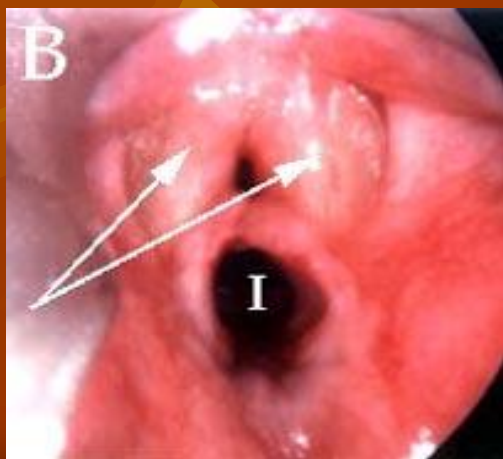




**Anatomia Clinică și Fiziologia Laringelui.
Importanța Vitală, Socială și Profesională a
Laringelui. Stenoza laringiană, Definiție,
Clasificare. Falsul Crup. Epiglotita
Acută. Traheotomia și Intubația prelungită.**



Șef catedră

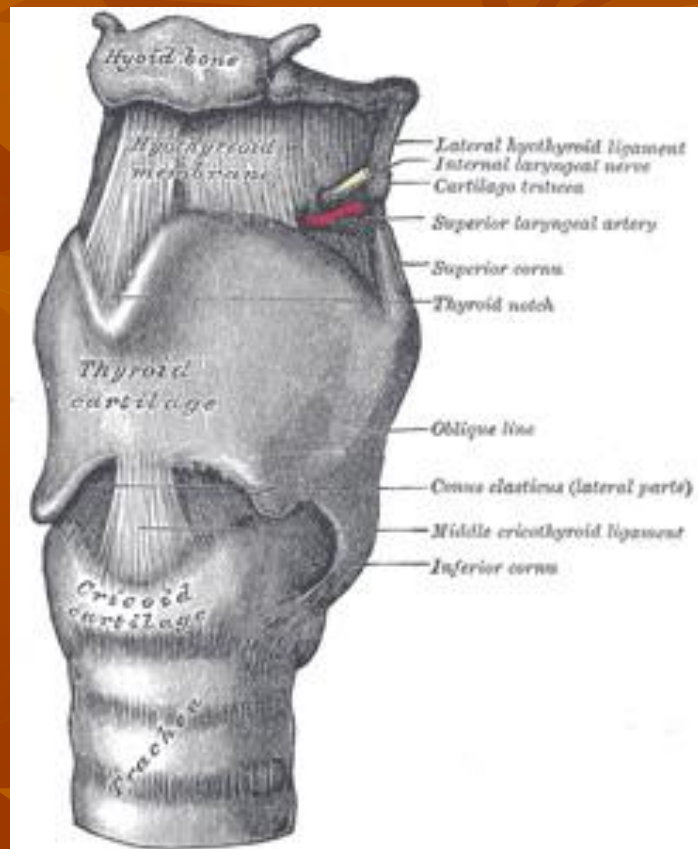
D.h.ș.m., profesor universitar, academician al AȘ RM I.Ababii

Lector

d.ș.m., conferențiar universitar Vasile Cabac

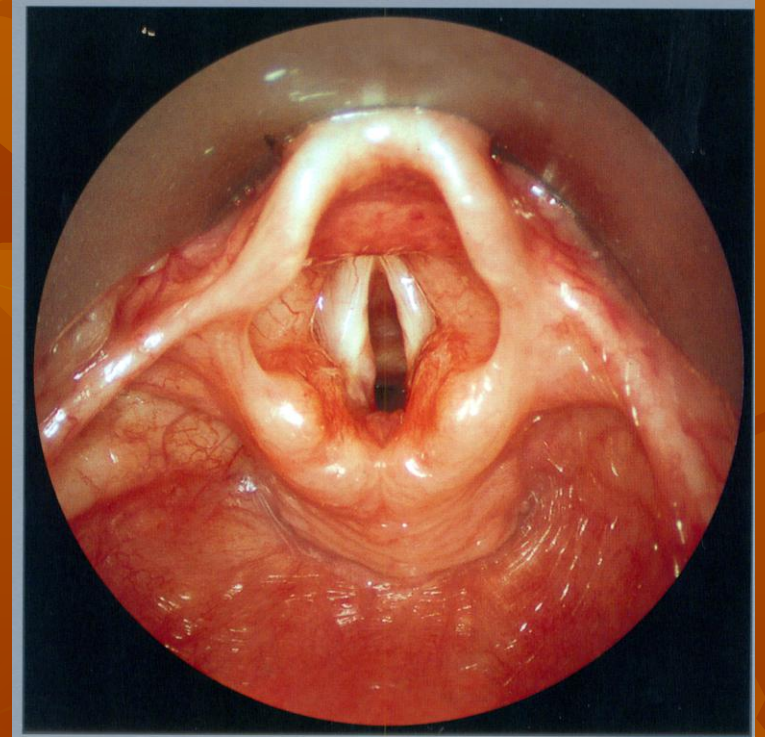
Generalități

Laringele se prezintă ca un organ fibro-musculo-cartilajinos amplasat pe partea anterioară a gâtului. Este format din cartilaje, unite între ele prin articulații, membrane și ligamente. Deasemenea laringele își are și mușchii proprii, care pun în mișcare corzile vocale, prin aceste mișcări se închide și deschide glota după necesitate.



Generalități

Prezentându-se ca o porțiune diferențiată a căilor respiratorii, el unește căile respiratorii superioare cu cele inferioare și la acest nivel este locul cel mai îngust al conductului respirator.



Topografia laringelui

- Laringele este situat în regiunea anteromediană a gâtului, inferior de osul hioid.
- În raport cu coloana vertebrală corespunde vertebrelor cervicale CIV-CVI;
- La copil este mai ridicat – CIII-CIV,
- La bătrâni mai coborât – CVI-CVII,
- La nou-născut epiglota corespunde marginii superioare a I vertebre cervicale și aderă la uvula palatului moale, ceea ce îi permite copilului să sugă și să respire în același timp.
- La 7 ani laringele coboară cu o vertebră,
- La 13 ani ocupă poziția sa definitivă.

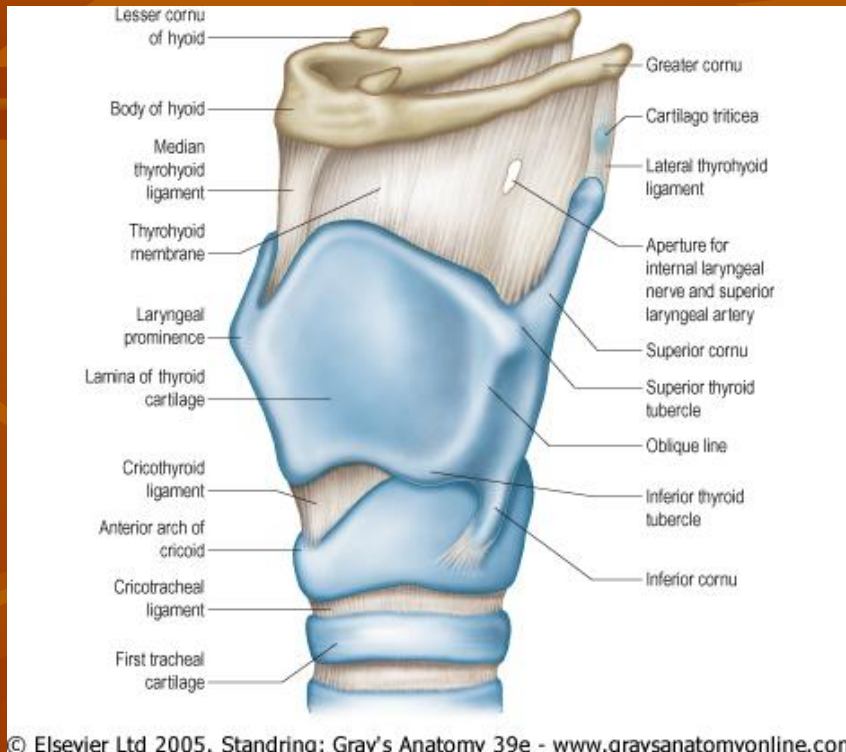
Topografia laringelui

- Anterior este acoperit de fascia cervicală și mușchii infrahioidieni;
- Anterior și lateral de lobii glandei tiroide;
- Posterior se află partea laringiană a faringelui.
- Între aceasta și fețele laterale ale faringelui se delimitează, de fiecare parte, recesul piriform al faringelui, *recessus piriformis*, care în jos continuă în esofag.
- Raporturile cu această porțiune a faringelui explică tulburările de fonație în unele faringite, precum și tulburările de deglutiție (disfagia) în unele laringite.

Topografia laringelui

- Superior laringele prin ligamente este suspendat de osul hioid,
- Inferior continuă cu traheea, iar prin mușchiul sternotiroid este fixat pe stern.
- Deși este bine fixat cu osul hioid, cu faringele, traheea, laringele are o mobilitate suficient de mare.
- Fiziologic el prezintă mișcări active în direcție supero-inferioară în timpul deglutiției, fonației și respirației.
- Această mobilitate este posibilă datorită țesutului conjunctiv lax perilaringian și elasticității traheei.

