Die schwierige Intubation beim Erwachsenen

Bemerkungen zur Arbeit
von H. Langenstein und G. Cunitz
Anaesthesist (1996) 45:372–383

Mit großem Interesse habe ich die sehr wichtige und akribisch recherchierte Arbeit über die schwierige Intubation beim Erwachsenen gelesen, zu der Sie mir einige Anmerkungen erlauben mögen.

Das größte Problem bei der schwierigen Intubation scheint mir, daß es für diesen anästhesiologischen Notfall par excellence bis heute noch keine allgemeinverbindlichen Standards bezüglich Prozedere und Equipment gibt, vergleichbar dem Vorgehen bei Maligner Hyperthermie.

Prädiktion, Prävention, perfekter Maskendring, kliniskindividueller Intubationsbehälter, fiberoptische Wachintubation, gehen das Problem von der präventiven Seite her an. Was aber tun, wenn ich mich trotz allem unversehens in der Situation des „cannot ventilate – cannot intubate“, auch als Aufsichtsperson, befinde. Hier sind die ASA-Vorschläge nicht praktikabel genug, ein Behälter, bei dem ich mich zwischen einem Macintosh-, Miller-, Foregger- oder Belscopespatel, und das noch in verschiedenen Größen, entscheiden muß, nicht zweckdienlich. Es sind doch gerade diese konventionellen Laryngoskope, die die Situation der schwierigen bis nicht gelingenden Intubation erst entstehen lassen. Sind sie bei „normaler“ Anatomie zwar recht brauchbar, so finden sie hier aber auch ihre Grenzen.

Nicht der Patient in seiner individuellen Anatomie ist schuld an der nicht gelingenden Intubation, sondern ein unzweckmäßiges, veraltetes Instrumentarium. Obwohl wir doch eigentlich die Fachleute für den „difficult airway“ sein wollen, sind wir vielerorts Umfragen zufolge und nach eigener Erfahrung, kaum besser ausgerüstet als andere Fächer (Fiberoptik, Larynxmaske!) und alles andere als innovationsfreudig.

Wir haben in unserer Abteilung seit Jahren das Bullard-Laryngoskop in Gebrauch, das uns bisher in keinem Fall von unmöglicher konventioneller Intubation im Stich gelassen hat. Gerade bei den von Ihnen herauskristallisierten, immer wieder vorkommenden „Alltagsfällen“ mit vermindertem inframandibulären Raum mit eingeschränkter Beweglichkeit im Atlanto-Okzipitalgelenk, Kiefergelenk, bei prominenten OK-Zähnen, großer Zunge, kurzem Hals etc. stellt es eine ausgezeichnete Hilfe dar. Bei Sichtbehinderung durch Sekret und Blut ist es dem flexiblen Bronchoskop eindeutig überlegen. Ansonsten ist bei uns auch gleichrandig das flexible Bronchoskop in Gebrauch. Mein Vorschlag zu Vorgehen und Ausstattung bei einer „cannot ventilate – cannot intubate“-Situation:

- O₂-Rachensonde einlegen oder nasopharyngeal Spiraltubus und beatmen.

- Bullard-Laryngoskop mit Spiraltubus oder Bronchoskop durch nasopharyngealen Tubus.
- Larynxmaske.
- Combitube.
- Dicke Tuohy-Nadel zur Punktion des Ligamentum conicum mit Anschlußschlauch an den Kreisteil des Narkosegeräts (O₂-Flush). Viel besser separates Jet-Gerät.
- Minikoniotomiebesteck als ultima Ratio (fraglich bei sehr adipösen, kurzhalsigen Patienten).

Eine so profunde Arbeit über die schwierige Intubation sollte ergänzt werden durch dringend erforderliche Standards (nicht unscharfe Empfehlungen) entwickelt auf der Basis von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und einer allgemeinen Umfrage an deutschsprachigen Spitälern über deren Usancen und vorgehaltenen Instrumenten. Bochumer Standards?

Dr. G. Kiefer
Abteilung für Anaesthesiologie,
Kreiskrankenhaus Burghausen,
Krankenhausstraße 1, D-84489 Burghausen