News | Information | Events



## Stellungnahme zur präoperativen Nikotinkarenz\*

K. Waurick · H. Van Aken

Rauchen geht mit einer erhöhten Inzidenz perioperativer Komplikationen einher. Neben einer erhöhten Rate an Wundheilungsstörungen und Infektionen sowie gestörter Frakturheilung werden Raucher infolge kardialer und hämodynamischer Komplikationen perioperativ vermehrt auf Intensivstationen behandelt.

Der positive Effekt einer Nikotinkarenz auf die Gesamtkomplikationsrate und perioperative Letalität ist unstrittig [1,2,3, 4,5]. Nach Beginn der Nikotinkarenz treten die verschiedenen Effekte innerhalb von Stunden bis Jahren auf (Tab. 1).

Erst eine längerfristige Nikotinkarenz von mindestens 4 Wochen vermag das Risiko perioperativer pulmonaler Komplikationen zu senken. Die Sorge vor einer passageren, paradoxen Erhöhung des pulmonalen Risikos innerhalb der ersten Wochen nach Nikotinkarenz hat sich als unbegründet erwiesen [7]. Das Risiko von Wundheilungsstörungen scheint nach 2-wöchiger Abstinenz reduziert. Bereits der 12-48stündige Verzicht auf das Rauchen geht offensichtlich infolge erniedrigter CO-Hb-Level und einem reduzierten myokardialen Sauerstoffverbrauch mit einer erniedrigten Inzidenz kardialer Ischämien einher. Daher sollten insbesondere Patienten mit koronarer Herzerkrankung eine Karenzzeit von 12-48 h einhalten. Eine erhöhte Aspirationsgefahr infolge des präoperativen Zigarettenkonsums kann weitestgehend ausgeschlossen werden, so dass auch bei Verstoß gegen die Rauchabstinenz Patienten nicht aufgrund fehlender "Nüchternheit" abgesetzt werden sollten [8].

## **Tabelle 1**Effekte der Rauchabstinenz (nach 6).

Dauer
2-5 h
12-48 h
20 min
5-8 min
Stunden bis Tage
Tage bis 4 Wochen
2-6 Wochen
nach ca. 8 Wochen normal
nach ca. 8 Wochen normal
nach ca. 1 Jahr normal
nach 2-3 Jahren normal

## Literatur

- Möller AM, Villebro N, Pedersen T: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002; 359:114-17
- Wong J, Lam DP, Abrishami A: Shortterm preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and metaanalysis. J Can Anesth 2012;59:268-279
- Mills E, Eyawo O, Lockhart I: Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Med 2011; 124:144-154
- Mastracci TM, Carli, Finley RJ, Muccio S, OWarner D, for Members of the Evidence-Based Reviews in Surgery Group Effect of Preoperative Smoking Cessation Interventions on Postoperative Complications. J Am Coll Surg, 2011, 6:1094-1096
- Turan A, Macha EJ, Roberman D, Turner PL, You J, Kurz A, Sessler DI, Saager L: Smoking and Perioperative Outcomes. Anesthesiology 2011;114: 837-846
- Wiedemann K, Männle C, Layer M: Anästhesie in der Thoraxchirurgie. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2004;39:616-650
- Shi Y, Warner DO: Preoperative Smoking Abstinence: Is There a Dilemma? Anesth Analg 2011;113:1348-1351
- 8. Zwissler B, Reither A: Das preoperative "Rauchverbot". Ein überholtes Dogma der Anästhesie? Anaesthesist 2005; 54:550-559.
- \* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 07.03.2013.