



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

in collaborazione con



n. 6

Gestione del paziente
laringectomizzato
negli interventi d'emergenza



Gestione del paziente laringectomizzato negli interventi d'emergenza

Indice

Presentazione (Prof. Francesco Schittulli)	2
Presentazione (Dott. Maurizio Magnani)	3
Introduzione	4
Chi è il laringectomizzato	7
Come si riconosce un laringectomizzato	8
Come prestargli il pronto soccorso	11
■ La respirazione artificiale al laringectomizzato	11
Ulteriori precauzioni	16
■ Laringectomizzato portatore di protesi fonatoria	16
■ Laringectomizzato con lesioni alla colonna	16
■ In caso di incendio	17
■ In caso di pioggia	18
LILT	19
■ Obiettivi e attività	19
■ Come sostenere la LILT	19
FIALPO	20



Presentazione

Molte e importanti sono le attività che accomunano la LILT e la FIALPO, a partire dall'impegno rivolto alla prevenzione come metodo privilegiato nel diffondere la cultura della vita, per poi passare all'assistenza ospedaliera e domiciliare per i pazienti e ai loro familiari.

Particolare rilievo è infine riservato alla formazione del personale e dei volontari, che sempre più si dimostrano risorse indispensabili.

La prevenzione è, comunque, la ragion d'essere della LILT.

Ed è su questo delicato terreno che crediamo si possa fare ancora molto, educando la cittadinanza a stili di vita corretti e promuovendo la buona pratica della diagnosi precoce.

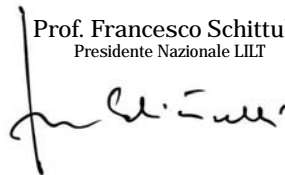
Crediamo, infatti, sia necessario confrontarsi in maniera adeguata alle problematiche più concrete ed immediate della patologia oncologica.

Questo opuscolo ha il fine di restituire dignità al paziente laringectomizzato garantendogli una migliore qualità di aspettativa di vita.

Uniti possiamo essere più forti in questa comune battaglia e se la nostra missione è quella di perseguire migliori condizioni di vita a chi si trova in un momento delicato della propria esistenza, l'ipotesi di una proficua sinergia non può che rivelarsi lo strumento più efficace.

Insieme saremo così in grado di far fronte alle nuove sfide che, di volta in volta, ci troveremo ad affrontare, consapevoli che prevenire è vivere, più a lungo e meglio.

Prof. Francesco Schittulli
Presidente Nazionale LILT



Presentazione

Dai dati rilevati nel corso di indagini conoscitive sono state riportate diverse criticità in occasione di momenti di soccorso di pazienti laringectomizzati e tracheotomizzati. Si tratta per lo più di eventi clinici di gravità media ma sono note anche situazioni di difficile soluzione che hanno portato a morte il paziente. Il presente volumetto vuole rappresentare un valido supporto per i corsi di formazione del personale del soccorso-emergenza nella gestione delle problematiche dei pazienti portatori di tracheostoma.

Sono stati volutamente adottati un linguaggio non strettamente tecnico e delle iconografie didattiche per offrire una informazione chiara e completa.

Dott. Maurizio Magnani
Presidente Nazionale FIALPO





Introduzione

Quando si presta soccorso d'urgenza ad un paziente laringectomizzato occorre tenere presente che si tratta di un paziente particolare. A causa delle loro alterate funzioni anatomiche e fisiologiche intervenire su questi individui presenta diverse aree di rischio, tra cui:

- Ventilazione scorretta tramite naso e bocca;
- Intubazione difficoltosa;
- Problemi di fissaggio della mascherina sul collo;
- Superficialità nel comprendere i rischi legati ad incrostazioni e tappi di muco sullo stoma;
- Possibile ingestione nelle vie aeree di protesi fonatoria.

