

Wache Videolaryngoskopische Intubation

Prof. Dr. med. Harald Groeben, Direktor, Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Kliniken Essen, Essen (DE)

[<H.Groeben@kliniken-essen-mitte.de>](mailto:H.Groeben@kliniken-essen-mitte.de)

Seit der Einführung der Allgemeinanästhesie vor mehr als 170 Jahren gehört die Sicherung der Atemwege bzw. eine Form der künstlichen Beatmung zur sicheren Durchführung einer Allgemeinanästhesie. Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts wird die endotracheale Intubation als maximale Form der Atemwegssicherung angewandt und mit Hilfe der direkten Laryngoskopie durchgeführt. Allerdings zeigte sich, dass die sichere Durchführung ein nicht unerhebliches Training erfordert und selbst erfahrene Anästhesisten mit schwierigen und in manchen Fällen mit dieser Methode unmöglichen Intubationen konfrontiert werden.¹ Ist eine schwierige Intubation an definierten Parametern vorhersehbar oder aus vergangenen Versuchen bekannt, empfiehlt sich eine Intubation unter erhaltener Spontanatmung, die sogenannte Wachintubation.²

In den letzten 50 Jahren war für diese Situationen eine fiberoptisches (bronchoskopisches) Vorgehen unter Lokalanästhesie und optional einer kontrollierten Sedierung das Verfahren der Wahl. Diese Technik erfordert einen entsprechenden Aufwand an Geräten und Material und ein entsprechendes Training, was nicht überall einfach zu gewährleisten war und ist.^{3,4} Seit Mitte der 90er Jahre haben sich eine Reihe indirekter Laryngoskope etabliert, die meist video-unterstützt, eine Alternative zur fiberoptischen Technik darstellen.

In einer Reihe von Fallberichten und mittlerweile anhand einiger kontrollierter Studien konnte gezeigt werden, dass eine endotracheale Intubation auch mit indirekten Laryngoskopen sicher durchgeführt werden kann und ähnliche Erfolgsraten und zum Teil kürzere Intubationszeiten aufweist als die fiberoptische Methode.^{5,6} Zusätzlich bieten die meisten indirekten Laryngoskope eine bessere Übersicht und die Sicht wird nicht so stark durch Blutung und Sekret beeinträchtigt, wie bei dem fiberoptischen Verfahren. Es konnte sogar gezeigt werden, dass die indirekte Laryngoskopie, das am häufigsten und mit großer Erfolgsrate durchgeführte Verfahren bei unerwartet schwierigen Intubation darstellt.⁷

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass für dieses Verfahren eine gewisse minimal Mundöffnung erforderlich ist, so dass weiterhin einzelne Fälle nur mit einer fiberoptischen Technik durchzuführen sind. Daher kann die fiberoptische Technik nicht vollständig verlassen und werden und muss unbedingt auch weiterhin zum Armamentarium eines Anästhesisten gehören.

Literatur:

1. Mulcaster JT, et al., Anesthesiology, 2003; 98: 23-7
2. Piepho T, et al. Der Anaesthesist, 2015; 64: 859-73
3. Heidegger T, et al. Anaesthesia 2003; 58: 724-9
4. Woodall NM, et al. BJA 2008; 100: 850-5
5. Kramer A, et al. Anaesthesia 2015; 68: 467-71
6. Rosenstock CV, et al. Anesthesiology 2012; 116: 1210-6
7. Aziz MF, et al. Anesthesiology, 2016; 125: 656-66