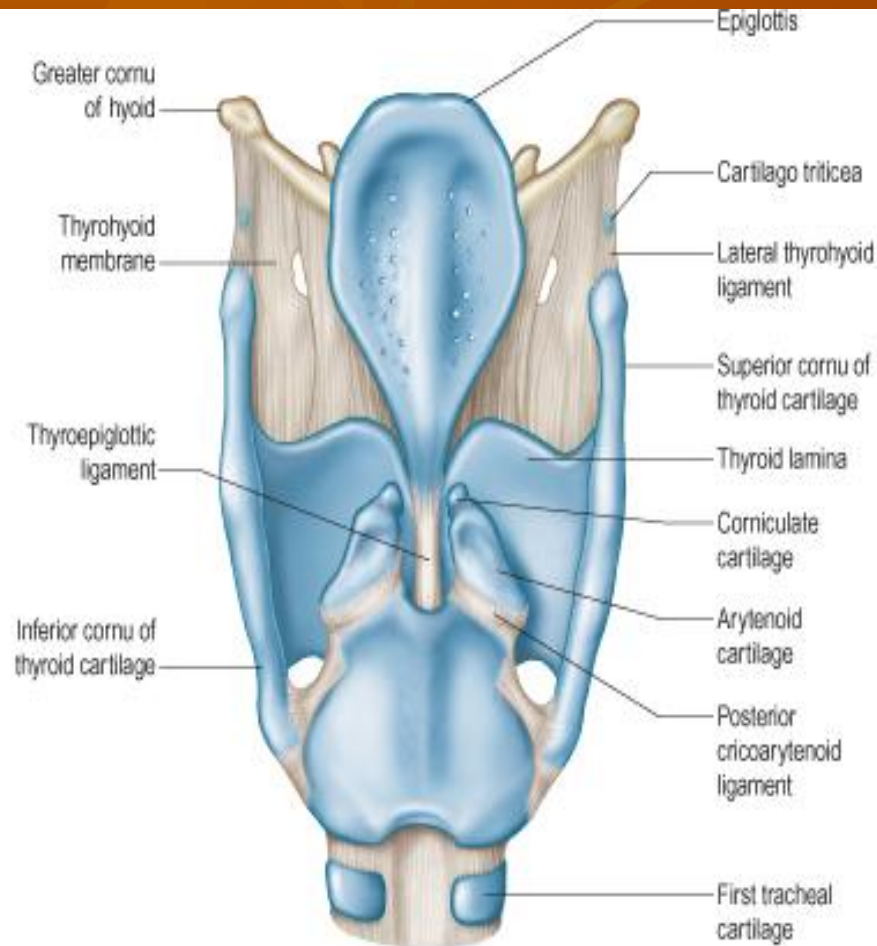
Cartilage și ligamente



Neperechi (impare)

- Cricoidul
- Tiroidul
- Epiglota

Cartilage



■ Perechi (pare)

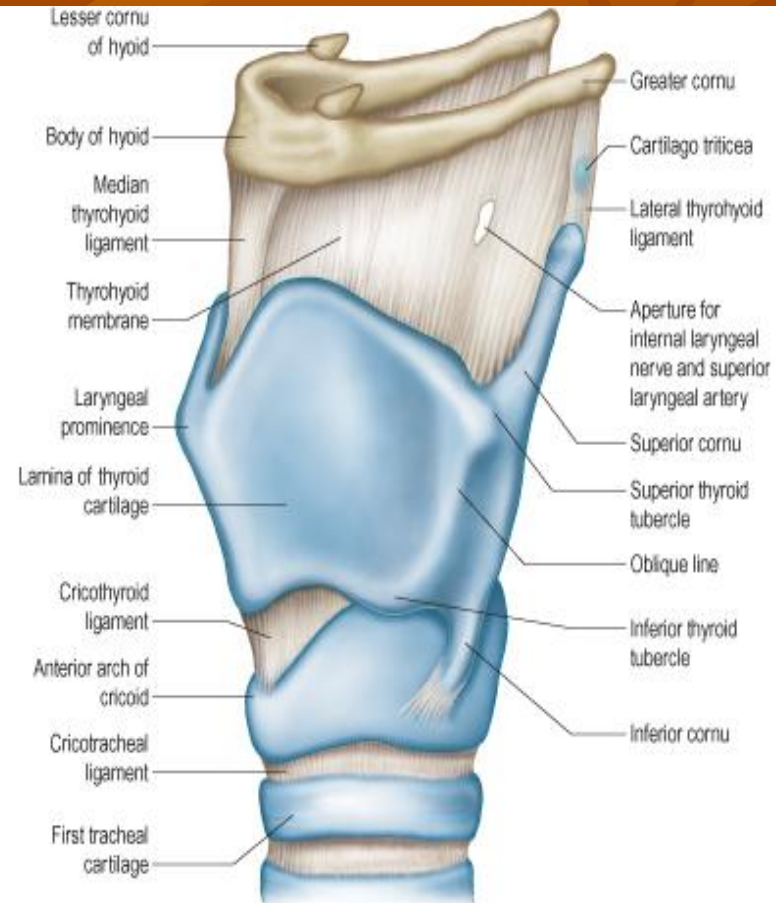
- *aritenoidae*
- *corniculate*
- *cuneiforme*
- *tritiate*

Cartilaje

- Cartilajele corniculate, cuneiforme, tritiate, epiglotic și apexul aritenoidelor au o *structură fibroelastică* cu o tendință redusă de calcificare.
- Cartilajele tiroid, cricoid și cea mai mare parte a aritenoidelor *sunt hialine*, cu tendință sporită de calcificare, începând cu vârsta de după 25 ani.
- La vârsta de 65 ani se pun în evidență la radiografie.

Articulații

- CRICOTHYROID :
synovial
- Formată de coarnele
inferioare ale thyroid
cartilage și suprafețele
laterale ale cartilajului
cricoid



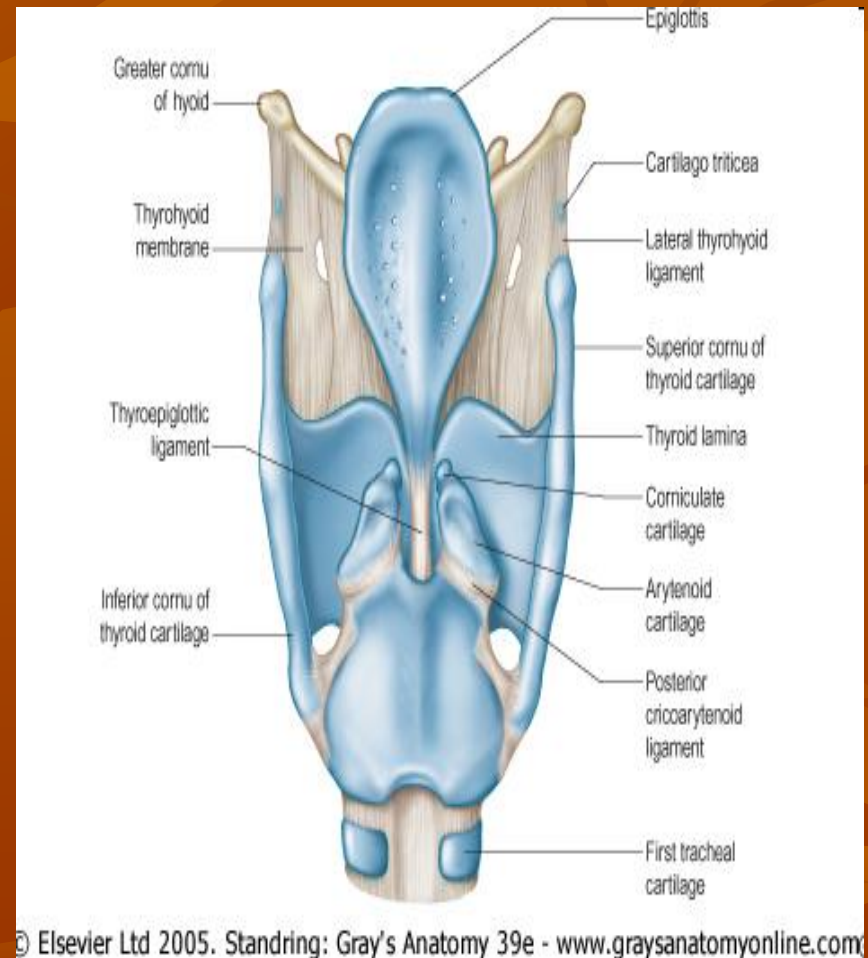
Articulații

- **CRICOARYTENOID:**
synovial

Articulație între margina superioară a lamei cart. cricoid și baza arytenoids.

Permit rotația aritenoidelor în jurul axei, apropiind și îndepărtând apofizele vocale, mărinđ sau reducând spațiul glotic.

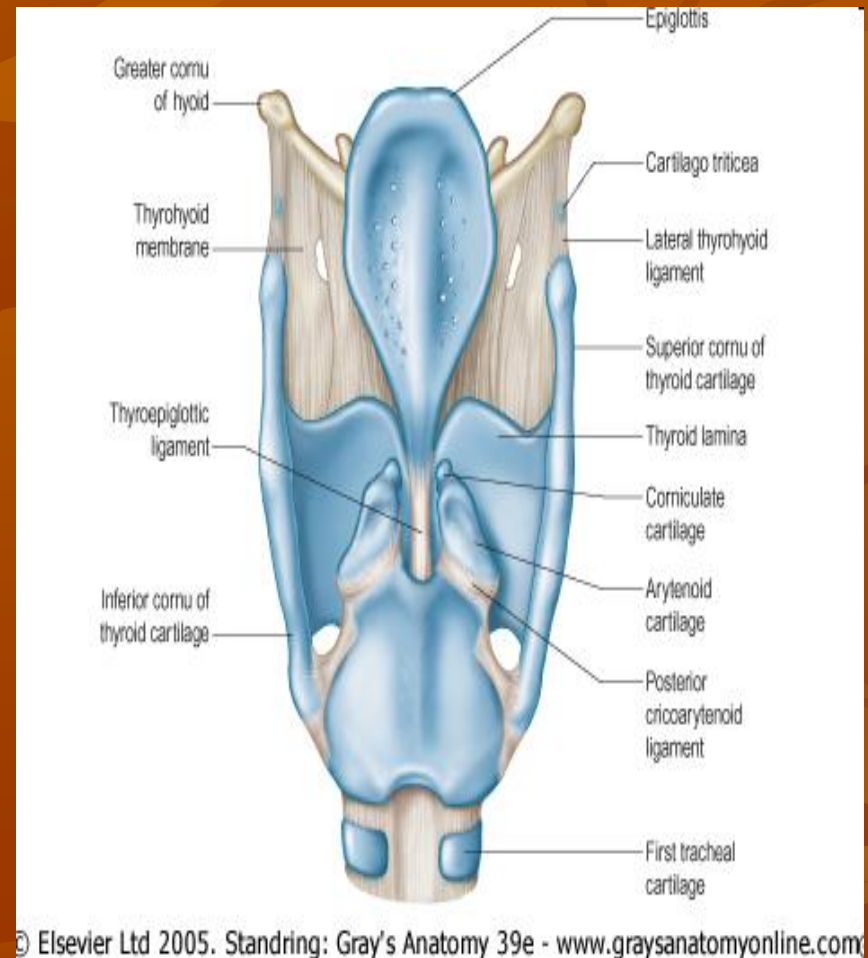
Permit mișcări de alunecare, apropiind ori îndepărtind arytenoids.



