

Gestione della tracheo(s)tomia nei pazienti disfagici

Dott. Massimo Spadola Bisetti

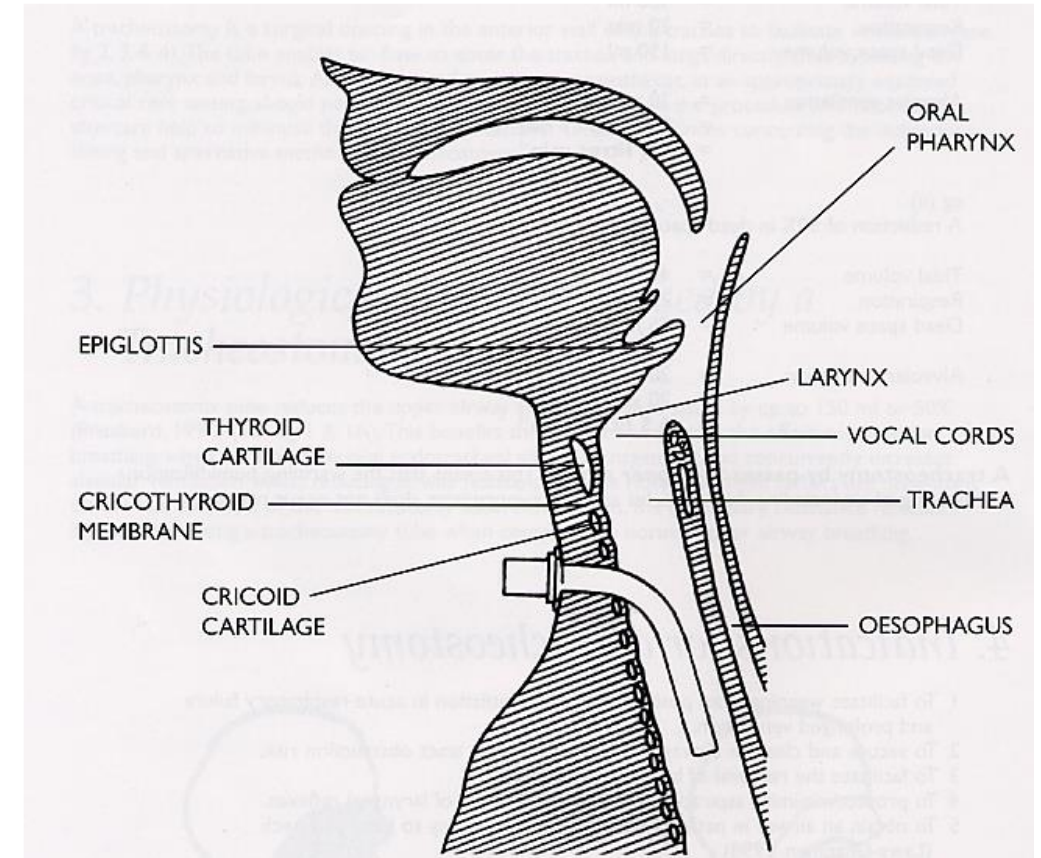
*Foniatra, S.C. Otorinolaringoiatria U. – Servizio di Foniatra
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino*



La tracheo(s)tomia e la cannula endotracheale (CET)

Deve essere innanzitutto distinta la **tracheotomia** dalla **tracheostomia**:

- **Tracheotomia**: apertura temporanea della parete tracheale effettuata con una incisione nel collo, in genere in ambito anestesiológico, per procedure urgenti o quando si prevede una sola temporanea permanenza della **cannula endotracheale (CET)**.
- **Tracheostomia**: creazione di una apertura permanente con procedura chirurgica che prevede una incisione nel collo con aboccamento della breccia tracheale alla cute. Si utilizza principalmente quando si prevede una permanenza definitiva o per tempi molto lunghi della CET.



