

Wochenfortbildung vom 02.10.24 – Schwere COPD in der Sprechstunde

Folgender Fall zum sich Gedanken machen.

60-jähriger Patient mit COPD Gold 4 und Heimsauerstoff kommt für einen Narbenhernienrepair von eher kleinerem Ausmass. In der OP-Anmeldung ist primär ein laparoskopisches Verfahren festgehalten mit ggf auch offenem Vorgehen (Wahrscheinlichkeit <<50%).

Bezüglich Nebendiagnosen und Medikamente gibt es für die weitere Entscheidungsfindung nichts Relevantes. Letzte pneumologische Kontrolle vor 1.5 Jahren, stationär schlechter Zustand.

Fragen zum Vorbereiten:

- **Was gibt es für COPD-Klassifikationen /-Einteilungen?**
 - Gold Stadien abhängig von FEV1
 - ABE-Klassifikation
 - [Link](#) mit sehr guter Zusammenstellung
- **Habt ihr weitere Fragen oder Kommentare an den Operateur?**
 - Ist er (und auch der Patient) sich dem stark erhöhtem perioperativen Risiko bewusst
 - Wie hart ist die OP-Indikation? Ist die konservative Therapie bereits total ausgeschöpft? Was geschieht wenn wir nicht operieren und wie gross ist das Risiko einer Komplikation?
 - Miteinbezug von weiteren Kliniken? Pneumo?
- **Möchtet ihr noch weitere Untersuchungen?**
 - Pneumokons? Was wäre die Konsequenz? Ggf gibt es doch noch einen Optimierungspotential -> braucht in der Regel ein bisschen Zeit, haben wir die Zeit?
 - Ein aktuelles Statement von einem Pneumologen zum perioperativen Risiko
 - BGA im Ruhezustand
- **Was für ein Anästhesieverfahren schlägt ihr vor?**
 - Eher offenes Vorgehen empfehlen, da Laparoskopie und schwere COPD sich nicht gut vertragen. Eine Variante ist mit Laparoskopie anfangen und grosszügige Konversion bei Beatmungsschwierigkeiten.
 - Vorteil Laparoskopie: Weniger postop Schmerzen und dadurch weniger Opiatbedarf (Opiate können Bradypnoe verursachen -> Hyperkapnie)
 - Falls offenes Vorgehen: Grosszügig PDA miteinbeziehen (aus demselben Grund wie oben -> weniger Opiatbedarf)
 - AK wach -> BGA vor Einleitung
- **Welche intraoperativen Herausforderungen könnten auch euch warten?**
 - Hyperkapnie intraoperativ -> permissives Verfahren (lieber ein erhöhtes CO2 haben als unter zu aggressiven Beatmungseinstellungen zu beatmen)
 - Damit verbunden: sehr hohe Beatmungsdrücke -> hier ist v.a. der Plateaudruck entscheidend
- **Was für postoperative Probleme können bei diesem Patienten auftreten?**
 - Schmerzexazerbation -> Opiate -> Bradypnoe -> Hyperkapnie -> Somnolenz -> NIV-Bedarf
 - Cave mit Relaxans-Antagonisierung: Neostigmin kann Bronchokonstriktion verursachen -> Robinul zum Teil nicht potent genug um diese NW zu kontrollieren

Zusammenfassend:

Allgemein bei schwer krankem Patienten:

- Operateur und Patient fragen ob ihnen das erhöhte Risiko bewusst ist.
- OP-Indikation mit Operateur besprechen. Konservative Therapie möglich?
- Miteinbezug von behandelnder Spezialklinik: Kardio od Pneumo
- Gibt es einen Optimierungspotential und haben wir die entsprechende Zeit um abzuwarten

Schwere COPD (bei leichter/mittelschwerer COPD sind diese Punkte nicht so von Bedeutung)

- Vorsicht mit laparoskopischen Verfahren und / oder Trendelenburglagerung
- Letzte BGA konsultieren bei Pneumokontrolle
- Grosszügig AK aufklären (auch wenn für OP nicht nötig)
- Fokus auf postop Schmerztherapie -> grosszügig Schmerzkatheter (peripher oder neuraxial)
- Postop IPS evaluieren für NIV-Therapie bei Narkoseüberhang (AWR/IPS)