

INDAGINE CONOSCITIVA RIGUARDO L'UTILIZZO DELLA TRACHEOTOMIA IN PAZIENTI COVID-19 IN LOMBARDIA

Analisi a cura di Davide Di Santo, promossa dal Gruppo Lombardo Otorinolaringoiatri.

Si ringraziano per la partecipazione le UU.OO. ORL di Bergamo, Brescia Spedali Civili, Brescia Sant'Anna, Brescia Poliambulanza, Busto Arsizio-Gallarate, Cantú, Chiari, Cinisello Balsamo, Como, Crema, Cremona, Desio, Garbagnate-Rho, Lecco, Legnano, Lodi, Magenta, Mantova, Melegnano, Melzo, Milano Policlinico, Milano Niguarda, Milano Sacco, Milano San Raffaele, Milano Multimedica, Milano Humanitas, Milano San Paolo, Milano Fatebenefratelli, Milano INT, Milano IEO, Milano Buzzi, Monza, Pavia, Ponte San Pietro, Saronno, Seriate, Sesto San Giovanni, Sondrio, Treviglio, Varese, Vigevano-Voghera, Vimercate

L'epidemia di SARS-CoV-2 scoppiata oltre un mese fa in Italia ha prodotto un elevato numero di pazienti con necessità di supporto ventilatorio e ha portato alla rapida saturazione dei posti letto di terapia intensiva nelle regioni più colpite. Le terapie intensive si sono presto riempite non soltanto per l'elevato numero di contagi, ma anche perché i pazienti affetti da Covid-19 necessitano spesso di una assistenza alla ventilazione polmonare prolungata nel tempo e di conseguenza di intubazioni di lunga durata.

Il protrarsi della intubazione ha fatto sí che si cominciasse a far ricorso sempre più frequentemente alla tracheotomia, tanto che la SIO, come anche Società di altri Paesi, ha pubblicato delle raccomandazioni su come eseguire una tracheotomia in paziente Covid-19 cercando di ridurre al minimo l'esposizione al virus e la possibilità di contagio[1].

Tuttavia, sin da subito è emersa una notevole disomogeneità nel ricorso alla tracheotomia, sia in termini di frequenza che di tecnica utilizzata.

La Lombardia è la regione italiana più duramente colpita dall'epidemia, con oltre 60.000 contagi documentati ad oggi. Al 18 marzo scorso erano complessivamente 1591 i pazienti affetti da Covid-19 transitati in una terapia intensiva lombarda, di cui l'88% è stato intubato[2].

Alla luce della forte esposizione regionale e delle notevoli discrepanze riguardo l'utilizzo della tracheotomia in pazienti Covid-19, il Gruppo Lombardo Otorinolaringoiatri ha ritenuto opportuno condurre una indagine conoscitiva in tutte le unità di ORL della regione, al fine di tentare di fare chiarezza su quanto e come questa procedura venga effettivamente utilizzata. A tale scopo, i direttori dei servizi di Otorinolaringoiatria della Lombardia sono stati intervistati utilizzando un apposito breve questionario.

Quarantadue unità di Otorinolaringoiatria lombarde hanno risposto al questionario. È risultato che pressoché ovunque c'è stato un importante coinvolgimento nella gestione dell'emergenza: fatta eccezione per due ospedali ad indirizzo esclusivamente oncologico, tutte le strutture hanno ricoverato questi pazienti sia nei reparti che nelle terapie intensive, essendo coinvolte sia per reclutamento diretto, sia per contagio nei propri reparti non Covid.

Complessivamente, i 42 centri intervistati si sono trovati a gestire quasi 9000 posti letto e circa 1000 letti di terapia intensiva dedicati a malati affetti da SARS-CoV-2 (i numeri regionali sono differenziati comprendendo ospedali che non dispongono di servizio/U.O. di Otorinolaringoiatria).