Secondo le statistiche ogni anno in Italia si eseguono circa 5.500 interventi di laringectomia e si stima che attualmente siano circa 50.000 gli individui laringectomizzati su tutto il territorio. Tuttavia occorre sottolineare che tanti pazienti sono tracheotomizzati, ma non tutti respirano dall'apertura sul collo. In tutto il mondo i laringectomizzati si trovano a dover affrontare e patire tutta una serie di problematiche quando sono oggetto di interventi d'urgenza e di pronto soccorso a causa di problemi riguardanti lo stoma o difficoltà respiratorie. Tra i problemi più comuni si riscontra:

- 1** Non immediata identificazione che trattasi di soggetto laringectomizzato, se non dichiarato dal paziente o da un suo familiare.
- 2** Poca o insufficiente conoscenza da parte del personale delle ambulanze su come trattare un laringectomizzato che ha come conseguenza
 - errata somministrazione di ossigeno tramite naso e bocca;
 - incapacità ad intervenire con l'aspiratore tracheale.
- 3** Equipaggiamento delle ambulanze non idoneo per il soccorso ai laringectomizzati per carenza di
 - maschera tracheostomale per la somministrazione di ossigeno;



- aspiratore tracheale per la rimozione delle mucosità;
- pinzette tracheali per la rimozione di tappi di muco.

4 Trasporto dei pazienti nelle postazioni di Pronto Soccorso più vicine, anziché in uno con specialità Otorinolaringoiatrica.

5 Scarsa conoscenza da parte del personale del Pronto Soccorso ospedaliero su come trattare i pazienti laringectomizzati riguardo a


- come sbloccare lo stoma;
- modalità di somministrazione dell'ossigeno;
- modalità di aspirazione tracheale;
- scarsa comprensione delle problematiche di umidificazione.

6 Indisponibilità, nei locali del Pronto Soccorso ospedaliero, di apparecchiature idonee per il trattamento di emergenza dei laringectomizzati quali

- maschere per tracheostoma;
- aspiratori tracheali;
- umidificatori/nebulizzatori;
- collegamenti per intubazione;
- tubi endotracheali di diametro appropriato.

A titolo di esempio riportiamo alcuni casi avvenuti in passato in vari Paesi del mondo occidentale.

- Un paziente laringectomizzato viene trasportato da un familiare al Pronto Soccorso per difficoltà respiratorie. Sebbene visitato da un medico, non viene riscontrato alcun problema e non viene trattato. Solo dopo reiterata insistenza del familiare viene fatta intervenire un'infermiera ORL, che rimuove un tappo di muco che ostruisce lo stoma eliminando così la difficoltà respiratoria.

- 
- Un paziente laringectomizzato arriva al Pronto Soccorso ed accusa dolori al petto. Il personale infermieristico predispone la somministrazione dell'ossigeno. Alla dichiarazione che la persona non respira da naso e bocca, viene chiesto di tenere ben posizionata la mascherina affinché sia possibile forzare l'entrata dell'ossigeno nelle fauci.

Può anche accadere che le apparecchiature necessarie siano disponibili, ma lo staff sanitario del Pronto Soccorso non sia a conoscenza della loro dislocazione.

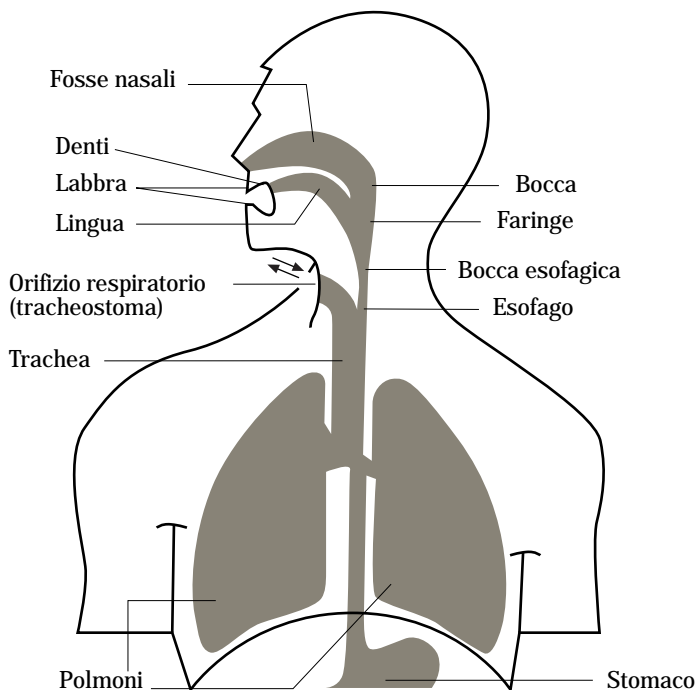
Il presente manuale è stato approntato allo scopo di fornire alcuni consigli sulle modalità di soccorso ai laringectomizzati, in modo da rendere più facile il lavoro degli addetti alle ambulanze, dei Pronto Soccorso e di altri operatori come i Vigili del Fuoco e i volontari della Protezione Civile.

