



Information über

Das perioperative Management unter immunsuppressiver Therapie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bitte finden Sie nachfolgend Informationen über das perioperative Management bei Operationen unter immunsuppressiver Therapie. Diese Information stützt sich auf die aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sowie der American College of Rheumatology (ACR)-Empfehlungen.

Die Empfehlungen gelten strenggenommen nur für Gelenkeingriffe, in Ermangelung von Studien sollten diese Empfehlungen auch für andere operative Eingriffe als Orientierung gelten.

Allgemeine perioperative Empfehlungen:

1. Einschätzung des Risikos erfolgt individuell nach Patientencharakteristika und aktuellen Therapie.
2. Eine Absprache zwischen Operateur und Rheumatologen ist vor der Operation empfehlenswert.
3. Ein Schub der entzündlich rheumatischen Erkrankung gilt als ein eigenständiges Infektionsrisiko. Eine Remission der entzündlich rheumatischen Systemerkrankung präoperativ ist anzustreben.
4. Jede Steroiddosis, insbesondere > 10 mg/d Prednisolon-Äquivalent, erhöht das Infektionsrisiko. Wenn möglich, präoperative Senkung der Dosis auf 5 mg/d (Cave: Schub, siehe oben).
5. Es gibt Hinweise für gesteigerte Infektkomplikation bei perioperativer Gabe von Steroidboli.
6. Hydrocortison: nur bei bekannter NNR-Insuffizienz oder eindeutigen Zeichen eines iatrogenen M. Cushing.
 - Auf Zeichen einer postoperativen NNR-Insuffizienz ist zu achten (Übelkeit, Blutdruckabfall, Hyponatriämie, Adynamie).

csDMARDs (konventionelle Basistherapien)

Methotrexat: perioperative Fortführung bei Dosierungen bis 15 mg/Woche. Bei Dosen über 15 mg/Woche ggf. passagere Reduktion auf 15 mg/Woche.

Cave: eingeschränkte Nierenfunktion postoperativ, ggf. Dosisreduktion oder Unterbrechung bei pulmonalen Begleiterkrankungen, um das Risiko einer Pneumonie zu minimieren.

Leflunomid: keine regelhafte Unterbrechung sinnvoll

- niedriges Infektionsrisiko: unveränderte Fortsetzung
- höheres Risiko bzw. größere Eingriffe: Therapiepause und Gabe von 3 x 8 g/Tag Colestyramin oder Aktivkohle 4 x 50g/Tag für je 5 Tage.

Azathioprin, Ciclosporin A und Mycophenolat-Mofetil: Pausierung der Therapie 1-2 Tage präoperativ.

Hydroxychloroquin, Sulfasalazin: keine Pause wegen der geringen immunsuppressiven Wirkung nötig, falls Medikamenteninteraktionen befürchtet werden müssen, ggf. Pausierung ab dem Tag der OP.

bDMARD (Biologika)

In den ersten 6 Monaten nach Beginn der Biologika-Therapie besteht wahrscheinlich ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Substanz			letzte präoperative Gabe
Adalimumab	s.c.	z.B. Humira®/Imraldi®/Hulio®/Amgevita®	2 Wochen
Certolizumab	s.c.	z.B. Cimzia®	2 Wochen
Etanercept	s.c.	z.B. Enbrel®/Benepali®/Erelzi®	1 Woche
Golimumab	s.c.	z.B. Simponi®	4 Wochen
Infliximab	i.v.	z.B. Remicade®/Remsima®/Inflectra®/Flixabi®	8 Wochen
Infliximab	s.c.	z.B. Remsima®	2 Wochen
Abatacept	i.v.	z.B. Orencia®	4 Wochen
Abatacept	s.c.	z.B. Orencia®	1 Woche
Ustekinumab	s.c.	z.B. Stelara®	12 Wochen
Secukinumab	s.c.	z.B. Cosentyx®	4 Wochen
Ixekizumab	s.c.	z.B. Taltz®	4 Wochen
Guselkumab	s.c.	z.B. Tremfya®	8 Wochen
Risankizumab	s.c.	z.B. Skyrizi®	12 Wochen
Anakinra	s.c.	z.B. Kineret®	1-2 Tage
Canakinumab	s.c.	z.B. Ilaris®	4 Wochen
Belimumab	i.v.	z.B. Benlysta®	4 Wochen
Belimumab	s.c.	z.B. Benlysta®	1 Woche

Sarilumab	s.c.	z.B. Kevzara®	2 Wochen
Tocilizumab	i.v.	z.B. RoActemra®	4 Wochen
Tocilizumab	s.c.	z.B. RoActemra®	1 Woche
In Anbetracht des fehlenden CRP- und Fieber-Anstieges unter IL-6-Blockade ist postoperativ in besonderem Maße auf die klinischen Zeichen einer möglichen Infektion zu achten.			

Rituximab: Idealerweise OP 4-8 Wochen vor der nächsten geplanten Gabe (d.h. normalerweise ca. 4-5 Monate nach der letzten Rituximab-Applikation), frühestens aber 3 Monate nach der letzten Rituximab-Gabe. Präoperativ Bestimmung des IgG-Spiegels: IgG-Spiegel <3 g/l Indikation zur Immunglobulin-Substitution (20 g) und Operation innerhalb von 3 Wochen nach Immunglobulin-Gabe.

tsDMARDs (small molecules)

Belastbare Erfahrungen zu dem perioperativen Management dieser neuen Substanzklasse liegen bisher nicht vor. Die Empfehlungen werden in Analogie zu den anderen Immunsuppressiva abgegeben.

Substanz		letzte präoperative Gabe
Tofacitinib	z.B. Xeljanz®	3-4 Tage
Baricitinib	z.B. Oluminat®	3-4 Tage
Upadacitinib	z.B. Rinvoq®	3-4 Tage
Filgotinib	z.B. Jyseleca®	3-4 Tage
Apremilast	z.B. Otezla®	keine Pausierung notwendig

Wiedereinleitung

DMARD's sollten erst nach Abschluss der Wundheilung erneut eingeleitet werden

Modifiziert nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und dem American College of Rheumatology zur perioperativen Vorgehensweise unter Therapie mit DMARDs und Biologika bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

Literaturangabe:

1. Perioperative management of treatment of patients with inflammatory rheumatic diseases : Updated recommendations of the German Society of Rheumatology; Z Rheumatol. 2021 Dec 20. doi: 10.1007/s00393-021-01140
2. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty; J Arthroplasty. 2017 Sep;32(9):2628-2638. doi: 10.1016/j.arth.2017.05.001. Epub 2017 Jun 16.