

aufdosiert und beobachtet werden, ob sich Nebenwirkungen entwickelten. „Wenn man gleich ein 25er-Fentanylpflaster draufklebt, wird der Patient schwindlig und macht's nie wieder“, warnte Kern. Für den Fall einer unerwünschten Wirkung sollten Behandler folgende Regel beachten: „80% der Nebenwirkungen verlieren sich bei 80% der Patienten innerhalb von acht Tagen.“ Das gelte jedoch nicht im Falle der Obstipation, „da müssen wir etwas dagegen tun“.

Absetzen nie radikal!

Mit gelegentlichen Dosisreduktionen solle im Therapieverlauf immer wieder geprüft werden, ob die Wirkung weiterhin bestehe, empfahl Kern. Das Absetzen schließlich solle keinesfalls radikal durchgeführt werden, wie es in der Praxis offenbar häufig gehandhabt werde. „Wenn ich lang und hochdosiert ein Opiat gegeben habe, sollte ich schrittweise runtergehen.“ Auch eine Nachbeobachtung sei erforderlich, um zu sehen, ob die Schmerzen wieder zunehmen.

Wichtig war es dem Experten, ein offenbar häufiges Missverständnis auszuräumen: „Ein erfolgreiches Absetzen eines Opiats, zum Beispiel postoperativ oder nach multimodaler Therapie, beweist nicht die fehlende Indikation des primären Einsatzes.“ Das spreche vielmehr für eine erfolgreiche Desensibilisierung, die über die konsequente Reduktion des Schmerz-Inputs mithilfe des Medikaments erreicht wurde.

Dr. Elke Oberhofer

Aktuelle Empfehlungen zur Rheumatherapie vor geplanten Operationen

Zum Absetzen oder Fortführen einer antirheumatischen Therapie vor einem geplanten operativen Eingriff gibt es jetzt neue Empfehlungen. Der Münchener Rheumatologe Prof. Dr. Klaus Krüger hat zusammengefasst, worauf es für den Orthopäden ankomme.

Das Rheumamedikament Methotrexat (MTX) und auch die meisten anderen konventionellen DMARD (Disease-modifying anti-rheumatic drugs) sollten vor einer geplanten Operation nicht abgesetzt werden, warnte Krüger auf dem Ortho Trauma Update. In der Realität werde das „fast regelhaft falsch gemacht“.

„Bei Therapieunterbrechung riskieren Sie Flairs!“

Was dem Rheumatologen zufolge noch immer zu wenig bekannt sei: MTX sei in den in der Rheumatologie verwendeten Dosierungen nicht oder kaum immun-suppressiv und steigere daher das Infektionsrisiko nur minimal. Dagegen würden bei Unterbrechung der Therapie „postoperative Komplikationen und Flairs, die bei einer Fortsetzung so gut wie überhaupt nicht vorkommen“ riskiert, betonte Krüger. Das hätten gleich mehrere randomisierte kontrollierte Studien gezeigt. Der Rheumaexperte bezog sich hierbei auf die kürzlich überarbeiteten Empfehlungen der DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie) für das perioperative Management bei Patienten, die eine immunmodulatorische Therapie erhalten. Demnach

könne auch eine Behandlung mit Hydroxychloroquin oder Sulfasalazin perioperativ fortgeführt werden.

Ausnahme Leflunomid

Eine Ausnahme bei den konventionellen Substanzen sei laut Krüger Leflunomid. Hierzu gebe es zwar nur wenige gute Studien, dafür allerdings immer wieder Berichte aus der Praxis über postoperative Probleme bei fortgesetzter Einnahme. Bei erwartbar hohem Risiko, beispielsweise einem geplanten Wirbelsäuleneingriff, solle man „dem Rheumatologen ganz klar sagen, dass er die Substanz vorher auswäscht“. Dafür sollten präoperativ etwa fünf Tage eingeplant werden, an denen dreimal täglich jeweils 8 mg Colestyramin verabreicht würden. Ein einfaches Absetzen sei wegen der langen Halbwertszeit von Leflunomid sinnlos: „Sie müssten ein Jahr warten, bis der Spiegel ausreichend abgefallen ist.“

Biologika: pausieren, aber nicht zu lang

Nach wie vor pausiert würden Biologika, und zwar sowohl vor größeren elektiven Eingriffen als auch bei erhöhtem Infektionsrisiko. Allerdings habe der Zeitraum des Absetzens in den neuen Empfehlungen deutlich verkürzt werden können, betonte Krüger: „Es reicht ein Dosierungsintervall.“ Für TNF-Inhibitoren wie Adalimumab oder Certalizumab bedeute das etwa, den Operations-

termin zwei Wochen nach der letzten Injektion zu planen. Die einzige Ausnahme in diesem Zusammenhang sei der Antikörper Rituximab. „Hier macht man den elektiven Eingriff vier Monate nach der letzten und spätestens vier Wochen vor der nächsten Infusion.“

Für die neuen JAK-Inhibitoren gebe es derzeit noch wenige Erfahrungen. Aufgrund der sehr kurzen Halbwertszeit der Substanzen gehe man, so Krüger, davon aus, dass sie nur wenige (etwa drei bis vier) Tage vor der Operation abgesetzt werden müssten. Bei zu langem Pausieren würde auch hier ein neuer Schub riskiert, noch bevor der Operationstermin gekommen sei.

Postoperativ riet Krüger, mit dem Wiedereinsetzen so lange zu warten, bis die Wundheilung abgeschlossen sei. In den meisten Fällen könnten hierfür etwa zehn Tage veranschlagt werden, bei JAK-Inhibitoren etwas weniger.

Glukokortikoiddosis perioperativ konstant halten

Eine klare Absage erteilte der Rheumatologe der früher üblichen „Stressprophylaxe“ mit einem Hydrocortison-Bolus vor einem operativen Eingriff. „Wenn irgend möglich, sollte da keine Dosissteigerung stattfinden.“ Aber auch von einer kurzfristigen Senkung der Glukokortikoiddosis werde heute mangels nachgewiesenem Nutzen abgeraten. „Wo auch immer die Glukokortikoiddosis unmittelbar präoperativ liegt – in diesem Zeitraum muss sie konstant bleiben, um eine stabile Krankheitseinstellung nicht aufs Spiel zu setzen“, so der Experte.

Dr. Elke Oberhofer