Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit Neuromodulation als Option für ausgewählte Patienten

Im fortgeschrittenen Stadium der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) ist eine kritische Extremitätenischämie eine therapeutische Herausforderung. Bei ausgewählten Patienten kann die Neuromodulation eine Möglichkeit sein, Majoramputationen zu verhindern oder hinauszuzögern.

■ 2007 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamts mehr als 77 000 Patienten mit PAVK im Stadium III/IV von einer kritischen Extremitätenischämie betroffen, sagte Dr. med. Shoaeddin Damirchi, Klinik für Gefäßchirurgie am Evangelischen Krankenhaus Herne. 25–30% von ihnen müssten mit einer Amputation rechnen, so der Gefäßchirurg. Zuerst sollte nach seinen Ausführungen eine Revaskularisation, dann eine medikamentöse Therapie in Betracht gezogen werden. Als dritte Behandlungsmöglichkeit komme die Neuromodulation in Frage – mit dem Ziel, Amputationen zu verhindern. Bei der epiduralen Neurostimulation, auch

Rückenmarkstimulation (spinal cord stimulation, SCS) genannt, wird im Rückenmarkskanal eine Elektrodensonde implantiert, die schwache Impulse an das Rückenmark abgibt. Durch die Stimulation der Nervenfasern kommt es zu analgetischen und vasodilatatorischen Effekten.

Nach Damirchis eigenen Beobachtungen über 1–26 Monate an der Klinik in

Herne kam es dadurch bei 29 von 40 Patienten zur Schmerzlinderung innerhalb von 72 Stunden nach der OP.

Wichtig sei eine sorgfältige Patientenselektion für dieses Verfahren, betonte er. Für die SCS kommen nach seiner Aussage folgende Patienten infrage: nicht revaskularisationsfähige, amputationsgefährdete PAVK-Patienten im Stadium III/IV, ohne florides Infektzeichen, mit einer Lebenserwartung über zwei Jahre und guter Compliance.

Verschiedene Metaanalysen zur SCS-Therapie bei PAVK ergaben, dass acht SCS-Therapien nötig seien, um eine Amputation zu verhindern (NNT = 8), berichtete Prof. Thomas Hupp, Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Stuttgart: „Diese Zahl ist beachtlich.“ Die SCS sei daher auch mit dem Empfehlungsgrad A in die S3-Leitlinie aufgenommen worden.

(mas) ■

■ Symposium, 28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Wiesbaden, 4. Oktober 2012 (Veranstalter: St. Jude Medical)

Gangrän bei AVK: Lässt sich die Amputation verhindern?

© H. S. Fießl

Akutes Koronarsyndrom konservativ behandeln Prasugrel und Clopidogrel gleichwertig

Bei konservativ behandelten Patienten mit akutem Koronarsyndrom ist Prasugrel als ASS-Partner ebenso sicher wie Clopidogrel, aber nicht – wie erhofft – signifikant überlegen, so das Ergebnis der TRILOGY-ACS-Studie.

■ Koronarpatienten mit nicht transmuralen Infarkten oder instabiler Angina pectoris sollten früh invasiv und anschließend mit zwei Thrombozytenfunktionshemmern behandelt werden. Sowohl Prasugrel (TRITON-Studie) als auch Ticagrelor (PLATO-Studie) sind in dieser Situation Clopidogrel als ASS-Partner überlegen. Viele dieser Patienten werden jedoch trotz der etwas schlechteren Prognose rein medikamentös therapiert. Bei hinreichendem Ischämierisiko wird dann die Kombination Ticagrelor plus

ASS empfohlen. Für Prasugrel plus ASS lagen bisher keine Daten vor.

Diese Lücke schließt nun TRILOGY-ACS, die bisher größte Doppelblindstudie bei diesem Patientenkollektiv. 7243 ACS-Patienten unter 75 Jahren sowie 2083 Patienten über 75 Jahren wurden bis zu 2,5 Jahre lang mit ASS plus Clopidogrel (75 mg/d) oder Prasugrel (10 mg/d) behandelt. Bei älteren Patienten wurde die Prasugrel-Dosis halbiert.

Die Ergebnisse zeigten im primären Endpunkt keinen Unterschied: Nach im Median 17 Monaten erlitten im Kollektiv der unter 75-jährigen Patienten 13,9% unter Prasugrel sowie 16% unter Clopidogrel (Hazard Ratio: 0,91; p = 0,21) einen Herztod, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Im Gesamtkollektiv waren die Ergebnisse nicht anders. Allerdings zeigte sich ein Trend zugunsten von Prasugrel in allen

drei Einzel-Endpunkten. Auffällig war ferner, dass ab dem zweiten Jahr deutlich weniger Komplikationen unter Prasugrel auftraten. Wertete man auch multiple ischämische Endpunkte bei einem Patienten, war Prasugrel signifikant überlegen.

Das Risiko schwerer (2,5 vs. 1,8%), lebensbedrohlicher (1,1% vs. 1,1%), tödlicher (0,6% vs. 0,4%) oder intrakranieller Blutungen (0,8% vs. 0,7%) war niedrig und unterschied sich in den Gruppen nicht. Offensichtlich ist Prasugrel in dieser Indikation sicher, vorausgesetzt, man halbiert die Dosis bei leichten (unter 60 kg) und alten (über 75 Jahre) Patienten.

(DE) ■

■ Hotline Session, ESC-Kongress, München, 26. August 2012