

- ▶ PGE1 verursacht keine signifikanten Nebenwirkungen
- ▶ Wirksamkeit auch bei extrem niedrigem transkutanen Sauerstoffpartialdruck
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität

Kritische Extremitätenischämie – Diagnostik und Therapie

ZB MED

ZUM THEMA

In der Bundesrepublik leiden etwa 4,5 Millionen Menschen an peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK). Therapeutisch sind im Stadium III/IV, der kritischen Extremitätenischämie, in erster Linie gefäßchirurgische oder interventionelle Maßnahmen indiziert. Kommen diese nicht in Betracht, steht als einziges konservatives Therapieprinzip mit nachgewiesener Wirksamkeit im Sinne der „evidence based medicine“ die Gabe von Prostaglandinen zur Verfügung.

Die in den letzten Jahren publizierten Studien machen deutlich, dass Prostaglandin (PG) E1 selbst bei transkutanen Sauerstoffpartialdrücken von Null noch wirksam ist und auch im Falle einer späteren klinischen Verschlechterung erneut erfolgreich eingesetzt werden kann. Darüber hinaus belegen drei Studien zum Nebenwirkungsspektrum von PGE1, dass die Substanz sehr gut verträglich ist. Wie M. Ludwig, Bonn, als Vorsitzender des Symposiums zusammenfasste, stehen für die kritische Extremitätenischämie durchaus überzeugende Therapieansätze zur Verfügung. Mit den Prostaglandinen habe man ein effektives Medikament in der Hand, das in den Handlungsleitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ausdrücklich empfohlen wird.



Springer

Ma VI
Z. 380

Jährlich werden etwa 250.000 Patienten mit kritischer Extremitätenischämie (PAVK im Stadium III und IV) diagnostiziert, so C. Diehm, Karlsbad. Von diesen werden 25 % primär amputiert, bei 50 % erfolgt eine Revaskularisation und 25 % werden rein medikamentös behandelt. Nach einem Jahr sind 25 % der Patienten verstorben, 30 % sind geheilt, 25 % leben mit ihrer Amputation und 20 % leiden weiterhin an kritischer Extremitätenischämie.

Definition und Diagnostik

Die Kriterien, die nach dem kürzlich publizierten TASC-Papier (Trans Atlantic Inter-Society Consensus on the Management of Peripheral Arterial Disease, J Vasc Surg 31, Suppl, Januar 2000) eine kritische Extremitätenischämie charakterisieren, sind Doppler-Drucke am Unterschenkel unter 50-70 mm Hg und transkutane Sauerstoffpartialdrücke (tcpO₂) unter 30 mm Hg. Kann aufgrund einer Mediasklerose kein Doppler-Druck am Unterschenkel bestimmt werden, sollte an der Großzehe gemessen werden. Häufig klagen die Patienten über erhebliche Schmerzen, vor allem nachts, und die Gehstrecke ist massiv verkürzt. Es treten Ulzerationen und

Nekrosen auf. Zu beachten ist aber, so Diehm, dass manche Patienten mit kritischer Extremitätenischämie asymptomatisch sind, d.h. nicht über Claudicatio intermittens klagen. Differentialdiagnostisch müssen venöse Ulzera, hämatologische Grunderkrankungen und die Thrombangiitis obliterans bedacht werden. Das Routine-Laborprogramm umfasst ein Blutbild einschließlich Thrombozytenbestimmung, Blutzucker und HbA1c, Kreatinin, Harnstoff, Lipidstatus und Blutsenkungsgeschwindigkeit. Bei Patienten ohne klassische Risikofaktoren kann es sinnvoll sein, Homocystein und Thrombophilieparameter zu bestimmen. Zur Planung der Therapie ist eine Angiographie unabdingbar.

Konservative Therapie und gefäßchirurgische Maßnahmen

H. Heidrich, Berlin, stellte zunächst klar, dass für ihn die kritische Extremitätenischämie bei einem systolischen Knöchelarteriendruck unter 50 mm Hg und einem tcpO₂ unter 30 mm Hg beginnt – in der Regel lägen beide Werte sogar bei Null –, weshalb er sich den TASC-Kriterien nicht anschließen könne. Im Einvernehmen mit C. Diehm und anderen seien die Leitlinien der Deut-

Tabelle 1

Empfehlungen zur Therapie der PAVK

Handlungsleitlinie der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

Bevorzugte Therapie	Stadium III + IV
Operation	++
PTA	++
Thrombolyse	++
Prostaglandin E1	+
Iloprost (nur bei Thrombangiitis obliterans zugelassen)	+