

GETABI-STUDIE: SCREENING AUF ATHEROSKLEROSE  
IN DER ALLGEMEINARZTPRAXIS ERFORDERLICH

## Deutlich erniedrigter Knöchel-Arm-Index = drastisch erhöhte Mortalität

CURT DIEHM FÜR DIE GETABI STUDY GROUP, KARLSBAD

Nicht nur in den USA, sondern auch hierzulande ist eine veränderte Sichtweise der medizinischen Fachwelt in Bezug auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) zu beobachten. War sie noch in älteren Auflagen der Medizinlehrbücher mit der Trias „Claudicatio intermittens, eingeschränkte Gehstrecke, Amputation“ verknüpft, sorgen nun große Studien wie die deutsche getABI für neue Begriffsassoziationen wie „Indikatorerkrankung für Atherosklerose“ oder „Koronäräquivalent“. Diese etwas sperrigen Begriffe stehen für eine einfache Botschaft: der Hausarzt kann mit dem Knöchel-Arm-Index (Ankle-Brachial-Index, ABI) mit geringem Aufwand, nicht invasiv und zuverlässig das zukünftige koronare und zerebrale Risiko seines Patienten abschätzen und eine geeignete Behandlung einleiten.

Die physiologischen Grundlagen für die Ableitung des ABI sind einfach: Beim gefäßgesunden liegenden Patienten entspricht der Druck in den Beinarterien (auch in den Knöchelarterien) etwa dem in den Arterien der Brust, der Quotient aus beiden Drucken ist also 1. Wird nun das Lumen der Beinarterien progredient von atherosklerotischen Plaques verschlossen, kommt es zum Druckabfall in den Knöchelarterien und der Druckquotient nimmt ab. Der Schwellenwert für eine pAVK liegt bei 0,9, schwere Fälle unterschreiten den Quotienten 0,4. Für die Messung der Arterien drücke reicht eine herkömmliche Blutdruckmanschette sowie ein Doppler-Ultraschallgerät wie es in vielen Hausarztpraxen bereits für andere Untersuchungen eingesetzt wird. Die etwa zehnmündige Messung wird an allen vier Extremitäten durchgeführt, damit unilaterale Stenosen nicht übersehen werden. Am Knöchel wird der Druck jeweils über der A. tibialis posterior und der A. tibialis anterior gemessen und der höhere Wert verwendet. Im Vergleich mit dem Angiogramm als Goldstandard weist der ABI unter 0,9 mit einer Sensitivität von bis zu 95 % auf das Vorliegen einer pAVK hin und schließt die Erkrankung mit nahezu 100 % Spezifität bei gesunden Personen aus. Die Untersuchungsergebnisse sind also sehr zuverlässig, gerade auch wenn man sie mit etablierten Screeningmaßnahmen der

täglichen Praxis wie etwa dem Papanicolaou-Test, dem Hämocult-Test oder der Mammographie vergleicht.

**Drei Viertel der Patienten sind beschwerdefrei**

Drei Viertel der mit dem ABI diagnostizierten pAVK-Patienten sind (noch) beschwerdefrei – aber haben schon ein deutlich erhöhtes Risiko vorzeitig zu versterben. Dies liegt daran, dass eine Atherosklerose der Beinarterien nur selten isoliert vorkommt, aber häufig auf Verkalkungen der Koronarien, der Karotiden oder der Nierenarterien hinweist („Indikatorerkrankung“). In der Tat sterben pAVK-Patienten in der Regel am Herzinfarkt oder Schlaganfall. Im Mittel ist die Lebenserwartung um zehn Jahre verkürzt. Die Prognose von Patienten mit symptomatischer pAVK ist somit schlechter als die von Patienten mit Morbus Hodgkin oder Lungenkrebs.

**pAVK in der getABI-Studie: häufig, mit drastischer Mortalitätssteigerung assoziiert**

Aktuelle, exakte Zahlen zur Überlebensfähigkeit von pAVK-Patienten liefert die „German epidemiological trial on Ankle Brachial Index“ (getABI-Studie). Schon die Ergebnisse zur Prävalenz der pAVK und zum kurzfristigen



Prof. Dr. Curt Diehm

(1-Jahres)-Risiko wurden in der Fachwelt mit großem Interesse aufgenommen (und binnen eines Jahres in drei verschiedenen Beiträgen im renommierten Journal *Atherosclerosis* veröffentlicht). Seit kurzem liegen nun die für die hausärztliche Versorgung in Deutschland repräsentativen 3-Jahres-Ergebnisse vor.