Chi è il laringectomizzato

Il laringectomizzato, uomo o donna, è una persona a cui i medici, a causa di un cancro, hanno asportato la laringe nel tentativo di salvarle la vita.

Come conseguenza primaria ed immediata queste persone perdono la capacità di parlare, così come la si intende comunemente. Vi sono poi dei casi in cui, a seconda del tipo di intervento subito, ci può essere anche la perdita dell'Olfatto o del Gusto o di entrambi, per cui non si avvertono più gli odori e i sapori.

Il laringectomizzato è poi costretto per tutta la vita a respirare tramite un tracheostoma (apertura circolare praticata alla base del collo) e pertanto la sua respirazione immette aria direttamente nei polmoni senza che essa venga preventivamente filtrata, riscaldata ed umidificata.



Come si riconosce un laringectomizzato

Il laringectomizzato presenta una cicatrice ben visibile su ambo i lati del collo, che si diparte dalla base dello stesso e, in alcuni casi, si protrae fin dietro le orecchie. Molti indossano un bavaglino di cotone, dei medaglioni oppure indumenti con il collo alto (specialmente le donne) allo scopo di proteggere lo stoma (figg. 1-5). Sotto tali protezioni può esserci una specie di cerotto, permeabile all'aria, che provvede a una minima umidificazione, riscaldamento e filtrazione dell'aria respirata.

Sebbene sia in grado di parlare con voce faringo-esofagea (voce rauca e di tono basso), non riesce a gridare e, quando è emozionato o sotto stress, ha difficoltà a parlare. In queste circostanze, allora, per richiamare l'attenzione o per chiedere aiuto, potrebbe attivare un Messaggio Vocale registrato in un dispositivo che porta con sé, oppure usare dei gesti particolari come battere le mani o soffiare in un fischiello, dato che non può fare altrimenti.

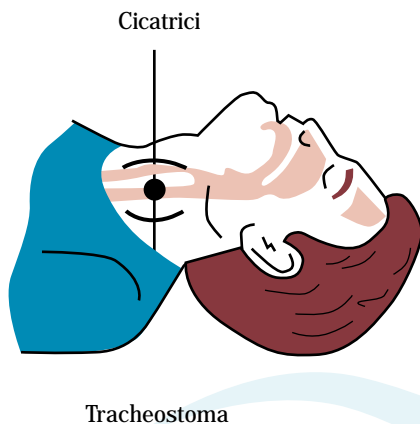




Fig. 1

1° tipo di copertura
del tracheostoma



Fig. 2

2° tipo di copertura
del tracheostoma



Fig. 3

Filtro copri-protetti stoma



Fig. 4

Tracheostoma
scoperto e libero



Fig. 5

Tracheostoma con
protesi fonatoria



Come prestargli il pronto soccorso

Molti laringectomizzati indossano un Braccialetto fluorescente su cui la scritta "LARYNX" sta ad indicare l'organo offeso; sono inoltre riportate l'indicazione del metodo di respirazione artificiale con AMBU e del tipo di collarino immobilizzatore da usare in caso di necessità. Comunque è sempre consigliabile per prima cosa scoprire il collo del soggetto per verificare se esso è laringectomizzato o meno. In un attimo ci si accerta se il paziente ha un foro nel collo da dove respira e tramite il quale, se necessario, si può praticare la respirazione artificiale.

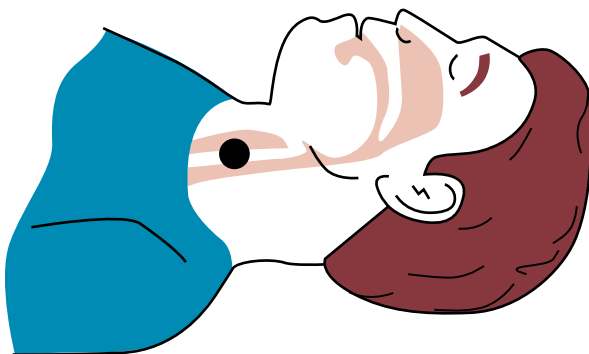
Ci sono tantissimi laringectomizzati che si muovono e viaggiano come ogni altra persona per cui, in caso di incidente, va fatta subito una rapida esplorazione del collo in modo che il soccorritore sappia da dove attuare la respirazione artificiale.

