Erwiderung auf die Bemerkungen von Th. Erb et al.

Wir danken für den Leserbrief der Baseler Kollegen. Er gibt uns Gelegenheit, unseren Standpunkt besser darstellen zu können. Die Auffassung der Autoren, daß die fiberoptische Intubation bei Patienten z.B. mit Pierre-Robin-Syndrom „Golden standard“ sei und daß diese Methode nur an Schwerpunktkliniken technisch, logistisch und personell eingesetzt werden kann, gilt zwar als offizielle Lehrmeinung. Wir wollen aber auch begründen, warum wir dennoch Narkose und Intubation bei dem Kind mit Pierre-Robin-Syndrom durchführten.

- Bei dem 6jährigen Jungen war ein Jahr zuvor der Verschuß der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in einer großen Klinik durchgeführt worden. Das Kind war seitdem deutlich gewachsen und sehr zugänglich, es war klinisch unauffällig und hatte vor allem eine ungestörte Mund- und Nasenatmung. Die Mutter wollte jetzt ausdrücklich und beständig die Zahnsanierung in unserem (kleineren) Hause erledigen lassen. Wir informierten sie ausführlich über die möglichen Schwierigkeiten und Gefahren.

Wenngleich unsere vorsichtig und schonend erfolgten Intubationsversuche fehlschlugen, traten bei dem meist spontan atmenden Kind zu keinem Zeitpunkt eine Blutung, Hypersekretion oder gar eine Hypoventilation mit spO_2 -Abfall auf. Wir hätten das Unternehmen dann sofort beendet und wären an eine spezialisierte Klinik herangetreten.

- Wir haben Erfahrung mit der Kehlkopfmaske (K.M.), die wir bei vielen elektiven Eingriffen routiniert verwenden und auch in Situationen des „can-

not ventilate, cannot intubate“ zur Sicherung der Oxygenierung rettend einsetzen konnten. Mit diesem als alternative Ventilationshilfe bewährten *Instrument* im Rücken konnten wir uns deshalb sicher fühlen, haben es freilich erst nach den Intubationsversuchen und einem frustrierten Versuch mit dem Erwachsenen-Bronchoskop eingesetzt. Es ist kennzeichnend für die anatomische Konstellation beim Pierre-Robin-Syndrom und die dabei festzustellende Mallampati-Pathologie, daß die K.M. stabil zu plazieren ist, weil sie am großen Zungengrund leicht vorbeigleitet [3].

- Auch die fiberoptische Intubation bei Kindern (mit und ohne Gesichtsfehlbildungen) ist alles andere als leicht. Trotz tiefer Narkose in Spontanatmung kann hier z.B. ein Laryngospasmus mit bedrohlicher Hypoxie auftreten. Es sei dahingestellt, ob sich für diese Fälle in Zukunft nicht eine Methode etablieren könnte, bei der Kinder konventionell (z.B. mit Propofol und Alfentanil) eingeleitet werden, dann die K.M. eingesetzt bekommen und anschließend bei gesicherter Beatmung fiberoptisch intubiert werden [5].

- Da wir leider kein pädiatrisches Fiberskop besaßen, verwendeten wir die K.M. als *Instrument* [4]. Wir konnten uns mit der Erwachsenenoptik via Maskentubus einen anatomischen Überblick verschaffen, um dann „gezielt blind“ zu intubieren. Der weite Tubus der K.M. ließ das Erwachsenen-Bronchoskop leicht passieren; die Lage der K.M. über dem Larynxeingang konnte so für die Intubation optimiert werden.

Die Kritik der Autoren können wir daher verstehen und möchten das Vorgehen in der damaligen Situation auch

nicht für die Routine vorschlagen. Die Palette der Möglichkeiten zur Ventilations-sicherung und Intubations-erleichterung ist in den letzten Jahren freilich größer und für viele Anwender praktikabler geworden. Gerade die K.M. hat hier die größten Verbesserungen zur Sicherung der Oxygenierung [6] gebracht. Als eindrückliches Beispiel sei die sichere Ventilation eines in Bauchlage eingeklemmten bewußtlosen Patienten dank K.M. genannt. Die Methoden der fiberoptischen Intubation (auch mit Hilfe der K.M.) müssen selbstverständlich weiterentwickelt und -verbreitet werden.

Wir sind daher zufrieden, einen Beitrag zur Atemwegskontrolle geliefert zu haben, der gemeinsam mit dem ASA-Algorithmus diskutiert werden kann [1]. Auch der „K.M.-freundliche“ Algorithmus von Benumof [2] ist hier einzubeziehen.

Literatur

1. ASA (1993) **Task force on management of the difficult airway.** *Anesthesiology* 78:597
2. Benumof JL (1996) **Laryngeal mask airway and the ASA difficult airway algorithm.** *Anesthesiology* 84:686–699
3. Brain AU (1985) **Three cases of difficult intubation overcome by the laryngeal mask airway.** *Anaesthesia* 40:353–355
4. Braun U, Fritz U (1994) **Die Kehlkopfmaske als Instrument.** *Anaesthesist* 43:129–142
5. Golisch W, Hönig JF, Lange H, Braun U (1994) **Schwierige Intubationen bei Gesichtsfehlbildungen im Kindesalter.** *Anaesthesist* 43:1–3
6. Krier C (1996) **Akute arterielle Hypoxie und Larynxmaske.** *AINS* 31:389–391

Dr. H. Dworzak

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,
Kreiskrankenhaus Mühldorf am Inn,
D-84441 Mühldorf am Inn