

Motivation zum Rauchstopp vor Operationen fördern

Hintergrund

Im klinischen Alltag sind Raucher allgegenwärtig, denn Rauchen ist die Hauptursache für Lungenkrebs, COPD, Herz-Kreislauf-erkrankungen und einige andere schwere Erkrankungen. Die Schadstoffe aus dem Tabakrauch beeinflussen aber nicht nur die normalen physiologischen Vorgänge in der Lunge und im Herz-Kreislaufsystem, sondern sie beeinträchtigen unter anderem auch die Wundheilung und wirken sich negativ auf den Erfolg von Operationen aus.

Internationalen Studien zufolge raucht rund ein Viertel der Patienten bis zu einer Operation oder beginnt danach wieder mit dem Rauchen¹⁶. Umso erstaunlicher ist es, dass das Abfragen des Rauchstatus von Patienten, eine kurze Empfehlung zum Rauchstopp und ein Verweis auf Unterstützungsangebote zur Tabakentwöhnung nicht schon längst selbstverständliche Bestandteile der Anamnese, der Operationsvorbereitung und der Nachsorge sind. Denn einer aktuellen deutschen Studie zufolge fragen zwar fast alle Klinikärzte (93,5 Prozent) den Rauchstatus ihrer Patienten ab, aber nur knapp ein Drittel der Ärzte (27,3 Prozent) rät rauchenden Patienten dann auch zu einem Rauchstopp¹¹. Das Anraten eines Rauchstopps und die Unterstützung des Patienten dabei ist aber eine wirkungsvolle Maßnahme zur Verminderung von Operationsrisiken.

Operationsrisiko Rauchen

Raucher benötigen höhere Dosen von Anästhetika und Schmerzmitteln^{9,14}. Sie haben verglichen mit Nichtrauchern ein rund sechs Mal so hohes Risiko für pulmonale Komplikationen^{17,23} und ein drei- bis sechsmal erhöhtes Risiko für Wundheilungsstörungen¹. Bei Rauchern ist das Thromboserisiko^{3,6,13} höher und sie leiden häufiger unter tabakassoziierten Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes u.a.^{7,13} (Abb. 1).

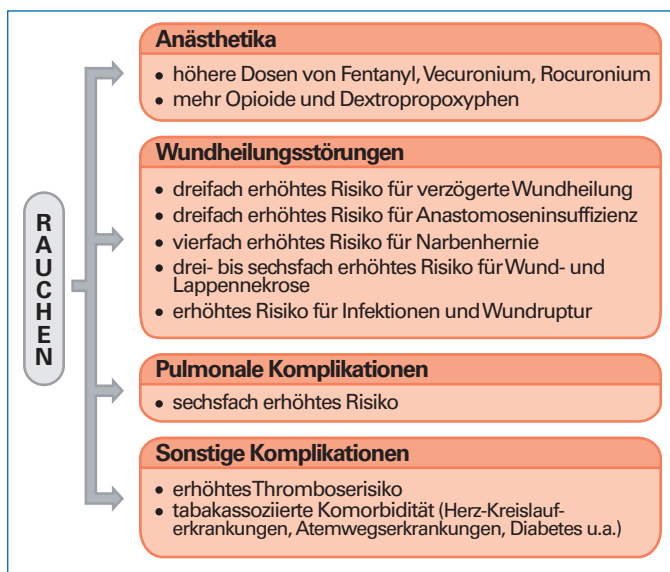


Abbildung 1: Durch Rauchen erhöhte perioperative Komplikationsrisiken. Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Stabsstelle Krebsprävention, 2011.

Vorteile eines Rauchstopps

Ein Rauchstopp wirkt sich positiv auf den Operationserfolg aus. Dabei gilt: Ein Rauchstopp sollte so früh wie möglich vor einem operativen Eingriff stattfinden²¹. Denn zwar verbessert sich durch einen Rauchverzicht die Sauerstoffversorgung schon innerhalb von zwölf Stunden, die meisten physiologischen Vorgänge, die durch das Rauchen beeinträchtigt werden, brauchen aber mehrere Wochen, um sich zu normalisieren. So regeneriert sich das Immunsystem innerhalb von vier bis sechs Wochen nach einem Rauchstopp. Die Produktion von Bronchialsekret und die mukoziliäre Clearance sowie die Lungenfunktion erholen sich innerhalb von sechs bis acht Wochen^{18,23}. Infolgedessen treten weniger pulmonale Komplikationen auf, wenn der Patient mindestens acht Wochen vor einer Operation mit dem Rauchen aufgehört hat^{18,22,23}. Die Wundheilung verbessert sich bereits dann, wenn der Rauchstopp mindestens vier Wochen präoperativ durchgeführt wurde^{18,22} (Abb. 2).

