

Empfehlungen zur frühen Therapie

„Statine auch für asymptomatische PAVK-Patienten“

Die Diagnose einer PAVK ist auch dann nötig, wenn die Patienten noch keine Claudicatio haben. Durch die Primärprävention, z. B. mit Statinen, kann ihr hohes kardiovaskuläres Risiko erheblich gesenkt werden, wie beim Praxis Update 2017 zu erfahren war.

— „Die PAVK ist die Gefäßerkrankung, die im Praxisalltag am wenigsten diagnostiziert und erkannt wird“, stellte Prof. Edelgard Lindhoff-Last vom Cardioangiologischen Centrum Bethanien, Frankfurt/Main heraus. Für die Patienten kann das fatale Folgen haben. In einer Metaanalyse war das Risiko, in den nächsten fünf Jahren zu sterben, im beschwerdefreien Fontaine-Stadium I mit 9% zwar niedriger als bei symptomatischen Patienten (13%), aber fast doppelt so hoch wie bei Gleichaltrigen ohne PAVK (5%).

In den meisten Bundesländern wird Hausärzten die Messung des ABI (Knöchel-Arm-Index) nicht bezahlt. Die Angiologin empfiehlt daher einen simplen Vortest für die Routinediagnostik: das Tasten der Fußpulse (s. Kasten). „Sobald einer der vier Pulse nicht tastbar ist, benötigt der Patient eine ABI-Messung, im Zweifelsfall beim Angiologen.“

Bei erhöhtem LDL immer ein Statin

Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie sollen alle PAVK-Patienten ein kardiovaskuläres Risikomanagement erhalten. Das beinhaltet außer Nikotinkarenz und Behandlung von Diabetes und Hypertonie auch eine Statintherapie. Dass schon Patienten ohne Beschwerden von Statinen profitieren, wurde vor Kurzem in einer retrospektiven Kohorte von vergleichbaren Patientenpaaren festgestellt. Das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse ebenso wie die Mortalität lagen bei den Statinpatienten um rund 20% niedriger. „Das sind beeindruckende Daten“, so Lindhoff-Last, „solche Ergebnisse haben wir mit ASS nicht.“

Sie empfiehlt deswegen, auch bei asymptomatischer PAVK, sofern der LDL-Cholesterin-Serumspiegel 130 mg/dl überschreitet, eine Therapie mit einem niedrig dosierten Statin (z. B. 10 mg Atorvastatin) zu beginnen. Zu Zielwerten gibt es bislang keine Evidenz. Lediglich für die Sekundärprävention mit Statinen nach Revaskularisation wurde gerade eine kleine Studie veröffentlicht. Danach scheint – analog zur KHK – eine Absenkung des LDL unter 70 mg/dl kardiovaskuläre Komplikationen und Todesfälle wirksamer zu verhindern als eine weniger aggressive Cholesterinsenkung.

„Plättchenhemmung im Stadium I ohne Vorteil“

Eine Thrombozytenaggregationshemmung kann laut Leitlinie ebenfalls schon im asymptomatischen Stadium der PAVK begonnen werden. Lindhoff-Last hält diese Empfehlung für fragwürdig: „Bei diesen Patienten überwiegt das Risiko für gastrointestinale Blutungen den Vorteil der kardiovaskulären Risikoreduktion.“ Für Patienten ab dem Stadium II ist die Behandlung mit ASS oder Clopidogrel jedoch „zwingend“. Wegen einer möglichen Clopidogrelresistenz rät Lindhoff-Last dringend, PAVK-Patienten mit wiederholten Restenosen in einer Spezialambulanz darauf untersuchen zu lassen.

Gehtraining: So wirksam wie interventionelle Therapie

Patienten in den Stadien I und II wird zudem ein strukturiertes Gehtraining empfohlen. Laut Lindhoff-Last sollen die Patienten mindestens 30 Minuten laufen

PAVK-Risiko an den Fußpulsen ertasten

Das Tasten der vier Fußpulse kann laut einer Studie einen ersten Hinweis auf das PAVK-Risiko geben, wie Prof. Edelgard Lindhoff-Last (Frankfurt/M.) berichtete. „Wenn keiner der vier Pulse zu tasten ist, besteht mit einer 50%igen Wahrscheinlichkeit eine PAVK. Sind dagegen alle vier Pulse zu tasten, dann ist eine PAVK nahezu ausgeschlossen.“ Die ABI-Messung sei daher nur bei Patienten mit weniger als vier tastbaren Pulsen indiziert.



© kszivv / stock.adobe.com

– „wenn Schmerzen auftreten, stehen bleiben, wenn der Schmerz nachlässt, weitergehen“ – und dies dreimal die Woche über drei Monate hinweg. Damit lasse sich die schmerzfreie Gehstrecke um rund 200 Meter verbessern, „das entspricht dem Effekt einer Intervention“.

Die Option einer interventionellen Therapie ist zu prüfen, wenn konservative Maßnahmen bei Claudicatio intermittens versagen. Bei kritischer Extremitätenischämie muss die Revaskularisation so schnell wie möglich erfolgen.

Dr. Beate Schumacher

▪ Praxis Update 2017, München, 5. Mai 2017