Principali indicazioni al posizionamento di una CET

Situazioni patologiche in cui si richiede almeno uno dei seguenti provvedimenti:

- **migliorare la capacità respiratoria** nei casi di grave insufficienza
- **superare un ostacolo respiratorio** a livello delle vie aeree superiori dovuto a tumore, intervento chirurgico, trauma, presenza di corpo estraneo o infezione
- **praticare una respirazione assistita** per un tempo prolungato
- **proteggere le vie aeree inferiori** in corso di chirurgia laringea
- **facilitare lo svezzamento dalla ventilazione meccanica** prolungata con intubazione
- **consentire una gestione più efficiente delle secrezioni tracheo-bronchiali.**

Principali indicazioni al posizionamento di una CET

- Vi saranno, a secondo della patologia di base, pazienti che portano la CET per un periodo limitato di qualche settimana o qualche mese e pazienti per i quali la CET è un presidio che dovrà essere tenuto per anni o per tutta la restante vita: fra questi, a parte i laringectomizzati totali (in cui la problematica disfagica è remota) citiamo le persone affette da malattie neurodegenerative (ad es. SLA, SM) o neurologiche (esiti di Stroke, m. Parkinson, Gravi Cerebrolesioni Acquisite).
- In tutti i casi la convivenza della deglutizione con la CET richiede alcuni accorgimenti oltre a quelli insiti nella gestione della cannula stessa in quanto la **disfagia si verifica dall'11 al 93% dei pazienti dopo la tracheotomia** (Skoretz 2020).

Riconoscere le cannule per tracheostomia



Metallica o in materiale plastico ?

Rigida o flessibile?

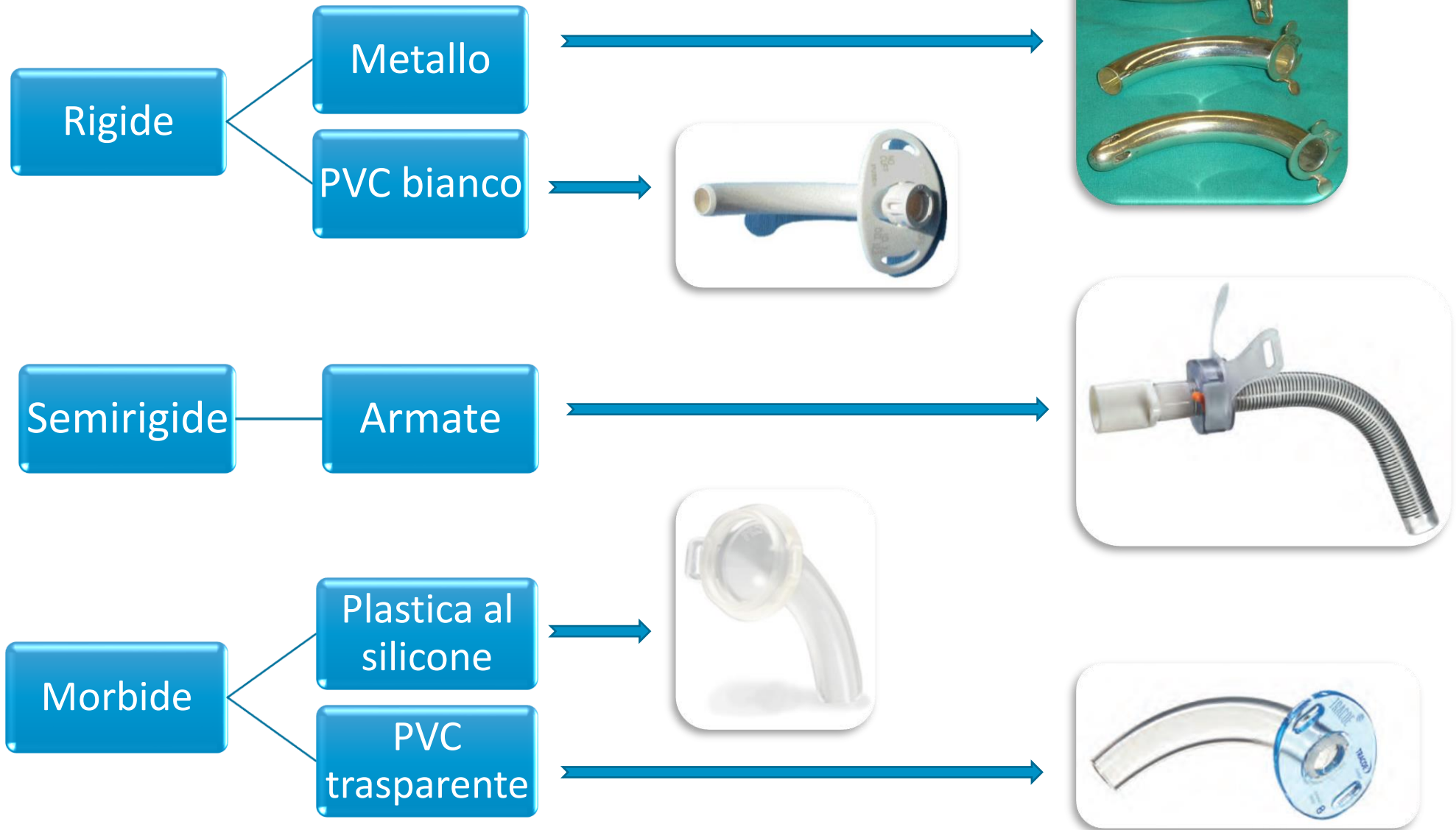
Armata o non armata?

