

PARKINSON UND ANÄSTHESIE

Sehr geehrte(r) Parkinson-Patient(in),

in naher Zukunft wird bei Ihnen ein operativer Eingriff notwendig sein. Wir möchten vorausschicken, dass unter Beachtung der nachstehend geschilderten Vorsichtsmaßnahmen das Risiko der Anästhesie bei Parkinson-Patienten nicht größer ist als für vergleichbare Altersgruppen.

Um die Besonderheiten der Parkinson-Krankheit bei der notwendigen Narkose oder der örtlichen Betäubung berücksichtigen zu können, lesen Sie bitte sorgfältig diese Seiten und besprechen Sie alles mit dem Anästhesisten (Narkose-Arzt), der Sie bei der Operation betreuen wird. Einige Ausführungen dieser Broschüre, die Ihnen „zu medizinisch“ erscheinen, können Sie sich vom Arzt erklären lassen. Diese Broschüre beschäftigt sich nicht mit der Anästhesie der tiefen Hirnstimulation (THS).

Allgemeine Bemerkungen

Wenn Sie sich über Narkose und Parkinson-Krankheit mit anderen Patienten unterhalten, werden Sie oft einige Aussagen hören, die Ihnen eventuell Angst vor der Narkose machen können.

Einige Patienten sind der Meinung, dass ihre Parkinson-Krankheit durch die Narkose ausgelöst wurde. Diesbezüglich können wir Sie beruhigen, **Parkinson kann nicht durch eine Narkose ausgelöst werden**. Wir wissen, dass die ersten Symptome der Parkinson-Krankheit erst dann auftreten, wenn ca. 50 Prozent der dopamin-produzierenden Zellen und 70-80 Prozent der Dopaminproduktion verloren gegangen sind. Dies ist ein Vorgang, der ca. 5 Jahre dauern kann, das heißt, dass die Krankheit bei den Patienten, die nach der Operation Parkinson-Symptome zeigten, schon seit längerer Zeit ohne wahrnehmbare Symptome bestand. In diesen Fällen hätte die Krankheit auch ohne Narkose bald die ersten Zeichen gezeigt. Die Auswirkungen der Narkose waren höchstens die letzten Tropfen, die

das Glas zum Überlaufen brachten.

Es wird auch häufig diskutiert, dass die Allgemeinanästhesie (**Vollnarkose**) **die Symptome der Parkinson-Krankheit verschlechtern kann**. Dies ist leider auch bei der besten Narkoseführung nicht ausgeschlossen und macht in einigen Fällen nach der Operation eine medikamentöse Neueinstellung notwendig, häufig unter stationären Bedingungen in einer geeigneten Parkinson-Abteilung oder Klinik. Auch die nach der Operation selten auftretende Verwirrtheit, Desorientierung (Durchgangssyndrom) sollte beim Weiterbestehen in den genannten Einrichtungen stationär behandelt werden.

Wegen der Möglichkeit der Verschlechterung der Parkinson-Symptome, die übrigens nach der medikamentösen Neueinstellung im Allgemeinen rückläufig ist, wird empfohlen, **nur unbedingt notwendige Operationen durchführen** zu lassen. Es ist auch abzuwägen, ob sich die geplante Operation nicht in örtlicher Betäubung oder unter Regionalanästhesie anstelle unter Vollnarkose durchführen lässt. Allerdings muss die Art der Operation dies zulassen und es dürfen dem keine medizinischen Gesichtspunkte entgegenstehen.

Das dritte und wichtigste Problem betrifft die Betreuung der Patienten vor und nach der Operation. Immer wieder hören wir von Patienten, dass sie vor und nach der Narkose eine **zu lange Medikamentenpause** hatten oder die **Dosierung der Antiparkinson-Mittel** (Zusammensetzung, Einnahmezeiten und Einzeldosen) **nicht eingehalten wurde**. Dies hatte dann zur Folge, dass sich die Symptome der Parkinson-Krankheit erheblich verschlechterten und die Mobilisierung der Patienten nur verzögert möglich war. Im ungünstigsten Fall könnte die Unterbrechung der Medikation zu einem schweren **L-Dopa-Entzugs-Syndrom (akinetische Krise)** führen.

Deswegen empfehlen wir unseren Parkinson-Patienten, z.B. dieses **Merkblatt mit ihrem Narkose-Arzt zu besprechen** und für Notfälle **den Parkinson-Ausweis mit der aktuellen Medikation und den Narkose-Anhänger** der Deutschen Parkinson-Vereinigung **immer bei sich zu führen**.

Es ist auch zu empfehlen, die notwendigen Parkinson-Medikamente in ausreichender Menge in die Klinik mitzunehmen, weil diese Medikamente in den operativen Abteilungen meist nicht vorrätig sind

und erst bestellt werden müssen, was zu einer Verzögerung und dadurch zu einer ungewollten Medikamentenpause führen kann.