Dementsprechend sollt ein Rauchstopp mindestens vier bis acht Wochen vor einer Operation stattfinden, um einen deutlichen Effekt zu erzielen, wobei die Wirkung umso besser ist, je länger der präoperative rauchfreie Zeitraum ist. Falls rauchenden Patienten ein langfristiger Rauchstopp nicht möglich ist, hat eine Tabakabstinenz kurz vor einer Operation, wahrscheinlich aufgrund des Rückgangs von Nikotin und Kohlenmonoxid im Blut, auch noch eine positive Wirkung. Sogar ein postoperativer Rauchstopp kann sich positiv auf die postoperative Prognose auswirken^{16,17,22}. Allerdings verringert nur ein vollständiger Rauchverzicht das Risiko für Komplikationen, lediglich die Menge der gerauchten Zigaretten zu reduzieren, zeigt keine Wirkung¹⁰.

Bereitschaft von Patienten zum Rauchstopp

Eine Operation motiviert Patienten in hohem Maße, mit dem Rauchen aufzuhören. So erhöht bereits die Diagnose einer tabakassoziierten Erkrankung die Bereitschaft zu einem Rauchstopp¹⁹. Klinikpatienten sind generell stark an einem Rauchstopp interessiert. So wollte einer Studie zufolge die Hälfte aller rauchenden Patienten, die in einer deutschen Universitätsklinik behandelt wurden, mit dem Rauchen aufhören und rund ein Fünftel von ihnen hatte dies auch schon mindestens einmal versucht¹¹. Eine besonders große Motivation zu einem Rauchstopp besteht bei

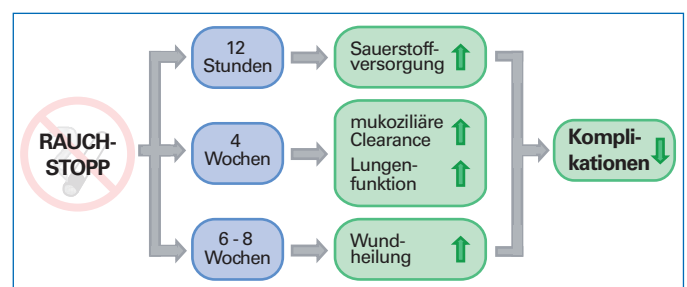


Abbildung 2: Verbesserung der physiologischen Funktionen nach einem Rauchstopp. Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Stabsstelle Krebsprävention, 2011.

größeren operativen Eingriffen und bei tabakbedingten Erkrankungen¹². Eine hohe Motivation zeigen auch ältere Patienten mit tabakassozierten Komorbiditäten wie kardio- oder zerebrovasculären Erkrankungen sowie Diabetes⁵. So wollen unter über fünfzigjährigen Patienten mit Komorbiditäten rund 60 Prozent aufhören zu rauchen, rund ein Drittel möchte den Tabakkonsum zumindest reduzieren und nur etwa 10 Prozent von ihnen möchten den aktuellen Konsum beibehalten⁵.

Aufgrund dieser hohen Bereitschaft zu einer Änderung des Rauchverhaltens ist eine Operation ein günstiger Zeitpunkt zum Anraten eines Rauchstopps (teachable moment). Da ein rauchfreies Umfeld einen Ausstiegsversuch begünstigt und erleichtert, bietet ein vollständig rauchfreies Krankenhaus eine zusätzliche Unterstützung.

Maßnahmen durch das Operationsteam

Jeder Arzt sollte bereits bei der Erstdiagnostik grundsätzlich jeden Patienten nach seinem Rauchverhalten fragen, rauchenden Patienten einen Rauchstopp dringend anraten und ihm die Nutzung qualifizierter Tabakentwöhnungsmaßnahmen nahelegen (Abb. 3). Der Pflegedienst sollte im Verlauf des Klinikaufenthalts des Patienten unterstützend mitwirken.