Articulații

■ ARYTENOCO-RNICULATE

Synovial ori
cartilaginoasă.



Mușchii Laringelui

Mușchii extrinseci

■ *Mușchii suprahioizi*

1. Digastric 2. Myohyoid

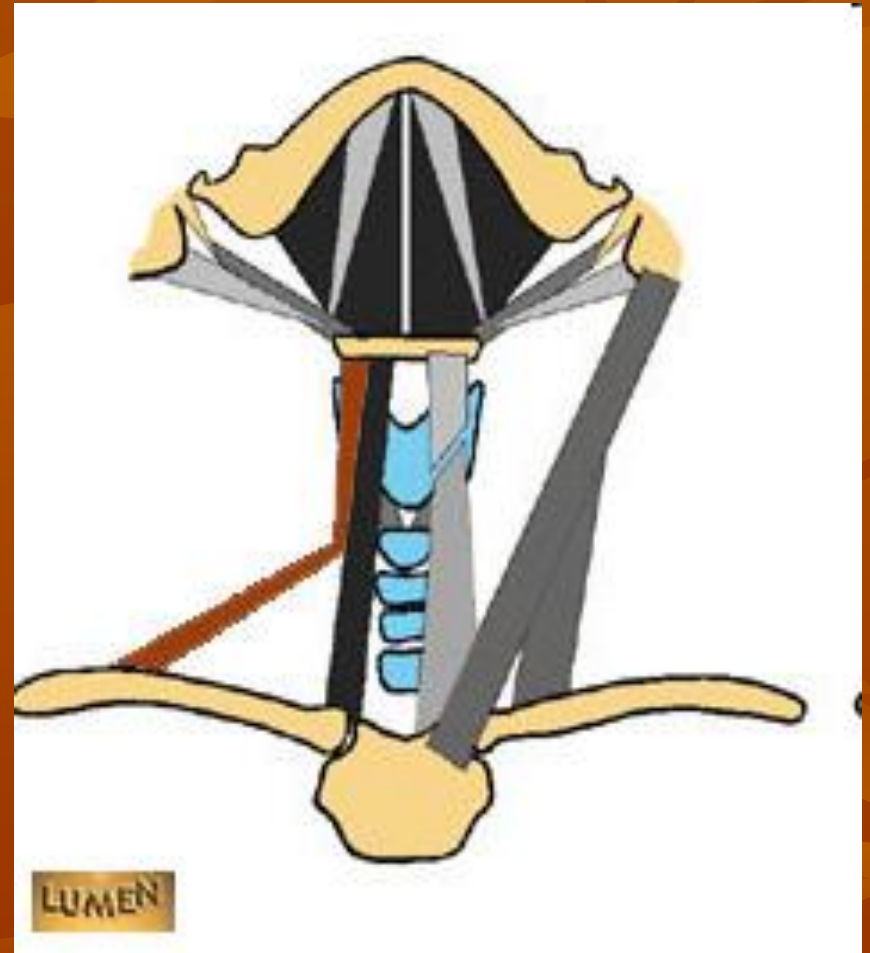
3. Geniohyoid 4. Stylohyoid

■ *Mușchii infrahioizi*

1. Omohyoid 2. Sternohyoid

3. SternoThyroid

4. Thyrohyoid



Mușchii Laringelui

Mușchii intrinseci

1. Artenoideus

- Oblique

- Transverse

2. Lateral Cricoarytenoid

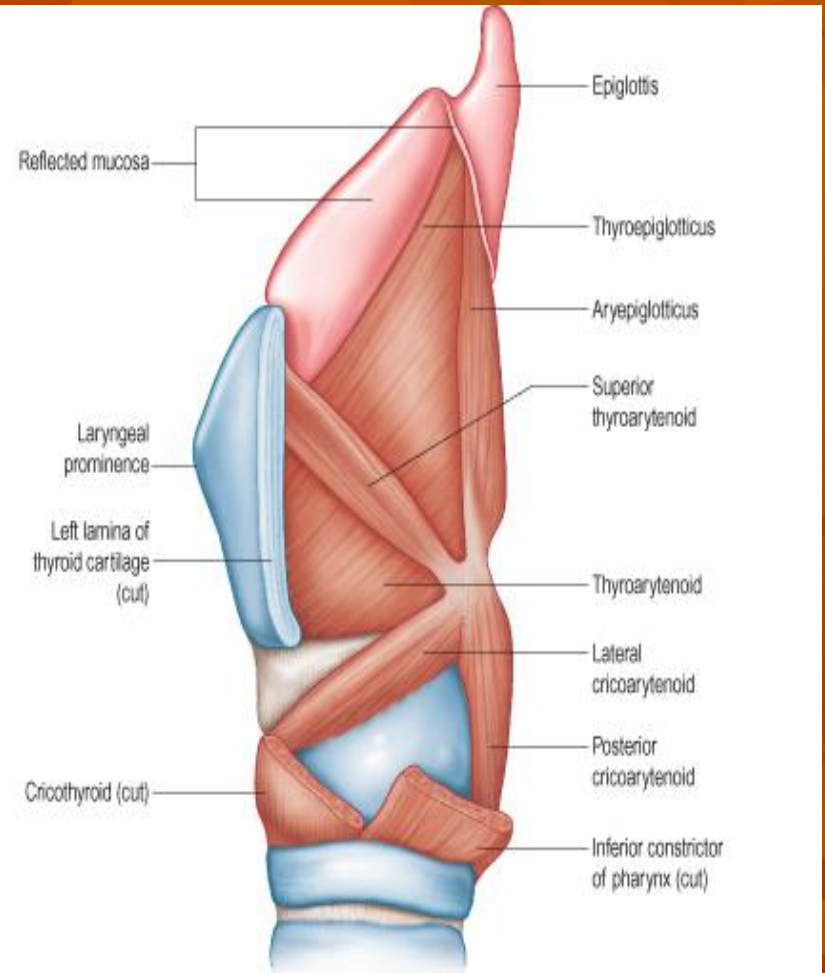
3. Posterior Cricoarytenoid

4. Cricothyroid

5. Thyroarytenoid

6. Ariepiglotic

7. Tiroepiglotic



Mușchii Laringelui intrinseci

OBLIQUE ARYTENOID

■ Origine

- Proc. muscular al cart. aritenoid

■ Inserție

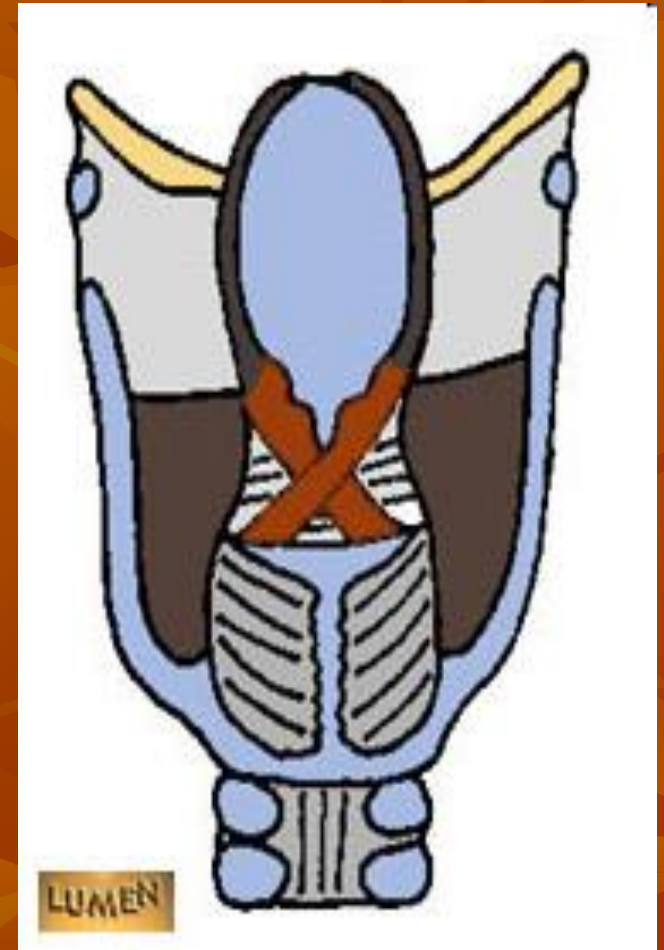
- Polul sup. al cart. aritenoid opus

■ Actiune

- Adduce cart. aritenoid (închide rima glottidis)

■ Inervație

- N.laringeal recurent ram. N.vagus (X)



Mușchii Laringelui intrinseci

TRANSVERSE ARYTENOID

- **Origine**

Suprafața post. și procesul muscular al arytenoid cartilage

- **Insertion**

Suprafețele corespunzătoare ale cartilajului opus

- **Action**

Adduc arytenoid cartilages
(închid rima glottidis)

- **Inervație**

- Recurrent laryng. ram. N. vagus (X)



Mușchii Laringelui intrinseci

CRICOARITENOID LATERAL

- **Origine**

Arcul cricoidului

- **Insertie**

Procesul muscular al arytenoid cart.

