Der kardiale Risikopatient

Was vor einer OP zu beachten ist

Dem kardialen Risikopatienten drohen in der perioperativen Phase einige lebensgefährliche Komplikationen. Um das Risiko zu minimieren, ist eine präoperative Risikostratifizierung und Optimierung der medikamentösen Therapie zwingend notwendig.

■ Die häufigsten und gefährlichsten Komplikationen in der perioperativen Phase bei kardialen Risikopatienten sind:

- das akute Koronarsyndrom,
- die akute Herzinsuffizienz bzw. die Dekompensation einer vorbestehenden chronischen Herzinsuffizienz,
- maligne ventrikuläre Arrhythmie bis hin zum plötzlichen Herztod.

„Vorrangiges Ziel des perioperativen Managements kardialer Risikopatienten ist es, solche potenziell fatalen Komplikationen zu verhindern“, sagte Prof. Karl Werdan, Halle-Wittenberg. Voraussetzung sei eine individuelle präoperative Risikostratifizierung, wobei eine gemeinsame Betrachtung von „Risikopatient“ und „Risikooperation“ erforderlich sei.

Wann besteht sehr hohes Risiko?

Ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko haben bei Patienten mit

- akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, NSTEMI, STEMI innerhalb der letzten 30 Tage),
- dekompensierter Herzinsuffizienz,
- höhergradigen AV-Blockierungen,
- symptomatischen ventrikulären Arrhythmien,
- supraventrikulären Arrhythmien mit unkontrollierter ventrikulärer Frequenz,
- gravierenden Herzklappenerkrankungen.

Zu den Operationen mit hohem kardiovaskulärem Risiko zählen:

- große Notfalloperationen, besonders beim älteren Patienten,
- Aorten- und andere große Gefäßoperationen,
- peripher-vaskuläre Operationen,
- prolongierte chirurgische Eingriffe mit großen Flüssigkeitsverschiebungen und/oder Blutverlusten.

Zur präoperativen kardiovaskulären Risikoevaluierung gehört, so Werdan, neben

Eine Bypass-OP senkt das perioperative Risiko weniger als erhofft.

der Anamnese, dem Ruhe-EKG und dem Röntgen-Thorax auch eine Belastungsuntersuchung zum Nachweis/Ausschluss einer Myokardischämie und bei herzinsuffizienten Patienten auch die Echokardiografie.

Wie lässt sich das perioperative Risiko vermindern?

Bei Patienten mit einer kardialen Dekompensation steht die rasche Rekompensation im Vordergrund. „Doch bei Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom scheint eine präoperative Koronarrevaskularisation mittels PCI bzw. aorto-koronarer Bypassoperation das perioperative Risiko weniger zu senken als erhofft“, so Werdan. Koronarstentpatienten bedürften während und nach einer nicht-kardialen Operation einer besonderen Betreuung, da das Risiko einer perioperativen Blutung unter der dualen Thrombozytenaggregationshemmung deutlich erhöht sei. Jedoch sei das Absetzen dieser Medikamente präoperativ mit dem Risiko einer lebensbedrohlichen Stentthrombose assoziiert.

Elektive Operation: wann?

Bei Patienten nach aorto-koronarer Bypassoperation innerhalb der letzten fünf Jahre kann die nicht-kardiale Operation ohne Verzögerung sofort erfolgen. Nach einer PTCA sollte eine nicht-kardiale Operation dagegen frühestens zwei Wochen nach der Intervention durchgeführt werden. Bei Patienten, die wegen eines Stents eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS und Clopi-

dogrel erhalten, sollte, soweit möglich, nur Clopidogrel und nicht Aspirin präoperativ abgesetzt werden und zwar wenigstens fünf Tage, bevorzugt sogar zehn Tage vor der Operation. Clopidogrel kann 24 Stunden postoperativ wieder angesetzt werden. Bei einem unbeschichteten Metallstent kann die elektive nicht-kardiale Operation frühestens nach sechs Wochen, optimal erst nach drei Monaten durchgeführt werden. Bei einem Medikamenten-beschichteten Stent empfiehlt es sich, die nicht-kardiale Operation, soweit vertretbar, auf einen Zeitpunkt zwölf Monate nach der Koronarintervention zu verschieben.

Betablocker und Statin nicht absetzen

„Das präoperative Absetzen eines Betablockers ist wegen des Betablocker-Absetzphänomens gefährlich und sollte deshalb vermieden werden“, so Werdan. Grundsätzlich empfehle es sich sogar, bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten vor Risikooperationen eine Therapie mit einem Betablocker einzuleiten. Die Betablockergabe sollte spätestens eine Woche vor der geplanten Operation beginnen und zumindest zwei Wochen postoperativ fortgeführt werden, wobei eine Zielfrequenz von 60–70 Schlägen/min und ein systolischer Blutdruck von > 100 mmHg angestrebt werden sollte.

Da das perioperative Komplikationsrisiko bei Blutdruckwerten > 180/110 mmHg ansteigt, sollte der Blutdruck präoperativ unter diesen Wert gesenkt und die bereits eingeleitete antihypertensive Medikation fortgeführt werden. Wird der Patient mit einem ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker behandelt, so sollte diese Medikation am Morgen des Operationstages nicht gegeben werden, da ansonsten nach Einleitung der Narkose mit Vasopressorenpflichtigen Blutdruckabfällen gerechnet werden muss. Bei Gefäßoperationen reduziert eine einmonatige präoperative Statinbehandlung das postoperative Auftreten von Myokardischämien, Myokardinfarkten und kardiovaskulärem Tod um 50%. „Die Leitlinien bei chirurgischen Hochrisikopatienten empfehlen die präoperative Gabe eines Statins, idealerweise 30 Tage vor der OP“, so Werdan. Eine bereits eingeleitete Statintherapie sollte deshalb keinesfalls unterbrochen werden.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

■ Quelle: Seminarkongress „Interdisziplinäre Intensivmedizin“ 6.–11. März 2011 in Garmisch-Partenkirchen