



TRAHEOTOMIJA KOD COVID-19 PACIJENATA

Preveli i priredili: Dr Elmasa Kapetanović, Doc. dr Elvir Zvrko

Izvođenje traheotomije kod suspektnih ili potvrđenih COVID-19 pacijenata predstavlja poseban izazov, ne samo za otorinolaringologe, već i za čitav tim koji učestvuje u liječenju ovih pacijenata.

Obzirom da se radi o proceduri kod koje dolazi do aerosolizacije okoline i visokog rizika od diseminacije virusnih partikula, odluka o izvođenju traheotomije mora biti donijeta od strane multidisciplinarnog tima, a benefiti i rizici ove procedure pažljivo procijenjeni.

Naročito treba pažljivo planirati postoperativnu njegu, kako bi se postigla adekvatna zaštita ne samo medicinskog osoblja već i ostalih pacijenata.

Zbog visokog rizika od infekcije medicinskog osoblja (članovi operativnog tima i osoblje na odjeljenjima), preporučuje se odlaganje traheotomije najmanje 14 dana.

Pažljiva selekcija pacijenata je od izuzetne važnosti. Ukoliko je izvođenje traheotomije otežano zbog anatomskih karakteristika, kliničke slike, komorbiditeta i riziko-faktora, predlaže se odlaganje procedure.

Poželjno je formirati tzv. 'COVID airway team' koji bi bio upoznat sa protokolom i predstojećim koracima.

Najbolje bi bilo izvesti traheotomiju u operacionim salama sa negativnim pritiskom, ali one nažalost nisu uvijek dostupne. Osoblje u operacionim salama treba svesti na minimum. Iako se u nekim klinikama favorizuje izvođenje traheotomije u JIL (Jedinice intenzivnog liječenja), kako bi se izbjegao transfer pacijenta iz JIL-a do operativne sale i posljedičnog rizika od širenja infekcije, operativnom timu su neophodni adekvatni uslovi kako bi se operativni zahvat izveo efikasno i sigurno.

Umjesto otvorene traheotomije razmotriti perkutanu dilatativnu traheotomiju.

Mjere predostrožnosti i koraci prilikom izvođenja traheostomije kod COVID-19 pacijenata

Svo neophodno osoblje u sali mora imati kompletnu ličnu zaštitnu opremu (stepen zaštite 3– jednokratna hirurška kapa, medicinska zaštitna maska- N95, radna uniforma, jednokratna medicinska zaštitna odjeća, jednokratne lateks rukavice), razmotriti dodatnu zaštitu za hirurge (full face respiratory protective devices ili respirator za pročišćenje vazduha).

Iako je sama operativna tehnika traheotomije nepromijenjena, potrebno je posebno obratiti pažnju na određene momente tokom same operacije kako bi se rizik za prisutno osoblje u sali svelo na minimum.

1. Proceduru izvoditi u OETA ili analgesedaciji kako bi se eliminisao rizik od kašlja pacijenta a samim tim i minimizirala dodatna izloženost hirurškog tima.
2. Tokom same operacije, hemostazu postići vezivanjem ligatura i hemostatskim šavovima, kako bi se izbjegla diseminacija virusnih partikula evaporizacijom koja bi nastala korištenjem dijatermije.
3. Jasno i glasno obavijestiti anesteziologa da slijedi otvaranje traheje.
4. Anesteziolog preeoksigenizira pacijenta, te nakon što se pacijent adekvatno oksigenira slijedi obustavljanje razmjene gasova.
5. Prilikom otvaranja traheje, voditi računa da se ne ošteti kaf endotrahealnog tubusa (ETT).
6. Otvor na traheji mora biti dovoljno veliki, kako bi se izbjeglo oštećenje kafa na trahealnoj kanili (TK).
7. Klemovati proksimalni kraj ETT, te pomjeriti distalni kraj ETT neposredno iznad trahealnog otvora.
8. Plasirati nefenestriranu, kaf- kanilu kako bi se spriječila diseminacija virusnih partikula preko gornjih disajnih puteva.
9. Naduvati kaf na TK maksimalno i povezati sa sistemom te uspostaviti ventilaciju.
10. Provjeriti kapnografiju i na taj način potvrditi dobru poziciju TK (na taj način se izbjegava kontaminacija stetoskopa pri auskultaciji).
11. Pažljivo ukloniti klemovani ETT.
12. Dodatno stabilizovati kaf- kanilu šavovima.
13. Pažljiv transport pacijenta do JIL.

Postoperativna njega:

1. Prilikom pomjeranja pacijenta posebno voditi računa da akcidentalno ne dođe do pomjeranja TK.
2. Periodično provjeravati da li je kaf trahealne kanile maksimalno naduvan.
3. Obezbijediti adekvatnu toaletu disajnih puteva zatvorenim aspiracionim sistemom.
4. Prva zamjena kanile se preporučuje nakon 7 do 10 dana. Tom prilikom ljekar mora imati potpunu LZO.
5. Sukcesivne zamjene kanile činiti jednom mjesečno.
6. Pacijentu plasirati nefenestriranu kaf-kanilu sve dok se ne utvrdi da je pacijent COVID negativan.
7. Nakon što se utvrdi da je pacijent definitivno COVID negativan i planira se premještaj iz JIL na COVID negativno odjeljenje, može se izduvati kaf.
8. Dekanilman planirati i sprovesti nakon pažljive opservacije i u dogovoru sa ordinirajućim ljekarom i fizijatrom.

Literatura:

1. COVID-19 Tracheostomy Guidance- T. Jacob et al. <https://www.entuk.org/sites/default/files/COVID%20tracheostomy%20guidance%20%206%20April%202020%20update.pdf>
2. Tracheotomy Recommendations During the COVID-19 Pandemic. Airway and Swallowing Committee of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. <https://www.entnet.org/content/tracheotomy-recommendations-during-covid-19-pandemic>