

"RUOLO DELLA TRACHEOTOMIA CHIRURGICA NELLE UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA (ICU)"

Fausto Taranto - M.Olina, G.Borello, A.Toso, P.Recanati, P.Donato, F.Della Corte

La tracheotomia è una delle procedure chirurgiche più frequentemente effettuate in terapia intensiva. Negli ultimi anni accanto alla tracheostomia eseguita con tecnica chirurgica si sono affiancate varie tecniche di tracheotomia percutanea (Ciaglia, Fantoni, Griggs, Percu-Twist, etc...) che hanno determinato cambiamenti nell'indicazione e nel timing operatorio. Riportiamo la nostra esperienza su pazienti giunti alla nostra unità di Terapia Intensiva (I.C.U.) al fine di valutare rischi e benefici di una tecnica percutanea e di identificare quali siano i casi da riservare alla tecnica chirurgica tradizionale.

Sono stati valutati in modo retrospettivo 173 pazienti sottoposti a intervento di tracheotomia in I.C.U dal 1 Gennaio 2004 al 31 Dicembre 2006. Abbiamo suddiviso i pazienti in 2 gruppi: il primo a cui è stata praticata una tracheotomia chirurgica e il secondo sottoposto a tecnica percutanea. La tecnica chirurgica classica è stata di prima istanza in tutti i casi in cui i pazienti presentavano una difficile valutazione e palpazione dei reperi (obesità, traumi facciali e cervicali, vasi aberranti).

Sono state effettuate 23 tracheostomie chirurgiche dall'equipe della Clinica Otorinolaringoiatrica mentre è stata effettuata una tecnica dilatativa nei restanti 150 pazienti. Sono state eseguite 84 tracheotomie percutanee secondo la tecnica di Griggs e 66 secondo tecnica di Fantoni. Fra le tracheostomie chirurgiche, nel 78.2% si trattava di pazienti obesi, nel 13% di traumi facciali e nel 8.8% vi era la presenza di vasi anteriori del collo (giugulari anteriori) riscontrati all'esame doppler della regione cervicale. Nel gruppo Fantoni abbiamo osservato un' immediata ostruzione della cannula tracheale nel 3% dei pazienti e nel 3% si è presentata la rottura della cuffia durante il posizionamento della cannula. Nel gruppo Griggs abbiamo registrato nel 7.1% dei casi una minima emorragia durante la procedura (senza intervento chirurgico otorinolaringoiatrico) mentre nel 2.4% dei pazienti l'entità dell'emorragia è stata tale da richiedere una conversione chirurgica tradizionale. Solo in 1 paziente di questo gruppo abbiamo registrato un decannulamento accidentale. Non abbiamo riscontrato mortalità peri-operatoria né necessità di emotrasfusione.

La tracheostomia tradizionale trova indicazione obbligata nelle situazioni di emergenza. Inoltre viene proposta come chirurgia di scelta nei bambini, in situazioni locali particolarmente difficili come nei soggetti obesi, nei brachitipi, nei pazienti con struma di notevoli dimensioni o con anatomia del collo alterata da malformazioni, da cicatrici chirurgiche pregresse o da fibrosi post-attinica. Vi sono poi condizioni generali di estrema fragilità e di co-morbilità che indirizzano verso una chirurgia tradizionale più sicura specie in presenza di gravi coagulopatie.