Videolaryngoskopie

Tiefe Einblicke

Endoskopische Techniken sind fester Bestandteil im Repertoire diagnostischer und therapeutischer Verfahren der operativen sowie nichtoperativen Medizin. Für die klinische Anästhesiologie kam über viele Jahre der flexible Fiberskopie die bedeutendste Rolle zu. Diese Technik gilt nach wie vor als Goldstandard zum Management des bekannten schwierigen Atemwegs im Sinne der fiberoptischen Wachintubation und ist Bestandteil der Handlungsoptionen zur trachealen Intubation auch über supraglottische Atemwegshilfen.

Mit der im Vergleich zur flexiblen Fiberskopie erst später begonnenen Entwicklung endoskopischer Intubationstechniken unter Verwendung von Laryngoskopiespateln wurde zunächst das Ziel verfolgt, die Bedingungen für die absehbar oder unerwartet erschwerte Laryngoskopie und Intubation zu verbessern. Insbesondere war die Perspektive, die Videolaryngoskopie ohne große Vorbereitungen beim schwierigen Atemweg anzuwenden, Motor für ihre Weiterentwicklung. Dies führte zur Konstruktion verstärkt gekrümmter Spatel, die eine direkte Sicht auf den Kehlkopf meist nicht ermöglichen und damit nur via Monitor zu führen sind. Letztere Notwendigkeit stellte sich jedoch als Vorteil bei der Ausbildung heraus, ermöglicht dies einem Dritten doch, den Vorgang der Laryngoskopie und Intubation „live“ am Monitor mitzuvollziehen.

Ähnliche Systeme sind auf der Basis von MacIntosh-Spateln konstruiert und erlauben neben der indirekten Sicht über den Monitor auch noch die direkte Visualisierung des Larynx durch den Anwender. Dies kann im Notfall hilfreich sein und erlaubt ebenfalls die Supervision der

konventionellen Laryngoskopie am Bildschirm. Zwischenzeitlich liegen zahlreiche Untersuchungen und Fallserien vor, die überwiegend von Verbesserungen der Sichtverhältnisse durch den Einsatz der Videolaryngoskopie in unterschiedlichen klinischen und präklinischen Szenarien berichten.

Der klinisch tätige Anästhesist wird möglicherweise zunehmend mit der Frage konfrontiert, welches Verfahren zur trachealen Intubation das richtige ist. Insbesondere beim Management des erwarteten schwierigen Atemwegs stehen heutzutage unterschiedliche Hilfsmittel und Instrumente zur Verfügung. Im Einzelfall kann sich diese Frage auch darauf reduzieren, ob die Videolaryngoskopie für eine sichere Intubation geeignet ist oder ob die fiberoptische Wachintubation hier mehr Sicherheit bietet. Klare Empfehlungen sind rar; viele Entscheidungen basieren auf individuellen Erfahrungen.

Die Autoren des vorliegenden Leitthemas greifen mit ihrem Beitrag eine höchst aktuelle Thematik auf und stellen die aktuelle Datenlage zur Videolaryngoskopie dar. Dankenswerterweise besprechen sie auch Aspekte, die sich erst durch die gemachten Erfahrungen mit der Vielfalt an Videolaryngoskopietechniken ergeben haben und den Kliniker vor folgende Fragen stellen können:

- Wann ist das Verfahren indiziert?
- Was sind Limitationen?
- Gibt es Fallstricke oder Kontraindikationen?
- Hat die Videolaryngoskopie das Potenzial, die fiberoptische Wachintubation zu verdrängen?
- Ergeben sich Konsequenzen für die Ausbildung?

Daneben weisen die Autoren auf einen für die konventionelle Laryngoskopie etablierten und für die Videolaryngoskopie modifizierten Entscheidungsalgorithmus zur differenzierten Indikation von Videolaryngoskopie und fiberoptischer Wachintubation hin. Möglicherweise ist dies Anstoß für aussagekräftige Multizenterstudien, um zukünftig evidenzbasierte Handlungsempfehlungen auch für den Einsatz der Videolaryngoskopie formulieren zu können.

Obgleich die Videolaryngoskopie ohne Frage das Handlungsrepertoire im Atemwegsmanagement wertvoll ergänzt und bereichert hat, darf das Verfahren nicht überschätzt werden. Das Grundprinzip *primum non nocere* muss Handlungsmaxime auch in Zweifelsfällen bleiben, insbesondere wenn wir uns zwischen der Videolaryngoskopie oder der flexiblen Fiberskopie zur Intubation eines Patienten entscheiden müssen.

C. Hofstetter

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Hofstetter

Klinik für Anaesthesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsmedizin Mannheim
 Theodor Kutzer Ufer 1-3, 68167 Mannheim
 Christian.Hofstetter@umm.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.