Nel momento in cui è stata condotta questa intervista, ovvero la prima metà di Aprile, ad oltre un mese dall'inizio dell'epidemia in Italia, sono state censite poco più di 500 tracheotomie, a fronte di un ben più elevato numero di ricoveri in terapia intensiva, a riprova di una metodica che non trova una unanimità di indicazione. Dei 40 centri che hanno direttamente contribuito ad affrontare l'epidemia, in 38 è stata praticata almeno una tracheotomia in pazienti Covid. Dalle risposte ottenute, tuttavia, è risultata molto evidente la disparità nel numero di procedure effettuate tra i vari centri, indipendentemente dal volume di pazienti gravi intubati. Importante comunque sottolineare che circa la metà dei centri intervistati riferisce di aver effettuato meno di 10 tracheotomie.

Tali discrepanze derivano sostanzialmente dalla mancanza di consenso tra gli anestesisti circa l'indicazione alla procedura. L'indicazione è sempre posta dall'anestesista, dato che emerge anche da questa indagine, tuttavia i dati circa tempistiche e modalità sono molto disomogenei.

In base a quanto riferito dalle strutture intervistate, è risultato che i pazienti sono giunti in terapia intensiva dopo circa 9 giorni dalla comparsa dei sintomi, e si è ricorsi alla tracheotomia mediamente dopo poco meno di 11 giorni di intubazione, previa l'esecuzione in media di 3-4 cicli di

pronazione. Tuttavia sono emersi due approcci molto differenti: buona parte dei centri procede alla tracheotomia dopo oltre 10-12 giorni di intubazione, essenzialmente per rimuovere il tubo tracheale, mentre alcuni hanno preferito anticipare nettamente i tempi della procedura (eseguita dopo soli 5-6 giorni di intubazione) al fine di favorire lo “svezzamento” dei pazienti dalla ventilazione meccanica. Come è facile immaginare, questi ultimi sono anche quelli che hanno effettuato più procedure.

Se l'otorinolaringoiatra non partecipa quando si tratta di porre indicazione, può trovare un ruolo nella scelta della tecnica da utilizzare. Nonostante ciò, dall'indagine è risultata evidente una netta propensione verso la tecnica percutanea: dei 38 centri che hanno eseguito tracheotomie, ben 27 hanno effettuato esclusivamente o perlomeno procedure percutanee. Nei restanti centri intervistati, in 5 casi sono state confezionate in egual misura tracheotomie percutanee e tracheotomie open, mentre i restanti 6 hanno prediletto la tecnica chirurgica open. Non esiste alcuna correlazione tra numero di procedure effettuate e scelta della tecnica.

Analizzando le ragioni che hanno indirizzato la decisione verso una o l'altra tecnica, si nota che sulla scelta della tracheotomia percutanea ha pesato in modo particolare la preferenza dell'operatore, a dimostrazione che in realtà spesso l'anestesista sceglie anche la tecnica.

Altre ragioni frequentemente citate a favore della tracheotomia percutanea sono la migliore possibilità di gestione postoperatoria del presidio in terapia intensiva, il minor rischio di complicanze (specie il minor rischio di contaminazione del sito chirurgico da germi multiresistenti presenti tipicamente nelle terapie intensive), il minor tempo di ipossia e la minore esposizione del personale.

Al contrario, la tecnica chirurgica open è stata preferita soprattutto in base alla conformazione anatomica del paziente, ma talvolta anche per la riferita migliore possibilità di gestione del presidio e un minore rischio di complicanze (nello specifico il miglior controllo del sanguinamento visto che si tratta di pazienti spesso scoagulati).

In taluni casi tuttavia, sulla scelta della tecnica da utilizzare hanno pesato anche fattori puramente organizzativi, come ad esempio la scarsa disponibilità di personale anestesilogico e di set per l'esecuzione di procedure percutanee.