Cuffiata o non cuffiata?

Fenestrata?

- Nel trattamento di un paziente portatore di CET, è innanzitutto necessario **conoscere bene di quale presidio si tratta.**
- Sono disponibili in commercio una **grande varietà di tipologie di cannule** da utilizzarsi a secondo delle necessità cliniche e delle caratteristiche del paziente.

Tipi di cannule endotracheali



Interferenza della CET nell'atto deglutitorio

La reale interferenza della CET nell'atto deglutitorio è elemento controverso che, indubbiamente, risente delle caratteristiche del paziente e della presenza di disturbi deglutitori preesistenti alla tracheo(s)tomia.

In ogni caso si può dire che la CET:

- può **ridurre l'elevazione laringea**
- **riduce l'efficacia della tosse** con conseguente deficit nella gestione delle secrezioni
- **riduce la pressione sottoglottica**
- **determina una incoordinazione tra deglutizione e respirazione**, in particolare in presenza di ventilazione assistita
- **altera la percezione di stimoli gustativi e olfattivi**
- è un corpo estraneo, **fonte di stimoli irritativi**.

Questi elementi appaiono ancora più accentuati nel caso di utilizzo di **CET cuffiata**.

La CET cuffiata protegge dall'inalazione durante la deglutizione?

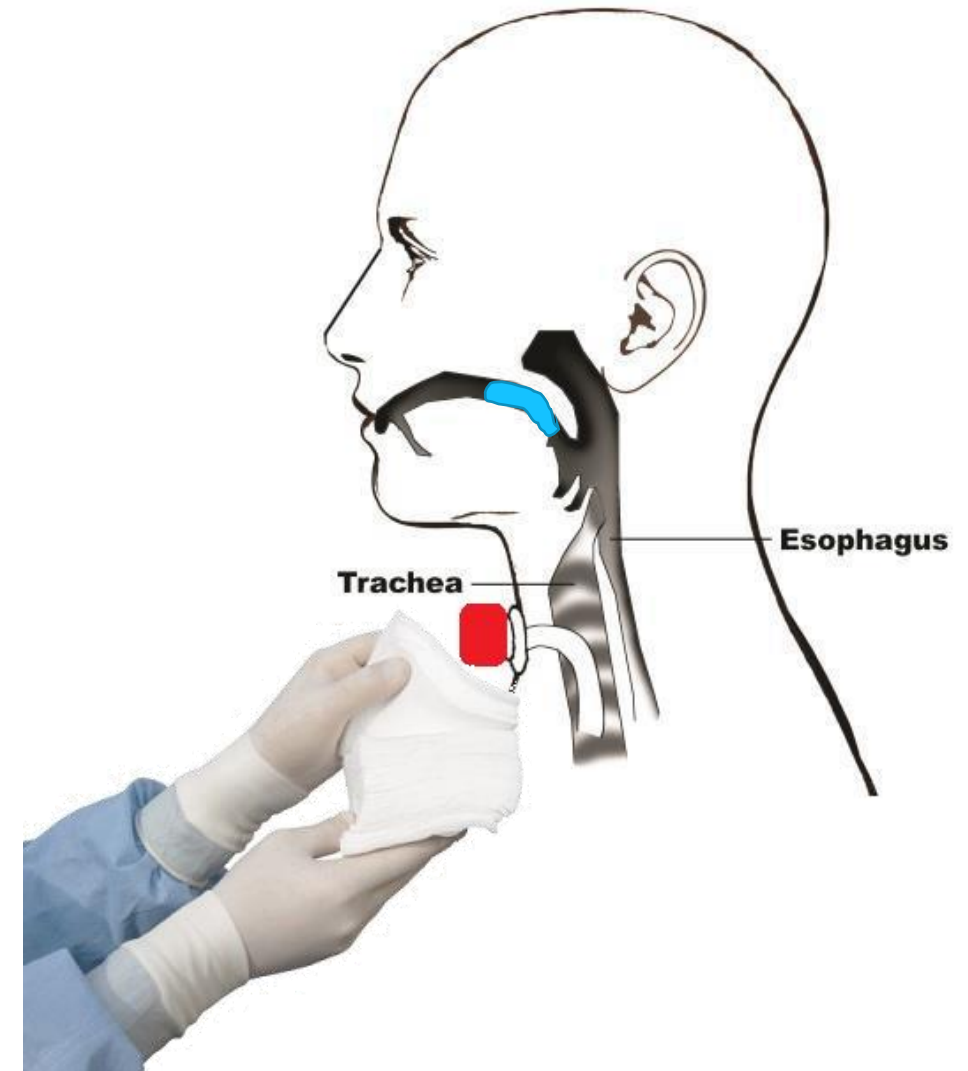
- È ancora abbastanza diffusa la credenza che la cuffiatura protegga dalle inalazioni di saliva, secrezioni e cibo: in realtà **la CET con cuffiatura è stata progettata per ottimizzare la ventilazione nella respirazione assistita** e non per il trattamento della disfagia o per prevenire *l'ab ingestis*.
- La **cannula cuffiata** non dà (e non deve dare!) una chiusura ermetica della trachea e, seppur possa in qualche misura e per qualche tempo proteggere da fenomeni di macroinalazione, **non protegge da microinalazioni** che si verificano per il passaggio di sostanze fra cuffia e parete tracheale.
- Diversi studi hanno dimostrato in **prove di deglutizione con Blu di metilene** a cannula cuffiata la presenza di **inalazione nel 100% dei casi** (Young 2000; Blunt 2001).

