



African Federation for Emergency Medicine  
**African Journal of Emergency Medicine**

www.afjem.com  
www.sciencedirect.com



## Ujuzi (Practical Pearl/*Perle Pratique*)

**Eric Hodgson**

*Departments of Anaesthesia, Critical Care and Pain Management, Addington Hospital and Nelson R. Mandela School of Medicine, Ethekwini-Durban, KwaZulu-Natal, South Africa*

Available online 2 June 2011

Ujuzi is intended to be a regular feature for colleagues to share practical interventions, innovations and novelties that have proved useful in the management of patients in the prehospital environment or Emergency Centre. You can let Ujuzi know about your practical ideas by emailing [practicalpearl@afjem.com](mailto:practicalpearl@afjem.com).

### **The Double Tube in technique for difficult laryngoscopy**

This technique was first described by Dr. Russell Raath, an anaesthesiologist in private practice in Pretoria at the second South African Airway Management Symposium in Durban in 2001.

The principle of the technique is that an endotracheal tube can only exit the pharynx in one of two ways – into the oesophagus or trachea. The normal reaction to oesophageal placement of an endotracheal tube is to remove the tube immediately. This tube can, however, serve two very useful purposes:

- (1) With cuff inflation the oesophagus is occluded and vented so that stomach contents are ejected outside the airway.
- (2) With subsequent laryngoscopy the oesophageal tube provides a clear guide to the location of the trachea – anterior to the oesophagus.

If the larynx is not visible, trauma to surrounding mucosa is minimised by using a bougie rather than an endotracheal tube. A hollow bougie such as the Frova® (Cook Medical) is ideal as placement can be confirmed by capnography and oxygen can be insufflated prior to and during the subsequent intubation.

*Ujuzi se propose à être une article régulière pour que des collègues puissent partager des interventions, des innovations et des nouveautés pratiques qui se sont avérées utiles dans le gestion des patients dans le milieu préhospitaliers ou dans l'Accueil et Traitement des Urgences. Vous pouvez renseigner Ujuzi sur vos idées pratiques en envoyant un email à [practicalpearl@afjem.com](mailto:practicalpearl@afjem.com).*

### **La Technique de la Sonde Double pour la Laryngoscopie Difficile**

*Cette technique-ci a été décrite pour la première fois par Dr. Russell Raath, un anesthésiste en pratique privée à Pretoria au deuxième Colloque d'Afrique du Sud de la Gestion de la Voie Respiratoire à Durban dans 2001.*

*Le principe de la technique s'agit du fait qu'une sonde endotrachéale ne peut salir du pharynx que via l'entrée à l'œsophage ou à la trachée. La réaction normale à l'emplacement d'une sonde endotrachéale dans l'œsophage est de l'en ôter immédiatement. Cependant, cette sonde peut servir deux fonctions très utiles:*

E-mail addresses: [practicalpearl@afjem.com](mailto:practicalpearl@afjem.com), [eric\\_hodgson@mweb.co.za](mailto:eric_hodgson@mweb.co.za)

2211-419X © 2011 African Federation for Emergency Medicine. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

Peer review under responsibility of African Federation for Emergency Medicine.

doi:[10.1016/j.afjem.2011.05.009](https://doi.org/10.1016/j.afjem.2011.05.009)



Production and hosting by Elsevier

- (1) *Avec le gonflement du ballonnet l'œsophage est occlus et ventilé pour que les contenus de l'estomac sont éjectés hors de la voie respiratoire.*
- (2) *Avec la laryngoscopie suivant la sonde œsophagienne fournit un guide vers la location de la trachée : à l'antérieure de l'œsophage.*

*Si le larynx n'est pas visible, le trauma aux muqueuses environnantes est minimisé par l'utilisation d'une tige bougie au lieu d'une sonde endotrachéale. Une bougie creux telle que le Frova® (Cook Medical) est idéale puisque l'emplacement correcte peut être vérifié par la capnographie et l'oxygène peut être insufflé avant de et durant l'intubation suivant.*