

LA TRACHEOTOMIA PERCUTANEA: SCELTA DI TECNICA O SCELTA IN FUNZIONE DEL PAZIENTE?. ESPERIENZA PERSONALE SU 125 CASI.

Apicella F., Vitali A., Nistri R.

1a UO Chirurgia Generale, Ospedale Nuovo San Giovanni Di Dio, Firenze, Italia

Premessa: la tracheotomia percutanea e' oggi il "gold standard" per i pazienti ricoverati in terapia intensiva che necessitano di lunghi periodi di ventilazione meccanica. Diverse tecniche di tracheotomia percutanea sono state proposte dai diversi Autori (AA).

Scopi: ognuna delle tecniche proposte negli anni dai vari AA per realizzare la tracheotomia percutanea presenta caratteristiche e peculiarità proprie, tutte concettualmente valide. A noi interessa dimostrare l'importanza di conoscerle per applicarle adeguandole opportunamente caso per caso.

Pazienti: dal Gennaio 1994 al Gennaio 2001, 125 pazienti, 72 uomini e 53 donne (eta' estreme: 20- 89 aa per gli uomini e 19- 79 per le donne), sono stati sottoposti a tracheotomia percutanea dallo stesso operatore. Dei 125 pazienti, 122 erano ricoverati in Terapia Intensiva, intubati, con necessita' di intubazione oltre i 7 giorni, 3 sono stati invece operati in urgenza (2 donne ed 1 uomo) al DEA. 50 pazienti sono stati trattati con il metodo di Ciaglia, 10 con quello di Griggs, 50 con quello combinato di Ciaglia-Griggs, 10 con il metodo di Fantoni, 2 con quello di Ciaglia Blue Rhino ed infine i 3 operati d'urgenza con tracheotomia percutanea diretta (Pertrach).

Metodi: sono state utilizzate la tecnica di Ciaglia (1985), di Griggs (1990), una combinazione delle due tecniche (Ciaglia-Griggs, 1996), la tecnica translaringea di Fantoni (1993), la tecnica di Ciaglia Blue Rhino (1999) e la tracheotomia percutanea diretta (Pertrach, 1998). Agli inizi dell'esperienza non si utilizzava il fibrobroncoscopio, in seguito il suo utilizzo, in elezione, è diventato costante.

Risultati: nessuna complicanza maggiore, ne' perioperatoria, ne' a distanza di tempo; si sono verificati 2 casi di sanguinamento modesto del sottocute (risolti con la sola compressione); si è dovuto, in un solo caso, convertire la tracheotomia translaringea in una percutanea dilatativa; non ci sono state infezioni della stomia.

Discussione: tutti i lavori disponibili descrivono confronti tra le varie tecniche di tracheotomia percutanea. Nella nostra esperienza abbiamo adottato tutte le tecniche, in 50 casi abbiamo combinato la tecnica di Ciaglia con quella di Griggs. Ognuna delle tecniche citate presenta vantaggi e svantaggi, ma nel complesso si puo' sostenere che non esiste la tecnica migliore. Nell' esperienza personale non abbiamo avuto complicazioni significative ne' intraoperatorie ne' a distanza indipendentemente dalla tecnica adottata. Dopo aver attuato tutte le tecniche abbiamo deciso di adottare, in funzione del paziente e delle sue condizioni cliniche, quella che più si adatta al caso che stiamo trattando, indipendentemente da quella che riteniamo tecnicamente migliore.

Conclusioni: l'esperienza personale, avvalorata dal fatto di essere stata eseguita da un unico chirurgo, dimostra come sia possibile minimizzare le complicazioni della tracheotomia percutanea soltanto scegliendo la tecnica piu' adatta per ogni singolo paziente. In particolare nei pazienti che non hanno problemi di intubazione oro-tracheale e' preferibile la tracheotomia translaringea; nei pazienti con problemi di intubazione oro-tracheale e' preferibile la tecnica secondo Ciaglia Blue Rhino o la tecnica mista Ciaglia-Griggs; in urgenza e' preferibile la tracheotomia percutanea diretta (Pertrach) o chirurgica. Nei pazienti con gozzo tiroideo fisso e' preferibile la tracheotomia chirurgica.

Bibliografia:

- 1-MacCallum PL, Parnes LS, Sharpe MD, Harris C."Comparison of open, percutaneous and translaryngeal tracheostomies". Otolaryngol Head Neck Surg 2000 May; 122(5):686-90.
- 2-Heikkinen M, Aarnio P, Hannukainen I."Percutaneous dilational tracheostomy or conventional surgical tracheostomy?". Crit Care Med 2000 May;28(5):1399-402.
- 3-Byhahn C, Rinne T, Halbig S, Albert S, Wilke HJ, Lischke V, Westphal K."Early percutaneous tracheostomy after median sternotomy". J Thorac Cardiovasc Surg 2000 Aug;120(2):329-34.
- 4-Byhahn C, Wilke HJ, Halbig S, Lischke V, Westphal K.-"Percutaneous tracheostomy: ciaglia blue rhino versus the basic ciaglia technique of percutaneous dilational tracheostomy." Anesth Analg 2000 Oct;91(4):882-6
- 5-Jose' M Anon, Vicente G, et alii-"Percutaneous tracheostomy: comparison of Ciaglia and Griggs techniques" Critical Care 2000, 4(2): 124-128
- 6-Bouvette M, Fuhrman TM. "Preventing complications during percutaneous tracheostomy". Anesthesiology 1999 Mar;90(3):918-9.
- 7- Westphal K, Byhahn C, Wilke HJ, Lischke V. "Percutaneous tracheostomy: a clinical comparison of dilatational (Ciaglia) and translaryngeal (Fantoni) techniques".Anesth Analg 1999 Oct;89(4):938-43
- 8-Apicella F, Ghilli L."La tracheotomia percutanea sec. Ciaglia e Griggs. Considerazioni sulla nostra esperienza". Osp Ital Chir 1997; 5:428-430.

(inviato all' ACOI via web in data 21.03.01)