### Die Ergebnisse in Kürze

Bei 6880 älteren Patienten (42 % Männer, mittleres Alter 72,5 Jahre, mittlerer Body Mass Index 27,3 kg/m<sup>2</sup>) wurden die Patientencharakteristika und Laborwerte erfasst und der ABI sowie Todesfälle und vaskuläre Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall, Amputation etc.) über drei Jahre von ihren Hausärzten in einer prospektiven Beobachtungsstudie nachverfolgt.

Zu Beginn der Studie betrug die Prävalenz der pAVK 18,0 %.

Die Mortalität nach drei Jahren (Tod jeglicher Ursache) von Patienten mit pAVK war im Vergleich zu denen ohne pAVK drastisch erhöht: 10,9 vs. 4,2 %. In der Cox-Regression war das Risiko auch nach der Adjustierung für Alter, Geschlecht und für die anderen typischen Risikofaktoren Rauchen, Diabetes, Dyslipidämie und KHK in der Anamnese nahezu verdoppelt (Hazard Rate Ratio 1,8). Auch kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre und periphere tödliche bzw. nicht tödliche Ereignisse traten viel häufiger bei

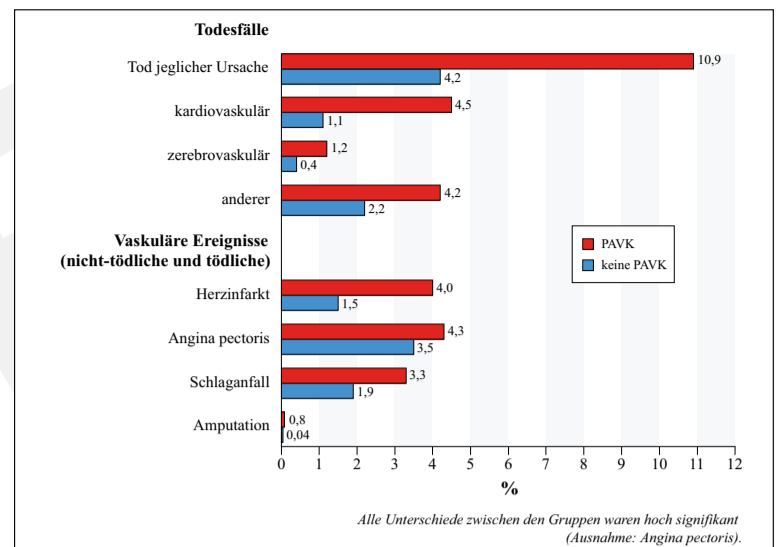


Abb. 1: getABI-3-Jahresergebnisse: Mortalität und vaskuläre Ereignisse bei Patienten mit und ohne pAVK.

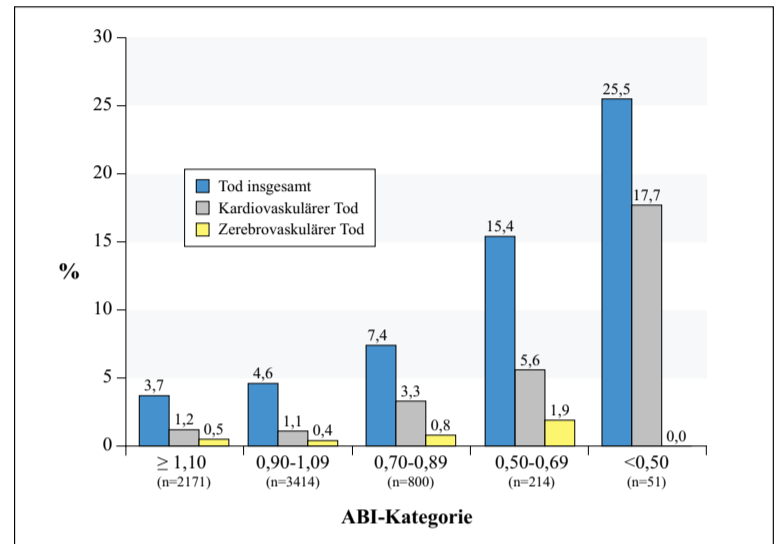


Abb. 2: Todesfälle nach ABI-Kategorie bei Basisuntersuchung.

Patienten mit pAVK auf (Abb. 1).

