

Diabetes und pAVK

Eine unheilvolle Liaison mit oft unheilvollen Läsionen

Patienten mit Peripherer Arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) sind Hochrisikopatienten für Herzinfarkt und/oder Schlaganfall. Eine Komorbidität mit Diabetes mellitus erhöht die Mortalität und Morbidität zusätzlich. Was kann man tun?

Die pAVK ist eine Markererkrankung, denn sie ist häufig assoziiert mit einer KHK und/oder einer Arteriosklerose der hirnversorgenden Arterien. Die Prognose quo ad vitam wird weniger bestimmt durch Komplikationen an der Extremität, sondern durch Herzinfarkt oder Schlaganfall. Bei der Therapie der PAVK geht es deshalb neben dem Erhalt der Extremität vorrangig darum, ein solch fatales kardio- bzw. zerebrovaskuläres Ereignis zu verhindern. „Ein Typ-2-Diabetes verdoppelt das Risiko für die PAVK und eine solche tritt auch früher auf“, so PD Dr. Kilian Rittig, Chefarzt für Diabetologie und Angiologie am Klinikum Frankfurt (Oder). Das Risiko ist direkt abhängig von der Dauer und der Kontrolle der Stoffwechselerkrankung. Eine Erhöhung des HbA_{1c}-Wertes um 1 % führt bei Diabetikern zu einer Erhöhung des PAVK-Risikos um 26 %. 30 % der Typ-2-Diabetiker haben einen ABI < 0,9 und 30 % der PAVK-Patienten haben einen Typ-2-Diabetes, im Stadium III sind es sogar 50 %.

Was ist anders bei PAVK-Patienten mit Diabetes?

Bei Typ-2-Diabetikern finden sich häufiger lange kalzifizierte Stenosen, ein multisegmentaler Befall und die PAVK manifestiert sich häufiger am Unterschenkel mit insuffizienten Kollateralen. Auch sind die Gefäßveränderungen stärker verkalkt, der Progress ist rascher und die Ausbreitung ist diffuser, d. h. es sind mehr Etagen und Segmente betroffen. Dazu kommt, dass die PAVK bei Diabetikern häufig mit einer diabetischen Neuropathie assoziiert ist, was eine verminderte Schmerzwahrnehmung und ein erhöhtes Risiko für eine Ulkusbildung bedingt. Deshalb erfolgt die Vorstellung oft erst in einem späteren Stadium, wobei nicht selten bereits eine kritische Extremitätenischämie vorliegt.



PAVK und diabetische Neuropathie. Die Folge: Ulkusbildung.

Moderne Antidiabetika auch für PAVK-Patienten

Was das Thema „Antidiabetika und kardiovaskuläres Outcome“ betrifft, so hat es in den letzten Jahren mit der Entwicklung der SGLT-2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten (RA) große Fortschritte gegeben, was auch PAVK-Patienten zugute kommt. Sowohl für Gliflozine als auch für GLP-1-RA konnten kardio- und nephroprotektive Effekte dokumentiert werden. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Erhalt der Nierenfunktion und bei GLP-1-RA als auch für Schutz vor Schlaganfall. Was die Extremitäten-Komplikationen betrifft, so fand sich nur in der LEADER-Studie für Liraglutid ein günstiger Effekt bei dem kombinierten Endpunkt Fußulzera, Amputation und peripherer Revaskularisation. Die Diabetes-Leitlinien empfehlen deshalb den GLP-1-RA vorwiegend bei Patienten mit manifester Arteriosklerose und/oder den SGLT-2-Hemmer vor allem bei Herzinsuffizienz und/oder Nephropathie zusätzlich zu Metformin. Doch trotz dieser Empfehlungen erhalten in der klassischen Sekundärprävention bisher nur 12 % der Diabetiker einen SGLT-2-Inhibitor und nur knapp 13 % einen GLP-1-RA.

Kontroverse um mit Paclitaxel beschichtete Ballons

Für die Therapie bei symptomatischen PAVK stehen operative und endovaskuläre Verfahren zur Verfügung. „Doch bei Diabetikern sind die Ergebnisse nach einer solchen Intervention schlechter als bei Nichtdiabetikern“, so Dr. Ellen Foert, Chefarztin des Instituts für Radiologie am DRK-Klinikum Berlin Mitte. Es kommt häufiger zu Rezidivverschlüssen und -stenosen. Um den Erfolg der Intervention zu verbessern, wurden Stents und Ballons entwickelt, die mit Paclitaxel beschichtet sind. Nach anfänglichen Erfolgen wurde dann aber für infrapopliteal verwendete Paclitaxel freisetzende Ballons in einer Metaanalyse eine höhere Rate für Major-Amputationen und Tod innerhalb des ersten Jahres nachgewiesen. Wenn auch der Pathomechanismus nicht eindeutig geklärt ist, so werden Mikroembolisationen von Paclitaxel in die Peripherie bzw. eine systemische Verteilung der Substanz diskutiert. Diese Daten konnten zwar in Beobachtungsstudien im Alltag nicht bestätigt werden. Doch die Anwendung dieses Ballons ist seither deutlich zurückgegangen. Trotzdem bleibt der mit Paclitaxel beschichtete Ballon eine Option bei kurzstreckigen Läsionen, doch bei typischen längeren Stenosen sollte er nicht eingesetzt werden.

Dr. Peter Stiefelhagen

Quelle: Virtuelles Symposium: pAVK bei Diabetes – Ein Blick über den HbA_{1c} hinaus, Diabetes Kongress (DDG) 2021 online, 12.5.2021