- **Actiune**

Adduc și rotesc median arytenoid cartilaje (închid rima glottidis)

- **Inervație**

Recurrent laryng. ram. N.vagus (X)



Mușchii Laringelui intrinseci

CRICOARITENOID POST.

■ Origine

- Suprafața post.al cart. cricoid

■ Insertie

- Proc. muscular al cart.arytenoid

■ Actiune

- Abduce și rotește lat. cart. arytenoid (deschide rima glottidis)

■ Inervație

- N. laringeal recurent ram. N. vagus (X)



Mușchii Laringelui intrinseci

- **CRICOTHYROID**

- **Origine**

Suprafața anterolaterală a cricoid cartilage

- **Insertie**

Suprafața și coarnele a thyroid cartilage

- **Actiune**

Lungesc și tensionează corzile vocale prin înclinarea thyroid cartilage înainte

- **Inervație**

Ram. Ext. al N. laryngeal vagus N (X)



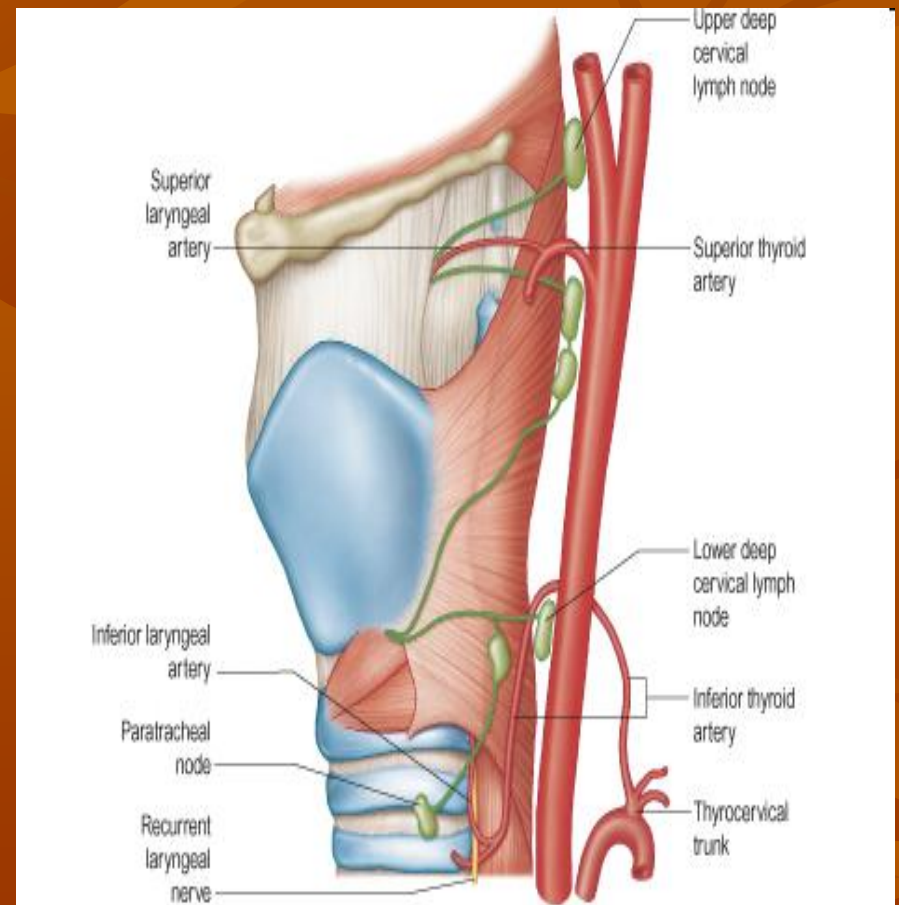
Mușchii Laringelui intrinseci

- **THYRO-ARYTENOID sau VOCALIS**
- **Origine**
Suprafața internă al thyroid cartilage
- **Insertie**
Apofiza vocală al arytenoid cartilage
- **Actiune**
Scurtarea și relaxarea corzilor vocale prin rotația med. și extinderea al arytenoid cartilage
- **Inervație**
- Recurrent laryng. ram. vagus N (X)



Vascularizare

- ARTERIALĂ
- Sup. și inf. LARYNGEAL ARTERY
- VENOASĂ
- Sup. și inf. LARYNGEAL VEINS
- DRENAJ LIMFATIC
- Nodulii limfatici cervicali profunzi superiori.
- Nodulii prelaringeali (Delphian), pretraheali și nodulii cervicali profunzi inferiori

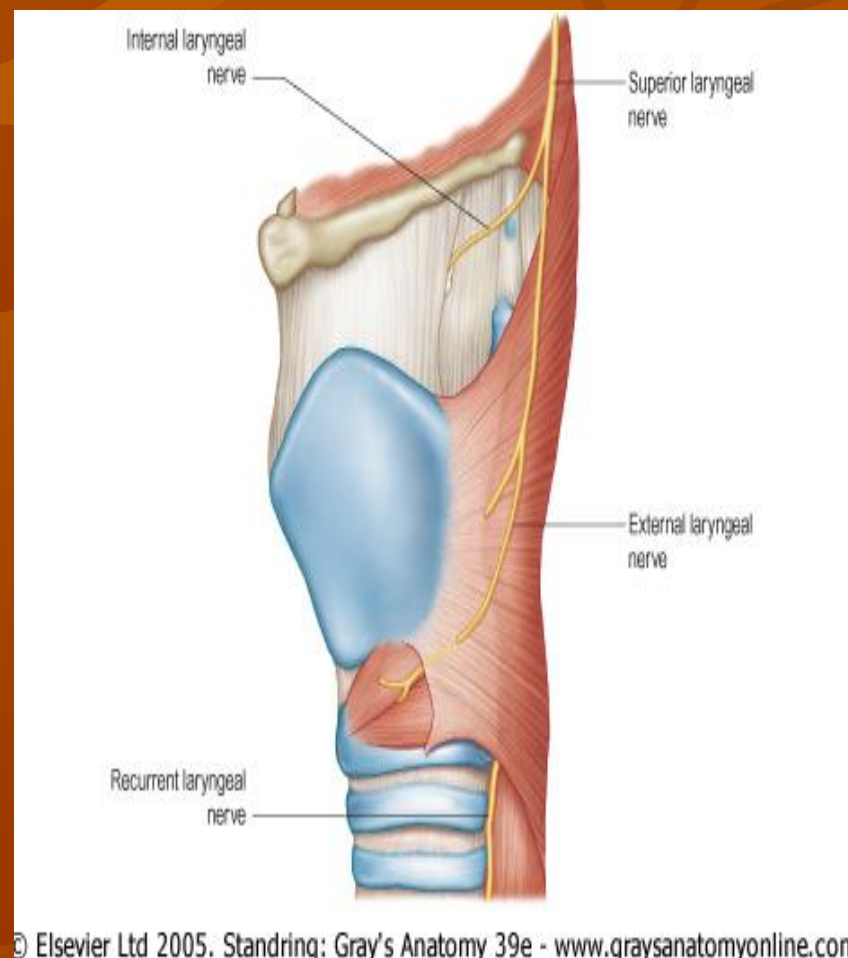


Extindere tumorilor maligne din regiunile supra- și sub glotice

- Nodulii limfatici cervicali superiori, profunzi pot servi ca cale de extindere a tumorilor maligne din etajul superior, supraglotic: peste 40% din aceste tumori maligne pot fi extinse, la momentul prezentării în Clinică.
- Etajul mediu, sau glotic practic este lipsit de sistem limfatic, din aceste considerente circa 95% din tumorile maligne depistate la acest nivel, se manifestă clinic printr-o disfonie sau dispnee, însă fără semne de extindere prin sistemul limfatic la distanță.
- Tumorile din regiunea subglotică frecvent se extind prin lanțul nodulilor limfatici paratraeali cu mult înainte de prezentare la medic.
- Cu toate acestea, plîngerile prezentate sunt disfoniile, dispneea, cît și prezența pachetelor de noduli limfatici pe gît. Nodulii limfatici paratraheali sunt situați mai profund și mărirea lor în volum rămîne ascunsă pentru mult timp.

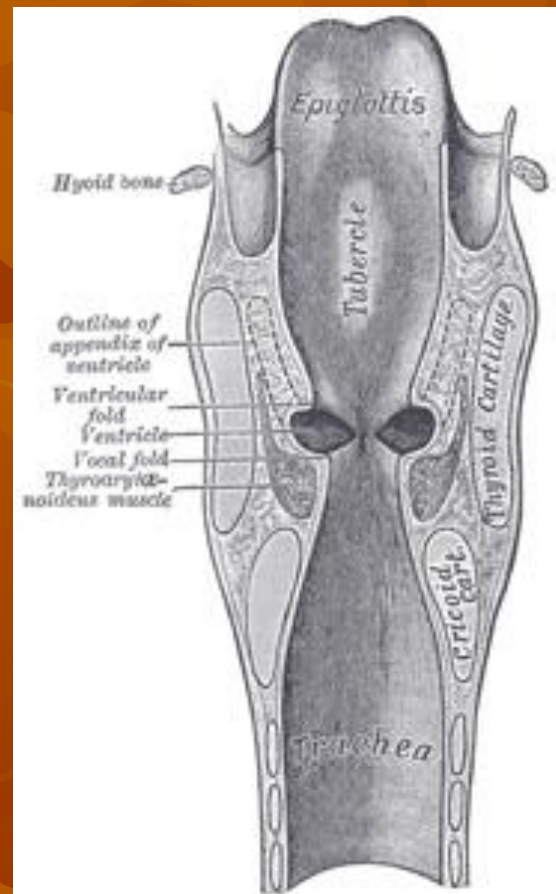
Inervație

- N.vagus (X)
 - Nervul laringeal superior (ram. Internă – senzitivă) și (ram. externă - motorie)
 - Nervul laringeal recurent mixt (motorie, senzitivă și parasimpatică)
- Inervația simpatică (superior and middle cervical ganglia.



