

Atherothrombose – Bindeglied zwischen Herzinfarkt, Hirnschlag und PAVK

Hohes Risiko auch bei asymptomatischen PAVK-Patienten

Atherosklerotische Veränderungen treten im Alter immer auf. Mit rechtzeitig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen wie etwa der Knöchelblutdruckmessung und im Bedarfsfall sofort eingeleiteten therapeutischen Massnahmen lassen sich Folgekomplikationen wie Herzinfarkt oder Hirnschlag meist vermeiden. Führende Gefässspezialisten der Schweiz empfehlen diesen einfachen Test seit Jahren als breite Vorsorgeuntersuchung vor allem in der Hausarztpraxis.

NORBERT MITTERMAIER

Die Atherosklerose wird durch bindegewebige Wucherungen und fettige Ablagerungen (Plaques) an den Innenwänden der Arterien verursacht. Durch die Plaques verengen sich die Blutgefässe, und der Bluttransport in die Gewebe wird behindert. Im Laufe der Zeit können die Plaques instabil werden und aufbrechen. Das sich auf der aufgebrochenen Plaque bildende Blutgerinnsel droht dann, die Arterie zu verstopfen (Atherothrombose). Sind die Herzkranzgefässe betroffen, ist eine Angina pectoris oder ein Herzinfarkt häufig die Folge, bei Befall der Hirn- oder Halsarterien kann es zum Hirnschlag oder zur transitorischen ischämischen Attacke kommen. Atherothrombose ist eine multifaktorielle Erkrankung, bei der Rauchen, Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes mellitus und ein zu hoher Cholesterinspiegel zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen. Weltweit sind die meisten Todesfälle auf Atherothrombose zurückzuführen.

Merksätze

- Eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) wird oft übersehen, untertherapiert und häufig als lokales Problem «abgetan».
- Die PAVK ist oft Ausdruck einer diffusen Atherosklerose und stellt eine Markererkrankung für eine erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität dar.
- Das REACH-Register kommt zum Schluss, dass polyvaskuläre Patienten, die bereits ein erstes kardiales Ereignis erlitten haben und zusätzlich eine PAVK aufweisen, ein doppelt so hohes Risiko für ein zweites schwerwiegendes Ereignis wie Hirnschlag oder Herzinfarkt besitzen.
- Ein einfacher Fragebogen (siehe Kasten) bietet dem Arzt eine erste Evaluation seiner Patienten. Mit der ABI-Messung kann diese erste Einschätzung bestätigt beziehungsweise eine asymptomatische PAVK erkannt werden.

Erste Ergebnisse des REACH-Registers veröffentlicht

REACH* (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) ist das erste internationale Register für ambulante Patienten, das die tatsächliche weltweite Belastung durch Atherothrombose beschreibt. Das Ziel besteht darin, Hirnschlag, Herzinfarkt und damit verbundene Risikofaktoren für Atherothrombose besser zu beurteilen und zu handhaben. Mehr als 68 000 Patienten in 44 Ländern rund um den Globus wurden erfasst, und mehr als 5000 Prüfärzte sind an der Durchführung beteiligt. Die kürzlich veröffentlichten Ein-Jahres-Resultate des REACH-Registers (1) lassen aufhorchen, da diese zeigen, dass das Sterberisiko oder die Gefahr einer schweren kardiovaskulären Erkrankung für ambulante Patienten mit Atherothrombose erstaunlich hoch ist:

- Durchschnittlich erleidet 1 von 7 Patienten im Verlauf eines Jahres einen Herzinfarkt oder Hirnschlag, wird wegen einer Komplikation infolge von Atherothrombose

ins Spital eingeliefert oder verstirbt sogar an deren Folgen.

- Bei Patienten mit PAVK liegt die Wahrscheinlichkeit für einen Todesfall, einen Herzinfarkt oder Hirnschlag oder eine Hospitalisierung aus kardiovaskulären Ursachen innerhalb eines Jahres bei 21 Prozent (1 von 5 Patienten).
- Für Patienten mit Atherothrombose in mehr als einer Körperregion (Herz, Gehirn und/oder Beine) verdoppelt sich diese Wahrscheinlichkeit im gleichen Zeitraum.
- Das Risiko steigt abhängig von der Anzahl der betroffenen arteriellen Gefässbetten; bei Patienten, die lediglich Risikofaktoren aufweisen, beträgt die Ereignisrate 5 Prozent; bei Patienten mit Risikofaktoren und einem betroffenen Gefässbett beträgt die Ereignisrate 13 Prozent, bei Patienten mit Risikofaktoren und zwei betroffenen Gefässbetten 22 Prozent und bei Patienten mit Risikofaktoren und drei betroffenen Gefässbetten 26 Prozent.

Die Messung des Ankle Brachial Index (ABI)

Eine einfache, zuverlässige und schmerzlose Untersuchung, um eine PAVK rechtzeitig zu entdecken, bevor überhaupt Beschwerden beim Gehen auftreten, ist der sogenannte ABI-Test (Ankle Brachial Index). Dieser Test, der auch beim Hausarzt problemlos innerhalb weniger Minuten durchführbar ist, eignet sich ausgezeichnet, um herzinferkt- und hirnschlaggefährdete Patienten zu entdecken.

