

“Tracheotomia, tracheotomia per cutanea, due tecniche a confronto: nostra esperienza”

Giuseppe Abbate - R.Dosdegani, A.Lancella, C.Maestrone, S.Raffa, V.Trotta

La tracheotomia, è stata considerata l'urgenza per eccellenza. I colleghi con molti anni di pratica chirurgica possono riportare le loro esperienze di interventi eseguiti in emergenza.

Si definisce tracheotomia l'apertura della parete tracheale e della cute.

La tracheostomia, invece, è la creazione di un'apertura permanente della trachea, mediante abboccamento della breccia tracheale alla cute cervicale.

Indicazioni: controllo e protezione delle vie aeree. Controindicazioni assolute o relative: coagulopatia, recente chirurgia maggiore del collo, ipossiemia grave.

Per l'effettuazione della PDT sono disponibili un Kit completi. La PDT può essere effettuata a letto del paziente con intubazione endotracheale e condotta in asepsi chirurgica, da due operatori. Un terzo operatore con fibroscopio flessibile introdotto nel tubo endotracheale conferma la precisione e la correttezza delle manovre.

La nostra esperienza, si basa su uno studio retrospettivo negli anni 2005-2006 sulle tracheostomia ST e PDT praticate a letto del paziente e in sala operatoria.

In questi 2 anni sono stati operati 59 pazienti di cui 40 ST (68%) e 19 PDT (32%), 15 femmine (25%) e 44 maschi (75%), con età compresa tra 28 e 86 anni, media 69,5 anni.

Dei 40 pazienti operati con ST (tutti in SO), 19 (48%) erano degenti in rianimazione e l'indicazione principale è stata la prolungata intubazione con la controindicazione alla PDT i restanti 21 pazienti (52%) erano affetti da patologia ostruttiva eteroplasica interessante il distretto cervico-facciale.

I 19 pazienti ricoverati in rianimazione per trattamento intensivo, successivamente sono stati sottoposti a PDT, 10 a letto del paziente (53%) e 9 in sala operatoria (47%), tutte sotto controllo video-endoscopico. In particolare sono state eseguite 15 Griggs (79%), 3 Fantoni (16%) e 1 mista (PDT + ST) (5%). Per quest'ultima si è resa necessaria la ST per dislocazione della cannula in terza giornata. In tutti gli altri casi non abbiamo avuto complicanze. La tecnica di Ciaglia, di Fantoni e di Griggs sono attualmente le più utilizzate e considerate più sicure. Il controllo endoscopico simultaneo aumenta la sicurezza riducendo il rischio di complicanze anche severe.

Cardine indispensabile per questo tipo d'approccio è la selezione accurata dei pazienti, al fine da ridurre al minimo le complicanze intra e perioperatorie. La classica tecnica di ST rappresenta per il paziente l'ultimo baluardo, che sicuramente non è scevra da rischi, ma che in mani esperte, dopo un adeguato periodo di apprendimento, riesce a risolvere tutta una serie di problematiche altrimenti molto più gravose.