

Rheuma-Therapie vor Operationen nur kurz unterbrechen

Albrecht K et al. Perioperativer Umgang mit der Therapie von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Z Rheumatol 2021. doi:10.1007/s00393-021-01140-x

Das erhöhte Infektionsrisiko nach chirurgischen Eingriffen macht bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen eine vorübergehende Anpassung der antientzündlichen Basistherapie erforderlich. Die Medikationspausen können aufgrund neuer Studienergebnisse jedoch verkürzt werden, wobei für die einzelnen Wirkstoffe unterschiedliche Regeln gelten. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) hat ihre Empfehlungen deshalb aktualisiert und dabei neu zugelassene Wirkstoffe berücksichtigt.

Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen, insbesondere für Infektionen nach einem Gelenkersatz. Gleichzeitig steigt nach jedem chirurgischen Eingriff die Gefahr eines Krankheitsschubs. „Die Therapiepausen sollten deshalb so kurz wie möglich, aber so lang wie nötig ausfallen“, sagt Prof. Klaus Krüger, Leiter des Rheumatologischen Praxiszentrums St. Bonifatius in München. „Dabei ist zu berücksichtigen, dass jeder Patient ein individuelles Risikoprofil hat und jedes krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikament oder DMARD aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften einzeln zu betrachten ist“, fügt der Sprecher der DGRh-Kommission Pharmakotherapie hinzu.

Die DGRh hatte dem 2014 durch evidenzbasierte Empfehlungen bereits Rechnung getragen. Inzwischen sind neue DMARD zugelassen worden, die die Behandlungsmöglichkeiten erweitert haben. Dazu gehören JAK-Inhibitoren und der PDE4-Hemmer Apremilast sowie einige Interleukin-Blocker, die in den neuen Empfehlungen berücksichtigt werden. Hinzugekommen sind auch neue Studienergebnisse, die die Beurteilung der Risiken verbessert haben. „Das Infektionsrisiko ist in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich gesunken“, berichtet

Prof. Krüger. Nach Hüftendoprothesen komme es nur noch halb so häufig zu Komplikationen wie in den 1990er-Jahren. Dies könnte auch eine Folge der verbesserten rheumatischen Behandlungen sein, so der Experte, da die Krankheitsaktivität wesentlich zum Infektionsrisiko beiträgt. Von entscheidender Bedeutung sei es deshalb, die Medikation im Vorfeld einer geplanten Operation zu optimieren.

Bei Patienten, die auf Glukokortikoide angewiesen sind, sollte die Dosis so weit wie möglich gesenkt werden, rät Dr. Katinka Albrecht, Mitglied der DGRh-Kommission Pharmakotherapie. „Wir betrachten eine Dosis von 10 mg Prednisonäquivalent pro Tag als Limit. Je niedriger die Dosis ist, desto besser.“ Neue größere Studien haben laut der kommissarischen Gruppenleitung am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ) bestätigt, dass die Steroiddosis der entscheidende Faktor für das Infektionsrisiko ist.

Die Empfehlungen zu den einzelnen DMARD orientieren sich an der Halbwertszeit der Wirkstoffe oder praktischerweise an den Dosierungsintervallen. „Aufgrund der neuen Studienergebnisse raten wir in Übereinstimmung mit den amerikanischen Empfehlungen zu einer Pause von einem statt bisher zwei Dosierungsintervallen“, sagt Dr. Albrecht. Hierbei sei jedoch zu beachten, dass bei einigen DMARD die immunologischen Effekte über den Abfall der Wirkstoffspiegel hinaus anhalten. Dies gelte beispielsweise für Rituximab, aber auch für die neuen JAK-Inhibitoren.

Die detaillierten Empfehlungen sollten deshalb nicht als „Rezeptbuch“ verstanden werden, betont der DGRh-Präsident Prof. Andreas Krause, Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin: „Immer gilt es, den einzelnen Patienten im Blick zu behalten, und das Vorgehen interdisziplinär mit allen Behandelnden – mit internistischen und orthopädischen Rheumatologen, Chirurgen und Hausärzten – abzustimmen, um für jeden Patienten ein gutes Ergebnis zu erzielen.“

Nach einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie