



Operation mit relevantem Blutungsrisiko

## Patienten frühzeitig auf Anämie untersuchen!

© autobus / Fotolia

Patienten mit präoperativer Anämie haben ein erhöhtes Risiko, operationsbedingt Komplikationen zu entwickeln und zu sterben. Eine Anämie sollte daher mindestens einen Monat vorher abgeklärt und behandelt werden.

Da viele chirurgische Patienten schon älter sind, handelt es sich um einen extrem häufigen Risikofaktor: Eine präoperative Anämie besteht laut Fachliteratur bei 14–40% von ihnen. Aus zahlreichen Studien weiß man, dass der Mangel an Erythrozyten mit signifikant schlechteren postoperativen Ergebnissen einhergeht.

### Ursachengerechte Behandlung

Da eine adäquate Anämietherapie in der Regel Zeit benötigt, „sollten Diagnostik

und ursachengerechte Therapie mindestens einen Monat vor geplanten Operationen mit relevantem Blutungsrisiko in die Wege geleitet werden“, empfehlen Anästhesisten um Dr. Christoph Rosenthal vom Vivantes Klinikum im Friedrichshain in Berlin. Bei nachgewiesenem Eisenmangel, der führenden Ursache präoperativer Anämien, sollte Eisen substituiert werden – oral, sofern die Behandlungszeit ausreicht, keine Resorptionsstörung oder Unverträglichkeit besteht, und ansonsten i.v. Bei Gabe von i.v.-Eisen soll eine orale Eisentherapie mindestens vier Wochen ausgesetzt werden.

Anämien bei chronischen Erkrankungen und renale Anämien können, unter Beachtung der Kontraindikationen, mit Erythropoetin behandelt werden. Bei gleichzeitigem Eisenmangel wird die

kombinierte Behandlung mit Eisen empfohlen.

### „One shot“-Therapie für eilige Fälle

Für den Fall, dass eine Anämie nicht frühzeitig abgeklärt wird, z. B. weil der Eingriff kurzfristig notwendig wird, haben Ärzte aus Zürich und Berlin vor Kurzem mit Erfolg eine „One shot“-Therapie erprobt. Herzchirurgische Patienten mit Anämie oder isoliertem Eisenmangel hatten einmalig am Tag vor der Operation Eisen i.v., Erythropoetin s.c., Vitamin B12 s.c. plus Folsäure bzw. entsprechende Placebopräparate erhalten. Nach der ultrakurzen Anämietherapie wurden signifikant weniger Erythrozytenkonzentrate benötigt. *bs*

Rosenthal C et al. *Anaesthesist* 2019;68:555–567

Spahn DR et al. *Lancet* 2019;393:2201–2212

## Kommunikativer Dissens

# Welche Krankheit? Da widersprechen sich Ärzte und Patienten

Man sollte annehmen, dass sich Patienten und ihre Mediziner über die therapie relevanten Diagnosen einig sind. Doch woran sie eigentlich erkrankt sind, darüber haben Patienten oft andere Ansichten als die Ärzte.

Eine Studie französischer Forscher um Stéphanie Sidorkiewicz von der Universität Paris Descartes hat sich mit chronischen Krankheiten beschäftigt, die Patienten zu haben glauben. Den Angaben der Patienten haben Sidorkiewicz und Kollegen die Diagnosen gegenübergestellt, die denselben Patienten von ihren Hausärzten gestellt worden waren.

An der Studie waren 233 Patienten beteiligt, die seit mindestens einem Jahr bei einem von 16 teilnehmenden Allge-

meinärzten in Behandlung waren. Patienten gaben im Mittel 3,8, die Ärzte 3,4 chronische Erkrankungen an. Bei genauerer Betrachtung war die Übereinstimmung mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,59 aber nur mäßig; ein Wert von 1 gilt hier als ideal.

### Bestehende Versorgungsmodelle sollten überdacht werden

Um welche Krankheiten es sich im Einzelnen handelte, war noch deutlich strittiger. War man sich über die Diagnose Bluthochdruck noch einigermaßen einig (Korrelationskoeffizient 0,74), erreichte die Übereinstimmung bei den übrigen neun der zehn am häufigsten von Patienten geäußerten Diagnosen nur einmal einen Wert von 0,60 – nämlich bei der Fra-

ge, ob der Betreffende raucht oder nicht. Für Asthma gab es mit einem Wert von 0,53 eine gerade noch mäßige Korrespondenz, die Werte für die übrigen chronischen Leiden rangierten allesamt auf armseligem Niveau.

Vollends desaströs geriet die Aufgabe, eine Liste der drei wichtigsten chronischen Erkrankungen aufzustellen. Knapp 30% der von den Patienten an die erste Stelle gesetzten Diagnosen tauchten auf den Listen der behandelnden Hausärzte nicht auf. Sidorkiewicz und Mitarbeiter fordern daher, bestehende Versorgungsmodelle zu überdenken und die therapeutische Allianz zwischen Patienten und ihren Ärzten zu stärken. *rb*

Sidorkiewicz S et al. *Ann Fam Med* 2019;17:396–402