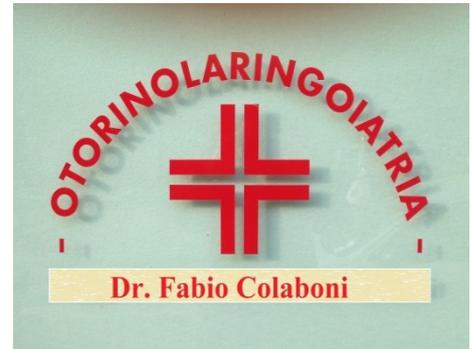


Studio Specialistico di Otorinolaringoiatria del Dott. Fabio Colaboni

Via Suor Maria Mazzarello 31 / Roma – Tel.: 06/7880547

www.dottorcolaboni.it



TRACHEOTOMIA

La **tracheotomia** (o **tracheostomia**) è un intervento chirurgico che trova indicazione in tutte quelle condizioni morbose in cui bisogna assicurare al paziente la normale pervietà delle vie respiratorie.



L'intervento, finalizzato a fornire al paziente una via respiratoria alternativa a quella naturale, consiste nell'incisione della porzione anteriore della parte alta della trachea, in genere tra il secondo e il terzo anello cartilagineo, al fine di bypassare le prime vie aeree e creare un rapporto diretto tra l'albero respiratorio e l'esterno.



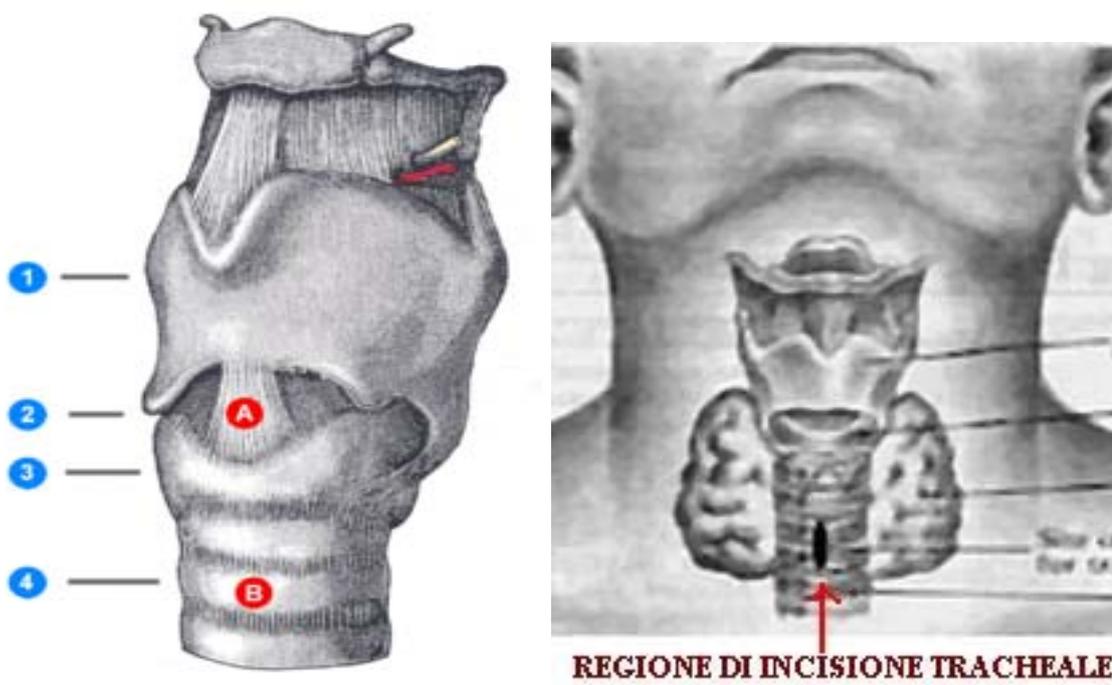
Per le finalità che si propone, tale procedimento chirurgico rientra in quella categoria di interventi salvavita che spesso necessitano di essere praticati in regime di urgenza-emergenza (*come nei casi di soffocamento per cause ostruttive delle alte vie respiratorie, nei traumi cervicali e facciali, ecc.....*).

