

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Um unsere Patienten perioperativ optimal betreuen zu können, sind wir auf Informationen zur Vorgeschichte sowie zum aktuellen Gesundheitszustand angewiesen. Wir bitten Sie deshalb um Unterstützung und gegebenenfalls um die Durchführung gewisser Zusatzuntersuchungen. Welche Untersuchungen neben der Erhebung der **Anamnese** sowie des **körperlichen Status** erforderlich sind, entnehmen Sie bitte der folgenden Aufstellung. Da der Umgang mit der Dauermedikation immer wieder Fragen aufwirft, geben wir Ihnen auch hierzu einige Informationen.

Grundsätzliches zu den präoperativen Abklärungen

Für **gesunde, leistungsfähige** Patienten benötigen wir - **unabhängig vom Alter** - keinerlei Zusatzuntersuchungen, also **kein EKG, kein Thorax Röntgenbild, kein Labor**.

Leidet ein Patient an relevanten Vorerkrankungen und ist deshalb in fachärztlicher Behandlung, bitten wir Sie um Überlassung der von diesen Kollegen verfassten Berichte.

kardiovaskuläre Vorerkrankungen / Eingriffe mit erhöhtem kardialen Risiko

Bei klinisch symptomatischen Patienten mit einer ischämischen Herzerkrankung, bei Herzrhythmusstörungen, Klappenerkrankungen, Herzvitien oder einer Links- bzw. Rechtsherzinsuffizienz oder bei Trägern eines implantierten Defibrillators (ICD) ist ein präoperatives EKG indiziert.

Bei kardial asymptomatischen Patienten ist das EKG indiziert bei Eingriffen mit hohem kardialen Risiko.

Hierzu zählen: • Aorten Chirurgie, • grosse periphere arterielle Gefässeingriffe.

Bei kardial asymptomatischen Patienten und Eingriffen mit mässig erhöhtem kardialen Risiko (• intrathorakale und • intraabdominelle Eingriffe, • Karotischirurgie, • Prostatachirurgie, • orthopädische Operationen, • Operationen im Kopf-Hals-Bereich) ist das EKG nur indiziert, wenn der Patient zusätzliche Risikofaktoren aufweist.

Zu den zusätzlichen Risikofaktoren zählen: • Herz-, • Nieren- oder • zerebrovaskuläre Insuffizienz, • KHK, • pAVK und • Diabetes mellitus

Schrittmacherträger benötigen nur dann ein neues EKG, wenn die vorgesehenen Kontrollen versäumt wurden oder kardiale Symptome vorliegen.

Eine Echokardiographie ist indiziert bei neu aufgetretener unklarer Dyspnoe oder Symptomverstärkung einer Herzinsuffizienz im letzten Jahr. Nicht abgeklärte Herzgeräusche stellen bei Eingriffen mit erhöhtem kardialen Risiko (s.o.) ebenfalls eine Indikation zur Echokardiographie dar.

Eine Röntgenaufnahme des Thorax ist auch bei kardialen Vorerkrankungen nur sinnvoll zur Abklärung einer klinischen Verdachtsdiagnose mit Konsequenzen für das perioperative Vorgehen wie Pleuraerguss, Atelektase, Pneumonie u.ä..

Liegt keine solche Verdachtsdiagnose vor, ist unabhängig vom Alter eine Thorax-Röntgen-Aufnahme nicht indiziert.

An Laboruntersuchungen ist neben dem 12-Kanal EKG bei Pat. mit kardialen Erkrankungen ein Hb sowie Na⁺, K⁺ und Kreatinin sinnvoll.

Träger eines Herzschrittmachers / implantierten Defibrillators

Bei diesen Patienten ist ein Vorliegen des kardiologischen Berichtes der letzten Kontrolle zwingend. Er muss Angaben zur Indikation des PM / ICDs, zum Eigenrhythmus des Pat., zum Typ des Gerätes und seinen Einstellungen enthalten. Ein Ansprechpartner für Rückfragen und die post-operative Kontrolle muss uns bekannt sein.

Pat. mit Zustand nach Stent-Einlage

Bei Z.n. Stent-Einlage muss das perioperative Gerinnungs-Management mit dem Operateur abgesprochen und der Anästhesist informiert sein.

Erkrankungen der Atemwege

Bei thoraxchirurgischen Eingriffen ist die präoperative Lungenfunktionsdiagnostik Standard.

Bei nicht thoraxchirurgischen Eingriffen ist eine Lungenfunktionsdiagnostik nur bei Patienten mit neu aufgetretener Erkrankung bzw. bei Verdacht auf akut symptomatische pulmonale Erkrankung indiziert. Bei symptomatischer chronischer Erkrankung ist sie zur Therapiekontrolle indiziert.

Bei diesen Pat. sollte eine Pulsoxymetrie / eine arterielle Blutgasanalyse und ggf. eine Spirometrie bzw. eine Body-Plethysmographie durchgeführt werden.

Ein Röntgen-Thorax ist auch hier nur sinnvoll zur Abklärung einer klinischen Verdachtsdiagnose wie Pleuraerguss, Atelektase, Pneumonie u.ä.

An Laboruntersuchungen ist neben der Blutgasanalyse ein Hb sowie Na⁺, K⁺ und Kreatinin sinnvoll.