Conformațiunea interioară a laringelui

- Porțiunea cea mai îngustă corespunde corzilor vocale și se numește **glota sau spațiul glotic**; porțiunea situată deasupra este **etajul superior supraglotic sau vestibulul laringelui**, iar porțiunea situată dedesubtul corzilor vocale constituie **etajul inferior subglotic**.



Funcțiile laringelui

A. Funcție de ordin biologic cu importanță vitală:

1. respiratorie;
2. protecție

B. Funcție de ordin social și profesional

3. fonatorie.

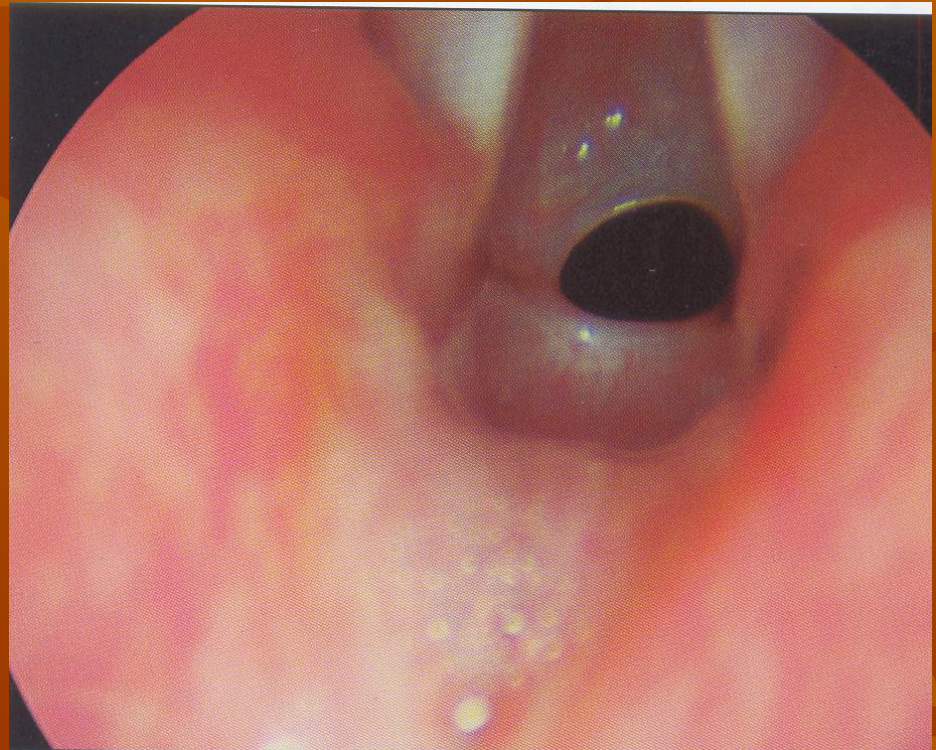


Particularități anatomice ale laringelui la copil

<i>Parametrii</i>	<i>Copil</i>	<i>Adult</i>
<u>Dimensiuni:</u> Diametru A-P Lungimea CV Aria spațiului glotic Spațiul subglotic D	1/3 din laringele la adult 7 mm 6-8mm, ½ apofiza vocală a aritenoidului 14 mm ² 5-7 mm (n.n. 4,5-5,5mm, prematur n.n. 3,5 mm)	19 mm 14-23 mm, ¼ apofiza vocală a aritenoidului -
Aritenoizii Lungimea traheei	n.născ. 57mm, 18 luni – 80 mm	Dimensiunile ca la naștere
<u>Localizare</u>	Nou născut C ₄	C ₇
<u>Configurația:</u> Epiglota Unghiul tiroidului	Forma omega(Ω), unghiul cu glota este ascuțit, baza epiglotei îngustă 110° 110° pentru ambele sexe	Aplatizat 90° bărbați; 110° femei
<u>Consistența țesuturilor</u> Cartilajele Stratul submucos	Mai mult celular decât hialin E bogat în țesut limfatic la nivelul subglotei, care se edemațiază ușor.	

Definiție

Dispneea laringiană este o tulburare fiziopatologică majoră a funcției respiratorii a laringelui, realizată de toate situațiile în care filiera laringiană este obstruată.



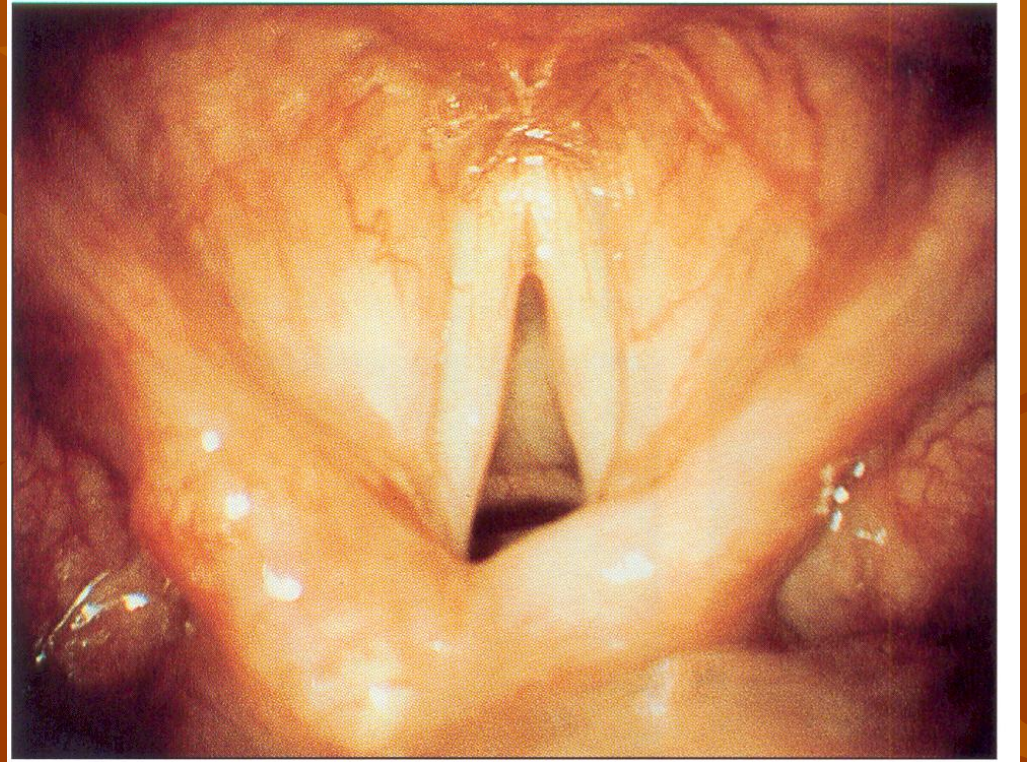
Criterii de clasificare

■ Localizare:

- supraglotică,
- glotică,
- subglotică,
- combinată;

■ Origine :

- congenitală
- achiziționată;



Criterii de clasificare

După timpul în care se instalează o stenoză brusc sa lentă

- fulminante,
- acute,
- subacute,
- cronice;

După gradul de reducere a lumenului laringian:

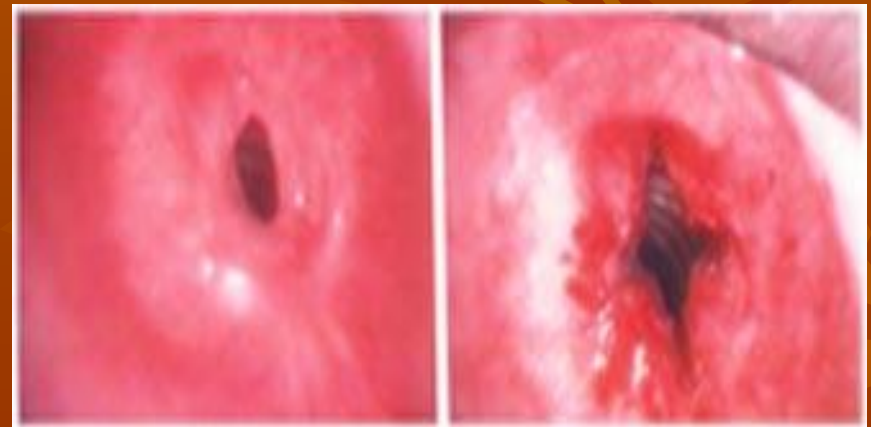
- gradul I, legeră, compensată (reducere 0-50%),
- gradul II, moderată, subcompensată (red. 51-70%),
- gradul III, severă, decompensată (red. 71-99%)
- gradul IV, profundă, asfixie, lumenul nu se deslușește.

Cauze endolaringiene și extralaringiene.

