Società
Italiana
di Medicina
di Emergenza
ed Urgenza
Pediatrica

AIR LEAK SYNDROME IN CORSO DI ALTI FLUSSI NEL TRATTAMENTO DELLA BRONCHIOLITE: L'ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO

Camela Federica, Pierantoni Luca, Biagi Carlotta, Dondi Arianna, Gennari Monia, Scozzarella Andrea, Sansone Francesco, Bernardi Filippo U.O.C. Pediatria d'Urgenza, PS Pediatrico e OBI, Azienda Ospedaliera-Universitaria Sant'OrsolaMalpighi, Bologna.

Negli ultimi anni si è diffuso l'utilizzo delle cannule nasali ad alti flussi (HFNC) per il supporto respiratorio in corso di bronchiolite. Agli evidenti vantaggi, come la non invasività e la praticità, si affiancano scarse evidenze circa l'efficacia e la sicurezza. Nel nostro reparto tra l'ottobre 2014 e il marzo 2016 sono stati assistiti per bronchiolite 299 bambini, di cui 145 hanno necessitato di ossigenoterapia. Tra questi, per mancata risposta ai bassi flussi, 24 sono stati sottoposti a HFNC (flusso massimo di 2 L/kg/min, in accordo con la letteratura). Tra i 299 pazienti solamente 2 hanno manifestato sindrome air leak. Il primo caso concerneva una femmina di 17 mesi, nata a termine e senza patologie cardiorespiratorie croniche, con un quadro di difficoltà respiratoria non responsiva a broncodilatatori e altre terapie mediche; il secondo era un maschio di 3 mesi, nato a 29 settimane di età gestazionale con distress respiratorio per cui, alla nascita, aveva necessitato di surfattante e supporto respiratorio per 7 giorni. In entrambi i casi gli aspirati nasofaringei erano risultati negativi per la ricerca dei comuni virus respiratori, Mycoplasma, Chlamydia e Bordetella. Le radiografie avevano escluso complicanze in atto. Rispettivamente dopo 48 e 12 ore dall'inizio della somministrazione di HFNC i due soggetti hanno manifestato enfisema sottocutaneo al collo. La radiografia del torace ha confermato la comparsa di pneumomediastino e pneumocollo. Nel primo caso è stata ridotta l'erogazione del flusso di ossigeno a 1 L/kg/min con lento miglioramento, quindi dimessa dopo 17 giorni; nel secondo caso, oltre alla riduzione del flusso, è stato necessario trasferire il paziente in TIP dove, 72 ore dopo, il piccolo ha presentato uno pneumotorace iperteso ed è quindi stato sottoposto a drenaggio pleurico e ventilazione meccanica. Per la particolare severità clinica di questi 2 casi è difficile determinare il contributo degli HFNC nella genesi della sindrome air leak. I trial clinici in corso potranno fornire maggiori informazioni circa efficacia e sicurezza delle HFNC nella bronchiolite. Ad oggi è consigliabile un atteggiamento cauto e un attento monitoraggio durante l'utilizzo di tale presidio, in particolare nei pazienti con quadro più severo di bronchiolite o con fattori che li predispongano a maggior incidenza di complicanze

SIMEUP