

Rețeaua medicală M.A.I., București

DOUĂ CAZURI DE ATELECTAZIE PULMONARĂ PRIN CORPI STRĂINI TRAHEO-BRONȘICI

P. Miloșescu, Carmela Munteanu, Gh. Panaiot, N. Cojocaru

Pătrunderea corpurilor străini în arborele respirator reprezintă una din cele mai spinoase probleme ale patologiei bronșice, datorită precocității complicațiilor generate de stagnarea acestora în căile respiratorii (1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 14), cât și stopului respirator înfilit în unele cazuri. Datele anamnestice, uneori extrem de vagi, polimorfismul tabloului clinic, precum și lipsa de concludență a datelor furnizate de examenul radiologic, fac ca diagnosticul de corp străin al arborelui respirator să fie uneori foarte dificil, unica sursă în toate cazurile dubioase rămânând examenul bronhoscopic care permite în același timp și rezolvarea terapeutică (5, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18).

Atelectazia pulmonară apare în teritoriul pulmonar deservit de bronșia obstructată, prin resorbția aerului alveolar. La copiii mici ea este mai frecventă, datorită particularităților morfo-funcționale și de reacție ale aparatului respirator, dintre care cele mai importante sînt: calibrul mic al bronșiilor, elasticitatea cutiei toracice și reflectivitatea mare a țesuturilor.

Ca urmare a reflectivității mari a țesuturilor, spasmul, congestia și hipersecreția sînt foarte marcate, realizînd o mulare a bronșiei pe corpul străin. În felul acesta o obstrucție parțială se transformă într-una totală (9, 10, 13).

Calibrul mic al bronșiilor face posibilă obstrucția unei bronșii primitive, în urma cărcia se instalează o atelectazie întinsă cu consecințe grave asupra funcționalității plămînilor.

La copii mai mari și la adulți, la care calibrul bronșiilor e mai mare și reacțiile endobronșice moderate, atelectazia se instalează excepțional de rar, iar atunci cînd apare, ea afectează teritoriul segmentare și în general fără consecințe importante asupra hematozei (13, 18).

Datele din literatura de specialitate arată că cele mai multe atelectazii au apărut după aspirarea corpurilor străini de natură vegetală (boabe de fasole, porumb etc.). Aceasta se explică prin proprietatea higroscopică a boabelor de fasole și de porumb care, îmbibîndu-se cu secreții, își măresc volumul, mărînd și gradul obstrucției.

Acest lucru s-a dovedit experimental de *Popa și Borș* (18). Ei au păstrat boabe de fasole în salivă la 37° C. După 48 de ore, acestea și-au mărit de două ori volumul inițial și în plus au devenit fragile, cu învelișul detașabil.

La apariția atelectaziei pulmonare, manifestările clinice și radiologice sînt foarte elocvente. Bolnavul este agitat, tusea devine continuă și iritativă, iar dispneea se accentuează. Examenul obiectiv scoate în evidență rețacția peretelui toracic, diminuarea excursiilor costale, abolirea murmurului vezicular, iar la percutie se constată matitate sau submatitate. Prin examenul radiologic se pune în evidență o opacitate triunghiulară cu vîrf în sus și baza la periferie, omogenă, net delimitată și cu marginile ușor rețractate. În cîmpurile pulmonare vecine se constată un enfizem compensator. Coastele din dreptul regiunii atelectaziate sînt oblicizate, spațiile intercostale îngustate, hemidiafragmul de aceeași parte ridicat și imobil, mediastinul atras spre partea atelectaziei, deplasare care se accentuează în inspira-

ție (7, 9). În cazul obstrucției unei bronșii mai mici, poate să nu existe nici o manifestare clinică și radiologică, fapt explicat de *von Allen* prin existența unei ventilații colaterale (18).

Atunci când se aspiră mai mulți corpi străini, sau când corpul străin se oprește la bifurcație, tulburările de hematoză sînt foarte accentuate, starea generală gravă, iar prognosticul rezervat. Unii autori (18) au atras atenția asupra pericolului pe care-l prezintă întîrzierea intervenției de extragere a corpului străin în astfel de cazuri și asupra necesității de a efectua bronhoscopia cu pregătiri preoperatorii minime.

Pericolul pe care-l prezintă atelectazia, este suprainfecția, fenomen marcat de apariția febrei și a ralurilor crepitante. De aceea plămînul atelectaziat trebuie să fie protejat cu antibiotice administrate precoce.

În general, atelectazia cedează după extragerea corpului străin.