In regime di elezione (*non urgente*) si impone allorché è necessario assistere un paziente intubato per periodi più o meno lunghi (*come nei casi di coma prolungato*) o nel corso di alcuni interventi chirurgici alla testa e al collo.

La tracheotomia può essere “**transitoria**”, destinata cioè a essere richiusa successivamente (*es. pazienti intubati, destinati in seguito ad essere svezziati dal respiratore*), o “**permanente**” (*es. pazienti laringectomizzati per tumori della laringe*).

Le tecniche di confezionamento di una tracheotomia sono principalmente due: la “**chirurgica**” e la “**percutanea**”.

Tracheotomia chirurgica



1: Cartilagine tiroidea

2: Legamento della cricoide

3: Cartilagine cricoide

4: Trachea

A: Legamento intercrico-tiroideo

B: PUNTO D'INCISIONE PER LA TRACHEOTOMIA

Il paziente viene preparato posizionandolo sul tavolo operatorio in modo da iperestenderne il collo, a volte usando, a tal fine, un cuscino gonfiabile posizionato sotto le spalle.

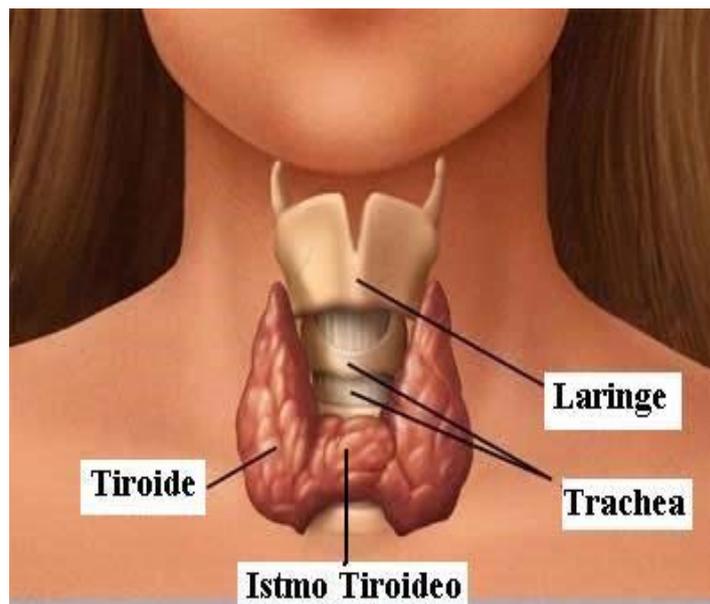
Dopo accurata depilazione e disinfezione della cute, viene effettuata una incisione trasversa a livello della linea mediana del collo, all'incirca due dita sopra il giugulo, approssimativamente ad 1 cm al di sotto della Cartilagine Cricoide.



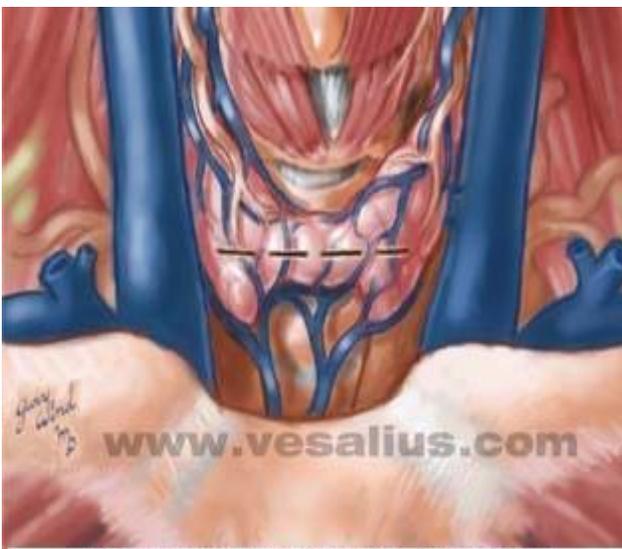
LINEA DI INCISIONE CUTANEA

Si procede quindi ad una sezione progressiva, a strati, delle strutture muscolo-fasciali e alla legatura selettiva dei vasi sanguinanti (*es. vene giugulari anteriori*).

