

M. Ittershagen

Leserbrief zum Beitrag:**Verwendung der Larynxmaske bei Adenotonsillektomien bei Kindern an einer Ausbildungsklinik**

(Anästh Intensivmed 2025;66:117–123)

Sehr geehrte Autor*innen,

herzlichen Dank für Ihre Arbeit „Verwendung der Larynxmaske bei Adenotonsillektomien bei Kindern an einer Ausbildungsklinik“. Einige Punkte möchte ich hierzu gerne anmerken:

1. Sie geben an, nur in der LMA-Gruppe sei „gelegentlich die Beatmung aufgrund des Davis-Boyle-Mundsperrers nicht möglich (4,14 %, n = 6)“ oder sei es zu einem „relevanten Leck (2,76 %, n = 4)“ gekommen. Da dies jedoch nicht zu schwerwiegenderen Komplikationen, wie z. B. einer Aspiration geführt habe, seien diese Ereignisse als geringfügig eingestuft worden. Im Fazit schreiben Sie: „Die LMA hat eine etwas höhere Rate an geringfügigen Komplikationen. Die Rate für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse unterscheidet sich jedoch zwischen ETT und LMA nicht“. Unter Sicherheitsaspekten bietet sich hier aus meiner Sicht der Vergleich mit der Luftfahrt an. Dort würde der Ausfall beider Triebwerke wohl schwerlich als „nicht schwerwiegende Komplikation“ bezeichnet werden. Zieht man die Parallele zur Anästhesiologie, muss man bei einer zeitweisen Unmöglichkeit

der Beatmung durchaus von einer schwerwiegenden Komplikation sprechen – zumal einerseits bei pädiatrischen Patient*innen besonders schnell mit einer Entättigung zu rechnen ist, andererseits gerade bei Adenotonsillektomien eine Umintubation durch eine Blutung im OP-Feld massiv erschwert sein kann. Bei einer Kombination dieser Faktoren fehlt dann nicht mehr viel zu einem fatalen Ereignis.

2. Unter Sicherheitsaspekten fällt auch auf, dass laut Ihren Angaben eine Relaxometrie nicht regelmäßig zum Einsatz gekommen sei. Allein die von Ihnen berichtete, unerwartet lange Wirkdauer des Mivacuriums (wohlbemerkt bei Anwendung einer Larynxmaske) bei vermutetem Vorliegen einer atypischen Plasma-cholinesterase zeigt die unbedingte Notwendigkeit der routinemäßigen Anwendung dieses einfachen, nichtinvasiven, günstigen und ubiquitär verfügbaren diagnostischen Mittels zur Vermeidung nicht nur pulmonaler Komplikationen.
3. Der Stellenwert, den in Ihrem Beitrag gegenüber solchen Sicherheitsaspekten der Eingang auf die Prozesszeiten einnimmt, mag bei zu-

nehmendem ökonomischem Druck auf die Krankenhäuser und unser aller Verantwortung für einen optimalen Einsatz der Ressourcen nachvollziehbar sein.

Ihr Schlussatz „Daraus lässt sich schließen, dass die LMA bei pädiatrischen Adenotonsillektomien in Bezug auf die Komplikationsrate dem ETT gleichwertig und in Bezug auf die Verfahrensdauer überlegen ist“ wird dadurch jedoch nicht zutreffender. Es besteht die Gefahr, dass die gute und sicher richtige Absicht, die Prozesszeiten zu optimieren, letztlich mit unserer Pflicht kollidieren könnte, für alle Patient*innen unter allen Umständen die sicherst mögliche Behandlung zu gewährleisten. Bei ansonsten vergleichbarer Komplikationsrate, jedoch keinem Fall eingetretener Unmöglichkeit der Beatmung, erscheint zur Vermeidung von kritischen bis fatalen Zwischenfällen nach der Lektüre ihrer Arbeit bis zum Beweis des Gegen-teils die endotracheale Intubation ein deutliches Sicherheitsplus zu bieten, hinter dem alle Aspekte hinsichtlich einer Optimierung der Prozesszeiten zurückzustehen haben.

Martin Ittershagen, Köln

Antwort auf den Leserbrief

Sehr geehrter Herr Ittershagen!

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Untersuchung und Ihre wertvollen Anmerkungen. Wir verstehen und teilen Ihre Vorbehalte gegenüber einer fortgesetzten Ökonomisierung insbesondere in der Kindermedizin. Wir wollen keinesfalls so verstanden werden, durch die Vernachlässigung von gängigen Sicherheitsstandards eine weitere Kostendämpfung zu ermöglichen. Tatsächlich hat uns diese in Gestalt der unzureichenden Vergütung von Adenotonsillektomien im Kindesalter jedoch erst in die Situation gebracht, dass solche Kinder im niedergelassenen Bereich kaum noch versorgt werden und an allen Zentren lange Wartelisten abzuarbeiten sind. Eine Wartezeit von 9–12 Monaten auch bei kindlichem OSAS führt hingegen zu einer wesentlichen Gefährdung der kleinen Patienten. Diese Problematik wurde übrigens auch bei einer Podiumsdiskussion im wissenschaftlichen Arbeitskreis Kinderanästhesie bereits ausgiebig gewürdigt.

