

## **PO 3-3.11 Einsatz des Larynx Tubus Suction (LTS®) zum Atemwegsmanagement im Notarztdienst während cardio-pulmonaler Reanimation**

T. Finteis, H. Genzwürker, J. Hinkelbein, J. Grüttner, H. Krieter  
Universitätsklinikum Mannheim

**Einführung:** Die endotracheale Intubation wird als Goldstandard zur Sicherung der Atemwege angesehen, versagt jedoch in 1% der Patienten in der prähospitalen Phase.(1) Im anästhesiologischen Routinebetrieb im OP ist in 5% der Fälle die Maskenbeatmung erschwert, in 0,1% unmöglich.(2) Alternativen zur Intubation und Maskenbeatmung müssen zur Standardausrüstung des Notarztdienstes gehören, um Beatmungsprobleme am Notfallort bewältigen zu können und eine suffiziente Ventilation zu gewährleisten. Der Larynx Tubus Suction LTS® wird als alternatives Hilfsmittel zur Atemwegsicherung beim schwierigen Atemweg diskutiert.(3) Im Jahre 2002 wurde der LTS® als Bestandteil eines Konzeptes zur Beherrschung des schwierigen Atemwegs auf unserem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) eingeführt. Der erfolgreiche Einsatz des LTS® im Rahmen der cardio-pulmonalen Reanimation bei einem Patienten mit vorbeschriebenen Intubationsproblemen wird dargestellt.

**Fallbericht:** Der Notarzt (5 Jahre Tätigkeit in der Anästhesie) wird zu einem 63jährigen männlichen Patienten gerufen (175 cm, ca. 100 kg), der von seiner Ehefrau bewusstlos auf dem Küchenfußboden aufgefunden wurde. Das initiale EKG zeigt Kammerflimmern, der Patient wird gemäß ILCOR-Empfehlungen 2000 reanimiert. Die Maskenbeatmung ist möglich, jedoch erschwert. Zwei Intubationsversuche durch den Notarzt scheitern aufgrund der Unmöglichkeit, die Epiglottis laryngoskopisch darzustellen. Im Verlauf der Reanimation berichtet die Ehefrau über einen vorherigen Krankenhausaufenthalt ihres Ehemanns, damals sei dieser laut Aussage eines Anästhesisten nicht konventionell zu intubieren gewesen. Bei zunehmend erschwerter Maskenventilation entscheidet sich der Notarzt daraufhin zum Einsatz des LTS® (Größe#4). Die Platzierung gelingt im ersten Versuch, gefolgt von suffizienter Beutel-Beatmung (seitengleiche Atemgeräusche, auskultatorisch keine Magenbelüftung nachweisbar, Kapnometrie positiv). Eine Magensonde kann über das zweite Lumen des LTS® gelegt werden, Luft und Mageninhalt werden abgesaugt. Nach 15 min Reanimation (zweimalige Defibrillation mit 200J, 4x1 mg Adrenalin i.v.) kehrt der Spontankreislauf zurück (Puls 80/ min, RR 100/50 mmHg, SpO2 96%). Der Patient wird zu einer Intensivstation verbracht und dort fiberoptisch nasotracheal intubiert. Nach 12 Stunden verstirbt der Patient im Kreislaufversagen als Folge des massiven Myokardinfarkts, der den Herz-Kreislaufstillstand verursacht hatte.

**Literatur:** 1. Adnet F. Ann Emerg Med 1998; 32:454-60. 2. Langeron O. Anesthesiology 2000;92:1229-96. 3. Genzwuerker HV. Resuscitation 2002;55:62