Giunti a livello dell'Istmo Tiroideo si procede, a seconda dei casi, o per "via sottoistmica" (*da preferire, laddove le condizioni anatomiche lo consentano*) spostando in alto l'istmo della tiroide, o per "via trans-istmica" (*nei casi con tiroide di grosse dimensioni*) sezionando l'istmo tiroideo, per farsi strada verso la trachea.



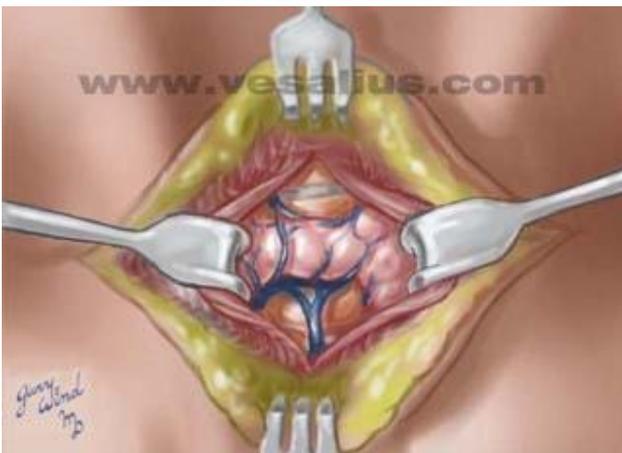
Giunti sulla trachea si esegue l'incisione del secondo e terzo anello tracheale, che può essere praticata seguendo varie metodiche (*Orizzontale, Verticale, a cerniera inferiore secondo Bjork, ad H rovesciata, ecc...*), creando di fatto l'apertura (**stoma**) in cui far passare la cannula tracheale.



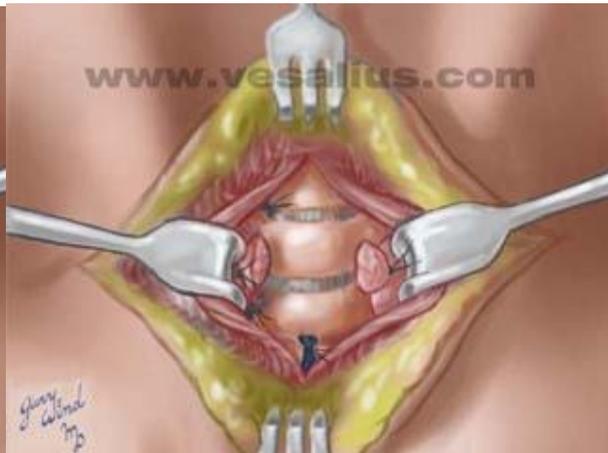
ANATOMIA DEL COLLO



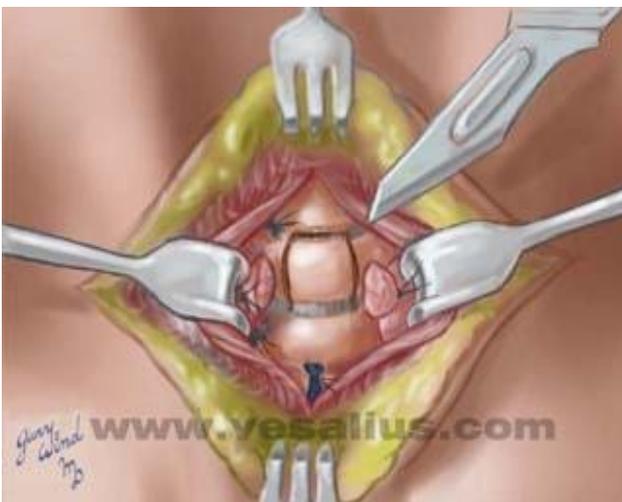
SEZIONE TRASVERSA DEI TESSUTI SUPERFICIALI
(CUTE E GRASSO SOTTOCUTANEO)



