PAVK bleibt oft unentdeckt

Screening für alle KHK-Patienten?

Eine neue Untersuchung zeigt, dass bei KHK-Patienten eine gleichzeitig bestehende arterielle Verschlusskrankheit meist nicht diagnostiziert wird.

■ Eine Arbeitsgruppe aus New York bestimmte den Knöchel-Arm-Index (ABI) bei 800 Patienten (über 70 Jahre oder 50–69 Jahre mit den Risikofaktoren Diabetes und/oder Rauchen), die zur Koronarangiografie eingewiesen wurden.

Bei jedem sechsten Patienten (15%) wurde eine zuvor nicht bekannte periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) entdeckt (ABI = 0,9). Die höchste Prävalenz fand sich bei über 70-jährigen Patienten (25,2%) und bei Frauen (23,3%). Patienten mit KHK und zusätzlicher PAVK hatten si-

gnifikant häufiger koronare Hauptstammstenosen und Mehrgefäßerkrankungen (87,2 vs. 75,5%, $p = 0,006$). Andererseits hatten KHK-Patienten mit Mehrgefäßerkrankung doppelt so häufig eine zuvor nicht diagnostizierte PAVK als Patienten mit einer Eingefäßerkrankung (Odds Ratio = 2,02). Die meisten Patienten mit PAVK hatten keine klassischen Symptome im Sinne einer Claudicatio intermittens.

■ **Kommentar:** Periphere arterielle Durchblutungsstörungen werden häufig übersehen, selbst bei Patienten mit manifester KHK. Eine Häufung von PAVK bei KHK-Patienten findet sich in höherem Alter, bei Frauen und bei gleichzeitigem Bestehen weiterer Risikofaktoren.

KHK-Patienten mit PAVK hatten im Schnitt wesentlich ausgeprägtere Koronarveränderungen als Patienten ohne eine PAVK. Dies dürfte die hohe Mortalität der PAVK-Patienten erklären.

Die Arbeitsgruppe um Dr. Issam Moussa fordert deshalb bei Patienten mit einer KHK ein routinemäßiges PAVK-Screening mit einer Bestimmung des ABI.

Dr. med. Nicolas Diehm,
Schweizer Herz- und Gefäßzentrum,
Inselspital Bern ■

■ **Moussa ID et al. Prevalence and prediction of previously unrecognized peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease. Catheter Cardiovasc Interv. 2009;73:719–724**

Sarkoidose

Kardiale Mitbeteiligung ist im MRT besser zu erkennen

Ein Viertel der Patienten mit bekannter extrakardialer Sarkoidose weist eine kardiale Mitbeteiligung auf. Die Rate an kardialen Todesfällen ist in dieser Gruppe um den Faktor 10 erhöht.

■ Plötzliche Todesfälle beherrschen noch vor pulmonalen Komplikationen die Mortalität von Patienten mit Sarkoidose. Aufgrund einer kardialen Mitbeteiligung von 20–60% in autopsischen Serien muss trotz einer nur geringen klinischen Evidenz bei etwa 5% der Patienten mit Sarkoidose der plötzliche Herztod als häufigste Todesursache angesehen werden.

Die Detektion einer kardialen Mitbeteiligung bei Sarkoidose stellt klinisch eine Herausforderung dar. Obwohl eine Endomyokardbiopsie sehr spezifisch ist, werden wahrscheinlich durch das inhomogene Verteilungsmuster der Infiltration häufig „falsch negative“ Befunde erhoben.

Bei Patienten mit nicht diagnostischer oder nicht durchgeführter Biopsie können die Diagnosekriterien des japanischen

35-jährige Patientin mit Sarkoidose. Im MRT sind ausgedehnte entzündliche Infiltrate im rechten Ventrikel und im interventrikulären Septum (Pfeil) nachweisbar.

Foto: Sciencepictures / kes

dialer Infiltration pathologische Ergebnisse liefern.

In dieser Arbeit wurden 81 konsekutive Patienten mit bekannter extrakardialer Sarkoidose untersucht. Diese Patienten wurden nach den JMH-Kriterien sowie durch eine „Delayed enhancement“-Magnetresonanztomografie (DE-MRT) hinsichtlich einer kardialen Mitbeteiligung untersucht und 21 Monate beobachtet.

Mit der DE-MRT wurde bei 26% der Patienten eine kardiale Mitbeteiligung dokumentiert. Die klinischen JMH-Kriterien trafen dagegen nur bei 12% der Patienten zu.

Während der Nachbeobachtung erlitten acht Patienten neun schwerwiegende Ereignisse (fünf Patienten mit kardialen Tod, ein nicht kardialer Tod, zwei Patienten mit ventrikulärer Tachykardie, ein Patient mit AV-Blockierung und konsekutiver Schrittmacherimplantation). Patienten mit kardialer Beteiligung nach DE-MRT-Kriterien wiesen ein etwa zehnfach höheres Risiko für schwerwiegende Ereignisse und kardialen Tod auf.

Gesundheitsministeriums (JMH) herangezogen werden. Diese beinhalten die Kriterien mehrerer Tests einschließlich des EKGs sowie eines Bildgebungsverfahrens (z.B. Echokardiografie), die zum Teil jedoch erst bei ausgedehnter myokar-