

Leserbrief zu:**Einfaches Intubationsverfahren
bei unerwartet schwierigem Atemweg**

(Anästh Intensivmed 2012;53:494-496)

Sehr geehrter Herr Kollege Weis, haben sie vielen Dank für Ihre Publikation in Anästhesiologie & Intensivmedizin, in der Sie eine Praxisempfehlung für die Situation des unerwartet schwierigen Atemweges abgeben.

Der hohe Stellenwert der Videolaryngoskopie für diese schwierige klinische Situation wird korrekt dargestellt, und es kann gar nicht oft genug konstatiert werden, welche erhebliche Erleichterung die Innovation der Videolaryngoskopie für den Anästhesiologen in der täglichen Praxis darstellt.

Zu meiner großen Verwunderung favorisieren Sie jedoch im Gegensatz zu gängiger, etablierter Praxis und namhaften Publikationen zu diesem Thema die Intubation über einen mit Magillzange fixierten Absaugkatheter unter videolaryngoskopischer Sicht (C-Mac, Fa. Storz). Im Besonderen stellen Sie das geringe Verletzungsrisiko dieser Intubationstechnik hervor. Ich muss Ihnen an dieser Stelle widersprechen. Meines Erachtens ist Ihre Vorgehensweise nicht nur äusserst umständlich, birgt ein nicht unerhebliches Verletzungsrisiko, sondern widerspricht etablierten Empfehlungen, die allesamt auf die Verwendung des Eschmannstabes abheben.

Als regelmäßiger Anwender der Videolaryngoskopie seit Anfang 2009 habe ich mich stets an Empfehlungen und seriösen Publikationen orientiert, die die Intubation unter Zuhilfenahme des Eschmannstabes zur Vermeidung von Tubuspassageproblemen favorisierten und diese

Technik – auch in schwierigen Situationen – zu schätzen gelernt.

Selbstverständlich können in Abhängigkeit der bestehenden Atemwegsmorphologie und ausbildungsstandassoziiert Verletzungen durch Atemwegsmanagement nie ausgeschlossen werden, jedoch empfehlen namhafte Anästhesiologen (Henderson J. in Dörges und Paschen, Springer 2004) und die Fa. Karl Storz selbst die Verwendung des „Gum elastic bougy“ als Schiene für den Endotrachealtubus während Videolaryngoskopie.

In diesem Kontext erscheint es unnötig, ein neues, wenig praktikables „Airwaymanagement“ mit deutlich erhöhtem Verletzungsrisiko für den Patienten zu empfehlen. Richtig hingegen ist die Empfehlung einer breiten Implementierung der Videolaryngoskopie in alle anästhesiologischen Kliniken.

Mit kollegialen Grüßen
Dr. med. Marc Achilles, DESA

Korrespondenzadresse**Dr. med. Marc Achilles, DESA**

Klinik für Anästhesiologie und
operative Intensivmedizin
Marien-Hospital gGmbH
Pastor-Janßen-Straße 8-38
46483 Wesel, Deutschland

Tel.: 0281 104-1181 oder -1180

Fax: 0281 104-1189

E-Mail: marc.achilles@prohomine.de

Stellungnahme zum Leserbrief

Sehr geehrter Herr Chefarzt Dr. Achilles, ich bedanke mich bei Ihnen stellvertretend für alle erhaltenen Kommentare zu meiner Publikation.

Tatsächlich ist die Videolaryngoskopie nicht Teil der im vorliegenden Artikel beschriebenen Technik, sondern ein Mittel, um diese Technik anhand geeigneter Fotografien zu veranschaulichen.

Mit Einführung einer qualitativ hochwertigen Videolaryngoskopie (z.B. C-MAC™ der Fa. Karl Storz) kann die Zahl der als schwierig beschriebenen Intubationen und der Einsatz von Intubationslarynxmaske oder Fiberoptik auch in unserer Klinik deutlich verringert werden.

Die Nutzung weiterer, potentiell traumatisierender Hilfsmittel ist dabei selten erforderlich.

Stehen im Notfall allerdings nur einfachste Hilfsmittel zur Verfügung, bevorzuge ich aus den im Artikel genannten Gründen weiter die Kombination aus dickem Absaugkatheter (18 Charrière 6 mm Durchmesser) und kleiner Magillzange (20 cm Gesamtlänge) zur Schienung der Intubation wohl wissend, dass dabei eine „helfende Hand“ (Assistenzpersonal) und ein durchschnittlich geschickter Anwender erforderlich ist.

Rainer M. Weis, DEAA, Schwandorf