

In terapia intensiva la prudenza non è mai troppa

La letteratura internazionale nel corso degli anni ha confermato i vantaggi della tracheotomia percutanea dilatativa (PDT), con tutte le sue varietà, nei confronti della tradizionale tecnica chirurgica, nella gestione della ventilazione di lunga durata del malato ricoverato in Terapia Intensiva: la semplicità e la rapidità di esecuzione, la minima presenza di complicanze intra- e postoperatorie, la ridotta incidenza di infezioni della stomia, nonché di stenosi post-decannulazione sono alcune fra le caratteristiche che hanno reso, nei reparti di Terapia Intensiva, la realizzazione della tracheotomia percutanea dilatativa una pratica di routine.

Le tecniche di PDT sono varie: fra le più utilizzate la tecnica secondo Ciaglia,^{1,2} quella secondo Ciaglia modificata (CBR), la tracheotomia translaringea secondo Fantoni e Ripamonti (TLT)^{3,4} e la tecnica di Griggs (GWFT);⁵ ognuna di queste presenta delle caratteristiche specifiche che la rendono peculiare. Negli ultimi anni, anche allo scopo di ridurre le complicazioni, le tracheotomie sono, nella maggior parte dei casi, eseguite sotto visione broncoscopica diretta; la fibrobroncoscopia, però, se da un lato consente di verificare e controllare tutti i momenti della tracheotomia, dall'altro viene eseguita con uno strumento che occupa spazio e, quindi, impedisce un facile passaggio dei volumi ventilatori attraverso il tubo tracheale. Complicanza, quindi, possibile e temibile è l'ipercapnia durante l'esecuzione della tracheotomia.

Ferraro e coll. nell'articolo *Chest* 2004; 126: 159-164⁶ si pongono il problema della ventilazione durante la PDT, trovando anche una brillante soluzione in termini di sicurezza. Prima della esecuzione della tracheotomia, gli AA collocano un tubo tracheale pediatrico non cuffiato con l'estremità nei pressi della carena tracheale e lo collegano al ventilatore automatico; in tal modo, la ventilazione del paziente è assicurata e la tecnica può essere eseguita con maggiore tranquillità, in particolare nei pazienti molto instabili dal punto di vista cardio-respiratorio. Questo tubo pediatrico ha un calibro di 4 mm per cui non occupa tutto il lume della trachea e consente sia di non interferire sulla tecnica di esecuzione della tracheotomia sia di poter inserire il fibrobroncoscopio con il quale visionare dall'interno l'esecuzione della PDT; i "danni" sulla ventilazione, conseguenti all'utilizzo di un tubo pediatrico non cuffiato, si riassumono in un modesto aumento della PaCO₂ con nessuna ripercussione clinica.

"In Terapia Intensiva la prudenza non è mai troppa" e tutte le metodiche che aggiungono sicurezza alle tecniche messe in opera sui pazienti sono le benvenute; ricordiamo, fra l'altro, che spesso ci si trova davanti un ammalato ipossico o cardiologicamente instabile, per cui il garantire un efficiente scambio gassoso determina un incremento della sicurezza e una maggiore tranquillità durante l'esecuzione della metodica.

Sarebbe stato stimolante confrontare le metodiche utilizzate dagli Autori anche con la tecnica di Griggs, molto praticata dagli operatori delle Terapie Intensive in quanto molto semplice e di rapida esecuzione. Il confronto fra i tempi di esecuzione delle metodiche può fare riflettere: se ci risulta facilmente comprensibile come tempo di esecuzione della procedura 9,34 min ± 3,28 per la TLT ed anche 6,12 ± 2,15 per la Ciaglia classica che sono di esecuzione più complessa, facciamo i nostri complimenti agli Autori per i 2,45 ± 1,36 che vengono impiegati per l'esecuzione della CBR.

Alcuni Autori spagnoli⁷ che confrontano la CBR verso la Griggs segnalano dei tempi medi di 9 min (5-32) per la CBR e 7 min (4-17) per la Griggs.

Comunque, è evidente che in Terapia Intensiva non è tanto importante la velocità di esecuzione, quanto piuttosto la tranquillità e la sicurezza della metodica.

Rosalba Tufano¹, MD
Massimo Pezza², MD, FCCP
Carlo Mazzella³, MD

¹ Dipartimento Universitario di Scienze Chirurgiche Anestesiologiche-Rianimatorie e della Emergenza, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Presidente della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).

² Direttore Unità Operativa di Anestesiologia e Rianimazione P.O. C.T.O., ASL Napoli 1.

³ Unità Operativa di Anestesiologia e Rianimazione P.O. C.T.O., ASL Napoli 1.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ciaglia P, Firsching R, Syniec C. Elective percutaneous dilatational tracheostomy: a new simple bedside procedure; preliminary report. *Chest* 1985; 87:715-719
- 2 Gambale G, Cancellieri F, Baldini U, Vacchi Suzzi M, Baroncini S, Ferrari F, Petrini F. La T percutanea dilatativa sec. Ciaglia. Complicanze precoci, tardive e a distanza *Minerva Anestesiologica* 2003, 69, 825-833
- 3 Griggs WM, Worthley LIG, Gilligan JE, Thomas PD, Myburg JA. A simple percutaneous tracheostomy technique. *Surgery* 1990; 170: 543-5.
- 4 Fantoni A, Ripamonti D. A non-derivative, non-surgical tracheostomy: the translaryngeal method. *Intensive Care Med* 1997; 23:386-392
- 5 Nani R, Sarpellon M, Marson F, et al. Tracheotomia translaringea secondo Fantoni: complicanze perioperatorie su una serie consecutiva di 220 pazienti. *Minerva Anestesiologica* 2002; 68: 89-93
- 6 Ferraro F, MD; Capasso A, MD; Troise E, MD; Lanza S, MD; Azan G, MD; Rispoli F, MD; and Belluomo Anello C, MD. Assessment of Ventilation During the Performance of Elective Endoscopic-Guided Percutaneous Tracheostomy^o Clinical Evaluation of a New Method *CHEST* 2004; 126:159-164
- 7 Añón JM, Ma Escuela P, Gómez V, Moreno A, López J, Díaz R, Montejo JC, Sirgo G, Hernández G and Martínez R. Percutaneous tracheostomy: Ciaglia Blue Rhino versus Griggs' Guide Wire Dilating Forceps. A prospective randomized trial *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48: 451-456