La respirazione artificiale al laringectomizzato

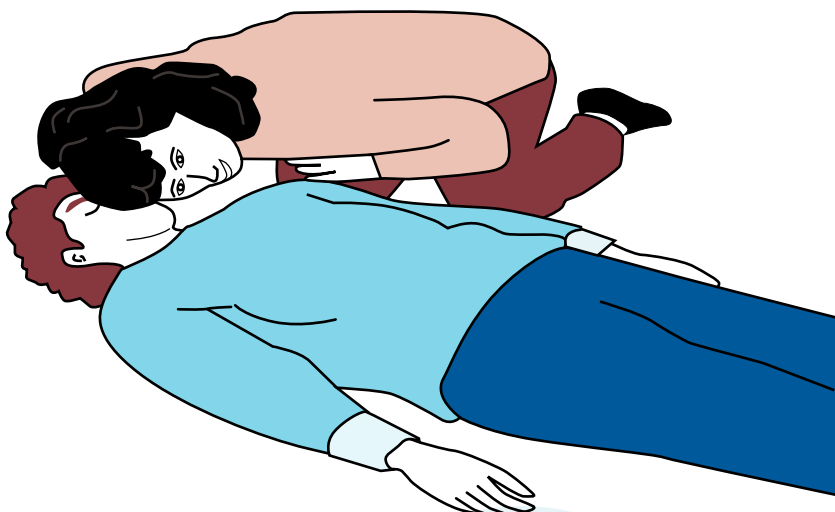
La respirazione artificiale bocca-a-bocca unitamente al massaggio cardiaco ha salvato una miriade di vite umane e per praticare questa tecnica non sono richiesti strumenti particolari.

Togliere o allentare tutti gli indumenti che impediscono di scoprire completamente il petto e il collo. Togliere tutto ciò che copre o protegge lo stoma come filtri, bavaglini, collarini, medaglioni e collane. Qualora si noti la presenza di cannula tracheale non rimuoverla!

Disporre la testa in posizione orizzontale e non in iperestensione (testa tutta tesa indietro) e verificare se c'è respirazione collocando l'orecchio vicino allo Stoma per sentire, udire, ascoltare il passaggio dell'aria.



Posizionamento orizzontale della testa



Auscultazione del passaggio dell'aria nello stoma



Se il passaggio d'aria è debole, verificare che lo stoma sia libero e che non presenti ostruzioni come tappi di muco o mucosità abbondante.

- Tappo di muco: rimuovere delicatamente il tappo di muco utilizzando le apposite pinzette tracheali (fig. 6).
- Mucosità: utilizzare l'aspiratore tracheale, facendo attenzione a non introdurre la cannula d'aspirazione oltre 3-4 cm all'interno dello stoma. Evitare di aspirare le pareti della trachea per evitare possibili emorragie.

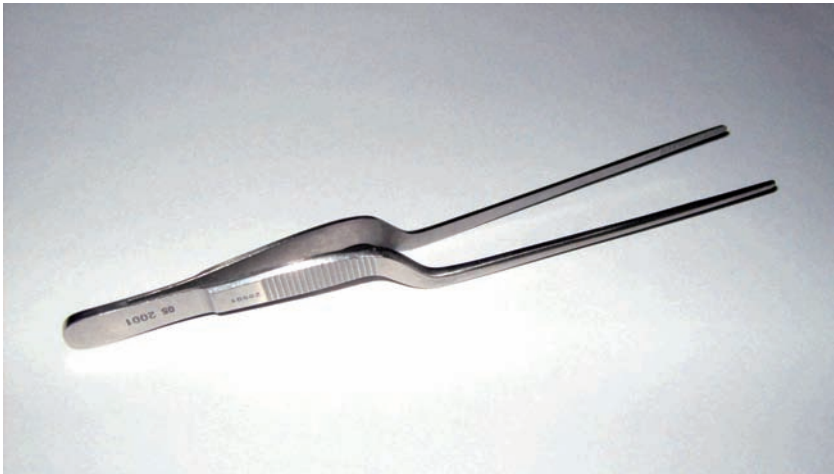
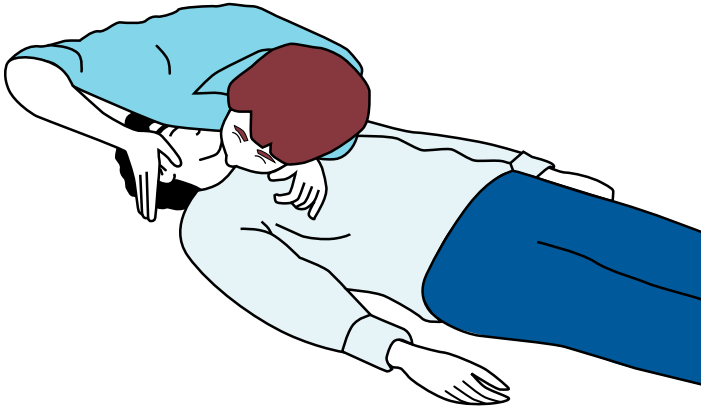