Im Gegenteil war unser Ziel zu differenzieren, ob eine nur „gefühlt“ oder auch tatsächliche Zeitersparnis zu mehr versorgten Fällen pro OP-Tag und damit zu höherer Versorgungsqualität führen kann. Dies hat sich in unserer retrospektiven Analyse leider nicht bestätigt. Eine Gefährdung der kleinen Patienten durch Bevorzugung der LMA ergibt sich bei Beachtung der (relativen) Kontraindikationen (z. B. erwartet schwieriger Atemweg, Tonsillektomie, etc.) nach un-

serer festen Überzeugung und gemäß den Angaben in der vorhandenen Literatur jedoch nicht (Literaturstellen 6–17 in unserem Originalartikel). In unserer Institution wird der Atemweg individuell den Vorerkrankungen des Kindes, etwaigen operativen Besonderheiten und der jeweiligen Teamexpertise angepasst. Die von Ihnen zu Recht als kritisch aufgeführte Situation der Undichtigkeit oder der insuffizienten Ventilation tritt nach unserer Erfahrung und nach den Angaben anderer Autorenteams regelhaft und quasi ausschließlich beim Einsetzen des Mundsperrers ein [1,2]. Zu diesem Zeitpunkt wird bei uns routinemäßig ein zweites „Team Timeout“ durchgeführt, bei dem die Sicherheit des Atemweges und die Exposition des OP-Gebiets kritisch gewürdigt wird. Im Zweifelsfall kommt es zu einem Verfahrenswechsel im Sinne einer Intubation. Bei sorgfältiger Arbeitsweise ändert sich an der Dichtigkeit der LMA während des gesamten Eingriffes (stabile Phase der Sperrerposition) nichts mehr. Erst nach sorgfältiger Blutstillung (inkl. Vasokonstriktor), sowie mehrfachem Absaugen wird zunächst der Sperrer durch den Operateur und bei suffizienter Spontanatmung sowie nach Rückkehr der Schutzreflexe die LMA häufig erst im Bett und immer in stabiler Seitenlage entfernt. Der höhere (!) Zeitbedarf für die (sorgfältigere und aufwändigere) Sperrer-Insertion bei Verwendung der LMA und für einen etwaigen Verfahrenswechsel (sekundäre Intubation) geht in unserer Untersuchung vollständig zu

Lasten der LMA-Gruppe. Dies ist eine weitere Erklärung dafür, dass die gefühlte Wahrheit der schnelleren Prozedur mittels LMA keinen weiteren Eingriff pro OP-Tag ermöglicht. Es erklärt auch, warum die verlängerte Wirkung von Mivacurium (nach Verfahrenswechsel) in der LMA-Gruppe aufgetreten ist. Wir sehen einen relevanten Sicherheitsgewinn bei Anwendung der LMA auch im Verzicht auf Muskelrelaxantien mit ihren zahlreichen weiteren unerwünschten Wirkungen neben einem potenziellen Überhang. Natürlich haben Sie recht mit dem Hinweis, dass eine Relaxometrie bei Verwendung von Muskelrelaxantien Goldstandard ist. Durch Aufstockung des Monitorings mit Akzelerometrie an jedem Arbeitsplatz ist dieses Manko bei uns allerdings noch im Laufe der vorliegenden Untersuchung behoben worden.

Mit freundlichen Grüßen,

Daniel Bolkenius, Augsburg und
Jonas Bubmann, Augsburg

Literatur

- Schnurer U, Cassner F, El Khatib M, Tolksdorf W: Die Anwendung der Larynxmaske bei Adenotomien im Kindesalter – ein Vergleich zur endotrachealen Intubation. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1997;32:155–163
- Peng A, Dodson KM, Thacker LR, Kierce J, Shapiro J, Baldassari CM: Use of laryngeal mask airway in pediatric adenotonsillectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2011;137:42–46.

40. SÜDWESTDEUTSCHE ANÄSTHESIETAGE

28. – 29. November 2025

Universitätsklinikum Mannheim

2025

Bild: Universitätsmedizin Mannheim



Organisationskomitee:

Prof. Dr. Grietje Beck · Mannheim
Prof. Dr. Stefan Hofer · Kaiserslautern
Prof. Dr. Dierk Vagts · Neustadt an der Weinstraße

Organisation:

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Straße 9 · 90411 Nürnberg
📞 0911/39 316-41 · 📲 0911/39 316-56
✉️ info-sat@mcn-nuernberg.de
🌐 www.regionaltagungen.de

2025 startet die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) und der Landesverbände – Baden-Württemberg, Reinland-Pfalz, Saarland und Hessen – ein neues Konzept.

Die seit Jahren etablierte Fortbildungsveranstaltung bietet eine ausgewogene Mischung aus wissenschaftlichem Austausch, praxisorientierten Workshops und Vorträgen zu aktuellen Themen der Anästhesiologie.

Mit der Neuausrichtung 2025 soll die Veranstaltung, wie alle weiteren Regionaltagungen der Verbände, stärker an die Universitätsklinik heranrücken, um einen noch direkteren Bezug zur klinischen Praxis und angewandten Forschung herzustellen.

Freuen Sie sich auf ein innovatives Format in neuer Umgebung!

Wissenschaftliche Hauptvorträge, Workshops, Satellitensymposien und eine begleitende Industrieausstellung
werden weiterhin Bestandteil der Veranstaltung sein.

www.regionaltagungen.de

Zur Kongress-
website

