

Sedierung bei Endoskopien



Prämedikation

Gastro-Richtlinien 9.8. 2005

*Univ. Prof. Dr. med. Elke Roeb
Zentrum für Innere Medizin
Schwerpunkt Gastroenterologie*

Sedierung: Vorbemerkung

- Gastroskopien und Koloskopien sind prinzipiell auch ohne Sedierung möglich
- Jede Endoskopieeinrichtung muss ihre Sedierungsrichtlinien schriftlich festgelegt haben
 - Standard für Vorgehen
 - Präparate
 - Dosierung
- Patienten mit aktueller schwerer Dyspnoe dürfen nie endoskopiert werden
- 60% aller Komplikationen bei diagnostischen Endoskopien werden durch die Sedierung verursacht (Bell et al. Gut)

Sedierung: Vorbemerkung

- Ziel der Sedierung ist nicht das Erreichen eines Tiefschlafs sondern eines gleichgültigen Wachzustandes „**conscious sedation**“
- Je gefährdeter ein Patient hinsichtlich Atemstillstand oder O₂-Abfall desto kleiner müssen die fraktionierten Dosen sein
- Langsame i.v. Injektion
- Alle Sedativa nur unter pulsoxymetrischer Überwachung
- **Kontinuierliche Sauerstoffgabe** reduziert die Hypoxämiephasen während einer Endoskopie unter Sedierung (*Patterson KW et al. 1995*)
- Rachenanästhesie hat keine nachhaltigen Effekte

Indikationen für die Analgosedierung

- Bougierung/Dilatation von Stenosen
- Schwierige Koloskopie
- Implantation von Stents und Tuben bei stenosierenden Tumoren
- PEG
- Argon-Plasma-Koagulation
- Einführen eines Overtube

Sedierungsrichtlinien

Patienten

ohne Risikofaktoren

mit Risikofaktoren

Gastroskopie	2-5mg Midazolam Braunüle	1,25-2,5-3,75mg Midazolam Braunüle
Koloskopie	2-5mg Midazolam Braunüle Pethidin & Buscopan nach Bedarf	1,25-2,5-3,75mg Midazolam Braunüle Pethidin & Buscopan nach Bedarf
ERCP	Pethidin nach Gewicht; Midazolam bei Sedierungsbeginn; Braunüle	Pethidin nach Gewicht; Midazolam 1,25-2,5 mg, Braunüle

Richtlinien/Ausnahmen

- Patienten mit stark von der Norm abweichendem Körpergewicht
- Ausgeprägte neuropsychiatrische Erkrankungen (Delir, Suchtkranke, Bewusstseinsstörungen, Myasthenie)
- Midazolom sollte aufgrund der Gefahr der Atemdepression nicht über 15 mg dosiert werden

Propofol

- Injektionsschmerzen
- Halbwertszeit 2-5 min
- Einsatz durch Nicht-Anästhesisten grundsätzlich möglich
- Einleitungs-dosis 0,5-1 (-1,25) mg/kgKG über 1-5 min
- Erfordert die Anwesenheit eines zweiten Arztes (kümmert sich nur um Sedierung, entsprechende Qualifikation)
- Laufende Infusion z.B. mit NaCl 0,9%
- Pulsoxymetrische Überwachung und Blutdrucküberwachung
- Kombination mit Midazolam verbessert den Patientenkomfort, aber erhöht die Nachbeobachtungszeit

Schlussbemerkung

- Atropin führt zu vermehrter Tachykardie und kardialem Stress → kein Atropin
- Glucagon (anticholinerg) bringt bei der Koloskopie keinen Vorteil, aber erhöht die Erfolgsrate bei der ERCP (*Cutler CS 1995, Waye JD 2000*)
- Antidots
 - Flumazenil (Anexate®) Benzodiazepinrezeptorantagonist, 2h Nachbeobachtungszeit
 - Naloxon (Narcanti®) kompetitiver Antagonist von Opioiden
 - Bemerkung: verbesserter Nachweis von Angiodysplasien im rechtsseitigen Kolon (*Brandt et al. 1999*)