Cauze endolaringiene

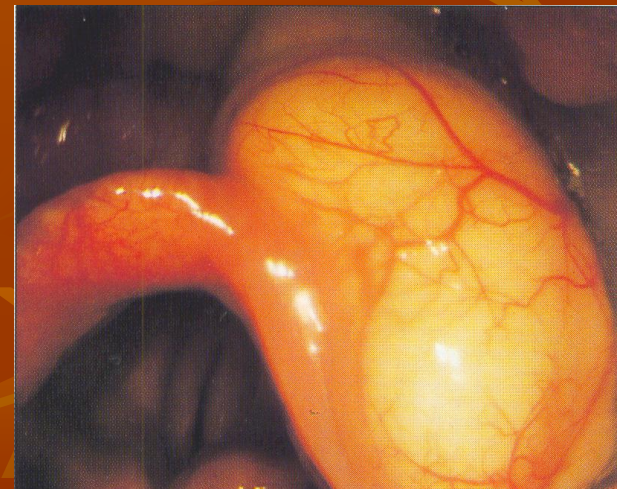
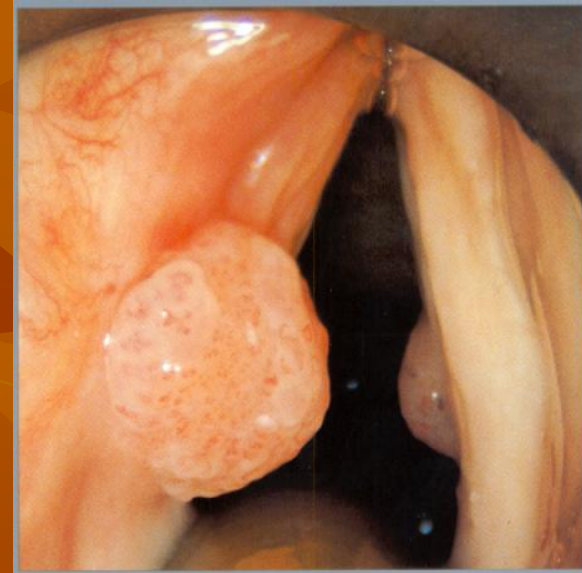
■ *Congenitale*

- Stridorul congenital sau laringotraheomalacia;
- Stenoze circulare subglotice și membrane între corzile vocale;
- Chisturi congenitale;
- Epiglotă dedublată;



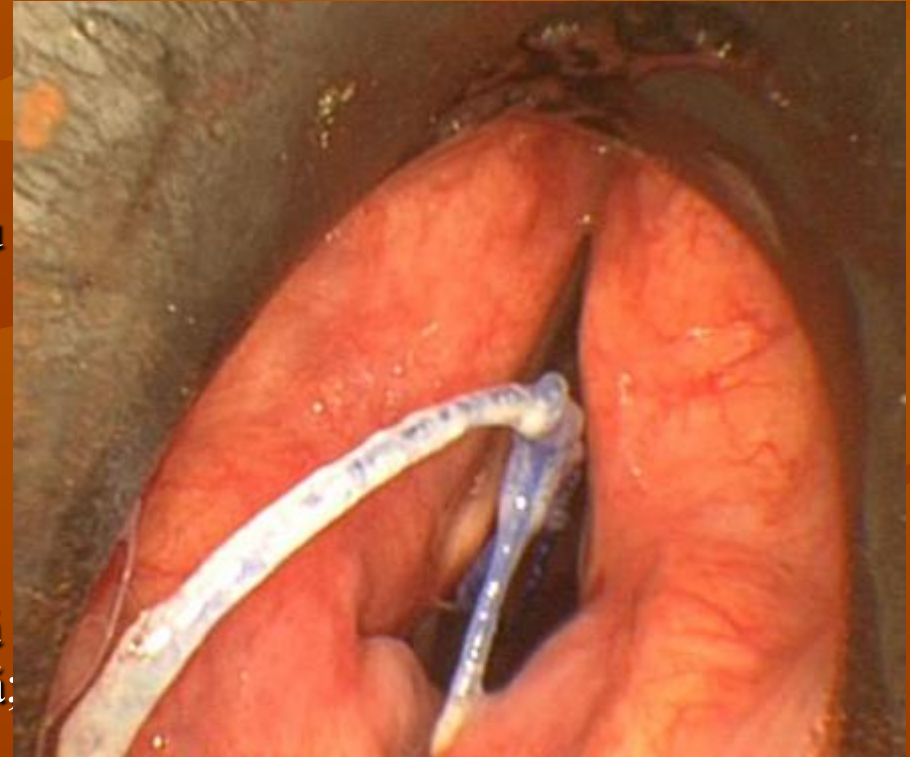
Cauze endolaringiene

- *Tumori și chisturi*
 - Papilomatoza recidivantă a laringelui;
 - Mucocelul laringelui;
 - Hemangioma;
 - Hondroma.



Cauze endolaringiene

- *Corpi străini laringieni*
- *Procese inflamatorii:*
 - Laringita acută edematoasă banală sau cursul bolilor infectocontagioase
 - Crupul difteric;
 - Laringita subglotică sau falsul crup;
 - Laringita flegmonoasă sau epiglotita acută;
 - Laringotraheobronșita acută sufocantă fibrinoasă postintubație anestetică;
 - Condropericondrita laringiană.



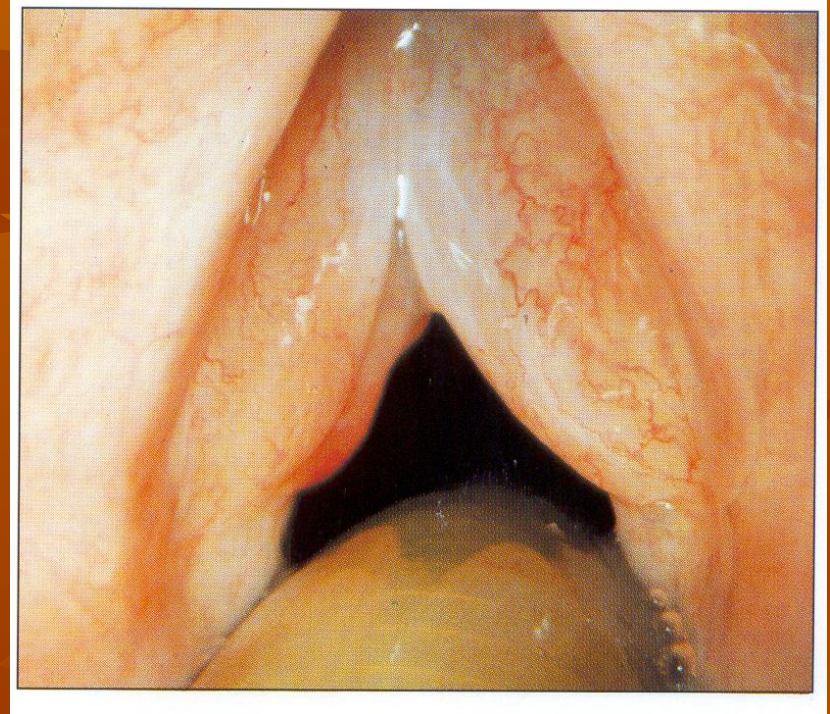
Cauze endolaringiene

■ *Cauze nervoase:*

- Diplegie recurentă (Sindromul Gerhard),
- Spasmul acut;
- Formele înalte de poliomielită,
- Coma.

■ *Cauze alergice, toxice:*

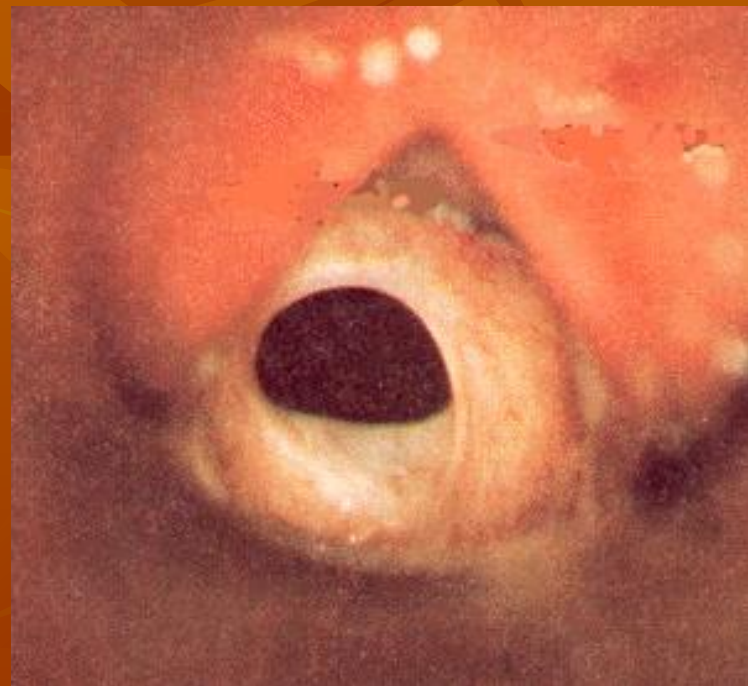
- Edem laringian alergic (înțepătură de albină);
- Edem laringian toxic (Edemul Quinke).



Cauze endolaringiene

■ *Traume:*

- Traume mecanice bonte sau penetrante cu hematom sau edem;
- Traume chimice sau arsuri faringo-lariene datorită substanțelor caustice solide sau lichide;
- Traume termice ca rezultat al inspirației de fum ferbinte în timpul incendiilor sau al aburilor ferbinți în timpul inhalațiilor;
- Traume în timpul intubației orotraheale sau nasotraheale.
- Aderențe, cicatrice, granuloame și membrane posttraumatice, după operații repetate pe laringe, postintubație prelungit.



Cauze extralaringiene:

■ *Factorii congenitali:*

- Traheomalacia și bronhomalacia
- Micrognasia și glosoptozia;
- Fistula traheoesofageală;
- Tiroida linguală;
- Inele vasculare formate de vasele magistrale

■ *Procese inflamatorii:*

- Abcesul retrofaringian;
- Flegmonul bazei limbii.

Cauze extralaringiene:

■ *Tumori și chisturi extralaringiene:*

- Timomegalia;
- Higroma cistică;
- Fistula tireglosală;
- Hipertrofia glantei tiroidiene.

■ *Corpi străini:*

- Traheali și bronșici;
- Esofagieni;
- Hipofaringieni.

