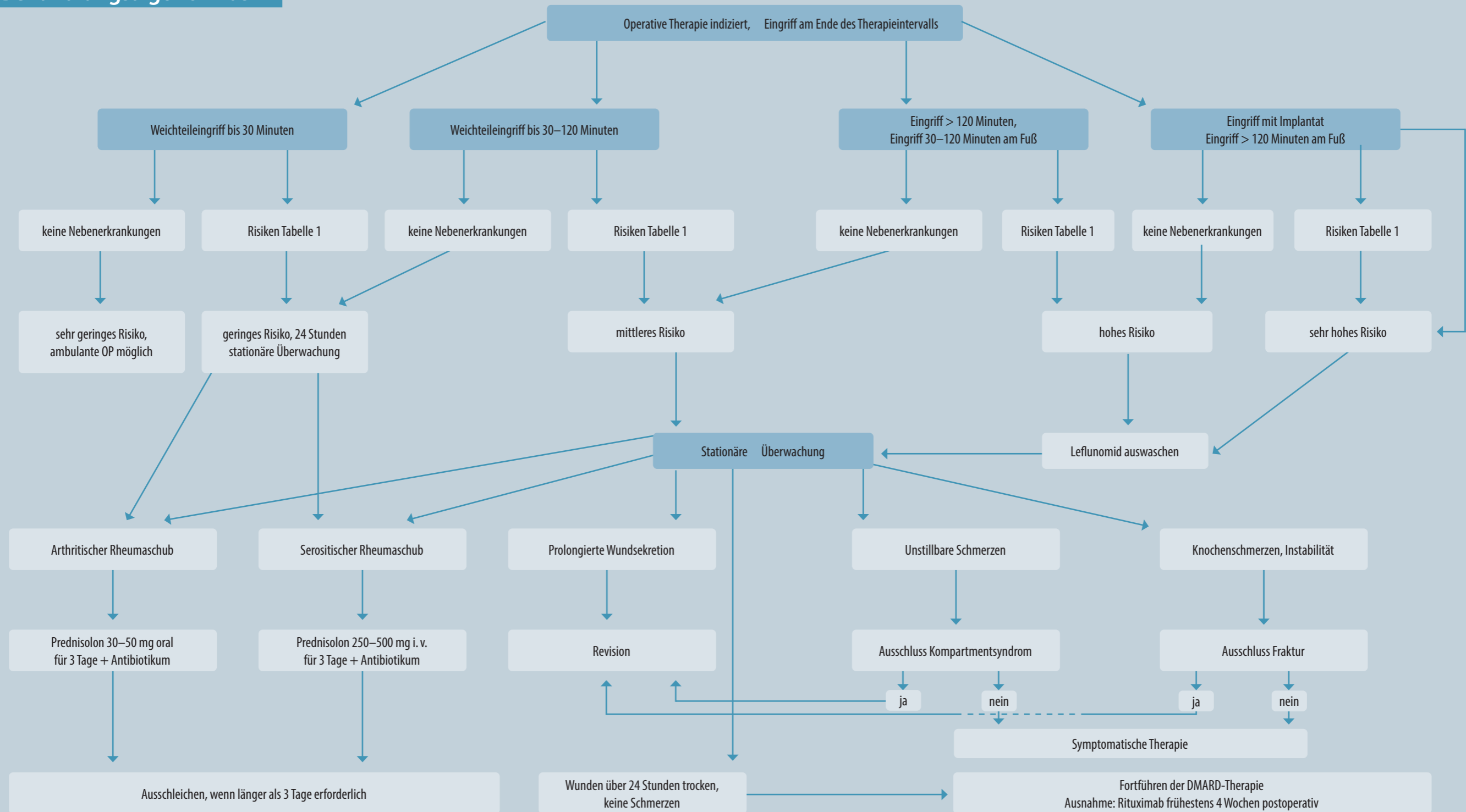


Behandlungsalgorithmus



CAVE: Die Heilung kann unter Immunsuppression verzögert sein, Hautfäden nicht zu früh entfernen, Ruhigstellung bei Arthrodesen schmerzadaptiert, gegebenenfalls CT.

