

## Postoperative Phase

- kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen im Aufwachraum (verlängerte Überwachung!)
- Oberkörperhochlagerung 30° (Aspirationsprophylaxe) Wärmemaßnahmen
- Atemübungen, Aufforderung zum Husten, ggf. CPAP (falls vorhanden, eigenes Gerät mitbringen!)
- Schmerztherapie: Opioide vorsichtig titrieren, mit Nicht-Opioaten kombinieren; vorzugsweise Regionalanästhesie-Verfahren mit patientenkontrollierter Analgesie (PCA)
- Indikation zur Überwachung auf Intermediate care oder Intensivstation großzügig stellen!

verfasst von:

Fabienne Bergau, Oberärztin der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Notfallmedizin  
Katholisches Klinikum Koblenz • Montabaur



Herausgegeben vom:

**Bundesverband Poliomyelitis e. V.**

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen

Mitgliedschaften:

Paritätischer Niedersachsen e. V.

BAG Selbsthilfe e. V.

Achse e. V. (seltene Erkrankungen)

EURORDIS

Weitere Informationen erhalten Sie von:

Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Freiberger Straße 33

09488 Thermalbad Wiesenbad

Tel. 03733 504-1187

Fax 03733 504-1186

E-Mail: [info@polio-selbsthilfe.de](mailto:info@polio-selbsthilfe.de)

Internet: [www.polio-selbsthilfe.de](http://www.polio-selbsthilfe.de)

# Narkosen bei Patienten mit Post-Polio-Syndrom (PPS)



Informationen für Patienten und Ärzte

© (2016) by Bundesverband Poliomyelitis e. V.  
Alle Rechte dem Bundesverband Poliomyelitis e. V. vorbehalten.  
Kein Teil dieses Faltblattes darf in irgend einer Form (durch Fotografie, Vervielfältigung oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Gestaltung: AWS Medienverlag GmbH, Ettlingen | 2016/09

Information des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V.



## Narkosen bei Patienten mit Post-Polio-Syndrom (PPS)

### Informationen für Patienten und Ärzte

Im Zusammenhang mit einer körperlichen Behinderung, funktionellen und strukturellen orthopädischen Problemen bedürfen Patienten, die an einem Post-Polio-Syndrom leiden eher einer Operation. Gerade im Hinblick auf die Polio-Spätfolgen

- mit neuer Muskelschwäche
- rascherer Ermüdbarkeit
- Gelenk- und Muskelschmerzen
- Kälteintoleranz
- Atemfunktionsstörungen
- Schwäche der Rachenmuskulatur mit Schluckbeschwerden
- erhöhte Inzidenz von Schlafapnoe

besteht eine teils begründete, teils aber auch unbegründete Verunsicherung vor einer Operation und der notwendigen Narkose.

Das Krankheitsbild Post-Polio-Syndrom ist auch vielen Anästhesisten nicht so vertraut. Ein entsprechend angepasstes perioperatives Management aufgrund der Pathophysiologie der Erkrankung sollte erfolgen. Eine intensive und umsichtige Vorbereitung selbst bei offensichtlich gesunden, respektive muskulär kompensierten PPS-Patienten ist für die Sicherheit in der perioperativen Phase sehr wichtig.

Im Folgenden sollen Patienten und Anästhesisten die wichtigen Besonderheiten der Erkrankung aufgezeigt und die daraus folgenden Vorgehensweisen erläutert werden.

### Präoperative Maßnahmen/Prämedikationsvisite

Das Post-Polio-Syndrom ist eine klinische Diagnose. Eine sorgfältige Anamnese und Untersuchung ist unabdingbar. Der neurologische Befund/Status ist genau zu dokumentieren (aktueller Befund).

### Folgende Fragen sind wichtig für die präoperative Einschätzung:

- Welche Muskeln waren bei der akuten Polio-Erkrankung in welcher Ausprägung betroffen?
- Wie gut war die Regeneration?
- Bestand bei der Ersterkrankung eine Beatmungspflicht/Atemschwäche?
- Welche Einschränkung bestehen momentan?

Beeinträchtigungen des Atemsystems (Thoraxdeformität, einseitige Stimmbandparese, Schlafapnoe, Schwäche der Atemhilfsmuskulatur) müssen beachtet werden. Bei starker Thoraxdeformität kann eine Echokardiographie zur Bestimmung der kardialen Funktion sinnvoll sein.

Viele PPS-Patienten haben rezidivierend Schmerzen und sind mit Schmerzmitteln vertraut. **Wirksamkeit der Medikamente dokumentieren (erhöhte Opioid-Empfindlichkeit)!**

Bei PPS-Patienten mit einer wesentlichen Lähmung besteht durch die geringere Muskelmasse ein reduziertes Blutvolumen (**Blutkonserven!**).

Medikamente zur Prämedikation sollten sedierend/anxiolytisch wirken, nicht muskelrelaxierend (z. B. Promethazin, Opipramol oder alpha-2-Agonisten).

**Bei Eingriffen an den Extremitäten sind periphere Nervenblockaden oder Regionalverfahren von Vorteil!**

Es ist eine Verschlechterung der neurologischen Situation nach Regionalanästhesie möglich, die Entscheidung für oder gegen diese Verfahren wird mit Ihrem Anästhesisten unter Abwägung der potentiellen Vor- und Nachteile erfolgen!

Patienten mit PPS sind perioperativ aspirationsgefährdet, es besteht häufig ein gestörter Schluckakt. Die Gabe von Antazida (z. B. 300 mg Ranitidin p. o.) am Vorabend und am OP-Tag präoperativ und eine Prophylaxe von postoperativer Übelkeit und Erbrechen ist empfehlenswert.

## Der OP-Tag

Für alle Narkoseverfahren gilt: aktive Wärmemaßnahmen, vor allem bei vorbestehender Kälteintoleranz.

Bei **Regionalanästhesien** gilt: ggf. die applizierte Menge des Lokalanästhetikums reduzieren. Periphere und zentrale Regionalanästhesien mittels Kathetertechniken (auch zusätzlich zu einer Allgemeinanästhesie) erleichtern die postoperative, eventuell opioidfreie Schmerztherapie.

Bei **Allgemeinanästhesien** gilt: möglichst keine Muskelrelaxation, Larynxmaske verwenden; möglichst wenige Opiode; allgemein gut steuerbare, kurz wirksame Substanzen einsetzen.

Nachfolgend wird eine diesen Kriterien entsprechende Narkoseführung angegeben:

### Beispiel

#### Einleitung:

Narkoseinduktion	Propofol 1-2 mg/kg KG Remifentanyl
Muskelrelaxation	Mivacurium 0,2 mg/kg KG oder Rocuronium 0,5-1 mg/kg KG, ggf. Antagonisierung mittels Sugammadex

#### Narkoseführung:

	Remifentanyl 0,05-0,2 µg/kg KG/min und Desfluran oder Sevofluran nach MAC
--	---

Nachrelaxation nur unter neuromuskulärem Monitoring

Multimodale PONV-Prophylaxe (4 mg Dexamethason, 4 mg Ondansetron, 0,5 mg Haloperidol)

ggf. Supplementierung mit alpha-2-Agonisten Schmerztherapie beginnen! (Novalminulfon und Piritramid in reduzierter Dosierung)

#### Narkoseausleitung:

Mund- und Rachenraum absaugen, Restrelaxation erfassen und ggf. antagonisieren