

Empfohlene Vorgangsweise Tracheotomie bei COVID-19 aus HNO-ärztlicher Sicht

- Generell ist eine Tracheotomie bei Covid-19 positiven Patienten unter allen Umständen zu vermeiden.
- Perkutane Tracheotomietechniken sind, wenn möglich, immer vorzuziehen. Falls dies aus anatomischen oder anderen Gründen nicht praktikabel erscheint, ist eine chirurgische Tracheotomie indiziert.
- Patienten ohne SARS-CoV-2 Status werden wie COVID-19 Patienten behandelt.
- Eine möglichst zeitnahe SARS-CoV-2 PCR ist vor der Tracheotomie bei jedem Patienten notwendig.
- Die Tracheotomie bei COVID-19 Patienten ist aufgrund Aerosol-Generierung ein Hochrisikoeingriff. Wenn möglich, soll daher die Tracheotomie bis auf das Abklingen der COVID-19 Infektion hinausgezögert werden.
- Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung über die Notwendigkeit einer Tracheotomie bei COVID-19 Patienten zwischen Intensivmedizin und HNO ist nötig.

Standardprozedur bei COVID-19

- Die erfahrensten, anwesenden ICU- und HNO-Mitglieder sollen die Operation sicher, genau und schnell durchführen.
 - High flow oxygen / AIRVO sollen vermieden werden
 - Nicht notwendige Team Mitglieder sollen den Raum verlassen
 - Schutzmaßnahmen gemäß „Protokoll Airway Management KHH COVID“ 17.3.2020:
 - o FFP3- oder FFP2-Maske; falls verfügbar: PAPR (Powered Air-Purifying Respirator)
 - o Augenschutz (Brille + Schild = wiederverwendbar)
 - o Kopf- und Halsschutz („Barthauben“ bzw. hoher Kragen des Schutzkittels)
 - o Körperschutz (OP-Mantel oder Schutzkittel + Schürze)
 - o Einmalhandschuhe (wenn möglich doppelt > CAVE: Händedesinfektion beim Ablegen)
 - Ein Verletzen des Intubationstubus-Cuffs soll unter allen Umständen vermieden werden
 - Der Intubationstubus muss vor der Trachealeröffnung soweit wie vertretbar vorgeschoben werden
 - Wenn möglich, soll die Beatmung während der Trachealeröffnung pausiert und vor Wiedereinsetzen der Beatmung die Unversehrtheit des Cuffs überprüft werden
 - Vor und während des Zurückziehens des Tubus und Einsetzens der Trachealkanüle soll die Beatmung pausiert werden
- Die Beatmung über die gecuffte Trachealkanüle soll erst nach Aufbringen eines HME-Zwischenstücks erfolgen

- Der HME-Filter / -zwischenstück soll nach Möglichkeit nicht diskonnektiert werden

Nachsorge

- Nasszirkulation im Beatmungssystem soll vermieden werden, um im Falle einer Diskonnektierung die Raumkontamination zu vermeiden
- Der erste Trachealkanülenwechsel soll, wenn möglich, erst nach Abklingen der COVID-19 Infektion erfolgen. Sollte ein Kanülenwechsel vorher erforderlich sein, so sind die Schutzmaßnahmen gemäß „Protokoll Airway Management KHH COVID“ 17.3.2020 Einzuhalten
- Der Cuff der Kanüle soll während der aktiven COVID-19 Infektion permanent aufgeblasen bleiben und regelmäßig auf Leakage überprüft werden.
- Der Beatmungskreislauf sollte bei aktiver COVID-19 Infektion nicht unterbrochen werden
- Bei aktiver COVID-19 Infektion sollten nur geschlossene Absaugsysteme verwendet werden.
- Falls keine Beatmungshilfen mehr notwendig sein sollten, ist bei COVID-19 Patienten das Verwenden von HME-Filtern auf den Trachealkanülen erforderlich (z.B.: ProTrach® XtraCare TM HME, Fa. Atos) (für laryngektomierte Patienten gibt es den Provox® Micron HME TM Filter, Fa. Atos)

Referenzen

- Tracheostomy guidance during the COVID-19 Pandemic, ENT UK, The Royal College of Surgeons, Harrison L., Ramsden J., Winter St., Rocke J., Heward E.
- Expert consensus on preventing nosocomial transmission during respiratory care for critically ill patients infected by 2019 novel coronavirus pneumonia, Respiratory care committee of Chinese Thoracic Society, Zhonghua et al.