

## Leserbrief: Absetzen von Azetylsalizylsäure vor Operationen?

**Frage** von Dr. H.V. aus Berlin: >> Als Chirurg werde ich sehr häufig mit einer Low-dose-Medikation von Azetylsalizylsäure (ASS; 100 mg/d) konfrontiert. Dies führt zu einer vermehrten Blutungsneigung im Operationsgebiet und wird daher als Sicherheitsproblem angesehen. In vielen Häusern wird vor elektiven Eingriffen ein mindestens 7-tägiges Pausieren der ASS-Medikation empfohlen. Gibt es Studien, die dieses Vorgehen rechtfertigen? **Antwort:** >> Die Frage beinhaltet zwei Teilfragen: 1. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß es unter laufender Low-dose-ASS-Therapie zu einer bedeutsamen perioperativen Blutung kommt? und 2. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Patient durch das präoperative Absetzen der ASS-Medikation Schaden von Seiten seiner kardiovaskulären Erkrankung erleidet?

Ad 1. Die Qualität der publizierten Untersuchungen zur Häufigkeit bedeutsamer perioperativer Blutungen unter niedrig dosierter ASS ist unbefriedigend, und die jeweiligen Empfehlungen sind widersprüchlich. Es gibt zahlreiche kleine prospektive und monozentrische Studien aus verschiedenen operativen Bereichen und der Anästhesie, die kein erhöhtes Blutungsrisiko unter einer laufenden ASS-Therapie fanden. Andererseits gibt es, vor allem aus dem urologischen, neurochirurgischen und thoraxchirurgischen Bereich, viele Hinweise und Warnungen vor vermehrten Blutungskomplikationen. So wird bei elektiver koronarer Bypasschirurgie ein erhöhtes Risiko für Komplikationen und ein erhöhter Transfusionsbedarf angenommen. Taggart et al. fanden beispielsweise bei 101 prospektiven Bypass-Patienten mit niedrig dosierter ASS eine signifikante Zunahme des operativen Blutverlustes (im Median + 340 ml) sowie des Bedarfes an Blutkonserven und Fresh Frozen Plasma (1). Obwohl andere Herzchirurgen keine höheren Blutverluste fanden (2), wird heute von vielen Herzzentren bei elektiven Eingriffen ein mindestens 7-tägiges Pausieren der ASS präoperativ gewünscht. Ähnliche Empfehlungen gelten auch für viele Operationen aus anderen Fachgebieten. All diesen Empfehlungen ist gemein, daß ihnen keine große prospektive, randomisierte Doppelblindstudie zu Grunde liegt.

In einer großen Meta-Analyse zur Wirksamkeit von ASS bei der perioperativen Prophylaxe von venösen Thrombosen und Lungenembolien (mit negativem Resultat) wurden die Daten von über 8000 Patienten ausgewertet. Bei der Analyse der unerwünschten Wirkungen zeigte sich, daß die Häufigkeit einer tödlichen perioperativen Blutung unter ASS mit 0,05% vs. 0% und einer transfusionsbedürftigen Blutung mit 0,7% vs. 0,4% nur unwesentlich erhöht zu sein scheint. Signifikant häufiger waren jedoch Reoperationen und Infektionen wegen Hämatomen (7,8% vs. 5,6%; 3).

Ad 2. Die Indikationen für Low-dose ASS liegen in der Primär- und Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Erkrankungen. Die Dringlichkeit einer ununterbrochenen

Thrombozytenaggregationshemmung leitet sich vom individuellen Risiko für ein thrombotisches Ereignis ab. Als Hochrisikopatienten sind Patienten mit instabiler Angina pectoris oder mit Myokardinfarkt in den vorausgegangenen 30 Tagen anzusehen, als Patienten mit mittlerem Risiko solche mit anamnestischen Herzinfarkt, Schlaganfall oder TIA (4).

Die bedeutsamen kardiovaskulären Ereignisse werden durch Low-dose ASS in den ersten Wochen nach einem risikodefinierenden Ereignis absolut um 4% gesenkt (NNT = Number Needed to Treat: Zahl der Patienten, die über einen bestimmten Zeitraum behandelt werden müssen, um ein Ereignis zu verhindern: 25, Risikoreduktion 25%; 5). Je weiter das Ereignis zeitlich zurückliegt, desto geringer wird allerdings der absolute Nutzen von ASS. Bei Patienten mit geringem Risiko, z.B. in der Primärprävention, ist der Nutzen von ASS absolut gesehen deutlich geringer.

Das kardiovaskuläre Risiko steigt durch thrombogene Faktoren, die während des operativen Eingriffes entstehen, deutlich an. Insbesondere Notfalloperationen, Eingriffe an der Aorta und an den peripheren Arterien sowie lang andauernde Operationen erhöhen das kardiale Risiko deutlich (> 5%). Bei Karotis-Endarterektomie, Operationen im Bereich von Hals und Kopf, intrathorakalen, intraperitonealen und orthopädischen Eingriffen, sowie bei Prostataoperationen beträgt das kardiale Risiko 1-5% (4).

In Anbetracht von nicht sicher vermehrten Blutungskomplikationen unter Low-dose ASS ist es aus kardiologischer Sicht wünschenswert, zumindest bei kardiovaskulär kranken Patienten mit hohem und mittlerem Risiko für thrombotische Ereignisse, denen eine Operation mit erhöhtem kardialen Risiko (> 1%) bevorsteht, perioperativ Low-dose ASS weiter zu geben. **Literatur**

1. Taggart, D.P., et al.: Ann. Thorac. Surg. [1990, 50, 424](#).
2. Tuman, K.J., et al.: Anaest. Analg. [1996, 83, 1178](#).
3. Antiplatelet Trialist Collaboration: Brit. Med. J. [1994, 308, 235](#).
4. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. J. Am. Coll. Cardiol. [1996, 27, 910](#).
5. Antiplatelet Trialist Collaboration: Brit. Med. J. [1994, 308, 81](#).