Timpul instalării stenozei

Stenozele fulminate, care se instalează timp de secunde uneori minute, cauzele fiind corpii străini laringieni sau traume laringiene dure, penetrante;

Stenozele acute, care se instalează în timp de la câteva ore pînă la 1-2 zile, sunt cel mai frecvent întâlnite și există foarte multe cauze care provoacă stenoza acută;

Stenozele subacute se instalează treptat timp de 3 -4 săptămîni și sunt provocate ca de obicei de procese tumorale, chisturi, granuloame infecțioase;

Stenoze cronice lent instalate:

- Stenoze cronice cicatriceale, în majoritatea lor sunt consecințe ale cauzelor , care provoacă stenoza acută (traume, arsuri, procese inflamatorii)
- Pareza și paraliza recurențială

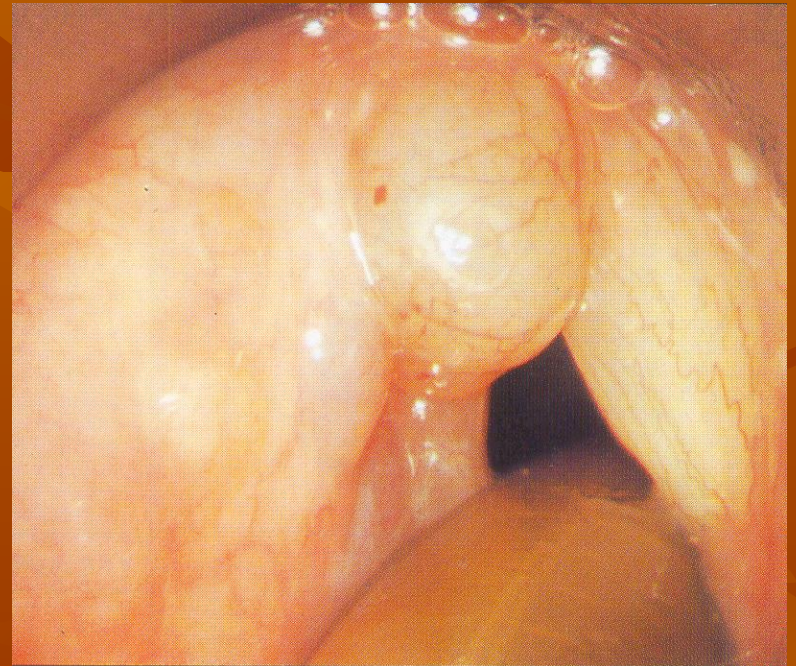
Simptomele

Minore:

- Bradipnee,
- Cornaj,
- Vocea răgușită,
- Tuse stinsă,
- Poziția capul este în extensie pe spate,
- Staza venoasă,
- Pulsul paradoxal,
- Apneea auscultatorie.

Majore:

- Coborîrea laringelui la inspir;
- Tiraj suprasternal, supraclavicular și intercostal
- Cianăză



Diagnosticul diferențial al dispneei laringiene

- ***Dispnee traheală*** – capul bolnavului este flectat anterior, laringele nu coboară la inspir, nu există răgușeală.
- ***Dispneea astmaticului*** – este exclusiv expiratorie (expir prelungit);
- ***Dispnee cardiacă*** – bolnavul este tahipneic (dispnee cu ritm rapid), laringele nu coboară în inspir, sunt prezente raluri de stază la bazele pulmonare și semne de insuficiență cardiacă congestivă.

Evaluarea copilului

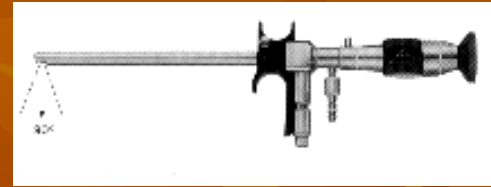
- Condițiile în care au apărut simptomele;
- Durata, succesiunea;
- Rapiditatea cu care au evoluat simptomele;
- Poziția de maxim confort pentru copil ca și efectele modificării poziției și nivelul activității asupra simptomelor;
- Prezența sau lipsa a unei disfagii sau anomalii de alimentație;
- Calitatea vocii și a țipătului, plînsului;

Evaluarea copilului

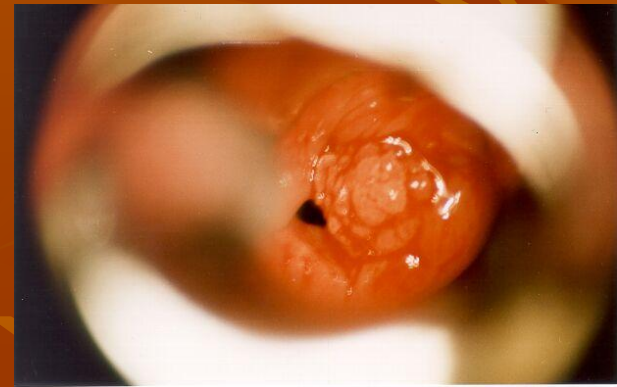
- Boli infecțioase anterioare;
- Posibilitatea aspirației de corp străin sau de ingerare a unei substanțe corozive;
- O intubație traheală sau un traumatism în perioada imediat anterioară;
- Suportarea unei traume;
- Prezența unei malformații congenitale asociate.

Diagnosticul stenozei laringiene

- Examinarea cu optica flexibilă sau rigidă;
- Evaluarea radiografică
- Utilizarea tomografiei computerizate;



Diagnosticul stenozei laringiene



Stridorul congenital

- Constituie circa 75% din toate afecțiunile înăscute ce duc la reducerea spațiului laringian;
- Apare la nou-născuți sau în primele săptămâni de la naștere;
- Se caracterizează clinic printr-un stridor (respirație zgomotoasă) inspirator;
- Lipsa de consistență a cartilajelor laringiene.

Stridorul congenital

- ***Etiologia*** este complexă. Astfel de tulburări funcționale se observă la copiii rahitici (hipocalcemie) ale căror mame au suferit în timpul sarcinii de pe urma unei boli, în condiții de viață (fără aer și fără soare suficient), carență umorală joacă indiscutabil un rol important în producerea și persistența laringotraheomalaciei, de asemenea poate fi provocată și de o spasmofilie laringiană consecutivă tot rahitismului.

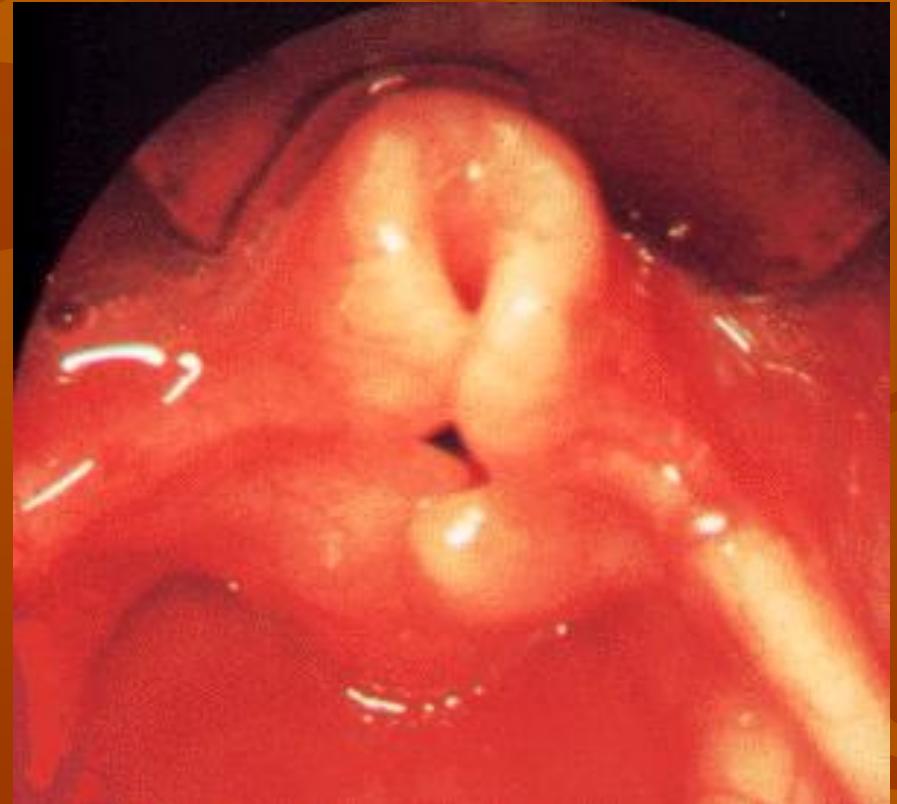
Stridorul congenital

■ *Tabloul clinic*

- Este dominat de prezența permanentă a «stridorului»;
- Zgomot de cornaj cronic;
- Stridorul, cel mai des inspirator, este de tonalitate gravă;
- Se poate compara cu codcodăcitul unui cucuș înfuriat, imită un orăcăit de broască în inspir;
- Se manifestă permanent sau prin accese intermitente, favorizate de stările de agitație ale sugarului și nu este însoțit de altă tulburare;
- vocea clară, nu prezintă tiraj sau cianoză, deglutiția este normală;
- Stridorul scade în timpul somnului și se accentuează cu ocazia plînsului, țipetelor sau a oricărei iritații.

Stridorul congenital

- ***Laringoscopia directă*** indică anomalia laringelui de tip infantil (exagerat infantil), care se manifestă prin diverse anomalii de formă și mărime ale epiglotei (alungită, în formă de cilindru) și cutelor aritenoepiglotice a căror flacciditate le face ca să se retragă în timpul inspirației în comisura anterioară a orificiului glotic.



Stridorul congenital

- ***Evoluția*** afecțiunii este în genere benignă. Prezintă pericol nu stridorul, ci complicațiile grave care pot surveni în urma infecțiilor acute ale căilor respiratorii.
- ***Diagnosticul*** este intuit după aceste semne caracteristice, însă poate fi precizat numai prin laringoscopia directă. Diagnosticul diferențial se face cu pseudocrupul, cu laringotraheobronșitele virale timpurii, abces retrofaringian, corpii străini, erodoluesul, papilomul laringian.