Beim liegenden Patienten wird mittels Dopplersonografie (5–7 MHz; Sonde in einem Winkel von < 60° zum Gefäss) der systolische Verschlussdruck am Oberarm und am Knöchel (Arteria tibialis posterior und anterior) gemessen. Bei ausreichender Erfahrung ist mit ungefähr 1 Prozent falschpositiven und 3 Prozent falschnegativen Ergebnissen zu rechnen. Der ABI-Wert berechnet sich, indem der höhere systolische Verschlussdruck der Knöchelarterien durch den höheren Oberarmblutdruck dividiert wird.

Ein ABI von < 0,9 gibt, auch bei asymptomatischen Patienten, mit einer Sensitivität von 95 Prozent Aufschluss über das Vorliegen einer angiografisch dokumentierbaren PAVK (2). Die Verschlussdruckmessung erlaubt eine erste Beurteilung des Schweregrads der Durchblutungsstörung. Patienten mit einer Claudicatio intermittens im Stadium II nach Fontaine haben meistens einen ABI zwischen 0,5 und 0,9. Werte von < 0,4 zeigen eine ernsthafte Gefährdung der betroffenen Extremität an.

Therapeutisches Vorgehen

Um die mit der PAVK assoziierten kardiovaskulären Ereignisse möglichst niedrig zu halten, ist eine konsequente, lebenslange Modifikation aller Risikofaktoren indiziert.

Der Thrombozytenfunktionshemmer Clopidogrel (Plavix®) ist eine gute Alternative zu ASS, da sich dieser bei PAVK-Patienten gegenüber ASS als effektiver erwiesen hat – insbesondere bei komplexeren Durchblutungsstörungen und bei Diabetikern (3). Der Blutdruck soll mindestens auf < 140/90 mmHg – bei Diabetikern auf < 130/85 mmHg – gesenkt werden. Betablocker verkürzen die Gehstrecke nicht und sind beim Vorliegen einer

Kasten: Sechs Fragen zur Entdeckung der PAVK*

1. Hat der Patient Schmerzen oder Beschwerden in den Beinen beim Gehen? Ja Nein
2. Beginnt der Schmerz in den Beinen beim Stehen oder Sitzen? Ja Nein
3. Manifestiert sich der Schmerz bei einer Steigung oder bei schnellem Gehen?
 Ja (= mittlerer bis starker Schmerz)
 Nein (= leichter Schmerz)
4. Manifestiert sich der Schmerz beim Gehen in normalem Tempo oder ebenem Gelände? Ja Nein
5. Verschwindet der Schmerz üblicherweise im Stehen nach 10 Minuten oder weniger? Ja Nein
6. Wo lokalisiert sich dieser Schmerz? In der Wade oder/und im Oberschenkel bzw. Gesäss?

Bei «Ja» leidet der Patient mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer symptomatischen PAVK**.

* Leng GC, Fowkes FG, The Edinburgh claudication questionnaire: an improved version of the WHO/Rose questionnaire for use in epidemiological surveys, J Clin Epidemiol 1992; 45 (10): 1101-9.

** Der Edinburgh Claudication Questionnaire erweist sich als zu 91 Prozent sensitiv und zu 99 Prozent spezifisch zur Diagnose der symptomatischen PAVK.

PAVK ausdrücklich nicht kontraindiziert. Ein erhöhter LDL-Cholesterinspiegel ist mittels Statinen auf < 2,6 mmol/l zu senken, bei PAVK-Patienten mit hohem Risiko auf < 1,8 mmol/l. Für die Diabetestherapie gilt wie allgemein ein HbA_{1c}-Zielwert von 6,5 bis 7,0 Prozent. Fussinspektion und -pflege dürfen keinesfalls vernachlässigt werden. Das Rauchen ist strikt zu unterlassen. Die Führung der Patienten durch den Hausarzt ist hier besonders wichtig; wenn notwendig, sollten auch Interventionen zur Unterstützung einer Entwöhnung angeboten werden. Zur Therapie der Claudicatio intermittens ist regelmässiges Gehtraining (3-mal pro Woche 30 bis 45 Minuten während mindestens 3 Monaten) initiale Behandlungsmethode der Wahl. Jeder Verschlechterung einer PAVK muss ein angiologisches Konsilium folgen. ■

Literatur:

1. Steg G et al. (2007) One-Year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis, JAMA 297: 1197-1206.
2. Bernstein EF, Fronck A (1982) Current status of noninvasive tests in the diagnosis of peripheral arterial disease. Surg Clin North Am. 62: 473-487.
3. Ringleb PA et al. (2004) Benefit of clopidogrel over aspirin is amplified in patients with a history of ischemic events, Stroke. 35: 528-532.

Der PAVK-Diagnoseblock zur schnellen und sicheren Ermittlung der PAVK sowie weitere Informationsmaterialien (Reprint der REACH-Publikation, Artikel von Dr. A. Birrer zur ABI-Messung sowie Patientenbroschüre über Atherothrombose für die Patienten [z.B. zur Auflage im Wartezimmer] sind kostenlos erhältlich: STO Pharmawerbung AG, Gallusstrasse 33a, 9501 Wil, Tel. 071-914 70 40, Fax 071-914 70 41, info@sto.ch.

* Das REACH-Register wird von sanofi-aventis, Bristol-Myers Squibb und der Waksman Foundation (Tokio, Japan) unterstützt.