DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Patient mit Claudicatio intermittens

„Muss auf dem Weg zur U-Bahn 3 x stehen bleiben“

F. Tatò

Ein 62-jähriger Mann klagt über Schmerzen in der rechten Wade beim Gehen. Nach etwa 100 m zwingen sie ihn zum Stehenbleiben. In Ruhe verschwinden die Schmerzen komplett innerhalb einer Minute, beim Weitergehen treten sie aber prompt wieder auf. Seit einem Jahr wird die Gehstrecke immer kürzer.

— Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist eine häufige Manifestation der Arteriosklerose. In Deutschland haben etwa 20% der über 65-Jährigen eine eingeschränkte Durchblutung der Beine. Leichte Durchblutungsstörungen lassen sich gut kompensieren und können lange asymptomatisch bleiben. Etwa 5% der älteren Menschen entwickeln eine Claudicatio intermittens.

Unbehandelt kann die PAVK zu einer Extremitäten-gefährdenden „kritischen Ischämie“ mit Ruheschmerzen und Gangrän fortschreiten. Die PAVK (auch asymptomatisch!) ist ein wichtiger Marker für eine generalisierte Arteriosklerose mit hohem Risiko für Myokardinfarkt und Schlaganfall.

Was Sie fragen und abklären sollten

- Sind die Beschwerden „claudicatio-typisch“ oder kommt eine andere Diagnose (Tab. 1) in Frage? Typisch sind Beschwerdefreiheit in Ruhe, eine reproduzierbare schmerzfreie Gehstrecke und

prompte Rückbildung nach Belastung. Wadenschmerzen sind am häufigsten. Schmerzen im Oberschenkel und/oder gluteal sprechen für ein aortoiliacales Strombahnhindernis. Schmerzen und Taubheitsgefühl im Fuß sprechen für Verschlüsse im Unterschenkel.

- Hat der Patient kardiovaskuläre Risikofaktoren (Rauchen, Diabetes, Hyperlipidämie, arterielle Hypertonie, familiäre Disposition)?
- Liegen andere Manifestationen der Arteriosklerose vor (früherer Herzinfarkt oder Schlaganfall, Angina pectoris, Belastungsdyspnoe, Hinweise für TIA oder Amaurosis fugax)?
- Tasten Sie Leisten-, Popliteal- und Fußpulse, auskultieren Sie die arterielle Strombahn und messen Sie die Dopplerdrücke an Armen und Knöchelarterien. Mit diesen einfachen Mitteln lässt sich die Diagnose PAVK sehr oft bereits sichern. Normale Untersuchungsbefunde in Ruhe schließen allerdings eine PAVK nicht aus. Im Zweifel sollte daher frühzeitig zur Diagnosesicherung ein vaskulärer Spezialist hinzugezogen werden.

Was können Sie tun?

Alle kardiovaskulären Risikofaktoren sollten mit den Zielwerten der Sekundärprävention behandelt werden. Beginnen Sie eine Thrombozytenaggregationshemmung mit täglich 100 mg ASS oder 75 mg

Abb. 1 Digitale Subtraktionsangiografie der rechten femoropoplitealen Strombahn vor (A) und nach (B) stentgestützter PTA.

© F. Tatò

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Der hinzugezogene Angiologe stellte duplexsonografisch einen kurzstreckigen Verschluss der supragenualen A. poplitea fest. Angesichts der kurzen schmerzfreien Gehstrecke und des hohen Leidensdruckes wird die Indikation zur endovaskulären Therapie gesehen. In einem eintägigen stationären Aufenthalt erfolgt die stentgestützte PTA des Verschlusses. Der Patient ist danach beschwerdefrei.

Clopidogrel. Beraten Sie den Patienten bezüglich Nikotinverzicht, gesunder Ernährung und regelmäßigem Gehtraining. Medikamentös kann das Gehtraining evtl. durch Cilostazol unterstützt werden.

Besprechen Sie mit dem Patienten die Option einer endovaskulären oder chirurgischen Therapie. Bei entsprechendem Leidensdruck und Behandlungswunsch sollte ein vaskulärer Spezialist hinzugezogen werden. Je nach Befund, Ausprägung der Beschwerden und Schwere der Ischämie kommen konservative, endovaskuläre oder offen-chirurgische Therapieoptionen in Frage. ■

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Federico Tatò

Gefäßpraxis im Tal, Tal 13, D-80331

München, E-Mail: tato@angiopraxis.de

Tab. 1 Häufige Differenzialdiagnosen der Claudicatio intermittens

- Lumboischialgie
- Spinalkanalstenose
- Cox- und Gonarthrose
- Polyneuropathie