Stridorul congenital

- *Tratamentul* laringomalaciei congenitale constă în primul rînd în asigurarea unor condiții de viață cît mai igienice (aer curat, soare, mișcare, alimentație rațională), evitarea contactului cu copiii sau adulții purtători de infecții ale căilor respiratorii. Se administrează calciu, vitamina D, alăptare maternă, raze ultraviolete.
- *Prognosticul* este în general favorabil. Dispare între al doilea și al cincilea an de viață.

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

■ *Sunt afectați copiii:*

- În vîrstă de la 1 la 3 ani, circa 50%;
- Mai rar la sugari 6-12 luni și copii de 3-4 ani;
- Foarte rar în primele 4 luni de viață și la o vîrstă mai mare de 5 ani.

■ *Etiologie:*

- Virușii paragripali (provoacă circa 50% din laringotraheitele stenoizante);
- Virușii gripali, adenovirușii și virușii respiratori-sințitiali;
- Asociația virus-virus.
- Concomitent cu infecția virală un rol nefast în evoluția clinică gravă o are și flora bacteriană, care se activează pe fonul infecției virale.

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

■ *Factorii predispozanți:*

- *Particularitățile anatomo-fiziologice ale laringelui* și traheei la copil: diametru redus al spațiului glotic; flexibilitatea scheletului cartilaginos, vestibulul scurt și îngust; laringe în formă de pîlnie; corzile vocale amplasate superior și neproportional scurte; hipersensibilitatea mușchilor-adductori, constrictori ai spațiului glotic; zonele reflexogene funcțional nemature cu o hipersimpaticotonie. Mucoasa și spațiul submucos este bogat în țesut limfoid cu un număr mare de celule, și cu lipsa fibrelor elastice;
- Un rol nefast îl joacă *factorii de fon*: anomalii de constituție cum ar fi diatezele exudative și limfotico-hipoplastice; prezența alergiei la medicamente, stridorul congenital, paratrofia, trauma în timpul nașterii, în perioada postvaccină, sensibilizarea organismului de infecțiile virale precedent frecvent suportate, status imun compromis, alimentare artificială din primele zile de la naștere.

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

Mecanismele de declanșare a falsului crup:

- Edem inflamator și alergic cu infiltrație celulară a mucoasei laringelui în spațiul subglotic și al traheei;
- Spasm reflector la mușchilor intrinseci ai laringelui;
- Hipersecreția mucusului cu acumularea în regiunea spațiului glotic a flegmei, formarea crustelor, depunerilor de fibrină sau mase necrotice.

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

	Stenoză I legeră	Stenoză II moderată	Stenoză III severă	Stenoză IV asfixie
<i>Tusea</i>	Ocazional	Răgușită	“Lătrătoare”	Lătrătoare ori depresie
<i>Retracție (tiraj)</i>	Absent	Suprasternală	Suprasternal și infrasternal	Participă toată musculatura
<i>Comportare</i>	Calm	Anxios la deranj	Neliniștit permanent	Agitat sau stuporos
<i>Cianoza</i>	Lipsește	Periferică la agitație	Generală la aerul camerei	Prezentă la O ² terapie
<i>Zgomotele cardiace</i>	Pînă la 120 bătăi/min.	Pînă la 140 bătăi/min.	Mai mult de 140 bătăi/min	Mai mult de 140 bătăi/min
<i>Dispneea</i>	Ocazional (bradipnee)	Inspiratorie (tahipnee)	Mixtă (tahipnee evidentă)	Evidentă ori diminuată

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

Complicațiile LTAS.

- Cea mai frecventă complicație este bronșita obstructivă. În stenoza de gradul trei, forma severă, decompensată la 1/3 apare laringotraheita forma purulentă-fibrinoasă și pneumonia, fiind cauza deceselor în crupul viral.
- Ca complicații pot fi otite purulente, sinisite, angine lacunare, conjunctivite purulente, ș.a..

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

Diagnosticul se stabilește:

- La prezența a triadei: dispnee inspiratorie zgomotoasă, tuse „lătrătoare” și disfonie;
- Prezența simptomelor infecției virale: febra, modificări catarale, intoxicație;
- Istoricul bolii cu debutul caracteristic, investigațiile de laborator;
- Examinarea laringelui prin laringoscopia directă.

Diagnosticul diferențial cu difteria, scarlatina, rujeola, varicelă, abces retrofaringian cu sediul în hipofaringe, epiglotita acută, aspirația unui corp străin, papilomatoza laringelui ș.a.

Falsul crup sau laringotraheita acută stenoizantă

Tratamentul va include:

- 1. Terapie etiologică – preparate antivirale. Antibiototerapie în formele grave și la suprapunerea infecției microbiene.
- 2. Terapie patogenetică are scop de a represa procesele care provoacă modificări patologice și a obstrucției căilor respiratorii.
- Corticosteroizi paraneural - prednisolonă, dexazonă, dexametazonă care se vor administra din calculul prednizolonei 2-5 mg/kg m.corp, inhalatii cu hidrocortisonă din calculul 5mg/kg m.corp la o inhalatie.
- Diuretici sunt păreri contraversate referitor la eficacitate și siguranță.
- Preparate antihistaminice (H1- histaminolitic) prometazin, klemastin, loratidin
- Spasmolitici – aminofilin 3-5 mg/kg sau 10-15 mg kg m.corp.
- Sedative și calmante.
- Mucolitici (acetilcisteina, carboisteina, ambroxol, bromhexina și altele)
- Antitusive.
- Oxigenoterapie în saloane speciale.
- În cazul când efectul de la terapia administrată este minim se recomandă intubație de preferință nasotraheală și a terapiei de dezințozicație.

Intubația laringotraheală prelungită

- Este o metodă terapeutică mai simplă ca execuție și mai puțin riscantă decât traheotomia și o poate înlocui cu succes;
- Este indicată în sindromul de obstrucție laringiană acută sau în perioadele de decompensare a unei insuficiențe respiratorii laringiene cronice;
- Intubația (de preferință nazotraheală pentru a permite alimentarea) se efectuează la apariția primelor semne de hipercapnie, înaintea decompensării.

Traheotomie

■ *Istoricul:*

- Hipocrate recomanda introducerea stomei în trahee pentru înlăturarea insuficienței respiratorii;
- Asclepiat (sec.II p. H.) prima intervenție chirurgicală de deschidere a lumenului traheei prin incizia peretelui ei;
- Gallen (sec. II d.H.) a descris astfel de operație;
- Fabricius - prima relatare despre traheotomie, care pentru extragerea unui corp străin prin incizia traheei a folosit un tub de argint;
- 1675 a fost propus prototipul troacarului contemporan, numit în acele timpuri bronhotom;
- Sfârșitul sec.XVIII - traheotomia devine o metodă recunoscută pretutindeni și pe larg aplicată, salvînd-se bolnavii de la asfixie.

Traheotomie



Traheotomie

- *Indicațiile traheotomiei :*
- Laringită acută edematoasă subglotică, laringodifterie, laringită flegmonoasă, abces retrofaringian, flegmonul bazei limbii;
- Corpi străini laringieni, traumatismele laringelui;
- Edem laringian alergic;
- Arsuri faringolaringiene cu substanțe corozive;
- Stenozele laringiene cronice: inflamatorii (tuberculoză, sifilis, sclerom, pericondrită), mecanice (malformații congenitale, urmările intubației prelungite),;
- Tumori faringiene sau laringiene, care își măresc volumul gradat și ajung să obstrueze glota;

Traheotomie

Indicațiile traheotomiei :

- Sindroame de origine nervoasă: paralizii recurențiale (sindromul Gerhardt), botulismul, poliomiелita, tifosul, encefalita, accidente postoperatorii cu edem sau hematom intracranian în intervențiile neurichirurgicale;
- Ca tip preliminar în intervențiile pe laringe: tirotomie, laringectomia totală, corpi străini traheobronșici;
- Pentru corectarea mecanică a tulburărilor ventilatorii la bolnavii comatoși ce necesită o asistare prelungită a respirației.
- Intubația nereușită a laringelui din cauza anchilozei, scoliozei, arteozei sau osteohondrozei porțiunii cervicale a coloanei vertebrale, «gât scurt», obezitate.

Traheotomie

Incidente intraoperatorii:

- Hemoragie abundentă;
- Pătrunderea sîngelui în trahee cu ocazia deschiderii traheei, care poate produce asfixia bolnavului;
- Străpungerea cu bisturiul a peretelui posterior al traheei și crearea unei fistule esotraheale;
- Negăsirea traheei;
- Incizia laterală a peretelui traheal;
- Alunecarea canulei în țesuturile pretraheale, în traheotomiile inferioare,;
- Secțiunea inelului cricoidian.

Traheotomie

Incidente postoperatorii:

- Hemoragia pe canulă și pericanular indică o hemostază insuficientă și necesită explorarea plăgii, completarea hemostazei și aspirarea sîngelui din trahee;
- Expulzarea canulei într-un acces de tuse, dacă nu a fost bine fixată;
- Reîntroducerea canulei pe cale falsă, peritraheal;
- Obstrucția canulei cu sînge și secreții;
- Emfizemul subcutanat, pneumotoraxul, pneumomediastinul, mediastinita, bronhopneumonia.

Traheotomie

Îngrijirea postoperatorie a bolnavului traheostomizat constă în:

- Repaus la pat în poziție semișezândă;
- Umezirea aerului din cameră;
- Supravegherea respirației și a permeabilității lumenului traheal. Este obligatoriu ca traheotomizatul să nu stea singur;
- Canula interioară se curăță de câte ori este nevoie;
- La nevoie se aspiră secrețiile de pe canula traheală cu o sondă moale, sterilă atașată la un aspirator electric;
- Administrarea de antibiotice pentru prevenirea complicațiilor infecțioase traheobronșice.

Vă mulțumesc pentru atenție

