Rheumapatient muss unters Messer

Immunsuppressiva vor der Op. absetzen?

Ob ein Immunsuppressivum vor einem operativen Eingriff abgesetzt werden sollte, hängt von seinem Wirk- und Toxizitätsprofil sowie von seiner Halbwertszeit ab. Chloroquin und Methotrexat können in der Regel weiter gegeben werden.

— Grundsätzlich gilt, dass eine elektive Operation bei Rheumapatienten in einer Phase mit geringer Krankheitsaktivität durchgeführt werden sollte. Es ist aber ein Märchen, dass Immunsuppressiva vor jedem operativen Eingriff abgesetzt werden müssen. „Diese schlichte Lösung hat sicher schon vielen Patienten enorm geschadet“, so Prof. Werner Mayet, Sanderbusch. Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis kann ein Schub auftreten, der eine frühe Mobilisation verhindert. Außerdem erfordert der Schub Glukokortikoide, die wiederum die Wundheilung stören. Auch ein Lupus erythematoses kann exazerbieren, eine Vaskulitis sogar zum Tod führen, wenn die Immunsuppressiva plötzlich abgesetzt werden.

Substanzspezifische Empfehlungen

1 Glukokortikoide hemmen die Proliferation und Funktion von immunologisch aktiven Zellen, Fibroblasten und Endothelzellen. Dies kann im Umfeld eines chirurgischen Eingriffs die Wundheilung verzögern. Dosen von bis zu 7,5 mg Prednisolon pro Tag gelten jedoch als unproblematisch. Am Op-Tag gibt man eine sog. Stressdosis in Höhe des Dreifachen der üblichen Tagesdosis, die dann innerhalb von zwei bis drei Tagen wieder reduziert wird. Für dieses häufig praktizierte Vorgehen fehlt allerdings die Evidenz.

2 Hydroxychloroquin und Chloroquin stabilisieren lysosomale Membranen, vermindern die Produktion von IL-1 und TNF-alpha und inhibieren das Komplementsystem. Sie haben eine Halbwertszeit von 40–50 Tagen und ein geringes Toxizitätsprofil. Diese Therapie kann besonders bei kleineren Eingriffen problemlos weitergeführt wer-

Ein generelles Absetzen von Immunsuppressiva vor der Op. ist nicht sinnvoll.

den. Die lange Halbwertszeit lässt ohnehin keine andere Wahl.

3 Sulfasalazin hemmt die Funktion von Neutrophilen und Lymphozyten sowie die Proliferation von Fibroblasten und Endothelzellen. Auf der anderen Seite steht ein Schutzeffekt vor Infektionen durch das enthaltene antibakterielle Sulfapyridin. Beachtet werden muss ein möglicher hepatotoxischer Effekt, der bei Komedikation apparent werden kann. Da Sulfasalazin nur eine Halbwertszeit von sechs bis zehn Stunden aufweist, wird empfohlen, es zwei Tage vor einer Operation abzusetzen und die Therapie nach Stabilisierung der klinischen Situation fortzuführen. In der ambulanten Chirurgie ist dies allerdings nicht erforderlich.

4 Methotrexat (MTX), das wichtigste DMARD in der Rheumatologie, besitzt das günstigste Verhältnis zwischen Wirkung und Toxizität. Es moduliert den Purinmetabolismus und stoppt den Zellzyklus in der S-Phase. Auch zahlreiche Immunmechanismen werden ge-

hemmt. In der perioperativen Situation kann MTX kontinuierlich weiter verabreicht werden, ohne dass negative Effekte befürchtet werden müssen. Auf die Nierenfunktion muss allerdings geachtet werden.

5 Cyclosporin A und Azathioprin sind relativ schlecht untersucht. Von Azathioprin ist bekannt, dass es zu einer irreversiblen Neutropenie führen kann. Deshalb und wegen der vergleichsweise kurzen Halbwertszeit beider Substanzen von 6–20 Stunden geht man lieber auf die sichere Seite. Es wird geraten, die Therapie für maximal drei Tage vor und nach dem Eingriff abzusetzen.

6 Leflunomid weist eine ganze Reihe immunologischer Effekte auf und hat eine Halbwertszeit von im Mittel 15 Tagen. Studien weisen darauf hin, dass unter Leflunomid mehr Wundheilungsstörungen auftreten als unter MTX. Vor einem größeren Eingriff ist zu empfehlen, Leflunomid mit Cholestyramin auszuwaschen.

7 TNF-alpha-Blocker besitzen im Prinzip ein moderates Nebenwirkungsspektrum. Ihr Einsatz ist jedoch mit einem deutlich vermehrten Infektionsrisiko verbunden: Schwere Haut- und Weichteilinfektionen kommen um den Faktor vier häufiger vor. Auch tiefe Beinvenenthrombosen treten vermehrt auf.

Setzt man einen TNF-alpha-Blocker zwei Halbwertszeiten vor einer Operation ab, halbiert sich die Infektionsrate. Deshalb wird heute empfohlen, mit der TNF-alpha-Blockade zwei bis drei Halbwertszeiten vor dem chirurgischen Eingriff zu pausieren und fortzuführen, sobald der Patient klinisch stabil ist.

8 Tocilizumab bringt eine wichtige Besonderheit mit sich, die große Vorsicht erfordert. Die Substanz maskiert den Entzündungsmarker CRP. Er steigt auch dann nicht an, wenn eine schwere Infektion im Gange ist.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ 116. Internistenkongress, Wiesbaden