

## "INDICAZIONI ALLA TRACHEOTOMIA NELLA PRIMA INFANZIA: ESPERIENZA DEGLI ULTIMI 3 ANNI DELL'OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU' - ROMA"

**Marilena Trozzi** - G.C. De Vincentiis, C.Pacifico, S.Bottero

La tracheotomia nel bambino era considerata, fino a qualche decennio fa, un intervento d'urgenza indicato in caso di ostruzione delle alte vie respiratorie, per lo più di origine infettiva (difterite, epiglottite, laringite ipoglottica, ecc). Il miglioramento delle pratiche rianimatorie e dell'assistenza perinatale hanno visto un progressivo modificarsi delle indicazioni senza una riduzione complessiva del numero degli interventi. Infatti, a fronte di un decremento delle procedure in urgenza, sostituite largamente dalla rapida intubazione, si è rilevato un progressivo aumento delle tracheotomie pediatriche eseguite in regime di elezione. L'evoluzione è legata all'aumento della sopravvivenza neonatale in casi di grave prematurità o di sindromi malformative cranio-facciali, ma soprattutto, alla comparsa delle cosiddette stenosi tracheali iatrogene, secondarie, cioè, ad intubazioni prolungate, accanto alle persistenti forme congenite.

Obiettivo di questo lavoro è l'analisi delle indicazioni che hanno portato, presso il nostro ospedale, all'esecuzione di una tracheotomia nella prima infanzia (3aa), confrontate con i dati della letteratura.

### Materiale e metodi

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo sulle tracheotomie eseguite negli ultimi 3 anni presso le 2 sedi (Roma - Palidoro) dell'Unità Operativa Complessa di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Tra Gennaio 2004 e Dicembre 2006 sono state eseguite 76 tracheotomie in età pediatrica di cui l'82% (62) nella prima infanzia (3aa). Tra queste il 47% (31) è stato eseguito in epoca infantile (1aa di età) ed il 35% (23) in epoca neonatale (30 gg di vita).

Sono stati rilevati i dati circa l'indicazione, l'età, la durata della tracheotomia, la posizione tracheale, la tecnica chirurgica, la comorbidità, la strategia per la decannulazione e le complicanze precoci e tardive.

### Risultati

Le indicazioni alla tracheotomia rilevate sono state suddivise in 4 categorie principali:  
Patologie ostruttive congenite o iatrogene (31%): stenosi sottoglottiche, atresia laringea, laringo-tracheomalacia, emangiomi e linfangiomi cervico-facciali, broncodisplasie, etc  
Sindromi craniofacciali (29%): Pierre-Robin, Treacher-Collins, Charge, etc  
Intubazione prolungata (30%): prematurità grave, cardiopatie congenite, etc  
Patologie neurologiche (10%): paralisi cerebrali, encefalopatie ipossiche, miastenia gravis, meningiti, encefalopatie, paralisi cordali bilaterali, etc

La necessità di un'assistenza ventilatoria prolungata ha costituito la maggiore richiesta di tracheotomie, sia con prospettiva di una futura maturazione delle vie aeree e quindi miglioramento spontaneo dell'autonomia respiratoria, sia propedeutica ad interventi ricostruttivi o correttivi, ma anche palliativa in patologie a prognosi infausta.

## Conclusioni

I risultati osservati si sono presentati in linea con la letteratura internazionale recente ed hanno offerto interessanti spunti di riflessione sull'evoluzione delle indicazioni alla tracheotomia nella prima infanzia.