Fig. 6. Pinza a baionetta per la rimozione dei tappi mucosi superficiali

Una volta liberato l'ingresso dello stoma iniziare la respirazione bocca-collo immediatamente, ponendo la bocca e le labbra saldamente sopra lo stoma o attorno alla cannula.



Respirazione Bocca-Collo

Se si dispone di un AMBU, o di altri dispositivi che si adattino perfettamente allo stoma o alla cannula, la respirazione Bocca-Collo può essere attuata tramite questi utensili.



Respirazione artificiale con AMBU



I tempi e i ritmi di questa respirazione devono essere quelli che si seguono nella normale tecnica del Bocca-a-Bocca. Qualora si verificasse che l'aria insufflata fuoriesca dalla bocca o dal naso (ciò accade quando il soggetto è portatore di protesi fonatoria oppure ha soltanto una tracheotomia), bisogna impedire la fuoriuscita dell'aria stringendo le narici tra pollice ed indice e ponendo il palmo della mano in modo da tappare la bocca, cosicché l'aria possa fluire nei polmoni.



Fig. 7. Aspiratore tracheale clinico



Fig. 8. Aspiratore tracheale portatile

Ulteriori precauzioni

Laringectomizzato portatore di protesi fonatoria

Se si verifica che il soggetto è portatore di protesi fonatoria, nel caso fosse necessario procedere ad intubazione tracheale, questa deve essere preventivamente rimossa per evitare che venga spinta all'interno dei polmoni. La protesi è costituita da un tubicino in materiale anallergico ed ha un peduncolo che fuoriesce dallo stoma ed è fissato sotto il mento con un adesivo. Alcuni pazienti completano il tutto con una valvola fonatoria formata da un cilindretto che chiude tutta l'area del tracheostoma. Anche questo deve essere rimosso prima della protesi nel caso di intubazione.

Laringectomizzato con lesioni alla colonna

Quando si abbia il sospetto che vi siano lesioni alla colonna vertebrale, la vittima dovrà essere trattata come qualsiasi altro soggetto non laringectomizzato, salvo avere delle precauzioni per quanto concerne il collarino cervicale.

Questo deve essere di tipo speciale, cioè deve essere come quello predisposto per la tracheotomia, che dispone di un'apertura tale da permettere al paziente di respirare senza occludere il tracheostoma.



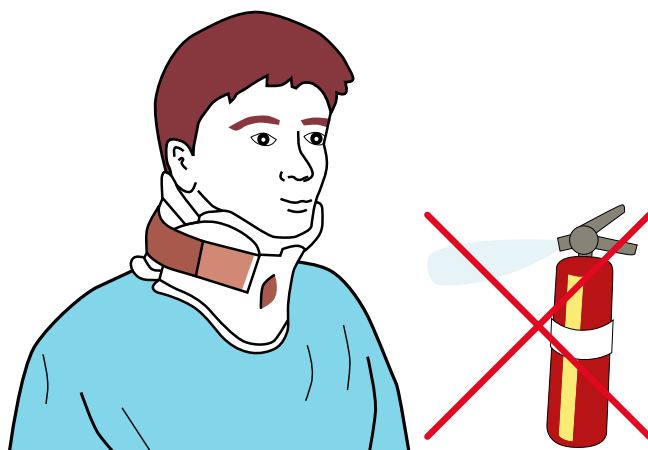
In caso di incendio

In tale situazione il paziente laringectomizzato deve essere trattato nel seguente modo:

