



## Sehr geehrte Anästhesistin, sehr geehrter Anästhesist,

mit dieser Karte wollen wir dem Parkinson-Patienten helfen, seine Narkose, gemeinsam mit Ihnen, optimal vorzubereiten. Die Parkinson-Erkrankung erfordert die Beachtung einiger Besonderheiten, die wir gerne kurz zusammenfassen möchten, um Sie „auf einen Blick“ zu informieren.  
Danke für die Beachtung unserer Hinweise zum Wohle des Patienten!

### Allgemeinanästhesie

#### Vorbereitung auf die Narkose

- ▶ Bitte achten Sie unbedingt darauf, Medikamentenpausen so kurz wie möglich zu halten.
- ▶ Ermöglichen Sie dem Patienten die Einnahme seiner Antiparkinson-Medikamente mit einem kleinen Schluck Wasser bis am Morgen vor der OP und baldmöglichst danach.
- ▶ Damit der Patient nach der OP ausreichend lange betreut werden und seine Medikation schnellstmöglich wieder einnehmen kann, empfiehlt sich ein OP-Termin am frühen Morgen.
- ▶ Ist aufgrund der Art der Operation absehbar, dass die Antiparkinson-Medikamente länger nicht geschluckt werden können, sollte zusammen mit einem Neurologen erwogen werden, ob diese vor der Operation (z. T.) auf Rotigotin-Pflaster umgestellt werden können.
- ▶ Als Prämedikation, aber auch für die unmittelbar präoperative, orale Medikation, werden Benzodiazepine (Flunitrazepam, Lormetazepam, Triazolam, Midazolam) empfohlen.
- ▶ Durch eine titrierende Anwendung der im Rahmen einer Narkose verabreichten Medikamente sind die Interaktionen zu den Antiparkinson-Medikamenten zu beherrschen.

- ▶ Zur Narkoseeinleitung sind Propofol, Barbiturate oder adjuvant Benzodiazepine (Flunitrazepam, Midazolam) einsetzbar. (Ketamin könnte eine gesteigerte sympathomimetische Reaktion verursachen).
- ▶ Zur Verringerung der Aspirationsgefährdung empfiehlt sich vor allem bei autonomer Dysfunktion eine „rapid sequence induction“; bei nicht immobilisierten Patienten durchaus unter Relaxation mit Succinylcholin oder Rocuronium.
- ▶ Zur Analgesie können die meisten Opiode eingesetzt werden.

### CAVE

- Bei unbehandelten Patienten wurden nach Alfentanil Dystonien beobachtet.
- Pethidin interferiert mit einer MAO-Hemmer-Therapie.
- Injektions- und Inhalationsanästhetika führen zu einem stärkeren Blutdruckabfall als üblich.

### Narkoseaufrechterhaltung

- ▶ Bitte bevorzugen Sie gut steuerbare Anästhetika (Desfluran, Remifentanil). Eine rasche Erholung des Patienten nach der OP ermöglicht ihm eine zügige Wiederaufnahme der oralen Antiparkinson-Medikamente.
- ▶ Nichtdepolarisierende Muskelrelaxantien sollten stets nur unter relaxometrischer Kontrolle eingesetzt werden, bei OP-Ende weitgehend abgeklungen sein und ggf. ausreichend antagonisiert bzw. reversiert werden.
- ▶ Bei Einsatz länger wirksamer Muskelrelaxantien empfiehlt sich wegen der einfachen Reversion die Kombination Rocuronium/Sugammadex.

# Parkinson und Anästhesie

INFORMATIONEN FÜR BETROFFENE, ANÄSTHESISTEN & STATION



### Impressum

Herausgeber  
klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG  
Patricia Martin & Kim Zulauf  
Bergstraße 106a, 64319 Pfungstadt,  
www.klarigo.eu

Wissenschaftliche Beratung  
Dr. med. Clemens Sirtl,  
Dr. med. Ferenc Fornadi,  
Prof. Dr. med. Thomas Müller



