

für die pädiatrischen Dimensionen nicht zur Verfügung.

Stellvertretend für viele verschiedene Modelle von ETT wurde in dieser Arbeit je ein gängiges Fabrikat eines ungecufften und eines gecufften Tubus untersucht. Bei gegebenem ID ist die Tubuslänge nicht standardisiert, und Tuben verschiedener Hersteller variieren auch bezüglich des äußeren Durchmessers („outside diameter“; OD; [12]). Zusätzlich muss für die Passage durch die LMA das Volumen des Cuff-Materials berücksichtigt werden. Eine vollumfängliche Ausmessung aller Produkte mit Anspruch auf Vollständigkeit ist kaum möglich, sodass das im speziellen Fall verwendete Material vorgängig kritisch geprüft werden muss.

Fazit für die Praxis

In der pädiatrischen Anästhesie können die Längenverhältnisse von ETT zu SAD für die fiberoptisch geführte Intubation über die SAD kritisch kurz sein. Vor Anwendung am Patienten muss das Material diesbezüglich geprüft werden, auch wenn zurzeit noch keine Zahlen dazu vorliegen, in welchem Patientenalter welche minimale ETT-Überlänge gefordert werden muss. Vorteilhaft ist die Wahl einer für den Patienten eher kleineren LMA und eines ETT mit größerem ID (ungecufft), der dann auch länger ist. Es ist wünschenswert, dass speziell im Hinblick auf die fiberoptisch geführte Intubation über eine SAD künftig längere ETT produziert werden und verfügbar sind. Die Verwendung eines Bronchoskopieadapters ist kritisch zu prüfen. Nach erfolgreicher Intubation empfiehlt sich, die LMA unter Nutzung eines Airway exchange catheters zu entfernen, damit der Tubus in der korrekten Tiefe platziert und gesichert werden kann.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Mauch

Anästhesieabteilung,
Universitäts-Kinderkliniken Zürich
Steinwiesstr. 75, 8032 Zürich
Schweiz
jacqueline.mauch@kispi.uzh.ch

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin weist auf folgende Beziehung hin: Prof. M. Weiss war an der Entwicklung und Testung des Microcuff PET (Microcuff GmbH, Weinheim) mitbeteiligt.

Literatur

1. Braegger C, Jenni O, Konrad D et al (2011) Neue Wachstumskurven für die Schweiz. *Paediatrica* 22:9–11
2. Brimacombe J (1994) The split laryngeal mask and the difficult airway. *Acta Anaesthesiol Scand* 38:744
3. Crichlow A, Locken R, Todesco J (1992) The laryngeal mask airway and fiberoptic laryngoscopy. *Can J Anaesth* 39:742–743
4. Ellis DS, Potluri PK, O'Flaherty JE et al (1999) Difficult airway management in the neonate: a simple method of intubating through the laryngeal mask airway. *Paediatr Anaesth* 9:460–462
5. Gerheuser F, Gürtler K (2011) Awake fiberoptic intubation. *Anaesthesist* 60:1157–1178
6. Goldie AS, Hudson I (1992) Fiberoptic tracheal intubation through a modified laryngeal mask. *Paediatr Anaesth* 2:343–344
7. Jöhr M, Berger TM (2004) Fiberoptic intubation through the laryngeal mask airway (LMA) as a standardized procedure. *Paediatr Anaesth* 14:614
8. Neuhäuser C, Welter J, Arendt C et al (2010) Life-threatening macroglossia following cleft palate palatoplasty. *Anaesthesist* 59:1102–1104
9. Osborn IP, Soper R (2003) It's a disposable LMA, just cut it shorter – for fiberoptic intubation. *Anesth Analg* 97:299–300
10. Preis CA, Preis IS (1997) Oversize endotracheal tubes and intubation via laryngeal mask airway. *Anesthesiology* 87:187
11. Steward DJ, Lerman J (2001) Management of the airway. In: *Manual of pediatric anesthesia*, 5. Aufl. Churchill Livingstone, New York, S 82
12. Weiss M, Dullenkopf A, Gysin C et al (2004) Shortcomings of cuffed paediatric tracheal tubes. *Br J Anaesth* 92:78–88
13. Weiss M, Goldmann K (2004) Caution when using cuffed tracheal tubes for fiberoptic intubation through paediatric-sized laryngeal mask airways. *Acta Anaesthesiol Scand* 48:523
14. Weiss M, Gerber AC, Schmitz A (2004) Continuous ventilation technique for laryngeal mask airway (LMA) removal after fiberoptic intubation in children. *Paediatr Anaesth* 14:936–940
15. Weiss M, Mauch J, Becke K et al (2009) Fiberoptisch unterstützte endotracheale Intubation durch die Larynxmaske im Kindesalter. *Anaesthesist* 58:716–721
16. Weiss M, Engelhardt T (2010) Proposal for the management of the unexpected difficult pediatric airway. *Paediatr Anaesth* 20:454–464
17. Weiss M, Schmidt J, Eich C et al (2011) Handlungsempfehlung zur Prävention und Behandlung des unerwartet schwierigen Atemwegs in der Kinderanästhesie. *Anästh Intensivmed* 52:54–63. <http://www.ak-kinderanaesthesie.de/fachmaterial/handlungsempfehlungen.html>
18. Yamashita M (1997) Longer tube length eases endotracheal intubation via the laryngeal mask airway in infants and children. *J Clin Anesth* 9:432–433

Anaesthesist 2012 · 61:123–128
DOI 10.1007/s00101-012-1979-3
Online publiziert: 23. Februar 2012
© Springer-Verlag 2012

F. Gerheuser · K. Gürtler

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Augsburg

Erratum zu: Fiberoptische Wachintubation

Anaesthesist (2011)

60:1157–1178

<http://dx.doi.org/10.1007/s00101-011-1963-3>

In diesem Beitrag wurde bei der Dosierungsempfehlung für Remifentanyl versehentlich die falsche Einheit (ml/kgKG bzw. ml/kgKG/min) angegeben.

Die korrekte Angabe lautet:

„Grundsätzlich wird die frühzeitig (d. h. sofort nach Anbringen des Pulsoxymeters vor allen weiteren Maßnahmen) begonnene Analgosedierung mit Remifentanyl empfohlen: Initialbolus von 0,6–1,0 µg/kgKG über 4 min, danach 0,1 µg/kgKG/min mit Titration nach Sedierungsgrad und Atemfrequenz“.

Wir bitten, künftig die korrekte Angabe zu verwenden und den Fehler zu entschuldigen.

Korrespondenzadresse

Dr. F. Gerheuser

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg
florian.gerheuser@klinikum-augsburg.de

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