

“CRICO-IOIDO-EPIGLOTTO-PESSIA: HOW I DO IT”

Mauro Righi – D.Dall’Olio, C.Bocciolini, L.Amorosa

Nel filmato vengono illustrati alcuni aspetti tecnici che a nostro giudizio rivestono particolare importanza per il successo oncologico e, soprattutto, funzionale nelle laringectomie tipo ciepe.

- 1) La loggia ITE deve essere completamente rimossa in tutti i casi. L’incisione dei muscoli sottoioidei a stretto contatto del margine inferiore dell’osso ioide facilita la rimozione completa del grasso preepiglottico. Durante questa fase la branca interna del nervo laringeo superiore ed il suo ramo discendente posteriore devono essere risparmiati al fine di non compromettere la sensibilità della mucosa aritenoidea e del seno piriforme.
- 2) Se una parte dell’epiglottide sottoioidea è infiltrata è comunque possibile e utile risparmiare la porzione sopraioidea per facilitare la ripresa della deglutizione.
- 3) Il muscolo costrittore inferiore faringeo ed il pericondrio esterno devono essere tagliati lungo il bordo posteriore della lamina cartilaginea tiroidea per evitare manipolazioni traumatiche.
- 4) Attenzione particolare deve essere rivolta alla sezione del corno tiroideo inferiore per evitare un danno al n. ricorrente.
- 5) La sezione del processo vocale dell’aritenoide deve essere condotta evitando traumi dell’articolazione cricoaritenoidea.
- 6) Riteniamo che suturare un flap mucoso sopra l’aritenoide non sia di alcuna utilità in quanto facilita l’edema postoperatorio.
- 7) Eseguiamo la pessia con tre punti di sutura Vicryl 2 attorno alla cartilagine cricoide e all’osso ioide; comprendiamo nella sutura l’epiglottide residua e tre cm di base lingua col punto centrale. I due punti laterali devono invece penetrare poco nella base linguale per evitare l’arteria linguale e il nervo ipoglosso.
- 8) La tracheotomia è sottoistmica senza punti di abboccamento alla cute per evitare trazioni durante la ripresa della deglutizione e facilitare la chiusura della stomia una volta rimossa la cannula.
- 9) Durante l’eventuale svuotamento cervicale è utile risparmiare l’ansa dell’ipoglosso e i rami anastomotici cervicali per mantenere la funzione dei muscoli sottoioidei, utili per la riabilitazione alla deglutizione.
- 10) Per l’alimentazione artificiale enterale è perfettamente sufficiente un sondino naso gastrico 12 F. Non è mai stato necessario nella nostra esperienza la PEG.