Erkrankungen von Niere / Leber / Blut

An Laboruntersuchungen ist sinnvoll bei Erkrankung:

- der Niere: Hb, Na⁺, K⁺, Kreatinin
- der Leber: Hb, Na⁺, K⁺, Kreatinin sowie Thrombozyten, ASAT (GOT), Bilirubin, aPTT und INR
- des Blutes: Hb, Na⁺, K⁺, Kreatinin sowie Leukozyten und Thrombozyten

Bei einer schweren / dialysepflichtigen Niereninsuffizienz sind zusätzliche Informationen zur Wasserausscheidung / Trinkmenge bzw. zur Dialyse (Häufigkeit / Termine) wichtig.

andere systemische Erkrankungen

Systemische Erkrankungen wie Sklerodermie, ein Lupus erythematodes, eine chronische Polyarthritis, Neuromuskuläre Erkrankungen, seltene Stoffwechselerkrankungen, angeborene oder erworbene Gerinnungsstörungen etc. können die Durchführung einer Anästhesie erschweren. Leidet Ihr Patient unter einer solchen Erkrankung, bitten wir um eine präoperative Absprache.

andere Gründe für Labordiagnostik

Steht ein Patient unter Dauermedikation mit Medikamenten, die Laborwertveränderungen hervorrufen können, ist eine Kontrolle dieser Parameter angezeigt. So ist es z.B. sinnvoll unter Diuretikatherapie präoperativ die Elektrolyte zu kontrollieren.

Wir bitten Sie, uns Ihre Diagnoseliste sowie die Ergebnisse Ihrer Untersuchungen und allfällige Berichte von fachärztlichen Spezialuntersuchungen zukommen zu lassen. Bitte geben Sie die Unterlagen dem Patienten mit, übersenden sie die Unterlagen mit der Post direkt an die Anästhesie der Klinik oder faxen sie sie uns zu (Kontaktinformationen siehe unten). Eine Übermittlung via den Operateur ist zwar grundsätzlich möglich, beinhaltet aber das Risiko, dass uns Ihr Bericht erst kurz vor OP-Beginn und damit zu spät erreicht.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Grundsätzliches zum Umgang mit Dauermedikation

In der Regel wird die Dauermedikation bis zum OP-Tag beibehalten. Eine Einnahme mit einem Schluck Wasser am OP-Morgen verstösst nicht gegen das Nüchternheitsgebot. Besondere Aufmerksamkeit benötigt die Medikation mit Gerinnungs- und Thrombozytenaggregationshemmern.

Medikation kreislaufwirksame Pharmaka

Eine antianginöse, antihypertensive oder antiarrhythmische Therapie sollte perioperativ fortgeführt werden. Dies gilt besonders für β -Rezeptorenblocker und Nitrate, da hier ein Absetzen der Therapie eine Myokardischämie mit Myokardinfarkt auslösen kann.

Medikation Antidiabetika

Eine Insulintherapie wird bis zum OP-Tag fortgeführt, orale Antidiabetika sollten einen Tag vor der OP abgesetzt werden.

Medikation Statine

Die Medikation wird unverändert fortgeführt. Bei gefässchirurgischen Patienten, die bisher nicht mit Statinen therapiert wurden, sollte man 1 bis 4 Wochen vor der Operation mit einer Statin-Medikation beginnen.

Medikation Vitamin-K-Antagonisten

Da das Nutzen / Risiko Verhältnis abhängig von der geplanten Operation ist, muss eine Absprache mit dem Operateur erfolgen.

Medikation Thrombozytenaggregationshemmer

ASS zur Primärprophylaxe wird oft - ausser bei kardialen Hochrisikopatienten - zugunsten einer geringeren Blutungsgefahr perioperativ pausiert. Bei ASS zur Sekundärprophylaxe oder bei kardialen Hochrisikopatienten tritt das Blutungsrisiko in den Hintergrund.

ADP Antagonisten wie Clopidogrel sollten nur vor grossen Operationen mit hohem Blutungsrisiko 7 bis 10 Tage präoperativ abgesetzt werden. Zwingend ist ein Absetzen vor Eingriffen in geschlossenen Höhlen (Augenhinterkammer, intraspinal und intrazerebrale Eingriffe) sowie vor rückenmarksnaher Regionalanästhesie.

Nach Stent-Implantation kann das Absetzen der Thrombozytenaggregationshemmer zur Stentthrombose mit hoher Letalität führen.

→ Da das Risiko einer Unterbrechung der Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer immer im Verhältnis zum intraoperativen Blutungsrisiko beurteilt werden muss, ist eine Absprache zwischen Operateur, Hausarzt und ggf. Kardiologen erforderlich.

Medikation Psychopharmaka / Antiepileptika / Anti-Parkinson-Medikamente

Obwohl diese Medikamente mit Anästhetika interagieren können, sollten sie perioperativ weiter gegeben werden, da die Nachteile einer Therapieunterbrechung überwiegen. MAO-Hemmer der ersten Generation sollten wenn möglich über einen Zeitraum von zwei Wochen vor dem Eingriff durch modernere reversible und selektive MAO-Hemmer ersetzt werden.

Sollten sich noch Fragen zu präoperativen Abklärungen, zur Dauermedikation ihres Patienten oder anderen Aspekten des perioperativen Vorgehens ergeben, bitten wir Sie, sich telefonisch an den diensthabenden Anästhesisten der Klinik Bethanien, Lindberg bzw. Belair zu wenden.

Kontaktinformationen: alphacare@hin.ch

Privatklinik Bethanien Dienstarzt:	Telefon: +41 43 268 7449	Fax: +41 43 268 7478
Privatklinik Lindberg Dienstarzt:	Telefon: +41 52 266 1199	Fax: +41 52 266 1747
Privatklinik Belair Zentrale:	Telefon: +41 52 632 19 00	Fax: +41 52 632 19 89