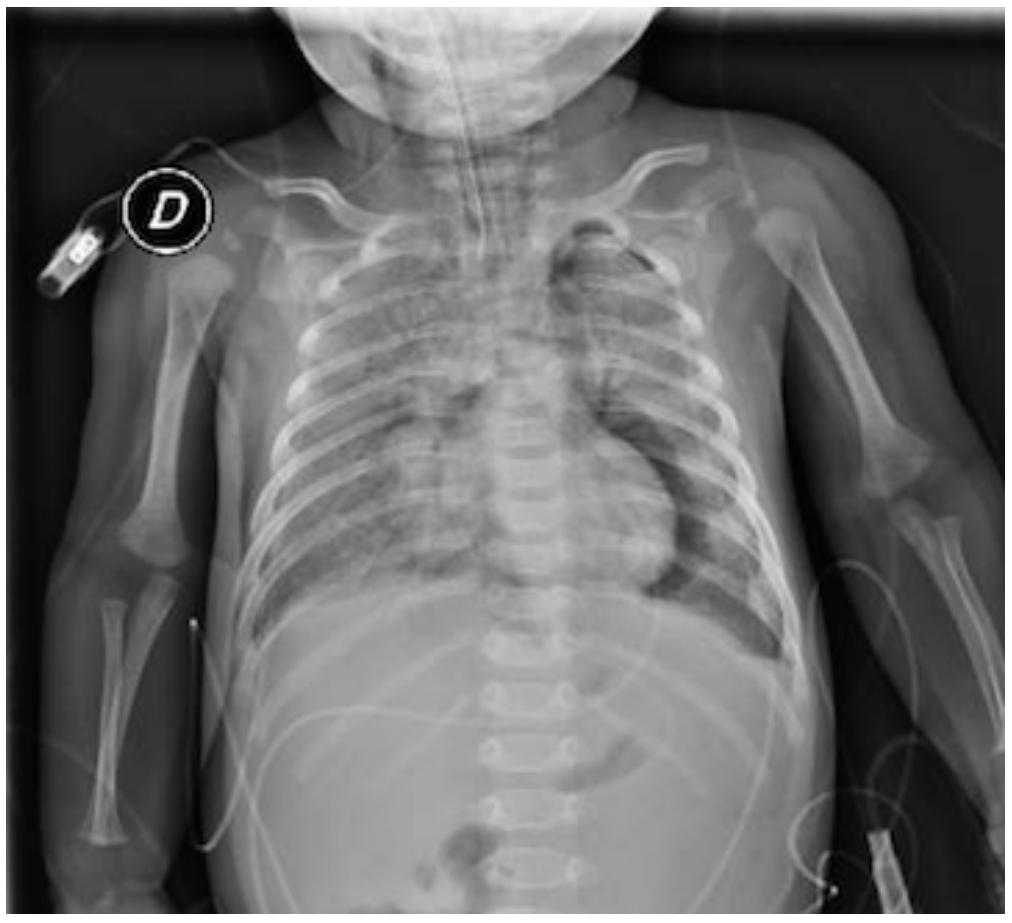
Sindrome da distress respiratorio acuto pediatrico (PARDS): un'assistenza intensiva e una ventilazione complessa.

C. Valastro°, A. Caponnetto*, A. Solinas*, G. Garani*.

° Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Ferrara
* Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Caso clinico

Marta viene ricoverata a 3 mesi di vita per insufficienza respiratoria in verosimile bronchiolite. A circa 48 ore dal ricovero, per il progressivo peggioramento delle condizioni cliniche, è stato necessario intubare la paziente e porla in ventilazione meccanica (VM). Il quadro clinico-radiologico è apparso compatibile con ARDS (PaO2/FiO2 o P/F 90-110). In concomitanza del peggioramento respiratorio Marta ha presentato un episodio di bradicardia estrema e ha necessitato di RCP e ventilazione manuale. E' stato somministrato surfattante esogeno con progressivo miglioramento. La paziente è



stata mantenuta in VM convenzionale e successivamente in modalità oscillatoria ad alta frequenza (HFOV) per circa 72 ore. Dopo 4 giorni la paziente è stata estubata e ha proseguito l'assistenza in ventilazione non invasiva (NIV). In 12^ giornata ha presentato un ulteriore peggioramento, è stata reintubata e mantenuta in VM per 5 giorni. In 24^ giornata è stato sospeso ogni supporto respiratorio.

Discussione

L'ARDS è caratterizzata da ipossia associata a severa e diffusa infiammazione del parenchima polmonare. L'attuale definizione è stata proposta nel 2015 dalla Pediatric Acute Lung Injury Consensus Coference (PALICC). Si definisce PARDS la comparsa, entro 7 giorni da un insulto noto, di insufficienza respiratoria ipossiemica associata a comparsa di infiltrato polmonare diffuso all'imaging del torace. Nei pazienti in VM l'ipossiemia viene classificata, in base all'indice di ossigenazione (OI), in lieve (OI 4-8), moderata (OI 8-16) o severa (OI>16). Nei pazienti in NIV il grado di ipossiemia viene definito dal rapporto P/F <300. Il cardine della terapia è il supporto ventilatorio. I parametri suggeriti per la VM sono un volume tidal di 5-8 ml/kg o 3-6 ml/kg (se ridotta compliance), una PIP <28 cmH2O o 29-32 cmH2O (se aumentata elastanza toracica) e una PEEP elevata (10-15 cmH2O). Recentemente sono state ultilizzate anche altre modalità ventilatorie: la HFOV, la somministrazione di iNO o di surfattante.