

Kommentar zur Replik

Wir freuen uns, dass unsere Kasuistik [1] dazu beiträgt, die Notfall-Koniotomie kritisch zu diskutieren, und bedanken uns insofern für den Diskussionsbeitrag.

Unsere Kasuistik hat nicht zum Ziel, bestehende Studien in Frage zu stellen, die eine chirurgische Notfall-Koniotomie mit der über einen Führungsdraht vergleichen. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass allein im Jahr 2016 zwei Studien publiziert wurden, die aus unserer Sicht den Einsatz des in unserem Beitrag beschriebenen Sets kritisch in Frage stellen lassen [2,3]. Dennoch ist die Studienlage allein selbstverständlich nicht ausreichend, um sich für ein Prinzip der Notfall-Koniotomie evidenzbasiert zu entscheiden. Zumal die vergleichenden Studien zwangsläufig den situativen Notfallcharakter und den auch beim erfahrenen Anästhesisten damit einhergehenden Stresslevel unberücksichtigt lassen und somit nur bedingt aussagekräftig sind, was Publikationen von Kasuistiken mit der Beschreibung von Koniotomien in solch seltenen Notfallsituationen umso wichtiger erscheinen lässt.

Das von uns verwendete Set ist für die Notfall-Koniotomie konzipiert und sollte vom erfahrenen Anästhesisten intuitiv richtig, rasch und zuverlässig angewendet werden können, insbesondere da in

einer solchen Notfallsituation eine bronchoskopische Lagekontrolle des Drahtes nicht möglich ist. Frau Hilgenheger und Herr Brugger weisen zu Recht darauf hin, dass der Dilatator dem Draht folgen sollte. Das war auch unsere Intention, ließ sich aber bei der ruhig liegenden Patientin nicht durchführen. Als Ursache stellte sich im Nachhinein ein Knick im Draht heraus.

Nach diesem Fall haben wir mehrfach mit neuen Melker-Koniotomie-Sets eine Koniotomie am Modell simuliert. Hier ließ sich ohne großen Kraftaufwand (!) der Draht knicken. Damit war auch in der Simulation ein Verschieben des Dilatators äußerst erschwert oder gar unmöglich. Ein einmal geknickter Draht ließ sich zudem nicht mehr begradigen. Für unsere Klinik haben wir als Konsequenz ein chirurgisches Set zur Notfall-Koniotomie eingeführt und geschult. Davon werden wir erst abrücken wollen, wenn ein Melker-Koniotomie-Katheter-Set mit an der Trachealkanüle fixiertem Dilatator und knickstabilem Seldingerdraht zur Verfügung steht. Letztere sind in anderen Bereichen längst üblich und sollten von uns Anästhesisten auch für das Melker-Koniotomie-Set eingefordert werden.

Literatur

1. Anästh Intensivmed 2017;58:157-160
2. Br J Anaesth 2016; 117(2):236-42
3. Anesthesiology 2016;125:295-303

Michael Booke · Sebastian Casu,
Bad Soden