nommen. Im Gegensatz zu den Fortschritten, die bezüglich der Prävention bei der koronaren Herzerkrankung in den letzten Jahren weltweit erzielt wurden, gilt dies nicht für die PAVK. Die Prävalenz der PAVK nimmt nicht ab, die Amputationsraten steigen weiterhin kontinuierlich an.

Frauen haben häufiger atypische Symptome

Wie bei der koronaren Herzerkrankung haben Frauen auch deutlich mehr atypische Symptome beim Vorliegen einer PAVK als Männer. Klassischerweise bekommen Patienten ab einer gewissen Gehstrecke krampfartige Schmerzen im Bereich der Muskulatur, vor allem in den Waden. Atypische Beschwerden sind Schmerzempfindungen im ganzen Bein, isoliert in der Ferse.

PAVK: Frauen im Fokus

- Weltweit haben mehr Frauen eine PAVK als Männer.
- Die Komplikationsrate bei Frauen ist höher als bei Männern, wenn der ABL < 0,90 ist.
- Frauen (insbesondere farbige Frauen) haben häufiger Bypass-Verschlüsse und Amputationen als Männer.
- In einer amerikanischen Untersuchung wussten 75% der Erwachsenen nicht, was eine PAVK ist.

Call to action: Was muss getan werden?

Die Bevölkerung muss auf diese Erkrankung aufmerksam gemacht werden.

- Immer, wenn Patienten Schmerzen in den Beinen haben, sollten Sie nicht nur an Muskeln, Sehnen und Gelenke denken, sondern an die Möglichkeit, dass eine PAVK besteht.

- Ärzte müssen besser über die Diagnostik und die Therapie der PAVK Bescheid wissen.
- Ärzte müssen für das Messen des ABL konsequent ausgebildet werden. Die Messung des ABL ist leicht zu erlernen, aber nur ganz wenige Ärzte führen diesen Test durch. Ein wesentliches Problem ist, dass die Messung nicht separat honoriert wird.

Die AHA kommt zu dem Schluss, dass eine bessere „Awareness“ die Grundlage für eine optimierte Erkennung und Behandlung der Erkrankung weltweit darstellt.

Prof. Dr. med. Curt Diehm, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach ■

■ Hirsch AT et al. A call to action: Women and peripheral arterial disease. A scientific from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1449–1472

Faktor-Xa-Hemmer bei Lungenembolie

Nur halb so viele schwere Blutungen

In einer Hotline-Session bei der 61. Jahrestagung des American College of Cardiology in Chicago wurden die Ergebnisse der Phase-III-Studie EINSTEIN-PE mit fast 5000 Patienten vorgestellt.

■ Alle Patienten hatten eine akute symptomatische Lungenembolie (PE) mit oder ohne eine symptomatische tiefe Beinvenenthrombose durchgemacht. 25% der Patienten hatten gleichzeitig eine gesicherte tiefe Beinvenenthrombose.

Die Behandlung erfolgte bei 2419 Patienten mit 2 x 15 mg/d Rivaroxaban („open-label-trial“). Nach drei Wochen wurde die Dosis auf eine Einmaldosis von 20 mg reduziert. 2413 Patienten erhielten die Standardtherapie, bestehend aus dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin. Der Behandlungszeitraum betrug drei, sechs oder zwölf Monate, je nach Ermessen des behandelnden Arztes. Die mittlere Therapiephase lag bei ca. neun Monaten.

Die Behandlung mit dem neuen Antikoagulans Rivaroxaban war mindestens genauso effektiv wie die Standardbehandlung mit niedermolekularem Heparin und der anschließenden Warfarin-Therapie. Unter Rivaroxaban traten jedoch nur halb so viele

Blutungskomplikationen auf (Tab. 1). Die orale Therapie mit Rivaroxaban hat sich in dieser Studie bei Patienten mit akuter Lungenembolie als vorteilhaft gezeigt.

■ **Kommentar:** EINSTEIN-PE muss gesehen werden im Kontext als eine von drei klinischen Phase-III-Studien zu venösen Thromboembolien bei fast 10 000 Patienten. In der EINSTEIN-DVT-Studie und in der verlängerten EINSTEIN-Ext-Studie hat sich Rivaroxaban im Vergleich zu oralen Vitamin-K-Antagonisten als wirksam und nebenwirkungsarm bei tiefen Beinvenenthrombosen gezeigt.

Prof. Dr. med. Curt Diehm, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach ■

Akute massive Lungenembolie bei einem 44-jährigen Patienten.

■ EINSTEIN-PE investigators. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2012;366:1287–1297

Tabelle 1				
Ergebnisse der EINSTEIN-PE-Studie				
	Rivaroxaban	Vitamin-K-Antagonist	Hazard Ratio	p
Erstes erneutes VTE-Ereignis	2,1%	1,8%	1,12%	0,003
Klinischer Nettonutzen: VTE plus schwere Blutung	3,4%	4,0%	0,85%	0,28
Schwere bzw. nicht große klinisch relevante Blutung	10,3%	11,4%	0,90%	0,23
Schwere Blutung	1,1%	2,2%	0,49%	0,0032