Alimentarsi con la CET

Vediamo una modalità di avvio controllato dell'alimentazione per bocca in paziente portatore di cannula tracheale.

Dopo valutazione foniatrico-logopedica con parere favorevole al riavvio dell'alimentazione ed individuazione delle consistenze adeguate, la seguente procedura può essere effettuata dal care-giver (infermiere, familiare, badante, etc.).

- Scuffiare l'eventuale cuffiatura.
- Se possibile, tenere chiusa la tracheostomia.
- Monitorare ogni segno di aspirazione sia ponendo attenzione ai segni indiretti (tosse, rigurgito, dispnea) che eseguendo le seguenti manovre.
 - Mettere una garza piegata ai margini della tracheostomia.
 - Somministrare il cibo nella consistenza prescritta.



Alimentarsi con la CET



Interpretazione dei risultati:

- Se sulla garza e nel secreto aspirato non si rileva presenza di cibo, con buona attendibilità la deglutizione è stata efficace.
- Se sulla garza o nel sondino dell'aspiratore, il secreto appare frammisto a tracce di alimenti, si deve aspirare accuratamente dalla cannula fino a quando non si sia certi di aver aspirato ogni particella di cibo.
- In tal caso, consultare il foniatra od il logopedista. Ricuffiare nuovamente la cannula, se il dispositivo è dotato di cuffia.

Casi particolari

- Nella pratica clinica si riscontrano casi in cui, pur con la necessità di mantenere la CET cuffiata e una ventilazione assistita, la capacità deglutitoria resta, in qualche misura, conservata. Un esempio tipico sono i **soggetti giovani**, di per sé, in buona salute, tracheo(s)tomizzati a seguito di incidenti stradali, lavorativi o domestici che, dopo opportuno trattamento logopedico, possono essere **riavviati all'alimentazione per os** (Rodrigues 2015).
- Altri casi si riscontrano in **pazienti con patologie degenerative** (quali SM, SLA, Miastenia Gravis, Distrofie) nei quali una lenta evoluzione della disfagia ha consentito una sorta di **«adattamento» deglutitorio** il quale permette una assunzione di poco cibo, (generalmente di consistenza cremosa/semisolida) a fini edonistici.
- Migliori garanzie di successo si potrebbero avere con l'uso di **ventilatori sincronizzabili con l'atto deglutitorio** (Garguilo 2016).
- Tutti questi casi devono essere valutati attentamente dal Deglutologo attuando un chiaro **consenso informato con il paziente** in merito alle concessioni ed al grado di rischio connesso con l'alimentazione per os.