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen den bekannten Risikofaktoren und der 3-Jahres-Mortalität gehört die pAVK zu den stärksten unabhängigen Prädiktoren für vorzeitigen Tod (in der Reihenfolge derzeitigen Rauchen – pAVK – Diabetes mellitus – kardiovaskuläre/zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Anamnese).

Außerdem ergab sich ein klarer Zusammenhang zwischen der Schwere der pAVK und der Mortalität. Dies gilt sowohl für die 3-Jahres-Mor-

talität im Allgemeinen wie auch für die kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Mortalität (Abb. 2).

**Relative Unterbehandlung der pAVK-Patienten im Vergleich zu KHK-Patienten**

Obwohl pAVK-Patienten und KHK-Patienten an der selben Grunderkrankung Atherosklerose leiden und folglich gleichermaßen eine Sekundärprophylaxe benötigen, ergaben sich in getABI deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen.

Patienten mit bekannter pAVK erhielten beispielsweise weitaus seltener (56 %) eine medikamentöse Sekundärprophylaxe mit Thrombozytenfunktionshemmern (mit ASS oder Clopidogrel, z. B. Plavix) als Patienten nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall (73 %, p < 0,05).

Ein analoges Ausmaß der Unterbehandlung fand sich auch für Statine und Beta-Blocker.

**Fazit für die Praxis: „Auch bei denjenigen suchen, die nicht klagen“**

Die getABI-Studie zeigt, dass die Bestimmung des ABI eine geeignete Screeninguntersuchung in der Hand des Hausarztes ist. Damit können Patienten mit Atherosklerose identifiziert werden, deren beeinflussbare Risikofaktoren unverzüglich behandelt werden können. Zu den geeigneten Maßnahmen gehören Rauchstopp, Bewegungstraining, Thrombozytenfunktionshemmung, lipidsenkende bzw. antihypertensive Medikation. Es gilt also, zukünftig verstärkt im hausärztlichen Bereich anzusetzen, um die Prognose, aber auch die Lebensqualität der pAVK-Patienten zu verbessern.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Curt Diehm  
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Univ. Heidelberg  
Guttmannstraße 1  
76307 Karlsbad  
Curt.Diehm@kkl.srh.de

### VERANSTALTUNGSHINWEIS

Freitag, 9. 9. 2005  
13.00–14.30 Uhr  
Raum B07/08

### Satelliten-Symposium der Novartis Pharma GmbH „Modernes Thrombosemanagement“

Vorsitz: Prof. Dr. H.-Ch. Diener

#### Programm:

**Thromboseprophylaxe bei Patienten nach Schlaganfall**  
Prof. Dr. H. – Ch. Diener,  
Universitätsklinikum Essen, Neurologische Klinik und  
Poliklinik, Essen

**NM Heparine – Frühe Thromboseprophylaxe in der Neurochirurgie**  
OA Dr. Wilfried Bahr

Marienhospital Herne, Uniklinik der Ruhruniversität Bochum  
Medizinische Klinik II, Kardiologie und Angiologie, Herne

**Aktuelle Therapie des Myokardinfarktes mit Sartanen – die Valiant-Studie**

Prof. Dr. Helmut Drexler  
Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Kardiologie und Angiologie

### ALLGEMEINE HINWEISE

## 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V.

7. bis 10. September 2005

**Tagungsort:**  
bcc – berliner congress center  
Alexanderplatz 3, 10178 Berlin  
Internet: www.bcc-berlin.de

**Tagungspräsident:**  
Prof. Dr. Helmut Landgraf  
Helmut.Landgraf@vivantes.de

**Tagungssekretärin:**  
Dr. Anne Hinrichs  
Anne.Hinrichs@vivantes.de

**Sekretariat:**  
Sylke Gierke  
Vivantes – Zentrum für Gefäßmedizin  
Klinik für Innere Medizin, Angiologie und Hämostaseologie  
Klinikum im Friedrichshain  
Landsberger Allee 49, 10249 Berlin  
Tel. + 49 (0) 30/42 21-15 75  
Fax + 49 (0) 30/42 21-21 30  
Sylke.Gierke@vivantes.de

**Kongress-Organisation und wirtschaftlicher Träger der Fachausstellung und des Rahmenprogramms:**

Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH  
Seifgrundstraße 2, 61348 Bad Homburg  
Tel. + 49 (0) 61 72/67 96-0  
Fax + 49 (0) 61 72/67 96-26  
info@kmb-lentzsch.de

