

"RUOLO DELLA TRACHEOTOMIA CHIRURGICA NELL'EMERGENZA RESPIRATORIA: NOSTRA ESPERIENZA"

Luigi Corina - A.Artuso, E.Scarano, D.Rizzo, M.L.Guidi, J.Galli

INTRODUZIONE L'emergenza respiratoria nei pazienti critici o nei traumatizzati afferenti al D.E.A. (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione) rappresenta un'evento clinico altamente drammatico. Quando il trattamento chirurgico diventa inevitabile, le tecniche utilizzate comprendono la cricotiroidotomia e la tracheotomia. In questo lavoro gli Autori riportano la propria esperienza nell'utilizzo della tracheotomia chirurgica quale tecnica di elezione nell'emergenza respiratoria, soffermandosi sulle indicazioni e sulle complicanze.

MATERIALI E METODI Dal Novembre 1987 al Febbraio 2007 sono state eseguite dal personale medico della Clinica Otorinolaringoiatrica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" in Roma 1661 tracheotomie chirurgiche di cui 108 (6,5%) in emergenza. La tecnica chirurgica applicata è stata quella classica. L'indicazione all'intervento di tracheotomia in emergenza è sempre stata determinata dalla presenza di una patologia ostruttiva delle vie aeree superiori in cui i tentativi di terapia medica, di una ventilazione meccanica o di un' intubazione oro- o naso-tracheale erano risultati vani. Le patologie che hanno necessitato di tracheotomia sono state: a) edema delle vie aeree superiori in 34 pazienti (31,5%); b) intubazioni difficili per insoddisfacente visualizzazione del piano glottico o condizioni anatomiche avverse in 18 pazienti (16,7%); c) neoformazioni maligne ostruenti l'orofaringe, l'ipofaringe o la laringe in 36 pazienti (33,3%); d) traumi maxillo-facciali e laringei in 20 pazienti (18,5%). Tutte le complicazioni post-operatorie sono state documentate nei 15 giorni a seguire e solo di 60 pazienti abbiamo un follow-up a 36 mesi.

RISULTATI In nessun caso si è verificata una complicanza immediata intraoperatoria, mentre in 6 casi (5,5%) è stata necessaria una revisione per la comparsa di emorragia ed in 7 casi (6,5%) si è verificata un'infezione del tracheostoma. Nei 60 pazienti di cui abbiamo un follow-up a 36 mesi, non è stata notata nessuna complicanza tardiva come granulomi e/o stenosi laringo-tracheali, anche se in 1 paziente sottoposto a tracheotomia in seguito a frattura laringea chiusa, è residua una fissità dell'emilaringe quale esito cicatriziale del trauma.

CONCLUSIONI Attualmente nell'emergenza respiratoria il ricorso al trattamento chirurgico è riservato nei casi in cui non è stato possibile effettuare un'intubazione tracheale. La scelta della procedura da eseguire, cricotiroidotomia o tracheotomia, dipende dall'esperienza che ha il medico che si trova ad affrontare l'emergenza respiratoria. Riteniamo che per lo specialista otorinolaringoiatra la metodica da scegliere nell'emergenza respiratoria è la tracheotomia chirurgica, vista la familiarità che egli ha con l'anatomia del collo.