

Sedierung in der Endoskopie

Prof. Dr. med. Dietrich Paravicini
Klinik für Anästhesiologie und op. Intensivmedizin
Städtisches Klinikum Gütersloh

Erstmals 1963 nahm die ASA (American Society of Anesthesiologists) eine Stadieneinteilung zur Beurteilung des Patientenzustands vor der Operation vor, die später als ASA-Klassifikation bekannt wurde: Sie ist in fünf Stadien eingeteilt, wobei, vereinfacht gesagt, die Gruppe I die Gesunden und V die todkranken Patienten darstellt.

Im Herbst 2008 wurde die S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) publiziert. Folgende Vorgaben werden dort gemacht:

- Sedierung und Analgesie ohne Beeinträchtigung vitaler Reflexe
- Die mit der Sedierung betraute Person erledigt keine anderen Aufgaben
- Der für die Sedierung verantwortliche Arzt ist erfahren in Intensivmedizin und CPR
- Cave bei kardiovaskulären und respiratorischen Erkrankungen, Stridor, Schnarchen, Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Minimal-Monitoring: Pulsoximetrie und RR-Messung, evtl. EKG und Kapnographie
- Bei Patienten mit ASA >III-IV Anästhesisten hinzuziehen
- Allgemeinanästhesie nur durch Anästhesisten.

Bei der Anwendung von Propofol sind zu beachten:

- Hypotonie, evtl. Bradycardie
- Bakteriämie (bis zur Sepsis)
- PRIS (Propofol-Infusions-Syndrom) bei Langzeitanwendung

Die Erkennung und Behandlung vital bedrohlicher Zustände, insbesondere die Erkennung eines Herz-Kreislauf-Stillstands und die Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation müssen vom gesamten Team beherrscht werden (European Resuscitation Council ERC 2005).