

# Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Artis Knapsis, Julian-Dario Rembe



Die akute und kritische Beinischämie der unteren Extremitäten bei Patienten mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit ist ein Notfall und ist mit hoher Morbidität und Letalität verbunden. Sofortige Diagnosestellung und Therapieeinleitung sind entscheidend, um den Extremitätenverlust und lebensbedrohliche Organkomplikationen zu vermeiden.

## Einleitung

Die Mehrheit der Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) ist asymptomatisch. In der zentralen Notaufnahme werden Patienten mit symptomatischer pAVK bzw. Patienten mit einer akuten oder chronisch-kritischen Beinischämie vorgestellt. Diese Patienten sind eine große Herausforderung für das interdisziplinäre Team der Notaufnahme. Voraussetzung für das optimale Management ist das Erkennen der Notfallsituation durch den erstbehandelnden Arzt und die sofortige Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen [1, 2].

## Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die pAVK bezeichnet eine Einschränkung der Durchblutung der extremitätenversorgenden Arterien und der Aorta. Die Prävalenz der pAVK beträgt in der Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 45–50 Jahren ca. 3% und steigt im Alter über 85 Jahre auf über 35% an. Die klinische Einteilung der pAVK erfolgt gemäß der Symptomatik nach der Klassifikation nach Fontaine (► Tab. 1). Die überwiegende Zahl der pAVK-Patienten ist asymptomatisch, was häufig dazu führt, dass diese Erkrankung nicht oder erst im fortgeschrittenen Stadium bzw. im Stadium III und IV nach Fontaine diagnostiziert wird. Die wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer höhergradigen pAVK sind Nikotinkonsum, Diabetes mellitus und das Alter. Während bei jüngeren pAVK-Patienten nicht atherosklerotische Erkrankungen wie z. B. Vaskulitis, zystische Adventitia-Degeneration oder Gefäßkompressionssyndrome in Betracht gezogen werden müssen, besteht eine pAVK beim älteren Patienten als Folge einer fortgeschrittenen Atherosklerose [3, 4].

Die pAVK ist ein unabhängiger Prädiktor für Letalität, diese wird durch kardiovaskuläre Ereignisse verursacht. Die Koinzidenz von pAVK und koronarer Herzerkrankung

► Tab. 1 Klassifikation der pAVK nach Fontaine.

Fontaine-Stadium	Symptome
I	asymptomatisch
IIa	Claudicatio intermittens mit einer Gehstrecke >200 m
IIb	Claudicatio intermittens mit einer Gehstrecke <200 m
III	ischämischer Ruheschmerz
IV	Ulkus, Nekrose, Gangrän

### ABKÜRZUNGEN

<b>ABI</b>	ankulobrachialer Index
<b>ACE</b>	Angiotensin-converting Enzyme
<b>AFC</b>	A. femoralis communis
<b>AFS</b>	A. femoralis superficialis
<b>AIC</b>	A. iliaca communis
<b>AIE</b>	A. iliaca externa
<b>ASS</b>	Acetylsalicylsäure
<b>CKEI</b>	chronisch-kritische Extremitätenischämie
<b>CTA</b>	computertomografische Angiografie
<b>DAS</b>	digitale Subtraktionsangiografie
<b>GFR</b>	glomeruläre Filtrationsrate
<b>KHK</b>	koronare Herzerkrankung
<b>MRA</b>	Magnetresonanz-Angiografie
<b>pAVK</b>	periphere arterielle Verschlusskrankheit
<b>PTA</b>	Ballonangioplastie
<b>PTFE</b>	Polytetrafluorethylen
<b>TAH</b>	Thrombozytenaggregationshemmer
<b>tcpO<sub>2</sub></b>	transkutane Sauerstoffpartialdruck
<b>TEA</b>	Thrombendarteriektomie
<b>TSH</b>	Thyreoida-stimulierendes Hormon

ist Ausdruck der zugrunde liegenden generalisierten Arteriosklerose. Bei symptomatischer pAVK findet sich bei 62% der Patienten eine KHK. Patienten mit Claudicatio intermittens haben eine 5-Jahres-Leta-