

Interview vom djd-Recherchetag 2005

ARTERIENVERSCHLUSS: VON DER SCHAUFENSTER-KRANKHEIT ZUR AMPUTATION – WIE MAN VIELEN PATIENTEN EIN SOLCHES SCHICKSAL ERSPAREN KÖNNTE.

Prof. Dr. Curt Diehm, Angiologe, Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg)

FRAGE: Rauchen und Arterienverschluss sind oftmals zusammengehörige Phänomene. Was antworten Sie auf das oft gehörte Argument, Herr X sei trotz 50 Zigaretten am Tag 90 geworden?

Prof. Dr. Curt Diehm: Das gibt es. Er hat wahrscheinlich bei der Auswahl seiner Eltern aufgepasst, hat keine sonstigen Risikofaktoren, also der Blutdruck ist in Ordnung, er hat keine Zuckerkrankheit in der Regel. Aber das sind sehr sehr seltene Fälle.

FRAGE: Wie kann es sein, dass es beim Arterienverschluss für das Stadium III und IV seit vielen Jahren nur ein einziges Medikament gibt?

Prof. Dr. Curt Diehm: Weil es 25 oder 30 Jahre lang Medikamente wie Pentoxyfyllin gab, die placeboartige Wirkung hatten und von unseren praktischen Ärzten eingesetzt wurden, aber keine evidenzbasierte Wirkung haben. Das am meisten verordnete Medikament war Ginkgo biloba, ein absoluter Blockbuster, was Verschreibung angeht in Deutschland, hat aber keine gesicherte Studie in der Wirksamkeit. Prostaglandine, das sind hochspezifische Medikamente, sind eben erst die letzten zehn, zwölf Jahre weltweit entwickelt worden und gelten heute als die Mittel der Wahl.

FRAGE: Wie sieht der konkrete Wirkmechanismus von Prostasin aus?

Prof. Dr. Curt Diehm: Dieses Prostaglandin E1 erweitert die Blutgefäße, es führt zu einer Veränderung der Blutgerinnung insofern, als die Blutplättchen seltener zusammengeballt werden. Es hat darüber hinaus zytoprotektive Effekte, d.h. die Zellen werden geschützt mit einem wahrscheinlich antioxidativen Mechanismus, und darüber hinaus fließt das Blut auch besser. Die roten Blutplättchen werden verformbarer, die Mikrozirkulation wird dadurch verbessert. Das Blut kommt besser durch.

FRAGE: Es bleiben also die Verschlüsse erhalten?

Prof. Dr. Curt Diehm: Die Verschlüsse bleiben erhalten, aber es können sich Umgehungsstraßen besser bilden, und der Muskel kann mit weniger Blut mehr leisten. Die Effekte sind experimentell gut abgesichert.

FRAGE: Das Medikament muss aber dauerhaft genommen werden?

Prof. Dr. Curt Diehm: Wir geben es im Stadium III und IV, also bei Ruheschmerzen und wenn ein Gewebeuntergang vorliegt. Wir therapieren die Patienten in der Regel für 28 Tage und dann werden wir in vielen Fällen ein bis eineinhalb Jahre nicht mehr therapieren müssen. Danach kann es durchaus sein, dass sich die Situation wieder verschlechtert, die Arteriosklerose nimmt ja zu und wir machen dann einen neuen Behandlungsversuch.

FRAGE: In Ihren Unterlagen heißt es: „Die wichtigsten Ursachen sind Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und das Rauchen.“ Wie groß sind die Chancen,

einen Arterienverschluss zu verhindern, wenn man bereits erkrankt ist, aber mit allen Mitteln gegen die Krankheit vorgeht, also auch durch vermehrte Bewegung und eine Änderung der Essgewohnheiten?

Prof. Dr. Curt Diehm: Wir sagen dem Patienten: Hör zu, Du wirst nicht amputiert und Du landest auch nicht im Rollstuhl, weil wir in aller Regel die Erkrankung da zum Stillstand bringen, wo sie steht. Wenn wir alle Risikofaktoren im Griff haben, hat der Patient eine gute Prognose. Aber er braucht dann eine breite medikamentöse Behandlung: Ein Aspirinpräparat, damit er keinen Herzinfarkt und keinen Schlaganfall bekommt, die Blutfette müssen stimmen, sein Blutdruck muss gut eingestellt sein, wir werden alles daran setzen, ihn vom Rauchen wegzubringen. Die Entwöhnungschance ist übrigens maximal zehn Prozent in zwei Jahren, also absolut frustrierend für uns Ärzte.

