

## **Bronchoskopie**

### **„nur“ Bronchoskopie**

ITN mit Tubus 8,5 oder 9,0 ID

Ultiva/Propofol ohne langwirksame Opiode sinnvoll

Relaxierung mit kurzwirksamem Relaxans, da kurzdauernder Eingriff

vor Intubation: intravenöse Gabe von 80-100mg Lidocain erwägen

FiO<sub>2</sub> 1,0 mit Fluß, den das Gerät hergibt, AZV 1:1, PEEP 10 (hohe Leckage)

AWR

### **„mit EBUS“ (IntraBronchialerUltraSchall)**

ITN mit Tubus 9,0 ID

Narkose + Beatmung s.o.

Dauer ca. 1 h, kurzwirksames Relaxans (z.B. Mivacron) verwenden, Überhänge strikt vermeiden, da die Patienten respiratorisch bereits vor dem Eingriff eingeschränkt sind

AWR, postinterventionell Röntgen Thorax wg. Pneumothoraxrisiko durch Punktion verdächtiger LK von endobronchial

bei allen Bronchoskopien empfiehlt sich zu Übungszwecken die fiberoptische **orale** Intubation nach Narkoseeinleitung unter Esmarch-Handgriff und Zungehervorziehen durch Pflege, bei erwartetem schwierigen Atemweg ggf. wach

## **Stenteinlage**

Patienten haben üblicherweise ein fortgeschrittenes Tumorstadium mit Kompression von Trachea und/oder Hauptbronchien; u.U. besteht eine ösophago-tracheale Fistel.

Stenteinlage ist rein palliativ bzw. ultima ratio

situationsadaptierte Narkoseeinleitung (s.o.) nach ausgiebiger Präoxygenierung,

Maskenbeatmung falls keine KI/Fistel

Einführen des starren Bronchoskops durch Pulmonologen, Konnektion unseres Geschläuchs, Beatmung mit FiO<sub>2</sub> 1,0 mit hohem Fluß s.o.

durch hohen Leckageanteil passager apnoeische Oxygenierung manuell, ggf. Rachen tamponieren, Lecks an starrer Optik mit OP-Tüchern abdichten

Einbringen des Stents unter Durchleuchtung

wenn Stent korrekt platziert kann Patient aufwachen

AWR oder I5, wird dann von Pulmonologen organisiert

Es bietet sich an, vorher kurz mit allen Beteiligten das Procedere im Falle von erwarteten Komplikationen wie Bronchusabriss, massiver Blutung o.ä. zu besprechen (Notfall-OP vs. bewußter Verzicht auf Intervention bei Palliativsituation)