

Patologia della trachea: Stenosi post-intubazione - Fistola esofago-tracheale - Tumori della trachea

Maria Majori

Le stenosi post-intubazione, le fistole esofago-tracheali e i tumori della trachea sono tutte condizioni patologiche diagnosticabili con una broncoscopia utilizzando lo strumento flessibile, fibrobroncoscopio / videoendoscopio, o il broncoscopio rigido a seconda del: grado di occlusione della trachea / dimensioni della fistola.

Lo strumento flessibile verrà utilizzato laddove non vi sia una stenosi severa del lume tracheale per cui il passaggio dello strumento endoscopico flessibile a valle della lesione, per esaminarne tutte le caratteristiche, potrebbe risultare occludente.

Lo strumento rigido sarà, invece, indispensabile nel caso di stenosi subtotale del lume. Questo strumento ci consente, infatti, il controllo delle vie aeree (il paziente è intubato e ventilato attraverso il broncoscopio rigido), possiamo utilizzare pinze e sondini da aspirazione di dimensioni maggiori, possiamo far fronte a sanguinamenti post-biopsici che potrebbero risultare occludenti. Cambierà completamente il setting della procedura endoscopica: mentre la broncoscopia flessibile viene in genere effettuata in "sola" anestesia locale, la broncoscopia rigida richiede l'anestesia generale.

Il broncoscopio rigido ci consente oltre che la diagnosi anche il trattamento di alcune condizioni stenosanti:

- nella maggior parte dei casi con intento palliativo (ricanalizzare vie aeree di grosso calibro con a valle territorio sano nel caso di tumori non operabili: il fine ovviamente non sarà la guarigione del paziente, ma la possibilità di potersi sottoporre a trattamenti chemio-radioterapici con una performance respiratoria migliore),
- in alcuni casi di stenosi benigne con finalità radicale
- in altri casi, infine, come complemento alla terapia radicale chirurgica.

In questi casi il becco di flauto del broncoscopio rigido viene utilizzato come una lama per scucchiare letteralmente la componente vegetante della lesione previa sua fotocoagulazione con fibra laser. Indi, nel caso in cui sia necessario consolidare il risultato si posiziona una protesi che, a seconda che si tratti di una patologia benigna o meno, potrà venire rimossa o no.

Le stenosi post-intubazione vengono distinte in stenosi:

- **da granuloma,**
- **web-like (semplici:** a diaframma <1 cm di lunghezza),
- **complesse:** >1 cm con fibrosi e collasso della cartilagine.

I sintomi (dispnea, tirage) si manifestano per una riduzione del lume tracheale di circa il 75% (lume tracheale residuo < 5 mm).

E' raccomandabile un controllo endoscopico sistematico prima della decannulazione.

Misure preventive delle stenosi post-intubazione comprendono: igiene dello stoma, igiene del cavo orale, trattamento del reflusso g.e., utilizzo di cannule che permettano la toilette della trachea sopra la cuffia, sostituzione frequente della cannula, controllo della pressione della cuffia.

Le fistole esofago-tracheali si presentano come soluzioni di continuo della parete posteriore della trachea, con margini più o meno definiti. La presenza di un tramite fistoloso può essere evidente dalla presenza di materiale di natura alimentare che fuoriesce dalla lesione suddetta, ovvero, deve essere documentata con l'instillazione di blu di metilene attraverso la soluzione di continuo della mucosa tracheale e sua successiva visualizzazione a livello esofageo.