Prof. Dr. med. Curt Diehm
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Abteilung Innere Medizin/Gefäßmedizin
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg,
Guttmanstr. 1
76307 Karlsbad
E-Mail: Curt.Diehm@kkl.srh.de
www.curt-diehm.de

Verengte Karotiden und Nierenarterien

Nur Risikofaktoren behandeln, aufdehnen oder ausschaben?

■ Nach den Leitlinien zum Management der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) werden in Kürze die AWMF-Leitlinien zur Karotisstenose publiziert. Etwa 8% der Erwachsenen über 65 Jahren haben eine Karotisstenose mit einem Stenosegrad von über 80%. Für Deutschland bedeutet dies, dass etwa 30 000 Schlaganfälle pro Jahr aufgrund von Karotisstenosen auftreten. In einem Drittel der Fälle verbleibt eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. In der Statistik der Häufigkeit der Todesursachen steht der Schlaganfall an 3. Stelle.

Die interdisziplinären Leitliniensitzungen zur Karotisstenose sind abgeschlossen. Das heißeste Thema waren die Fragen: Wann muss eine Karotisstenose operiert, wann sollte interventionell gestentet werden? Wir diskutieren diese Frage aus der Sicht des Neurologen und aus gefäßchirurgischer Sicht, wobei beide Autoren Mitglieder der Leitlinienkommission für die S-2-Leitlinie Karotisstenose sind. Der Autor des gefäßchirurgischen Teils ist der Kommissionsvorsitzende. Das verspricht eine objektive Sicht des umstrittenen Themas.

Genauso aktuell ist die Frage der Therapienotwendigkeit und -modalität der Nierenarterienstenose (NAST). Hier gilt es, den „okulostenotischen Reflex“ gut zu zähmen und zu relativieren, wie die STAR- und auch die ASTRAL-Studie gezeigt haben. Klinische Parameter wie die Höhe des Blutdrucks und Einschränkungen der Nierenfunktion müssen ins Kalkül bei der Entscheidungsfindung einbezogen sein. Die ASTRAL-Studie hat gezeigt, dass Patienten mit arteriosklerotischer renovaskulärer Erkrankung von

der Aufdehnung einer NAST zusätzlich zur medikamentösen Therapie hinsichtlich Nierenfunktion und Blutdruck nicht oder nur geringfügig profitieren. Auch hier gilt also: „Weniger ist manchmal mehr“. Selbst eine Überdiagnostik (beim Rückziehen des Angiografiekatheters nach einer Koronarangiografie noch schnell die Nierenarterien darstellen) ist durch nichts zu rechtfertigen und entbehrt jeglicher Evidenz.

Sensationelle Fortschritte sind in den letzten Jahren bei der Therapie chronischer Wunden erreicht worden: Ein

Paradigmenwechsel von trockener Behandlung hin zur feuchten Wundbehandlung. Die modernen Wundverbände gehen weit über eine einfache Schutzfunktion herkömmlicher Verbände hinaus. Sie beeinflussen die physiologischen Wundheilungsprozesse positiv, indem sie ein Wundmilieu

schaffen, dass dem natürlichen Milieu entspricht. Dieses natürliche Wundmilieu ist feucht. So wird die Zellteilung und die Zellwanderung positiv beeinflusst und die Granulation und Epithelialisierung gefördert. Während es für alternative Verfahren wie extern applizierbare Wachstumsfaktoren, Laserstrahlen, Ultraschallwellenbehandlung, Stoßwellentherapie, Elektromagnetismus, CO₂-Bäder und hyperbare Oxygenierung keine evidenzbasierten Studien gibt, erscheint die Vakuumversiegelung heute am erfolgversprechendsten zu sein. Eine große vom Bund geförderte Studie dazu ist derzeit in der Endphase der Planung.

Curt Diehm