FRAGE: Die meisten dieser Amputationen, heißt es bei Ihnen, könnten verhindert werden durch eine frühzeitige Diagnose der Erkrankung, rechtzeitige präventive Maßnahmen oder auch eine konsequente Therapie. Was hindert die Ärzte konkret daran, die Verschlusskrankheit zu erkennen?

Prof. Dr. Curt Diehm: Erstens: Wir kennen leider nur ein Drittel aller betroffenen Patienten. Und die anderen beiden Drittel haben das Schicksal, dass sie zehn Jahre früher tot sind. Das heißt, wir müssen Instrumente schaffen, wie wir ohne eingreifende diagnostische Schritte die Erkrankung häufiger erkennen können. Das können wir mit einer Bananendoppler-Druckmessung am Bein machen. Das ist ganz einfach. Aber wir müssen es eben tun, und wir müssen die niedergelassenen Ärzte schulen lassen, dass sie an dieses Problem denken und dass sie diese Untersuchung in der Praxis durchführen. Wenn jemand einen pathologischen Dopplerdruck und Blutdruck am Bein hat, dann wissen wir, ohne Behandlung ist er zehn Jahre früher tot. So einfach ist das.

FRAGE: Wenn jemand nicht mehr gehen kann, geht er normalerweise zum Arzt.

Prof. Dr. Curt Diehm: Sollte man glauben, aber eben nicht alle. Sie gehen erst zum Arzt, wenn das Stadium III oder IV auftritt, das heißt, wenn z.B. plötzlich der Zeh schwarz ist. Oft ist es dann zu spät und es muss eine Vorfußamputation oder eine Unterschenkelamputation durchgeführt werden.

FRAGE: Wie sähen präventive Maßnahmen aus?

Prof. Dr. Curt Diehm: Präventiv ist wichtig, dass der Blutdruck stimmt, dass das Cholesterin in Ordnung ist, die Triglyceride in Ordnung sind, dass wir frühzeitig eine Zuckerkrankheit erkennen und frühzeitig prophylaktisch etwas dagegen tun, dass wir definitiv nicht rauchen - die Zahlen sind absolut desillusionierend, vor allem, was junge Mädchen angeht ; indem wir uns viel bewegen, so viel wie möglich, denn Bewegung schafft auch bei verschlossenen Adern Umgehungsstraßen; indem wir versuchen, ein normales Körpergewicht zu haben.

FRAGE: Welche Therapiealternativen zu Prostavasin existieren überhaupt?

Prof. Dr. Curt Diehm: Es gibt die Möglichkeit, dass wir dem Menschen operativ einen Bypass implantieren, dass wir eine Katheterdilatation machen mit oder ohne Stentimplantation, also Maschendraht; es gibt, dass wir Gefäßsportgruppen für die Patienten gründen - ich selber habe sechs solcher Gruppen eingerichtet, die sich einmal pro Woche mit einem strukturierenden Training treffen, und ganz wichtig ist die einschreitende Behandlung, was die Risikofaktoren angeht.

FRAGE: Es heißt bei Ihnen: „In den allermeisten Fällen ist die Therapie hervorragend verträglich.“ Was heißt „allermeist“?

Prof. Dr. Curt Diehm: Wenn Sie ein gefäßerweiterndes Medikament spritzen, kommt es naturgemäß manchmal zu einem leichten Blutdruckabfall. Aber das ist harmlos, das können wir leicht beherrschen. Die Infusionen, die in jeder Praxis durchgeführt werden können, finden in aller Regel unter ärztlicher Aufsicht statt. Das sind schon die wesentlichen Nebenwirkungen, weitere gibt es nicht.

FRAGE: Trotzdem wird die pAVK-Therapie mit Prostavasin meist nur von spezialisierten Ärzten, wie Gefäßchirurgen und Angiologen, durchgeführt, weil diese über die nötigen Infusionsplätze verfügen. Was ist denn an einem Infusionsplatz so aufwendig?

Prof. Dr. Curt Diehm: Eigentlich nichts, es ist nur so, dass Infusionen nicht adäquat bezahlt werden. Da kommt für den niedergelassenen Arzt nichts dabei raus. Die Patienten müssen überwacht werden, da muss immer wieder mal jemand gucken, ob noch alles okay ist. In den meisten Praxen ist der Platz nicht da, damit vier, fünf, sechs Menschen über zwei Stunden permanent infudiert werden können. Es ist ein Platzproblem. Systematisch geht das nur in Praxen, wo Gefäßspezialisten dafür eingerichtet sind und das Personal haben, das diese Patienten überwacht.