Cazul 1. Copilul V. M., de 1 an și 8 luni, prezintă dispnee, tuse iritativă, stare de agitație, datorită aspirării unui bob de fasole în urmă cu 24 de ore. La examenul clinic se constată o matitate a hemitoracelui stîng, cu abolirea murmurului vezicular și numeroase raluri bronșice. Examenul radiologic pune în evidență o atelectazie totală a plămînului stîng

La examenul bronhoscopic, bronhia primitivă stîngă apare obstruată de un bob de fasole care se extrage fragmentar.

Se instituie imediat antibiotice, cortizon, luminal și comprese calde cervicale.

Starea copilului se îmbunătățește vizibil, iar după 6 zile atelectazia dispare, fapt verificat prin examenul radiologic.

Cazul 2. Copilul I. P., de 11 luni, este internat pentru accese de sufocare. Investigațiile efectuate pun în evidență atelectazia plămînului stîng și un focar congestiv care se suprapune atelectaziei. Bolnavul se tratează pînă la dispariția focarului congestiv cu antibiotice, analeptice respiratorii și o medicație adjuvantă pentru menținerea stării generale.

La examenul bronhoscopic se găsește în trahee un fragment de bob de porumb flotant, care se extrage. Respirația se îmbunătățește parțial, iar la 2 zile mai tîrziu examenul radiologic efectuat indică persistența atelectaziei și un focar de congestie suprapus. Copilul este din nou febril. Sub protecția de antibiotice, cortizon și antispastice, se practică o nouă bronhoscopie. În bronhia stîngă se găsește un alt fragment de bob de porumb care se extrage. După 6 zile copilul părăsește spitalul în perfectă stare de sănătate.

În acest caz, persistența corpului străin și întreruperea tratamentului cu antibiotice a favorizat instalarea unui nou puseu de congestie, la nivelul plămînului atelectaziat

Concluzii

1. Atelectazia pulmonară apare în teritoriul pulmonar, deservit de bronșia obstruată, prin resorbția aerului alveolar, și pune viața în pericol, fie prin stopul respirator, fie prin complicațiile infecțioase.

2. Gravitatea afecțiunii este mai mare la copiii mici, datorită particularităților morfo-funcționale ale căilor respiratorii la această vîrstă și frecvenței mai mari a accidentelor.

3. Efectuarea bronhoscopiei și extragerea totală a corpurilor străine traheo-bronșici previne apariția atelectaziei pulmonare, sau în cazul apariției, vindecarea prin asociere a tratamentului cu antibiotice.

Sosit la redacție: 15 martie 1966.

Bibliografie

1. BAZIEVA A.: Vestnik O.R.L. (1953), 5, 64; 2. BISTRENIN A. V.: Vestnik O.R.L., (1952), 4, 76; 3. COUPIN JEAN: La Presse Médicale (1953), 77, 1574; 4. DAVID D., TULEASCA I.: Revista Medico-Chirurgicală Iași (1957), 3, 721; 5. Encyclopédie médico-chirurgicale-O.R.L. Paris (1951), 20775; 6. GROBSTEIN G.: Vest-

nik O.R.L. (1958), 3, 99; 7. HUIZINGA, FELCO: Les Annales d'oto-laryngologie (1961), 78, 3, 175; 8. ISAKOVICI I. M.: Vestnik O.R.L. (1955), 2, 78; 9. JACKSON CH. ș. a.: Diseases of the nose ant throat and ear. Ed. II/59. W. B. Saunders Company Philadelphia and London, p. 739, 761; 10. LEMARIEY: La Semaine des Hôpitaux, Paris (1953), 22, 61; 11. RUSESCU A. D., POPESCU V. A.: Urgențele în pediatrie, Ed. Medicală București (1957), 1, 55; 12. SOCOLOVA D. G.: Sovetscaia medicina (1952), 7, 29; 13. SOULAS A., MOUNIER-KUHN P.: Bronchologie, Masson (1956), 2, 905; 14. SAPARENCO: Vestnik O.R.L. (1956), 3, 71; 15. SURTEA S., CHIRVAI S., LUCA M.: Rev. O.R.L. (1961), 4, 351; 16. TEODORESCU L., PALADE M., ALEXANDRESCU M., CUCU P.: Revista Medico-chirurgicală (1957), 1, 161; 17. TEODORESCU L., IȚICOVICI M., CUCU P.: Revista O.R.L. (1956), 3, 71; 18. TEȚU I., DIMITRIU V. A., DUMITRESCU E.: Revista O.R.L. (1961), 3, 231.