



Medizinisch Orthopädische Technik - 2008 - 1

MOT • 128. Jahrgang
ISSN • 0340-5508

Verlagsgesellschaft Tschier, Postfach 301770, D-10747 Berlin • Das Fachmagazin zoelllicher Verbände
DP-AG, Postvertriebsstück, Erlage bezahl, 61489 • Schriftleitung: Prof. Dr. B. Grelle

SPECIAL: Peripher-arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

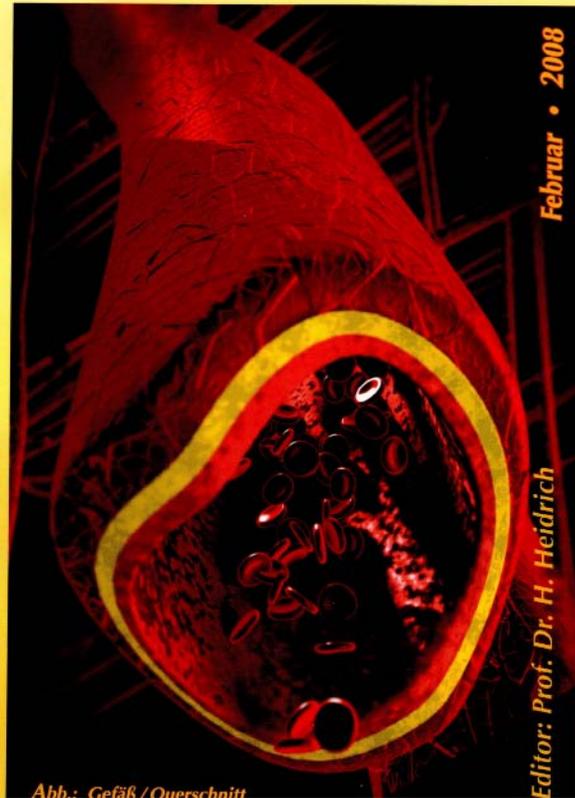


Abb: Gefäß/Querschnitt

Februar • 2008

Editor: Prof. Dr. H. Heidrich

1 • 2008 MOT

3

EDITORIAL

PERIPHER-ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT (PAVK) 2008

WAS IST IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE ÜBERHOLT, ETABLIERT, ZU ERWARTEN?

In letzter Zeit sind eine Reihe offener Probleme in der Diagnostik und Therapie der PAVK deutlich geworden, die eine aktuelle Standortbestimmung für die tägliche Praxis notwendig machen.

Das gilt zunächst für zahlreiche Fragen im klinischen Alltag, die logistische Veränderungen berühren: Wird der Stellenwert der konservativen Therapie relativiert, weil interventionelle Therapieverfahren zunehmen, obwohl Behandlungskosten dadurch steigen? Etabliert sich die ambulante interventionelle Angiotherapie gegenüber der stationären? Lösen MRT- und CT-Angiographie konventionelle Angiographieverfahren ab? Werden gefäßchirurgische Maßnahmen durch interventionelle Therapieverfahren ersetzt? Welche Differentialindikation ergibt sich für operative und interventionelle Interventionen bei PAVK? Welche Voraussetzungen sind an operative und interventionelle Therapeuten zu stellen, um die Zahl der jeweiligen Komplikationen zu minimieren? Wo und wann sind Stentimplantationen nach Dilatationen indiziert und evidenzbasiert? Sind vasoaktive Substanzen bei klar definierter Indikation sinnvoll oder grundsätzlich überflüssig? Welchen Stellenwert haben Wachstumsfaktoren, Zytokine und autologe Stammzelltransplantationen bei PAVK? Genügt es, PAVK-Patienten ohne gezieltes Gehtraining einfach zum Laufen anzuhalten, wie das aus politischer und mancher berufspolitischer Sicht getan wird? Was bringt kontrolliertes Gehtraining? Sind stationäre Rehabilitationen bei Gefäßerkrankungen überflüssig oder doch notwendig, weil effektiver als ambulante Maßnahmen?

Zweifellos sind hier praxisrelevante Empfehlungen zwingend notwendig, die nicht nur persönliche Vorstellungen und Erfahrungen reflektieren, sondern flächendeckend verbindlich sein können. Dieses Heft versucht, einige Fragen zu beantworten.

Eine sachgerechte patientenorientierte Diagnostik und Therapie der PAVK setzt aber auch mehr als bisher eine interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus. Das erfolgt gegenwärtig bundesweit durch Bildung von Gefäßzentren und Qualitätszertifizierungen, in denen internistische Angiologen, Gefäßchirurgen und Radiologen gemeinsam Therapieentscheidungen bei jedem Patienten treffen. Es ist nicht mehr möglich, dass die Frage, welche Patienten konservativ, interventionell oder gefäßchirurgisch behandelt werden, allein durch die Zuweisung der Patienten zu einer dieser drei Therapieeinrichtungen getroffen wird. Es hat sich gezeigt, dass nur eine interdisziplinäre, klare, differentialtherapeutische Indikationsstellung optimale Behandlungsergebnisse bringt und unvermeidbare Misserfolge besser ertragen lässt.

Aber das allein genügt nicht, um diagnostisch-therapeutische Fehlentscheidungen in der Behandlung der PAVK zu vermeiden. Es ist auch eine deutlich breitere Zusammenarbeit mit Orthopäden und Neurologen notwendig. Wenk weist darauf hin, und wir haben in einer Prospektivstudie an 235 Patienten mit einer PAVK im Fontaine-Stadium II bis IV zeigen können, dass sich bei 44 % aller Patienten eine neurologische, bei 24,7 % gleichzeitig eine neuro-

gische und orthopädische Erkrankung nachweisen ließen, die die Symptomatik der PAVK überlagern, zu falschen Konsequenzen und unnötigen gefäßchirurgischen Operationen oder interventionellen Eingriffen führen können. Das gilt aber auch für orthopädische und neurologische Therapieentscheidungen, die ohne angiologische Begleitdiagnostik durchgeführt werden und eine PAVK als Ursache einer scheinbar typischen orthopädischen oder neurologischen Symptomatik unberücksichtigt lassen. Und schließlich ist es notwendig zu wissen, dass Patienten mit einer PAVK multimorbide sind, an Herzinfarkten und Schlaganfällen versterben und deshalb praktisch immer internistisch zu behandeln sind. Nur dann, wenn alle Fachdisziplinen emotionsfrei kooperieren, können Therapieerfolge und Lebensqualität verbessert und die Amputationen verringert werden.

Prof. Dr. med. Heinz Heidrich

Literatur: HEIDRICH, H., HERMANN, G.M., Concomitant neurological and orthopaedic diseases in the presence of peripheral arterial disease: A prospective study, *Int. VASA* 2006; 35: pp. 101-105. □

