



Hier wird frühzeitig entblockt

Die Rehaklinik Zihlschlacht verfolgt ein Trachealkanülenmanagement, das auf den frühen Einsatz von ungeblockten Trachealkanülen bei spontanatmenden, neurologischen Patienten und Patientinnen setzt.

In der Rehaklinik Zihlschlacht werden tracheotomierte Patienten und Patientinnen auf der Station für somatische Frührehabilitation behandelt. Die Patienten und Patientinnen sind bei Eintritt meist mit einer geblockten Trachealkanüle versorgt. Erste Ent-

blockungsversuche mit der Verwendung des Sprechventils erfolgen bereits kurz nach Eintritt. Sind diese erfolgreich und treten keine Komplikationen wie Pressatmung oder Anzeichen für Stress auf, wird die geblockte Trachealkanüle durch ein

ungeblocktes Modell ersetzt. Im weiteren Verlauf folgen Schluckversuche mit tracheobronchoskopischen Kontrollen und gegebenenfalls instrumentellen Schluckuntersuchungen.

Die Dekanülierung erfolgt, wenn die Atmung mit gekappter Kanüle durch-

gehend möglich ist und ein Absaugstopp von mindestens vier Tagen ohne Komplikationen verläuft. Vor der Dekanülierung erfolgt eine letzte Tracheobronchoskopie.

Entgegen der weit verbreiteten Ansicht, dass eine geblockte Trachealkanüle vor Aspirationen schützen kann, wird in der Literatur keine Evidenz dafür gefunden. Die mangelnde Datenlage und das Fehlen von evidenzbasierten Leitlinien wird in diversen Fachartikeln genannt. Mögliche Komplikationen mit geblockten Trachealkanülen werden in Fachkreisen oft diskutiert und beschrieben.

Fallbericht des Klienten Reiermann

Im Juni 2013 erkrankte Reto Reiermann (Name von der Redaktion geän-

dert) an einem Hypopharynxkarzinom (Sinus piriformis links cT4a cN2b MO), das mit einer perkutanen, kurativen Radiotherapie behandelt wurde. In den folgenden Jahren lagen eine kompensierte Dysphagie und eine Atemwegsstenose vor. Die orale Ernährung war voll umfänglich möglich. Es kam zu rezidivierendem Erbrechen und kurzzeitigen Atemproblemen, die nicht zu einer Hospitalisierung führten.

Im März 2022 erlitt der Patient einen zerebrovaskulären ischämischen Insult im linken Mediastromgebiet mit diversen Komplikationen und Beatmungspflicht. Das Weaning gestaltete sich kompliziert. Es folgten vier Aspirationspneumonien bei liegender, geblockter Trachealkanüle und bedarfsdeckender Ernährung über eine PEJ-Sonde. Der Aufent-

halt auf der Intensivstation dauerte sieben Wochen.

Reto Reiermann trat mit einer schweren sensomotorischen Dysphagie mit systematischer Speichelaspiration, mittelgradiger Aphasie sowie einer vorbestehenden Dysarthrie in die Rehaklinik Zihlschlacht ein. Der Allgemeinzustand des Patienten war aufgrund des langen Spitalaufenthalts und den vergangenen Aspirationspneumonien stark reduziert. Oft war die Therapie infolge mangelnder Compliance nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Während der ersten Wochen in Zihlschlacht kam es zu einer weiteren Aspirationspneumonie, worauf die Trachealkanüle auf ein ungeblocktes Modell (Bivona Silikon cuffless, 7mm) gewechselt wurde. Es wurden ein striktes Absaugregime sowie die



Leitliniengerechte Atemtherapie zur effektiven Sekretolyse

Direkte Verbindung an den Sauerstoffanschluss möglich. Optionales Zubehör: RC-Cornet® Druck-Mess-Adapter

RC-Cornet® PLUS TRACHEO

Atemtherapiegerät zur Erleichterung des Absaugens von zähem Sekret. Kann direkt mit der Trachealkanüle verbunden werden.

