

Awake tracheal intubation for double lumen tube placement: náročné setkání obtížných dýchacích cest a hrudní chirurgie – case report

Švec M.^{1,2}, Ehnová N.^{1,2}, Horáková T.^{1,2}

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Olomouc

² Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Úvod: Awake tracheální intubace (ATI) je metodou volby při očekávané obtížné intubaci. Hrudní výkony navíc často vyžadují selektivní ventilaci biluminální kanylou (DLT), pro kombinaci obojího však neexistuje jednotný doporučený postup.

Popis kazuistiky: Muž, 76 let, po resekci a radioterapii karcinomu tonsily, indikován k VATS lobektomií. Dominuje omezený záklon hlavy, hybnost jazyka i otevření úst (2-3 cm), v anamnéze úspěšná nasotracheální ATI. Vzhledem k očekávané obtížné laryngoskopii i nutnosti DLT volíme primárně awake přístup přímo s DLT, čímž se vyhneme riziku spojenému s následnou výměnou klasické kanyly za DLT.

Provádíme bilaterální blok n. glossopharyngeus, USG-navigovaný blok n. laryngeus superior (2+2 ml 2% lidokainu) a topickou anestezii orofaryngu (10% lidokain spray). Za analgosedace (sufentanil, propofol) zavádíme DLT VivaSight. První dva pokusy (se zavaděčem i bez něj) pod kontrolou videolaryngoskopu selhávají pro nedostatečný přehled glottis. Teprve fibroskopická asistence umožňuje úspěšné zavedení do trachey, bez dávení či kašle, s kapnografickým ověřením polohy. Další průběh operace bez komplikací.

Diskuze / Závěr: Kazuistika ukazuje, že selhání videolaryngoskopické ATI u obtížných dýchacích cest nemusí znamenat selhání awake přístupu jako takového – včasný přechod na fibroskopickou asistenci umožnil bezpečné a pro pacienta komfortní zajištění dýchacích cest kombinovanou technikou. Primární volba DLT namísto sekundární výměny snižuje počet instrumentací dýchacích cest a riziko jejich ztráty.

LITERATURA

1. Ahmad, I., El-Boghdady, K., Bhargava, R., Hodzovic, I., McNarry, A.F., Mir, F., O'Sullivan, E.P., Patel, A., Stacey, M. and Vaughan, D. (2020), Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. *Anaesthesia*, 75: 509-528. <https://doi.org/10.1111/anae.14904> Nysora.com. Online. Dostupné z: <https://www.nysora.com/regional-anesthesia/techniques/regional-topical-anesthesia-awake-endotracheal-intubation/>. [cit. 2026-07-02].

Raritní mechanická obstrukce jícnu u pacienta v intenzivní péči

Alina Khomovská¹, Lucia Prusíková^{1,2}, Michal Kalina^{1,2}

¹ Oddělení následné intenzivní péče, Nemocnice Most

² Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Nemocnice Ústí nad Labem

Úvod: Enterální výživa (EV) je v intenzivní péči standardem, přináší však i vzácné komplikace. Prezентujeme případ mechanické obstrukce jícnu bezoárem u pacienta s těžkou postresuscitační dysmotilitou.

Kazuistika: 51letý pacient po STEMI, KPCR, VA-ECMO a náhradě mitrální chlopně byl dlouhodobě živěn nazogastrickou sondou

(NGS). Pro stabilizaci GIT byl převeden z kontinuálního na bolusové krmení. Do 20 hodin udával retrosternální bolest, byla patrná aspirace. Gastrofibroskopie prokázala kompletní obturaci jícnu precipitátem EV. Po endoskopické extrakci obtíže vymizely. MRI mozku odhalilo postanoxickou ischemii kmene a bazálních ganglií. V kombinaci s klinickým neurologickým vyšetřením (obraz pseudobulbárního syndromu) byla potvrzena těžká centrální neurogení dysfagie. Absence jícnové motility a porucha polykacího reflexu vedly při bolusovém podání ke stagnaci výživy v jícnu, evaporaci tekuté složky a vzniku bezoáru.

Diskuze: Vzhledem k hypomotilitě jícnu a pravděpodobné malpozici či dislokaci NGS stékala bolusová výživa do atonického jícnu. Kombinace neurogení plegie jícnu a změny režimu EV tak demaskovala latentní poruchu clearance.

Závěr: Při nově vzniklé retrosternální bolesti u pacientů po resuscitaci je nutné pomýšlet na jícnový bezoár. Přechod na bolusové krmení u pacientů s těžkým postanoxickým postižením CNS vyžaduje striktní ověření polohy sondy a zvýšenou opatrnost.

Perioperační alternativní použití Angiotenzinu II u kritické katecholaminově rezistentní vazoplegie po odstranění feochromocytomu

Tesař M., Kvapilová K., Šípek J., Beroušek J., Vymazal T.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Motol a Homolka

Úvod: Resekce hormonálně aktivního feochromocytomu může být provázena výraznou perioperační hemodynamickou nestabilitou. Po odstranění tumoru náhlý pokles cirkulujících katecholaminů v kombinaci se sníženou citlivostí adrenergních receptorů a dalšími faktory vést až k vazoplegickému šoku. Angiotenzin II působí prostřednictvím AT₁ receptoru nezávisle na adrenergním a vazopresinovém systému.

Kazuistika: Pacientka s dlouhodobě léčenou arteriální hypertenzí a hormonálně aktivním feochromocytomem byla indikována k resekci tumoru. Během výkonu se rozvinula oběhová nestabilita s hypertenzí dosahující 275/140 mmHg, vyžadující kombinovanou antihypertenzní terapii.

Po podvazu suprarenálních cév a odstranění tumoru byla antihypertenzní terapie ukončena. Následně se rozvinula kritická hypotenze refrakterní k objemové terapii a vazopresorické podpoře. Noradrenalin byl titrován až do dávky 1,03 µg/kg/min a vasopresin do 0,08 IU/min. Opakované bolusy adrenalinu a fenylefrinu nevedly k dostatečné hemodynamické odpovědi.

Do terapie byl přidán angiotenzin II v kontinuální infuzi 22,6 ng/kg/min s titrací až do maximální dávky 30,9 ng/kg/min. Po jeho zahájení došlo k promptní stabilizaci krevního tlaku umožňující postupnou redukcí katecholaminové podpory. Pacientka byla následně předána na ARO, kde byly postupně vysazeny všechny vazopresory včetně angiotenzinu II.

Diskuze / Závěr: Přestože bylo jeho použití v této indikaci popsáno již v roce 1989, publikované zkušenosti zůstávají omezeny převážně na jednotlivé kazuistiky.