Immunsuppression bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Algorithmus für die perioperative Medikation

Die medikamentöse Therapie der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit unspezifischen (cs-DMARDs) und spezifischen Entzündungshemmern (b- und tsDMARDs) ist zum einen für die Mehrzahl der Patienten ein Segen, da die Schmerzen abnehmen. Die Aktivitäten des täglichen Lebens können wieder wahrgenommen werden. Die Lebensqualität steigt also erheblich. Das wird aber erkauft mit einem erhöhten Infektionsrisiko, das insbeson-

dere durch Öffnung der Körperoberfläche durch Operationen oder auch Verletzungen mit der Möglichkeit der Eintragung von Keimen in die tiefen Gewebe besteht.

Unter Abwägung der individuellen Risiken sollten die Biologika nicht mehr, wie früher empfohlen, zwei Halbwertszeiten vor der Operation pausiert werden, sondern die Operation sollte am Tage der geplanten Gabe unter Aussetzen des Medikamentes durchgeführt werden. Das Wiedereinsetzen der Therapie erfolgt dann nach sicherer Wundheilung. Das hat seinen Grund darin, dass bisher keine Verlaufsstudie eine Verminderung des Infektionsrisikos durch eine längere Medikamentenpause belegen konnte. Die Evidenz ist hier allerdings immer noch als schwach zu betrachten, da es sich um Verlaufsbeobachtungen kleiner Patientenzahlen mit inhomogenem Nebenerkrankungsspektrum, verschiedenen Operationen und unterschiedlichen Therapieintervallen handelt.

Zu beachten ist des Weiteren, dass hohe Kortison-Dosen nach Möglichkeit vermieden werden sollten, da diese die Infektionsgefahr deutlich stärker erhöhen als die Basistherapeutika. Für die perioperative Medikation macht es also einen deutlichen Unterschied, ob ein kleiner Eingriff an der Hand, wie eine Karpaltunnel- oder A1-Ringband-Spaltung bei einem gut eingestellten Rheumatiker ohne weitere Erkrankungen durchgeführt wird, oder ob eine Koinzidenz der entzündlich-rheumatischen Erkrankung mit einem Diabetes mellitus mit Übergewicht bei hohem Alter besteht und zusätzlich ein Fremdkörper, in der Regel eine Endoprothese, implantiert werden soll. Hier muss sehr individuell über die Dauer der Unterbrechung der anti-

inflammatorischen medikamentösen Therapie entschieden werden. Das bedarf großer Erfahrung und häufig interdisziplinärer Konsultationen. Die hierfür notwendigen Strukturen werden in Spezialzentren für Operative Rheumatologie, die durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) zertifiziert werden, vorgehalten und sollten entsprechend genutzt werden. Der nachfolgende Algorithmus gibt somit aufgrund der Vielzahl der zu beachtenden Komponenten nur einen groben Anhalt und bezieht sich im Wesentlichen auf Patienten, die außer der entzündlich-rheumatischen Erkrankung keine weiteren Risikofaktoren aufweisen. (Tab. 1)

Prof. Dr. Ralph Gaulke
Hannover
Präsident der DGORh
gaulke.ralph@mh-hannover.de

Tab. 1: Nicht medikamentös bedingte Risiken für postoperative Infektionen

Patientenspezifische Risiken
— hohe entzündliche Krankheitsaktivität
— Krankheitsdauer
— psoriatische Plaques
— Diabetes mellitus
— Niereninsuffizienz
— Leberinsuffizienz
— Lungeninsuffizienz
— Adipositas
— Mangelernährung
— Arteriosklerose
— Anämie
— Hautläsionen
— vorangegangene Infektionen
— Alter
— männliches Geschlecht
Suchtmittel
— Nikotinabusus
— Alkoholabusus
Eingriff
— Lokalisation (z. B. Unterschenkel und Fuß)
— Dauer
— Weichteiltrauma (z. B. Hakenzug, Präparation, Unfall)
— Zugangsgröße
— Art (z. B. Fremdkörperimplantation)

Lust auf mehr?

Alle in OUMN abgedruckten Behandlungspfade seit dem Jahr 2020 zu Themen wie beispielsweise „Überlastungsbedingte Tendinopathien“, „Rumpforthesen“, „Rheumatoide Arthritis“, „Gonarthrose“, „Sportverletzungen“, „Alterstraumatologische Versorgung“ und andere mehr finden Sie auch auf SpringerMedizin.de online unter:

www.springermedizin.de/OUMN