Aktuelles Whitepaper »In-vitro-Messung der Kombination von Inhalationsgeräten und einem Atemtherapiegerät – eine klinisch relevante Laboruntersuchung« finden Sie unter diesem Link: www.cegla.de/service/fachinformationen

Der integrierte ISO-genormter 22 mm-Vernebleransatz ermöglicht die gleichzeitige Atem- und Inhalationstherapie mit Verneblern zur Optimierung der Therapie, Verbesserung der Sekretolyse und Verkürzung der Therapiedauer.



Über 40 Jahre Medizinprodukte aus Deutschland, die helfen, leichter zu atmen. CEGLA Medizintechnik GmbH | Horresser Berg 1 | 56410 Montabaur | cegla.de



Für mehr Information scannen

CEGLA
MEDIZINTECHNIK



Bessere Compliance kommt mit dem Essen.

regelmäßige Hustenstimulation mit Capsaicin Aerosolen eingeführt. Im Verlauf stabilisierte sich die pulmonale Situation. Die Kanüle war rund um die Uhr mit einem Sprechventil versorgt. Um einer möglichen Austrocknung der unteren Atemwege entgegenzuwirken, wurde mit Sole (NaCl 3%) inhaliert.

Bessere Compliance nach Kostaufbau

Im weiteren Verlauf wurden Schluckversuche in der Therapie durchgeführt. Die bedarfsdeckende Ernährung erfolgte weiterhin über die PEJ-Sonde. Mit dem Start des oralen

Kostaufbaus wurde die Compliance für die Therapie deutlich besser. Die Menge und Konsistenz der oralen Nahrung wurden schrittweise gesteigert. Nach drei Monaten intensiver Therapie gelang die bedarfsdeckende Ernährung mit pürierter Kost.

Gegen Ende des stationären Aufenthalts wurde die Frau des Patienten im Umgang mit der Trachealkanüle geschult. Geübt wurden das tracheale Absaugen und das Wechseln sowie Reinigen der Kanüle. Der stationäre Aufenthalt dauerte sechs Monate.

Nach dem Austritt folgten halbjährliche, ambulante Kontrollen mit FEES und Tracheobronchoskopie. An der Kanülenversorgung wurde seit dem

Austritt nichts mehr geändert. Die orale Kost konnte schrittweise gesteigert werden. Aktuell isst Reto Reiermann normale Kost ohne extreme Risiko- und Mischkonsistenzen. Die Flüssigkeitszufuhr wird über die PEJ-Sonde ergänzt. Gelegentlich kommt es zu Aspiration von Speichel und Nahrung, was mit trachealem Absaugen gut zu beseitigen ist.

Die Teilhabe verbesserte sich seit der Versorgung mit einer ungeblockten Kanüle und dem oralen Kostaufbau deutlich. Es trat keine weitere Pneumonie auf.

Fazit und Ausblick

Die klinische Erfahrung weist darauf hin, dass ein Perspektivenwechsel hin zur frühen Verwendung von ungeblockten Trachealkanülen bei aspirationsgefährdeten Patienten und Patientinnen notwendig ist. Der vorliegende Fallbericht zeigt exemplarisch, dass die Pneumonierate durch diesen Ansatz nicht erhöht wird und sich die Teilhabe entscheidend verbessert. Im Rahmen einer Dissertation stehen weitere Forschungsarbeiten zum Einsatz von ungeblockten Trachealkanülen an.

Literaturverzeichnis liegt dem Verlag vor.



Autorin



Bettina Arca-Tschudi arbeitet seit sechs Jahren in der Rehaklinik Zihlschlacht AG. In ihrer Tätigkeit als Logopädin und

Fachverantwortliche für Dysphagie und Trachealkanülenmanagement behandelt sie Patienten und Patientinnen auf der somatischen Frührehabilitation. Weiter führt sie FEES-Untersuchungen durch und schult neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Logopädie und Pflege im Umgang mit Trachealkanülen.

Für ihr laufendes Doktoratsstudium an der privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL) beschäftigt sich Bettina Arca-Tschudi mit der Forschung im Bereich Trachealkanülen. Bettina Arca-Tschudi, Logopädin MSc. Rehaklinik Zihlschlacht AG Hauptstraße 2, 8588 Zihlschlacht, Schweiz