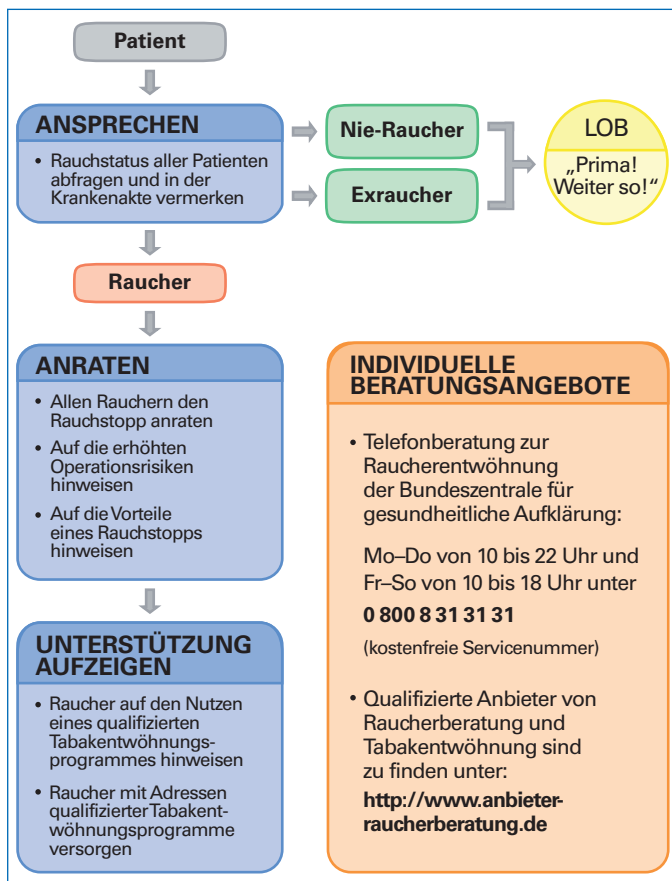


Abbildung 3: Vorgehen beim Anraten eines präoperativen Rauchstopps.
Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Stabsstelle Krebsprävention, 2011.

Durchführung der Raucherberatung an qualifizierte Fachkräfte delegieren

Die Raucherberatung kann vom Operationsteam problemlos an Beratungsdienste – im Idealfall innerhalb der Klinik – abgegeben werden (vgl. Abb. 3).

Verhaltenstherapeutisch orientierte und gegebenenfalls medikamentös ergänzte Tabakentwöhnungsmaßnahmen helfen bei einem Rauchstopp wirkungsvoll und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine langfristige Rauchabstinenz von sieben Prozent bei nicht unterstützten Rauchstopps auf bis zu 30 Prozent beim Einsatz geeigneter Entwöhnungsmaßnahmen¹⁵. Bei stark abhängigen Patienten kann eine Nikotinersatztherapie in Erwägung gezogen werden²¹. Unter Umständen kann es sich sogar lohnen, eine Operation zu verschieben, um rauchenden Patienten die Möglichkeit zu einem Rauchstopp zu geben, damit der Behandlungserfolg besser und das Komplikationsrisiko geringer wird.

Nach dem Eingriff ist es wichtig, den Patienten, die aufgrund einer Operation mit dem Rauchen aufgehört haben, weiterhin beratend zur Seite zu stehen und sie in ihrem Rauchverzicht zu bestärken. Denn die Gefahr eines Rückfalls ist groß: Selbst nach einer schweren Operation wie einer Herztransplantation fangen rund 20 bis 40 Prozent der Patienten, die vor der Transplantation den Tabakkonsum beendet hatten, wieder an, zumindest gelegentlich zu rauchen. Dabei ist das Rückfallrisiko umso höher, je kürzer vor der Transplantation der Patient aufgehört hat zu rauchen^{2,4,8}. Auch nach Lungentransplantationen nehmen einer Studie zufolge rund 10 Prozent der Transplantierten den Tabakkonsum innerhalb eines Jahres wieder auf²⁰.

Das wiederholte Ansprechen und erneute Anraten des Rauchverzichtes durch das gesamte Operationsteam hat eine weitreichende Wirkung und hilft dabei, schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden, die dem Gesundheitssystem zudem noch hohe Kosten verursachen. Darüber hinaus wirkt sich ein Rauchstopp weit über eine Operation hinaus positiv auf die Gesundheit des Patienten aus und spart auch dadurch letztendlich Kosten.

