



Perioperativer Umgang mit vorbestehenden Dauermedikationen

Patienten nehmen vielfach chronisch Medikamente ein, welche potentiell mit Anästhetika interagieren und den perioperativen Verlauf negativ beeinflussen können. Ein abruptes Absetzen hat häufig eher deletäre Auswirkungen. Eine evidenzbasierte Nutzen Risiko Bilanz existiert mit Ausnahme der Betablocker für keine Substanzklasse. Nachfolgend sind die wichtigsten Überlegungen zu den einzelnen Substanzklassen zusammengestellt. Beispielhaft sind gängige in der Schweiz erhältliche Substanzen aufgeführt. Bei Patienten, welche Präparate aus dem deutschen Markt einnehmen, sollte jeweils sorgfältig kontrolliert werden, welche Substanzen in den wahrscheinlich weniger bekannten Handelsnamen enthalten sind.

Kardiale Medikamente	
β – Blocker (<i>Beloc ZOK, Concor, Inderal, Lopresor, Nebilet, Slow-/Trasicor, Tenormin, ...</i>)	am OP Tag präoperativ weitergeben bei Absetzen von β–Blockern sind Rebound Phänomene möglich (Herzrhythmusstörungen; Tachycardien, Angina pectoris), Evidenz für Kardioprotektion bei kardialen Risikopatienten
Ca- Antagonisten (<i>Adalat, Corotrend, Dilzem, Flamon, Isoptin, Lomir, Nifedipin, Norvasc, Plendil, ...</i>)	am OP Tag eher weitergeben kontroverse Diskussion, whs. keine kardioprotektive Wirkung, evtl. unabhängiger Risikofaktor für postoperative kardiale Komplikationen, Absetzen kann jedoch Hypertensionen verursachen
ACE Hemmer, AT 2 Rezeptor Antagonisten (<i>Accupro, Captopril, Cibacen, Coversum, Enalapril, Enatec, Fositen, Lopirin, Reniten, Triatec, Zestril, ...</i>)	präoperativ weglassen, kontrovers diskutiert ! whs. gehäuft perioperativ Hypotensionen, bei potentieller Volumenverschiebung bzw. vorbestehender oder geplanter Sympathikolyse absetzen. Indikationen evtl. gegeben bei schlecht eingestelltem Hypertonus oder bei > 4 - 6 h Abstand zwischen Einnahme und Anästhesieeinleitung Cave: Halbwertszeit von > 12 – 24 h , kurzfristiges Absetzen wenig effektiv bei Eingriffen in Standby bzw. Lokalanästhesie weitergeben
Nitrate, Molsidomin (<i>Nitroglycerin, Corvaton</i>)	am OP Tag präoperativ weitergeben Bei Absetzen Gefahr von Myokardischämien
α-2-Agonisten (<i>Catapresan</i>)	am OP Tag präoperativ weitergeben bei Absetzen Entzugssyndrom, whs. kardioprotektiv bei Risikopatienten
Antiarrhythmika (<i>Cordarone, Rytmonorm, Tambocor</i>)	am OP Tag präoperativ weitergeben Bei Absetzen Gefahr von Arrhythmien

Digitalis (<i>Digoxin</i>)	bis Vortag lange HWZ, (bei Tachyarrhythmia absoluta evtl. bis OP Tag weitergeben), Kalium Werte beachten, Cave Kumulation bei Niereninsuffizienz
Diuretika (<i>Esidrex, Fludex, Hygroton, Lasix, Oedemex, Torem, ...</i>)	bis Vortag Cave Hypovolämie, evtl. Hypokaliämie, Kontrolle Natrium/Kalium
α-Adrenorezeptoren Blocker (<i>Minipress, Regitin, Cardura</i>)	bis Vortag
Statine (<i>Lescol, Simcora, Simvastin, Selipran, Sortis, Zocor, ...</i>)	am OP Tag präoperativ weitergeben eher positive Datenlage im Hinblick auf perioperatives kardiales Risiko

