Anaesthesist 2017 · 66:626
DOI 10.1007/s00101-017-0331-3
Online publiziert: 4. Juli 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

V.-S. Eckle

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Katharinenhospital, Klinikum Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

Reicht neurologische Beurteilung bei Regionalanästhesie zur Karotischirurgie aus?

Leserbrief zu

Koköfer A, Nawratil J, Oppeler M (2017) Regionalanästhesie zur Karotischirurgie. Übersicht über Anatomie, Techniken und deren klinische Bedeutung. Anaesthesist 66:283–290. doi:10.1007/s00101-017-0270-z

Herzlichen Dank für die schöne Übersicht der Autoren Koköfer et al. zum Thema Regionalanästhesie zur Karotischirurgie.

Vorteil eines lokalen Zervikalblocks bei Karotisthrombendarteriektomien (TEA) ist die neurologische Beurteilbarkeit. Insofern sollte im Umkehrschluss klar sein, dass eine Prämedikation mit Benzodiazepinen oder die Anwendung systemischer Komedikationen (z. B. Alfentanil, Clonidin), die die Vigilanz beeinträchtigen können, nicht zielführend ist und als intraoperative „Rescue“-Medikation allein die Nachinjektion des Operateurs von Lokalanästhetika möglich sein sollte.

Daher ist die Verwendung des Nebensatzes „um eine TEA am wachen/sedierten Patienten zu ermöglichen“ in der Hinführung zum Thema aus meiner Sicht zumindest diskussionsbedürftig.

Weiterhin darf die Arbeit von Sindjelic et al. in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben: In der retrospektiven Analyse von 1464 Karotis-TEA mit Zervikalblock musste in 17 Fällen (1,2 %) das Regionalanästhesieverfahren in eine Vollnarkose modifiziert werden [1].

Gerade für diese Patienten sollte ein adäquates Neuromonitoring zur Verfügung stehen, da der Operateur zu jedem Zeitpunkt wissen muss, ob eine Shunt-würdige Perfusionsstörung vorliegt. Ebenfalls sollte bei Shunt-Anlage überprüfbar sein, ob die Perfusionsstörung behoben ist oder ggf. die Shunt-Lage revidiert werden muss.

Der Wissenschaftliche Arbeitskreis Kardioanästhesie und Neuroanästhesie empfiehlt als Neuromonitoring für TEA unter Vollnarkose als erste Wahl somatosensibel evozierte Potenziale (SSEP) und für den Fall, dass ein SSEP-Monitoring nicht zur Verfügung steht, die Nahinfra-rotspektroskopie (NIRS; [2]).

Es stellt sich die Frage, ob für eine Regionalanästhesie zur Karotischirurgie neben der klinischen Vigilanzbeurteilung zumindest NIRS als zusätzliches Neuromonitoring zu fordern ist [3], damit

1. bei eingeschränkter klinischer Beurteilbarkeit (Prämedikation, Komedikation) und
2. für den Fall einer Konversion zur Allgemeinanästhesie zumindest ein konstantes Verfahren zur Beurteilung der zerebralen Perfusion angewendet werden kann.

Interessenkonflikt. V.-S. Eckle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Sindjelic RP, Vljakovic GP, Lucic M et al (2015) Incidence of and indications for conversion of cervical plexus block to general anesthesia in patients undergoing carotid surgery: a single center experience. J Cardiovasc Surg (Torino) 56:441–446
2. Söhle M (2014) Aus den Wiss. Arbeitskreisen Kardioanästhesie und Neuroanästhesie – Neuromonitoring in der Kardioanästhesie: Eine gemeinsame Stellungnahme der DGAI, SGAR und DGTHG. Anästh Intensiv 55:521–538
3. Jonsson M, Lindström D, Wanhainen A et al (2017) Near infrared spectroscopy as a predictor for shunt requirement during carotid endarterectomy. Eur J Vasc Endovasc Surg 53:783–791

Korrespondenzadresse

PD Dr. V.-S. Eckle

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Katharinenhospital, Klinikum Stuttgart
Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart, Deutschland
vs.eckle@web.de

Eine Erwiderung zu diesem Leserbrief finden Sie unter doi:10.1007/s00101-017-0332-2.