

"STENOSI LARINGO TRACHEALI POST - TRACHEOTOMIE PERCUTANEE"

Giovanni Borello - M.Policarpo, F.Taranto, P.Aluffi, F.Pia

Le stenosi laringo-tracheali sono una patologia di difficile trattamento; spesso recidivanti, sono frequentemente il risultato di intubazioni prolungate, di traumi o esiti di tracheotomie eseguite a livello della membrana crico-tiroidea o al primo anello tracheale (con o senza rottura della cartilagine). Per il trattamento di queste patologie sono descritte in letteratura numerose varianti chirurgiche, dalle tecniche meno invasive quali le endoscopiche mediante l'uso di laser (CO2 o diodi) e di stent laringo-tracheali (tipo Montgomery), sino alle più invasive come le resezioni laringo-tracheali.

Materiali e Metodi: Vengono presentati 3 casi di stenosi sottoglottiche (1 caso grado III di Cotton e 2 casi grado IV di Cotton), causate da tracheotomie percutanee effettuate a livello del primo anello tracheale in 2 casi e a livello della membrana crico-tiroidea in un caso. Tutti i casi in esame sono stati trattati presso la nostra Clinica ORL mediante tecnica endoscopica: abbiamo utilizzato il laser CO2 (in 1 caso) e il diodi (2 casi) per riapermeabilizzare l'asse laringo-tracheale; si sono eseguite dilatazioni del tramite mediante Celestin e successivamente si è posizionato un tubo a T di Montgomery in tutti e tre i casi.

Risultati: A 13 mesi dal trattamento, stante l'assenza di recidiva laringo-tracheale, è stato rimosso lo stent a T in due casi (previo controllo laringoscopico). Dopo 21 mesi di follow-up un paziente è decannulato e non presenta esiti cicatriziali stenosanti; nel secondo caso il follow-up è di 2 mesi (assenza di recidive). Un paziente attualmente è portatore di tubo a T (follow-up 12 mesi).

Conclusioni: Spesso nelle unità intensive si effettuano tracheotomie percutanee per assicurare un'assistenza respiratoria a lungo termine. Questa tecnica, da non eseguire in urgenza, risulta meno invasiva di una tracheotomia chirurgica (open surgery) e con frequenza di complicanze decisamente ridotta se effettuata a livello del II-III anello tracheale.