Die klarigo Verlag für Patientenkommunikation oHG ist bestrebt vollständige, aktuelle und inhaltlich zutreffende Informationen in dieser Broschüre zusammenzustellen. Gleichwohl kann keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der dargestellten Informationen übernommen werden. Sollten Sie Fragen zu medizinischen oder gesundheitlichen Aspekten haben, die in der vorliegenden Broschüre thematisiert werden, oder auf Basis der in der vorliegenden Broschüre enthaltenen Informationen medizinisch oder gesundheitlich relevante Entscheidungen treffen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder eine sonstige hierfür qualifizierte Auskunftsstelle. Diese Broschüre oder Auszüge dieser Broschüre dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form mit elektronischen oder mechanischen Mitteln reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

Quellennachweis Fotos: fotolia

© klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG, Pfungstadt, 2016, 2. Auflage

UCB Pharma GmbH  
Business Park Vienna  
Wienerbergstraße 11/12a  
A-1100 Wien

 Inspired by patients.  
Driven by science.

 Inspired by patients.  
Driven by science.

## Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Ratgeber wollen wir Sie und Ihre behandelnden Ärzte auf die besonderen Gegebenheiten bei der Narkose von Parkinson-Patienten hinweisen.

Der Ratgeber ist so aufgebaut, dass Sie einen Teil behalten können (blau hinterlegt). Der gelbe, mittlere Teil ist für Ihren Narkose-Arzt (Anästhesisten) bestimmt. Nehmen Sie diesen Teil des Ratgebers mit zur Besprechung mit Ihrem Anästhesisten und übergeben Sie ihm diesen. Der letzte, noch verbleibende Teil (hellblau) ist dann für Ihre Stationsärzte und die Pflegekräfte auf Station bestimmt.

Mit diesem Ratgeber möchten wir Ihnen helfen, an alles zu denken und die Narkose und einen evtl. Krankenhausaufenthalt optimal vorzubereiten.

Auch unter der besten Narkoseführung kann es unter Umständen zu einer Verschlechterung Ihrer Parkinson-Symptome kommen. Dies erfordert häufig eine medikamentöse Neueinstellung nach der Operation (OP).

Sollten Sie, auch einige Zeit nach der OP, unter starker Verwirrtheit leiden, so ist diese nach medikamentöser Neueinstellung meist stark rückläufig.

Ist aufgrund der Art der Operation absehbar, dass Sie Ihre Medikamente länger nicht schlucken können, sollte zusammen mit Ihrem Neurologen erwogen werden, ob diese vor der Operation (z. T.) auf Rotigotin Pflaster umgestellt werden können.

Ziehen Sie, sofern es in Ihrem Fall möglich ist in Betracht, eine Lokalanästhesie durchführen zu lassen. Sprechen Sie mit dem Anästhesisten darüber.

Achten Sie darauf, dass Sie vor und nach der OP keine lange Medikamentenpause haben. Sie beugen einer akinetischen Krise vor und können schneller mobilisiert werden.

Führen Sie den Narkose-Anhänger der dPV mit sich, und halten Sie einen Ausweis mit Ihrer aktuellen Medikation bereit. Empfehlenswert ist auch, die notwendigen Parkinson-Medikamente in die Klinik mitzunehmen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Verlauf der anstehenden Operation!

▶ Bei perioperativem Blutdruckabfall sollte bei Therapie mit MAO-Hemmern neben Volumenzufuhr Akrinor und ggf. Vasopressin verabreicht werden. Meiden Sie Sympathomimetika, allenfalls in niedriger Dosierung unter hämodynamischem Monitoring.

▶ Bei Arrhythmien können Betarezeptorenblocker gegeben werden. Zwischen L-Dopa & Decarboxylasehemmern und Digitalis-Präparaten besteht keine Unverträglichkeit.

### CAVE

Medikamente folgender Gruppen sind perioperativ zu vermeiden:

- Zentrale Dopamin-Antagonisten (blockieren die Dopaminrezeptoren, verschlechtern die Parkinson-Symptome).
- Neuroleptika (insbesondere Phenothiazine und Butyrophenone, auch die veraltete Kombination aus Fentanyl und Droperidol (Thalamonal)).
- Reserpin.
- Metoclopramid, ggf. auch andere zentrale Dopaminantagonisten (verwenden Sie gegen Erbrechen Domperidon oder Dimenhydrinat).
- Zusätzliche Anticholinergika können bei bestehender anticholinergischer Therapie ein zentralanticholinerges Syndrom auslösen.