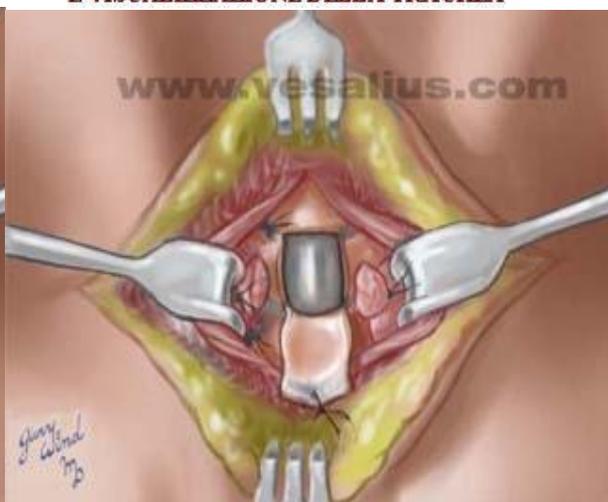
DIVARICAZIONE DEL PIANO MUSCOLARE E
VISUALIZZAZIONE DELL'ISTMO TIROIDEO



SEZIONE E LEGATURA DELL'ISTMO DELLA TIROIDE
E VISUALIZZAZIONE DELLA TRACHEA



INCISIONE DELLA TRACHEA A LIVELLO DEL 2°-3°
ANELLO CARTILAGINEO



APERTURA DELLA TRACHEA CON RIBALTAMENTO
ANTERIORE DEL LEMBO TRACHEALE

Le cannule tracheali possono avere diverso calibro, a secondo della grandezza della trachea, e vengono assicurate al collo del paziente con appositi lacci annodati posteriormente sulla nuca.



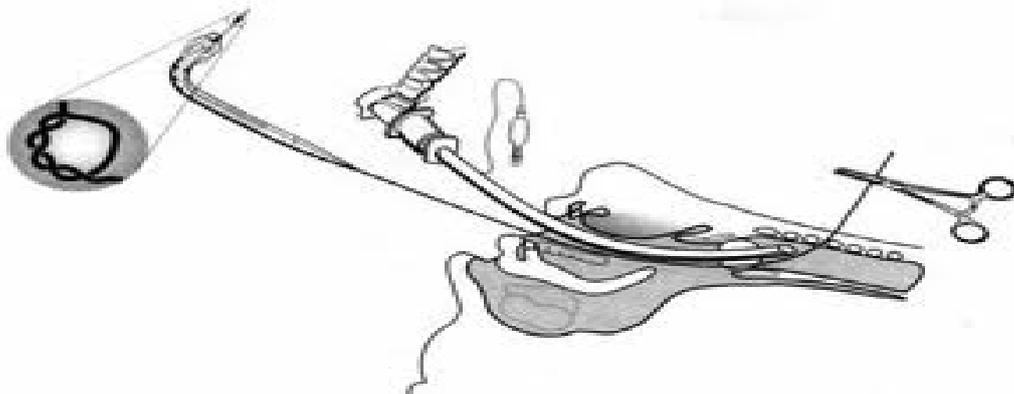
Tracheotomia percutanea

È una variante della tecnica chirurgica classica e viene praticata prevalentemente nei reparti di rianimazione, direttamente a letto del paziente.

È indicata soprattutto quando si deve confezionare una **tracheotomia transitoria** su un paziente critico e intrasportabile che necessita di una prolungata assistenza respiratoria.

Prevede un **approccio di tipo dilatativo** e le diverse tecniche proposte negli anni si rifanno fondamentalmente a quella originale di Ciaglia.

La metodica, ideata da Ciaglia nel 1985, adatta alla trachea i dilatatori multipli destinati alla nefrostomia percutanea.



Dopo inserimento di un ago-cannula e di una guida metallica di grosso diametro, si utilizza un dilatatore iniziale corto.

Una seconda guida in Teflon aumenta la sicurezza offerta dalla sola guida metallica.

Su entrambe vengono fatti scorrere 7 dilatatori seriali a punta curva.

L'incisione classica è verticale (*non trasversa come nella tecnica chirurgica*) di circa 10-15 mm.

La tecnica ha subito nel tempo migliorie destinate ad aumentarne la sicurezza (*come l'anello sulla guida in Teflon che impedisce al dilatatore di arrivare alla guida metallica, e il rivestimento idrofilico della parte conica dei dilatatori*).

Della metodica originale di Ciaglia esistono numerose varianti basate sempre sull'impiego di dilatatori seriali, usati per dilatare la trachea e creare lo stoma (*la Ciaglia-Blue-Dolphin* usa un palloncino dilatatore, *la Blue-Rhino* usa un cono ricurvo, *la Percu-Twist* usa un dilatatore a vite ecc....).