Der Patient oder seine Angehörigen sollten einige **Besonderheiten der Parkinson-Krankheit** mit dem Arzt und dem Pflegepersonal besprechen. Es ist häufig nicht bekannt und wird deswegen mitunter nicht ernst genommen, dass der Parkinson-Patient seine zahlreichen **Medikamente täglich 6- oder 8-mal in kleineren Dosen** nehmen muss. Es wird oft versucht, den Medikamentenplan zu „vereinfachen“ (z.B. täglich 3x1-2). Diese **Änderung der Medikation führt sofort zur erheblichen Verschlechterung der Krankheit und darf nicht hingenommen werden!**

Auch die Fluktuation der Medikamentenwirkung im Sinne der „**on-off**“-**Symptomatik** ist im Allgemeinen weniger bekannt und wird häufig falsch gedeutet. Es ist für Nichtbetroffene auch schwer zu verstehen, dass der Patient, der vor einer Minute noch fast symptomfrei war, sich jetzt nicht mehr bewegen kann.

Allgemeine Anästhesie (Vollnarkose)

Vorbereitung der Narkose

Grundsätzlich soll die **Medikamentenpause so kurz wie möglich** sein. Infolge der Möglichkeiten der modernen Anästhesie ist es nicht mehr notwendig, die Antiparkinsonmittel **12 Stunden vor der Operation** abzusetzen. Eine Ausnahme stellen die sog. Anticholinergika dar, diese sollten bei planbaren Operationen einige Tage vorher ausschleichend abgesetzt werden. Die Parkinson-Medikamente werden bis am Morgen vor der Operation und baldmöglichst danach mit einem kleinen Schluck Wasser eingenommen.

Es ist zweckmäßig, die Operation eines Parkinson-Patienten frühmorgens anzusetzen, damit die medikamentöse Antiparkinson-Therapie so bald wie möglich wieder aufgenommen werden kann.

Für die abendliche **Prämedikation** aber auch für die präoperative orale Medikation eine Stunde vor Narkosebeginn werden Benzodiazepine wie Flunitrazepam, Lormetazepam, Triazolam oder Midazolam empfohlen. Als präoperative Spritze empfiehlt sich z.B. Midazolam.

Einleitung der Narkose

Zur Narkoseeinleitung wird üblicherweise Propofol eingesetzt. Auch Barbiturate oder zusätzlich Benzodiazepine (Flunitrazepam, Midazolam) sind möglich, Ketamin könnte eine sympathomimetische Reaktion auslösen. Wegen der Aspirationsgefahr (Verschlucken von Mageninhalt während der Narkose) sollte eine so genannte „rapid sequence induction“ durchgeführt werden, bei nicht immobilisierten Patienten durchaus unter Relaxation mit Succinylcholin oder Rocuronium. (Dies ist eine Sonderform der Narkoseeinleitung für aspirationsgefährdete Patienten). Die meisten Opiode können zur Analgesie (Schmerzlinderung) verabreicht werden, allerdings wurden nach Alfentanil Dystonien beobachtet. Pethidin, Dextromethorphan und Tramadol sind wegen der Wechselwirkungen mit MAO-Hemmern (auch Selegilin, Rasagilin und Moclobemid) unter dieser Therapie vorsichtshalber zu vermeiden. Injektions- und Inhalationsnarkotika führen zu einem stärkeren Blutdruckabfall als üblich!

Narkoseaufrechterhaltung

Die Allgemeinanästhesie wird regelhaft unter Beatmung mit einem sauerstoffangereicherten Gasgemisch entweder unter Verwendung von Narkosegasen (z.B. Desfluran oder Sevofluran) ggf. in Kombination mit Lachgas oder unter kontinuierlicher Zuführung von intravenösem Anästhetika (z.B. mit Propofol plus kurzwirksamem Opiat) aufrechterhalten.

Grundsätzlich sind gut steuerbare Anästhetika wie Propofol (zur Einleitung), Desfluran, Remifentanil zu bevorzugen, da sie eine außerordentlich rasche Erholung nach der Narkose (innen 10 Minuten) ermöglichen. Dadurch wird (wenn keine operativen Aspekte entgegenstehen) auch eine zügige Wiederaufnahme der oralen Medikation möglich. (evtl. nach 30 Minuten). Muskelrelaxantien vom Curare-Typ sollten stets unter relaxometrischer Kontrolle eingesetzt werden, bei OP-Ende weitgehend abgeklungen sein und ggf. ausreichend reversiert (antagonisiert) werden. Grundsätzlich sollten länger wirksame Muskelrelaxantien keine Anwendung mehr finden.