- coprire il foro del collo con un panno umido, ma senza stringerlo per consentirgli la respirazione;
- somministrare l'ossigeno con la mascherina posta sullo stoma;
- se la vittima è avvolta dalle fiamme, non dirigerli getti di estintori né di acqua all'altezza della zona collo, poiché l'ingresso di acqua nello stoma può essergli letale;
- nel caso di vomito, non girargli soltanto la testa bensì tutto il corpo. Girandogli solo la testa si rischia di provocare l'ostruzione dello stoma impedendogli la normale respirazione.



Applicare la maschera dell'ossigeno sullo stoma



Evitare il getto di estintori all'altezza del collo

In caso di pioggia

Un laringectomizzato caduto a terra all'aperto a seguito di un incidente, non va mai lasciato senza adeguata copertura che lo protegga dalla pioggia. L'entrata d'acqua dallo stoma potrebbe farlo rapidamente affogare.



La LILT è l'unico Ente Pubblico su base associativa impegnato nella lotta contro i tumori, che dal 1922 opera, senza fini di lucro, su tutto il territorio nazionale. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti ed organizzazioni impegnati in campo oncologico. Membro dell'European Cancer Leagues (ECL), dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e dell'European Network of Quitlines (ENQ), svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea e dell'interscambio di informazioni sui tumori tra gli Stati membri.

Nel 2003 la LILT è stata insignita con la Medaglia d'Oro al Merito della Salute Pubblica dal Presidente della Repubblica. Con le sue 104 Sezioni Provinciali, i 20 Comitati Regionali e le oltre 800 Delegazioni comunali, la LILT si contraddistingue per un forte radicamento sul territorio e, grazie soprattutto ai suoi oltre 379 ambulatori e 11 hospice, offre un servizio capillare e prezioso nella lotta contro il cancro.

Obiettivi e attività

- Prevenzione:
 - Informazione e promozione di stili corretti salutari
 - Diagnosi precoce
 - Assistenza e riabilitazione
- Volontariato
- Ricerca clinica ed epidemiologica

Come sostenere la LILT

Aiutare la LILT vuol dire contribuire concretamente alla lotta contro il cancro:

- diventando socio della Sezione Provinciale LILT del tuo territorio
- diventando partner
- con il 5 per mille inserendo nella dichiarazione dei redditi il codice fiscale della Sede Centrale o di una delle Sezioni Provinciali LILT
- con una donazione
- scegliendo di donare il proprio tempo al volontariato

Per dettagli ed aggiornamenti sulle iniziative, visitate il sito www.lilt.it oppure rivolgetevi alle Sezioni Provinciali del Vostro territorio.

La FIALPO è la Federazione Italiana delle Associazioni di Laringectomizzati a Pazienti Oncologici della testa e del collo che opera senza fini di lucro ed ha i seguenti compiti istituzionali:

- promuovere iniziative provinciali, regionale e nazionali condivise con il carattere dell'uniformità;
- promuovere la ricerca scientifica con spirito collaborativo con la classe medica e con l'industria farmaceutica;
- promuovere campagne di prevenzione anche in collaborazione con altri organismi operativi a livello nazionale;
- promuovere e garantire un'assistenza ospedaliera e domiciliare;
- organizzare convegni scientifico-informativi su temi di interesse pratico;
- istituire e gestire scuole per le disabilità comunicative e senso-motorie collegate alla patologia ORL;
- offrire assistenza psicologica a pazienti e familiari nel periodo pre-operatorio e post-operatorio, nonché nel difficile momento del ritorno a casa;
- prendersi cura della formazione continua dei propri volontari dediti al supporto riabilitativo e di tutto il personale sanitario e di contatto dedicato;
- realizzare un'alleanza complice con il SSN su temi come l'assistenza, il miglioramento della QdV, la sperimentazione di nuove terapie ed una corretta comunicazione;
- raccogliere informazioni per una corretta elaborazione statistica.

FIALPO

Sede: Via Fratelli Rosselli 11, 37138 Verona - Tel. 045.561789 Fax 045.561789
E mail: info@arvmdv.it - Sito internet: www.fialpo.it



Finito di stampare nel mese di giugno 2009



www.lilt.it