Antidiabetika	
Sulfonylharnstoffe (<i>Amaryl, Daonil, Diamicron, Euglucon, Glibesifar, Glutril, ...</i>)	bis Vortag stimulieren die Insulinsekretion, auch postoperativ Hypoglykämien möglich
Biguanide: Metformin (<i>Glucophage, Metfin</i>)	2 Tage präoperativ absetzen schwere Laktatazidosen mit hoher Mortalität beschrieben, Vorsicht v.a. bei Niereninsuffizienz, pAVK, Herzinsuffizienz
Acarbose (<i>Glucobay</i>)	kein Einfluss auf Anästhesie
Retardinsulin (<i>Insulatard, Humaninsulin Ultralong, Semilente, Lantus, ...</i>)	bis Vortag
Insulin (<i>Actrapid, Mixtard, NovoMix, NovoRapid, ...</i>)	Bis Eintritt gewohnte Dosierung fortsetzen, bei Eintritt Wechsel auf Diabetes Schema KSSH je nach Eingriff und bisherigem Regime

ZNS	
Lithium <i>(Litarex, Lithiofor, Neurolithium, Oligosol, Priadel, Quilonorm)</i>	bis Vortag Natrium-, Kalium-Kontrolle, Lithiumspiegel sollte < 1.2 mmol/l sein
Trizyklische Antidepressiva <i>(Anafranil, Gamonil, Nortrilen, Saroten, Sinquan, Surmontil, Tofranil, Tryptizol, ...)</i>	bis Vortag Nutzen Risiko Abwägung, hemmen die Wiederaufnahme von Neurotransmittern, Wirkungsverstärkung von Katecholaminen → Hypertonie, Tachykardie
Neuroleptika <i>(Abilify, Chlorazin, Dapotum, Dipiperon, Fluanxol, Haldol, Leponex, Nozinan, Prazine, Risperdal, Semap, Seroquel, Zyprexa, ...)</i>	bis Vortag wirken alle antidopaminerg, anticholinerg, antiadrenerg
Monoaminoxidase hemmer 1. Generation 2. Generation 3. Generation <i>(Aurorix)</i>	möglichst 2 Wochen präoperativ umsetzen auf selektive reversible Präparate der 3. Generation Cave: Pethidin, Tramadol: → schwere exzitatorische Reaktionen, Atemdepression, Koma Indirekte Sympathikomimetika (z.B. Ephedrin): → hypertensive Krisen Nicht selektiv, irreversibel Selektiv, irreversibel Selektiv, reversibel
Selektive Serotonin Reuptake Hemmer <i>(Cipralex, Citalopram, Deroxat, Floxyfral, Fluctine, Fluocim, Gladem, Parexat, Seropram, Zolof, ...)</i>	bis Vortag Absetzen kann zu Angst, Unruhe führen Cave: In Kombination mit z.B. Pethidin, Tramadol, MAO Hemmern → Serotonin Syndrom möglich mit Hyperthermie, vegetativer Instabilität, Koma
Antiepileptika <i>(Depakine, Epanutin, Keppra, Lamictal, Luminal, Mysoline, Neurontin, Orifil, Phenhydantoin, Tegretol, Timonil, Topamax, Trileptal,...)</i>	am OP Tag präoperativ weitergeben Weiterführen der antiepileptischen Therapie ist im Hinblick auf das Verhindern eines perioperativen Krampfanfalls essentiell

Andere Medikamente	
Schilddrüsenhormone (Eltroxin, Euthyrox, Novothyral)	bis Vortag
Thyreostatika (Neo-Mercazole)	bis Vortag bei klinischem V.a. Hyperthyreose Kontrolle von T3.T4, TSH basal
Bronchodilatoren (Berotec, Bricanyl, Ecovent, Foradil, Oxis, Serevent, Ventolin,...)	am OP Tag präoperativ weitergeben
TNF-alpha-Blocker	Präoperativ absetzen → deutlich erhöhtes Infektionsrisiko Enbrel (Etanercept) : Ca. 1 – 2 Wochen vor OP Remicade (Infliximab) : Ca. 6 Wochen vor OP Humira (Adalimumab) : Ca. 4 Wochen vor OP
Kortikoide	am OP Tag präoperativ weitergeben perioperativ gemäss Schema KSSH
Phytopharmaka	→ siehe „ Medikamentengabe vor Operationen http://www.kssh.ch/pdf/Medikamente_Vor_OP.pdf