Bei perioperativem Blutdruckabfall sollte bei The-

(Infusion) Akrinor und ggf. Vasopressin verabreicht werden. Sympathomimetika sind eher zu meiden, allenfalls in niedriger Dosierung unter hämodynamischem Monitoring. (Kreislaufüberwachung). Bei Arrhythmien können Betablocker helfen. Es besteht keine Unverträglichkeit zwischen L-Dopa + Decarboxylasehemmern und Digitalis-Präparaten.

Medikamente, die bei der Narkose zu vermeiden sind:

- zentrale Dopamin-Antagonisten

Neuroleptika (Phenothiazine, Butyrophenone)

Reserpin

Droperidol (Thalamonal, Neurolept-Analgesie)

Metoclopramid, bei Erbrechen wird Domperidon verwendet

- **Serotonin-Antagonisten** wie z.B. Ondansetron

- **Substanzen**, die die **Herzmuskulatur** gegen Katecholamine **sensibilisieren**:

Halothan

Nach der Narkose

Zur **postoperativen Schmerztherapie** sind Regionalanästhesieverfahren sehr günstig. Eine Grundanalgesie wird unter Beachtung allgemeiner Kontraindikationen, z.B. Metamizol plus NSAIDs (z.B. Paracetamol, Diclofenac oder Parecoxib) erzielt. Opiode sollten ergänzend nach Bedarf titrierend zur Schmerzfreiheit führen.

Bei zusätzlichem Bedarf einer **Sedierung** nach der Operation – wenn überhaupt notwendig - empfiehlt es sich, auf Benzodiazepine zurückzugreifen, bei gleichzeitiger Reduzierung von Opiaten.

Bei postoperativem Auftreten einer **Psychose** ist unbedingt ein neurologisches Konsil zu empfehlen (Clozapin- oder Quetiapin-Gabe).

Sehr wichtig ist die **frühzeitige Wiederaufnahme der früheren Antiparkinson-Medikation**. Dies ist heute schon sehr schnell möglich, aus anästhesiologischer Sicht nach 30-90 Minuten. Wenn die Unterbrechung nicht länger als 24 Stunden war, kann die bisher verordnete Dosis unverändert eingenommen werden. Voraussetzung ist aber, dass der Patient schlucken kann und - aus operativen Gründen - darf. Leider ist die traditionelle aber nicht notwendige Nahrungs- und Medikamentenpause für 6 Stunden

nach der OP immer noch vereinzelt vorzufinden.

Wenn das Schlucken gestört ist und eine nasale Magensonde gelegt wurde, kann man L-Dopa-Präparate aufgelöst (Madopar LT, Nacom 100, Isicom usw.) durch die Sonde geben. Hier ist zu berücksichtigen, dass die L-Dopa-Wirkung durch die gleichzeitige Gabe von eiweißhaltigen Nährlösungen abgeschwächt werden kann.

Wenn eine **orale Medikation noch nicht möglich** ist, ist sofort eine Amantadin-Infusionstherapie (PK-Merz) notwendig, bis 2x500 ml täglich, um eine mögliche akinetische Krise zu vermeiden bzw. zu behandeln. Auch in diesem Fall ist eine Absprache mit dem Neurologen zu empfehlen. Er kann unter Domperidon-Schutz auch eine subkutane (unter die Haut) Apomorphin-Therapie einleiten. Zur Zeit wird für diese Situation auch die Wirkung des Rotigotin-Pflasters getestet.

Nach längerem Unterbrechen der oralen Therapie ist die Anfangsdosierung mit dem Neurologen abzustimmen (eventuell die Hälfte der früheren Dosierung einschleichend steigern).

Bei der seltenen **akinetischen Krise** (Dopamin-Entzugs-Syndrom: hohes Fieber, starker Rigor, totale Akinese, Patient kann nicht schlucken, sprechen) ist unbedingt eine neurologische Mitbetreuung auf der Intensivstation erforderlich.

Wichtig ist nach der Operation die **frühzeitige Mobilisierung**: Atemübungen, Krankengymnastik noch im Bett usw.

Wenn nach einer Operation eine stationäre **Rehabilitation** notwendig wird, ist es zweckmäßig, die Behandlung in einer solchen Einrichtung durchzuführen, wo auch die Parkinson-Krankheit optimal behandelt werden kann.

Örtliche Betäubung (Lokalanästhesie)

Unter der Therapie mit L-Dopa dürfen nur Lokalanästhetika ohne Adrenalin verwendet werden. Für Eingriffe in der Zahnmedizin können z.B. Mepivacain geeignet sein.

Wir wünschen Ihnen einen guten Verlauf der Operation.

Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen, Parkinson-Zentrum
Prof. Dr. Thomas Müller, St. Joseph Krankenhaus, Berlin, Neurologie
Dr. Clemens Sirtl, Ruhr-Universität, Bochum, Anästhesiologie