Nel complesso, il dato fondamentale che si evince da questa indagine è l'estrema disomogeneità di approccio da parte delle équipe anesthesiologiche nei confronti dell'indicazione alla procedura, delle tempistiche e (meno) della tecnica. La tracheotomia ha indubbiamente dei pro e dei contro, e non c'è al momento accordo sul suo effettivo vantaggio ove effettuata precocemente. La cannula tracheale, se da un lato favorisce un recupero più rapido poiché non necessita che il paziente sia sedato e pertanto permette un certo grado di riabilitazione respiratoria, dall'altro costituisce sia una potenziale sede di infezione da parte di germi che nelle terapie intensive sono spesso multiresistenti, sia una fonte di secrezioni ad alta carica virale. Per quanto riguarda la scelta della tecnica, probabilmente spesso l'anestesista, oltre a porre indicazione all'esecuzione della procedura, prende anche una decisione circa la tecnica da adottare, coinvolgendo l'otorino solo in caso di necessità, qualora la conformazione anatomica del paziente contrindichi una tracheotomia percutanea. Nella interpretazione di tale disomogeneità entrano comunque fortemente in gioco anche fattori locali, propri di ogni centro, a partire dal livello di collaborazione tra anestesisti e ORL, all'expertise dell'équipe anesthesiologica con l'esecuzione di procedure percutanee, alla disponibilità di personale e di materiale. Va inoltre considerato il livello di confidenza del personale non medico con la gestione del presidio: in caso di rimozione accidentale infatti, una tracheotomia chirurgica permette un riposizionamento della cannula estremamente più agevole.

Andrebbe infine fatta una riflessione sul destino di questi pazienti, che ci si aspetta non abbiano più bisogno della cannula nell'arco di pochi giorni/settimane, per cui si dovrà procedere con uno svezzamento anche dalla cannula e con la chiusura del tracheostoma, probabilmente in ambiente dedicato.

In conclusione, non esiste un indirizzo comune riguardo la tracheotomia nei pazienti Covid, nonostante il ricorso a tale procedura si sia rivelato necessario pressoché in tutti i centri coinvolti nella gestione di questi pazienti. Tuttavia, almeno per quanto riguarda la tecnica, sembra emergere una preferenza verso le tracheotomie percutanee, sia per scelta degli operatori, sia per una apparente maggiore sicurezza, effettivamente tutta ancora da dimostrare.

1. Società Italiana di Otorinolaringoiatria (SIO). La Tracheostomia in Pazienti Affetti da COVID-19; 2020. www.sioechcf.it

2. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA 2020; Apr 6:e205394.

Di seguito il questionario cui i partecipanti sono stati sottoposti, con evidenziate in rosso le risposte ricevute.

1. Nel Suo centro sono ricoverati pazienti Covid-19?

- Sì **40 centri**
- No. **2 centri (hub oncologici)**

2. Approssimativamente quanti pazienti Covid-19 sono ricoverati nel Suo centro?

- 1-20. **1 centro**
- 21-50 **4 centri**
- 51-100. **6 centri**
- 101-300. **13 centri**
- >300 **15 centri**
(1 non risponde)

3. Nel Suo centro ci sono anche letti di terapia intensiva dedicati a pazienti Covid-19?

- Sì **40 centri**
- No **nessun centro**

4. Se sí, quanti?

- 1-10. **11 centri**
- 11-25 **10 centri**
- 26-50 **10 centri**
- >50 **9 centri**

5. Nel Suo centro sono state effettuate tracheotomie (con qualsiasi tecnica) a pazienti affetti da Covid-19?

- Sì **38 centri**
- No **2 centri**

6. Se sí, quante?

- <5 **7 centri**
- 5-10 **11 centri**
- 11-20 **7 centri**
- >20 **12 centri**
(1 non risponde)

7. Chi ha dato l'indicazione ad eseguire una tracheotomia?

- ORL **6 centri (collaborazione ORL-anestesista)**
- Anestesista **38 centri**
- Medico Internista
- Altro. Specificare: _____

8. Quale tecnica é stata utilizzata?

- Esclusivamente tracheotomie percutanee **10 centri**
- Perlopiú tracheotomie percutanee **17 centri**
- In ugual misura tracheotomie percutanee e chirurgiche open **5 centri**
- Perlopiú tracheotomie chirurgiche open **6 centri**
- Esclusivamente tracheotomie chirurgiche open **nessun centro**