Fazit

- Eine kurze Raucherberatung ist
 - effektiv,
 - benötigt im klinischen Ablauf nur einen geringen Zeitaufwand und
 - spart langfristig Kosten.
- Jeder behandelnde Arzt sollte rauchende Patienten bei der Indikationsstellung zur Operation auf die Vorteile eines Rauchstopps hinweisen und sie an einen qualifizierten Anbieter von Tabakentwöhnungsmaßnahmen verweisen.
- Das gesamte Operationsteam (Ärzte und Pflegedienst) sollte in dieses Vorgehen eingebunden sein.
- Das Krankenhaus sollte zur Unterstützung eines Rauchstopps vollständig rauchfrei sein.

Impressum

© 2011 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Autoren: Dr. Katrin Schaller, Dipl. Psych. Astrid Albrecht, Dr. Martina Pötschke-Langer

Wir danken den Reviewern Prof. Dr. Robert Loddenkemper, Dr. Michael Kreuter und Prof. Dr. Helmut Gehlke.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Martina Pötschke-Langer

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Fax: 06221 42 30 20, E-Mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.)
Motivation zum Rauchstopp vor Operationen fördern. Heidelberg, 2011

Motivation zum Rauchstopp vor Operationen fördern

Literatur

- (1) Ahn C, Mulligan P, Salcido RS (2008) Smoking – the bane of wound healing: biomedical interventions and social influences. *Adv Skin Wound Care*, 21, 227-236; quiz 237-228
- (2) Basile A, Bernazzali S, Diciolla F, Lenzini F, Lisi G, et al. (2004) Risk factors for smoking abuse after heart transplantation. *Transplant Proc*, 36, 641-642
- (3) Benowitz NL (2003) Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Prog Cardiovasc Dis*, 46, 91-111
- (4) Botha P, Peaston R, White K, Forty J, Dark JH, et al. (2008) Smoking after cardiac transplantation. *Am J Transplant*, 8, 866-871
- (5) Breitling LP, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E, Brenner H (2009) Older smokers' motivation and attempts to quit smoking: epidemiological insight into the question of lifestyle versus addiction. *Dtsch Arztebl Int*, 106, 451-455
- (6) Bullen C (2008) Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 6, 883-895
- (7) Erhardt L (2009) Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 205, 23-32
- (8) Evangelista L, Ter-Galstanyan A, Moser DK, Dracup K (2009) Smoking among women following heart transplantation: should we be concerned? *Prog Cardiovasc Nurs*, 24, 119-123
- (9) Heck M, Fresenius M (2010) *Repetitorium Anästhesiologie. Für die Facharztprüfung und das Europäische Diplom.* Springer, Heidelberg, New York
- (10) Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H (2002) Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*, 359, 114-117
- (11) Raupach T, Merker J, Hasenfuß G, Andreas S, Pipe A (2011) Knowledge gaps about smoking cessation in hospitalized patients and their doctors. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab*, E-Pub ahead of print
- (12) Shi Y, Warner DO (2010) Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *Anesthesiology*, 112, 102-107
- (13) Surgeon General (2010) *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General.* Rockville, MD
- (14) Sweeney BP, Grayling M (2009) Smoking and anaesthesia: the pharmacological implications. *Anaesthesia*, 64, 179-186
- (15) The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel S, and Consortium Representatives, (2000) A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *JAMA*, 28, 3244-3254
- (16) Theadom A, Cropley M (2006) Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review. *Tob Control*, 15, 352-358
- (17) Thomsen T, Villebro N, Møller AM (2010) Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002294
- (18) Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM (2009) Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*, 102, 297-306
- (19) Twardella D, Loew M, Rothenbacher D, Stegmaier C, Ziegler H, et al. (2006) The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *J Clin Epidemiol*, 59, 82-89
- (20) Vos R, De Vusser K, Schaevers V, Schoonis A, Lemaigre V, et al. (2010) Smoking resumption after lung transplantation: a sobering truth. *Eur Respir J*, 35, 1411-1413
- (21) Warner DO (2006) Perioperative abstinence from cigarettes: physiologic and clinical consequences. *Anesthesiology*, 104, 356-367
- (22) Warner DO (2007) Tobacco control for anesthesiologists. *J Anesth*, 21, 200-211
- (23) Zwissler B, Reither A (2005) Das präoperative „Rauchverbot.“ Ein überholtes Dogma in der Anästhesie? *Anaesthesist*, 54, 550-559