPOLARI

- posizionare il lattante prono sull'avambraccio per ottenere un appoggio il più possibile stabile
- mantenere l'avambraccio sulla coscia per favorire la stabilità
- assicurare il capo del lattante tramite prensione della mandibola
- mantenere il capo del lattante in posizione più declive rispetto al tronco
- applicare **5 colpi** interscapolari con via di fuga laterale

COMPRESSIONI TORACICHE

- posizionare il lattante supino sull'avambraccio per ottenere un appoggio il più possibile stabile
- mantenere l'avambraccio sulla coscia per favorire la stabilità
- assicurare il capo del lattante tramite prensione sulla nuca
- mantenere il capo del lattante in posizione più declive rispetto al tronco
- applicare 5 compressioni toraciche utilizzando lo stesso punto di repere del massaggio cardiaco ma con modalità utile a creare un brusco aumento della pressione intratoracica (compressioni più intense e meno frequenti)



Figura n. 21 - Colpi interscapolari nel lattante

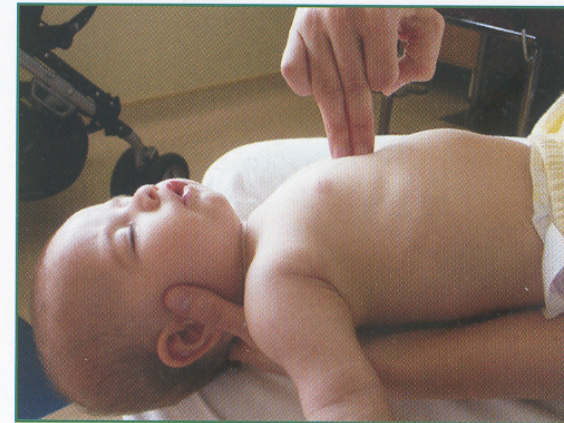


Figura n. 22 - Compressioni toraciche nel lattante

Sequenza di disostruzione delle vie aeree

PAZIENTE COSCIENTE

5 pacche dorsali alternate a

5 compressioni: toraciche nel LATTANTE

addominali (manovra di Heimlick) nel BAMBINO

PAZIENTE INCOSCIENTE

- Posizionare il pz su un piano rigido
- Allertare il soccorso avanzato **senza abbandonare il paziente**
- sollevare lingua/mandibola ed eseguire lo svuotamento digitale del cavo orale (solo in caso di corpo estraneo affiorante)
- instaurare la pervietà delle vie aeree
- eseguire 5 tentativi di ventilazione riposizionando il capo dopo ogni insufflazione se inefficace
- in assenza di segni vitali, iniziare le compressioni toraciche senza controllare il polso
- eseguire 1 minuto di RCP
- proseguire RCP fino all'arrivo del soccorso avanzato