9. Quanto tempo passa mediamente fra inizio della malattia e intubazione per pazienti Covid-19?

media: 8.97, da 1 a 2-3 settimane

10. Quanto tempo passa mediamente fra intubazione e trachemotomia per pazienti Covid-19?

media: 10.7, da 3 a 2-3 settimane

11. Quante volte viene pronato mediamente un paziente Covid-19 prima della tracheotomia?

media: 3.7, da 1 a 10

12. Per quale/i motivo/i é stata preferita la tecnica percutanea? (indicare una o piú risposte qualora nel Suo centro siano state effettuate tracheotomie con tecnica percutanea)

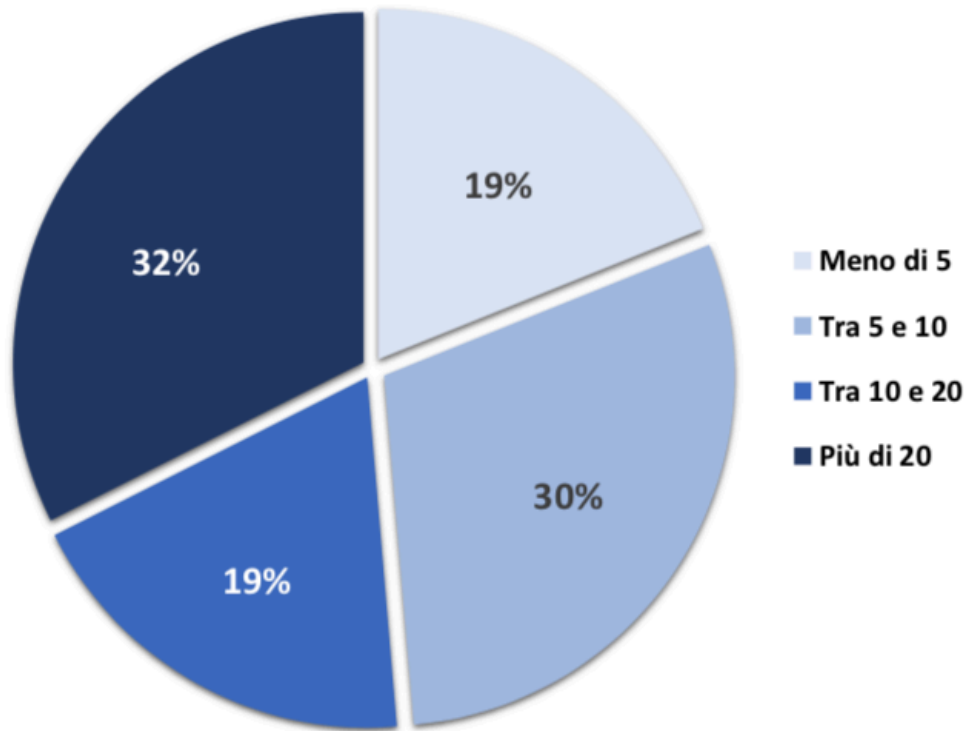
- Preferenza dell'operatore (anestesista o ORL) = **66%**
- Conformazione anatomica del paziente = **11%**
- Minore esposizione del personale durante la procedura = **13%**
- Minore tempo di ipossia durante la procedura = **24%**
- Minore rischio di complicanze = **47%**
- Migliore possibilitá di gestione postoperatoria della cannula = **47%**
- Altro. Specificare: _____

13. Per quale/i motivo/i é stata preferita la tecnica chirurgica open? (indicare una o piú risposte qualora nel Suo centro siano state effettuate tracheotomie con tecnica chirurgica open)

- Preferenza dell'operatore (anestesista o ORL) = **21%**
- Conformazione anatomica del paziente = **47%**
- Minore esposizione del personale durante la procedura = **0%**
- Minore tempo di ipossia durante la procedura = **8%**
- Minore rischio di complicanze = **13%**
- Migliore possibilitá di gestione postoperatoria della cannula = **24%**
- Altro. Specificare: _____
 - carezza set percutanea: = **8%**
 - logistica = **2.5%**

Un sentito ringraziamento a tutti i colleghi per la disponibilitá dimostrata nel fornire i dettagli necessari alla compilazione del questionario in un momento in cui tutti siamo estremamente impegnati con la gestione dell'emergenza.

Numero di tracheotomie effettuate



Tecnica di tracheotomia utilizzata