### Nach der Narkose

▶ Zur postoperativen Analgesie sind Regionalanästhesieverfahren günstig. Eine Grundanalgesie wird unter Beachtung allg. Kontraindikationen z. B. mit Metamizol plus NSAIDs erzielt. Zur Schmerzfreiheit können bei Bedarf Opioidtitrierend eingesetzt werden.

▶ Bei Bedarf einer Sedierung sind Benzodiazepine, bei gleichzeitiger Reduzierung von Opioiden, empfehlenswert.

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

▶ Bitte achten Sie auf die frühe (möglichst 30-90 Min. nach OP) Wiederaufnahme der Parkinson-Medikation. War die Unterbrechung <24h kann die verordnete Dosis unverändert eingenommen werden. Eine Therapie mit Rotigotin transdermal sollte bis zum Beginn einer gesicherten oralen Einnahme aufrecht erhalten werden.

▶ Musste eine Magensonde gelegt werden, so können die L-Dopa-Präparate (Madopar LT, Nacom 100, Isicom, ...) aufgelöst und durch diese verabreicht werden. Durch die gleichzeitige Gabe von eiweißhaltigen Nährlösungen wird die L-Dopa-Wirkung abgeschwächt.

▶ Ist die Gabe von oralen L-Dopa Präparaten nicht möglich, wird zur Vermeidung einer akinetischen Krise eine Amantadin-Infusionstherapie (PK-Merz) notwendig (titrierend bis 2x 500ml täglich). Unter Domperidon-Schutz kann auch eine s.c. Apomorphin-Therapie eingeleitet werden (Absprache mit einem Neurologen empfehlenswert).

▶ Nach längerer Unterbrechung der oralen Therapie ist die Anfangsdosis mit einem Neurologen abzustimmen.

▶ Bei der seltenen akinetischen Krise (hohes Fieber, starker Rigor, totale Akinese, Patient kann nicht schlucken, sprechen) ist unbedingt eine neurologische Mitbetreuung ggf. auf der Intensivstation erforderlich.

▶ Achten Sie auf frühzeitige Mobilisierung nach der OP.

### Lokalanästhesie, Regionalanästhesie

▶ Unter der Therapie mit L-Dopa-haltigen Mitteln dürfen nur Lokalanästhetika, ohne Zusatz von Adrenalin, als gefäßverengende Mittel verwendet werden.

▶ Für zahnmedizinische Eingriffe sind z. B. Mepivacain oder Articain geeignet.

## Sehr geehrte Stationsärzte, sehr geehrtes Pflegepersonal,

mit dieser Karte wollen wir dem Parkinson-Patienten helfen, seinen Klinikaufenthalt optimal vorzubereiten. Die Parkinson-Erkrankung erfordert die Beachtung einiger Besonderheiten, die wir gerne kurz zusammenfassen möchten, um Sie „auf einen Blick“ zu informieren und dem Patienten die Sorge zu nehmen, in der Aufregung etwas zu vergessen.

Danke für die Beachtung unserer Hinweise zum Wohle des Patienten!

▶ Bitte achten Sie darauf, dass der Patient seine Medikation wie verordnet weiter erhält. Schon eine kleine Änderung des Einnahmeplans kann zur erheblichen Verschlechterung der Erkrankung führen.

▶ Nach längerer Unterbrechung der oralen Therapie ist die Anfangsdosis mit einem Neurologen abzustimmen.

▶ Bei der seltenen akinetischen Krise (hohes Fieber, starker Rigor, totale Akinese, Patient kann nicht schlucken, sprechen) ist unbedingt eine neurologische Mitbetreuung ggf. auf der Intensivstation erforderlich.

▶ Achten Sie auf frühzeitige Mobilisierung nach der OP.

▶ Bei der gleichzeitigen Gabe von L-Dopa zu eiweißreicher Nahrung, wird die Aufnahme des Wirkstoffs vermindert. Gabe der Medikation ca. 30 Min. früher.

▶ Sollte eine stationäre Rehabilitation im Anschluss notwendig sein, achten Sie bitte bei der Auswahl der Einrichtung darauf, dass die Parkinson-Erkrankung dort auch optimal versorgt werden kann.