

CHIRURGIA DEL LARINGE, DELLA TRACHEA E DEI BRONCHI PER MALFORMAZIONI DELLE VIE AEREE

In età pediatrica le anomalie congenite o acquisite delle vie aeree (laringe, trachea, bronchi) costituiscono spesso una problematica molto seria che necessita di un complesso iter diagnostico e di trattamenti molto delicati e impegnativi che possono essere realizzati solo in Centri di riferimento. La via aerea superiore (laringe, prima parte della trachea) in età pediatrica ha caratteristiche anatomiche particolari che la rendono suscettibile di anomalie congenite o acquisite che causano un'ostruzione di grado variabile del suo lume, con alterazione del normale flusso di aria in entrata e in uscita dai polmoni. Si tratta di anomalie anatomiche congenite o acquisite in seguito per esempio a manovre quali intubazione per prematurità o interventi chirurgici.

Qui di seguito elenchiamo le anomalie più frequenti:

Laringomalacia: le strutture del laringe al di sopra delle corde vocali (epiglottide, aritenoidi) sono più ridondanti o più "flaccide" del normale, per cui vengono risucchiate all'interno del lume del laringe causando ostruzione nella fase di inspirazione. Si caratterizza con uno stridore inspiratorio di grado variabile, a volte associato con vere e proprie crisi di cianosi o apnee, a volte con associato ritardo di crescita. In questi casi è indicato un trattamento endoscopico che in genere risolve immediatamente la situazione. Nelle forme più lievi non è indicato nessun trattamento in quanto normalmente si risolvono spontaneamente.

Paralisi delle corde vocali: possono essere congenite o acquisite (per esempio dopo chirurgia cardiaca o esofagea), monolaterali o bilaterali, e causano ostruzione al passaggio di aria e disfonia (alterazione della voce). A seconda del grado di ostruzione e della causa della paralisi può essere necessario un trattamento endoscopico (cordotomia posteriore o altri) o una tracheotomia. Molti casi possono regredire o migliorare spontaneamente.

Stenosi sottoglottiche: queste stenosi si trovano al di sotto delle corde vocali, a livello del cricoide, l'anello di cartilagine che si trova immediatamente al di sopra del primo anello tracheale, a volte sono estese anche ai primi anelli della trachea. Queste stenosi possono essere congenite o acquisite in particolare dopo intubazione prolungata o ripetuta. In molti casi possono essere dovute a una combinazione di anomalia congenita e acquisita. Si classificano in quattro gradi a seconda della percentuale di lume ostruito (dal primo grado con un'ostruzione di almeno il 50% al quarto grado con un'ostruzione totale). Il loro trattamento può essere endoscopico nei casi lievi, ma spesso necessita per una risoluzione completa dell'ostruzione di un intervento chirurgico di laringotracheoplastica (solitamente utilizzando un segmento di cartilagine di una costa che viene suturata alla parete per allargarne il lume) oppure di resezione cricotracheale (in cui la parte anomala viene asportata). La tracheotomia può essere necessaria come trattamento temporaneo in attesa dell'intervento chirurgico o se l'intervento viene eseguito in due tempi.

Cleft laringeo o cleft laringotracheale: sono difetti caratterizzati da una mancata separazione tra la via aerea (laringe, trachea) e la via digestiva (faringe, esofago), si suddividono in diversi gradi a seconda dell'estensione della fessurazione, che può limitarsi al laringe o continuare fino alla trachea o addirittura a un bronco. Il trattamento è endoscopico nelle forme più brevi, chirurgico nei casi più gravi.

Stenosi tracheali: queste anomalie sono in genere congenite e causate dalla presenza di anelli cartilaginei completi ("trachea di pollo") per un'estensione più o meno lunga della trachea. Possono causare sintomi lievi (infezioni ripetute, respiro rumoroso) o gravi (necessità di intubazione, assistenza respiratoria) e necessitano spesso di trattamento chirurgico (tracheoplastica di scivolamento "slide tracheoplasty"), il trattamento endoscopico è controindicato.

Tracheomalacia: si tratta di una anomala debolezza della componente cartilaginea della parete tracheale con conseguente ostruzione al flusso di aria e sintomi come tosse, crisi di cianosi, infezioni ricorrenti, respiro rumoroso. Può essere isolata ma più spesso si associa ad altre malformazioni (atresia esofagea, malformazioni cardiache, altre condizioni). L'intervento chirurgico può rendersi necessario in casi severi, può essere eseguita un'aortopessi (sutura dell'aorta allo sterno, con conseguente maggior apertura della trachea), più raramente una tracheoplastica o una resezione tracheale. La tracheotomia e gli stent possono costituire un'alternativa, ma questi ultimi in particolare sono gravati da complicazioni frequenti, alcune anche gravi (dislocazione, granulazione, erosione della parete tracheale, emorragia) e i bambini in cui viene posizionato uno stent necessitano di numerose endoscopie e trattamenti endoscopici ripetuti.

Broncomalacia: può essere associata a tracheomalacia, essere la conseguenza di patologie cardiologiche o presentarsi in forma isolata. Può risolversi spontaneamente o necessitare di trattamento endoscopico (posizionamento di stent) o chirurgico.

Il trattamento di questi casi complessi deve avvenire in un Centro ove tutte le competenze specialistiche siano a disposizione: otorinolaringoiatri, chirurghi pediatri, cardiocirurghi, anestesisti, intensivisti e neonatologi, pneumologi, logopedisti, fisiatri. Solo affrontando in maniera multidisciplinare il singolo caso si potranno avere tutte le competenze e tutte le opzioni terapeutiche a disposizione per scegliere il trattamento migliore per il bambino e risolvere nel tempo più breve possibile e nel migliore dei modi il suo problema. Presso l'Istituto Gaslini è attivo un team multidisciplinare di esperti dedicati alle vie aeree (Team Vie Aeree) che potrà essere contattato 24 ore su 24 tutti i giorni della settimana ai seguenti recapiti:

Dott. Michele Torre: Tel. 0105636392/446/288. Cellulare (solo comunicazioni urgenti) 3386275575.
E-Mail: micheletorre@ospedale-gaslini.ge.it