

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

## Kongreßbericht

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2001; 8 (9)*

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

**Grazer Gefäß- & Gerinnungstage 2025**  
**Donnerstag, 26. Juni 2025**  
**14:30 – 15:00**

Vertiefendes Fachwissen



[www.amrn.link/aerzte](http://www.amrn.link/aerzte)

# AMARIN SYMPOSIUM

**Ein neuer Angriffspunkt im leitliniengerechten  
Risikofaktorenmanagement von pAVK- Patient:innen**

Dr. Reinhard B. Raggam, Graz

The AMARIN logo consists of a stylized 'A' symbol followed by the word 'AMARIN' in a bold, sans-serif font.

© 2025 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited. Alle Rechte vorbehalten.  
AMARIN Name und Logo sind Marken von Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.

AT-VAZ-00220, 05/2025

# DER AVK-PATIENT, EINE INTERDISZIPLINÄRE HERAUSFORDERUNG

KONGRESS-  
BERICHT

Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Internistische Angiologie, Geinberg (Oberösterreich), 23. Juni 2001, unterstützt von Sanofi-Synthelabo GmbH/Bristol-Myers Squibb GesmbH OHG

## EINLEITUNG

Am 23. 6. 01 fand in Geinberg, Oberösterreich das 1. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Internistische Angiologie unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. E. Pilger statt: „Der AVK-Patient als interdisziplinäre Herausforderung an den behandelnden Gefäßmediziner“.

Die arterielle Verschlusskrankheit, die als gesamtarteriosklerotische Manifestation zu sehen ist, mit der pAVK als Manifestationslokalisation in der distalen Aorta und in peripheren Arterien, ist eine Erkrankung des Alters. Neuere epidemiologische Studien auf der Basis des Dopplerindex (DI) sprechen von einer Inzidenz zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr von 8,3 % und einer mehr als Verdoppelung der Inzidenz zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr, nämlich 18,8 %. Bis zum Jahr 2012 wird das Patientenkollektiv der Gefäßkranken auch den höchsten hochgerechneten Zuwachs, nämlich 40 %, zu verzeichnen haben.

Die Zehnjahresmortalitätsrate bei Patienten mit pAVK ist besonders hoch und wird durch kardiovaskuläre Ereignisse bedingt, was dieses Patientenkollektiv zu einem Hochrisikokollektiv macht (Männer mit pAVK 61,8 % versus 16,9 % ohne pAVK).

Eine mögliche Beeinflussung kann nur durch die Optimierung des Risikoprofils erfolgen, was wiederum **eine interdisziplinäre Therapie** erforderlich macht:

## LIPIDSTOFFWECHSEL

Das gestörte Verhältnis Gesamtcholesterin/HDL-C gilt als stärkster Einzelprädiktor für das Auftreten von pAVK [JAMA 2001; 285: 2481–5].

Diese Ergebnisse sind ident mit Studien aus dem Koronarbereich. Ein weiterer signifikant erhöhter Prädiktor für die Präsenz der pAVK ist das LDL-C, gefolgt von den Triglyzeridwerten [Drexel, Steurer, Circulation 1996]. HDL-C ist als Prediktor für die Ausdehnung der pAVK anzusehen.

Die Therapieempfehlung in der Primärprävention der pAVK-Patienten sollte lauten:

- ein Therapieziel von LDL-C < 150 mg/dl und
- ein Gesamtcholesterin/HDL-C < 5

Die Therapiesäulen sind in der Primärprävention

- Diät und danach
- Lipidsenker, und zwar bei gleichzeitig vorhandenen Triglyzeridwerten < 300 mg/dl mit Pravastatin als Mittel der 1. Wahl [Am J Cardiol 1999; 83: 569–75; Am J Cardiol 2001; 88: 89–92]

In der Sekundärprävention sollte das Therapieziel für LDL-C < 125 mg/dl sein und eine Gesamt-C/HDL-C-Ratio von < 4 angestrebt werden, wobei wieder

- Diät und danach
- Lipidsenker, bei Triglyzeridwerten < 300 mg/dl Pravastatin und Simvastatin, als Mittel der ersten Wahl gelten. [Angiology 1996; 47: 533–41. – CARE Study]

## DIABETES MELLITUS

Die 10-Jahresmortalität hinsichtlich kardiovaskulärer Mortalität beträgt 22,6 % beim Typ II-Diabetiker. Die UKPDS-Studie [Stratton, BMJ 2000] hat ganz klar hervorgebracht, daß die Makroangiopathie und die generalisierte Arteriosklerose die Probleme des Typ II-Diabetikers sind, hingegen die mikrovaskulären Ereignisse den Typ I-Diabetiker betreffen, was auch den Ansatzpunkt der Therapie beeinflußt. Ganz klar kann durch eine Optimierung der Blut-

zuckereinstellung (= HbA<sub>1c</sub>) keine wesentliche Verbesserung der kardiovaskulären Mortalität beim Typ II-Diabetiker erzielt werden. (Im Vergleich dazu ist ein HbA<sub>1c</sub> von 7 ideal zur Verhinderung von mikrovaskulären Ereignissen beim Typ I-Diabetiker).

Eine signifikante Senkung der kardiovaskulären Mortalität (32 %) kann beim Typ II-Diabetiker durch optimale Blutdruckeinstellung (RR-Senkung 10/5 mmHg) erzielt werden, wobei die intensivierte RR-Senkung auf Zielwerte von 150/85 mmHg angestrebt werden soll. Keine signifikante Prävalenz findet man für die Beta-blocker- oder ACE-Hemmer-Monotherapie, wobei in der Regel bereits nach 4 Jahren eine Monotherapie nicht mehr ausreichend ist.

Die zweite Säule der signifikanten Beeinflussung der kardiovaskulären Ereignisse ist die Optimierung des Lipidstoffwechsels. Jeder Typ II-Diabetiker hat das gleiche Risiko wie ein Sekundärprophylaxepatient. Eine Senkung des LDL-C um 15 % reduziert die kardiovaskulären Ereignisse um 25 %.

## ARTERIELLER HYPERTONUS

Ein erhöhter Blutdruck ist nach dem Nikotinabusus der zweithäufigste Risikofaktor bei pAVK-Patienten. Andererseits besteht bei der kritischen Extremitätenischämie die berechnete Frage nach einem Erfordernisdruck für die Aufrechterhaltung der Perfusion. Es ist nicht der Druck, sondern der Flow, der für die ausreichende Perfusion verantwortlich ist. Eine Minimierung der kardiovaskulären Ereignisse kann durch diastolische RR-Werte von 82 mmHg und systolische RR-Werte von 132 mmHg erzielt werden, sodaß sich ein Ziel-RR von 135/85 mmHg, in der Subgruppe der Diabetiker < 80 mmHg diastolisch, ergibt.

Wichtiger allerdings als die Erreichung eines Ziel-RR ist die Senkung der erhöhten RR-Werte.

Die Basis für die Diagnostik eines Bluthochdrucks sollte nicht eine Einzelmessung sein. Idealerweise sollte die Diagnose auf der Basis einer Belastungsergometrie passieren, im besten Fall vor und nach eingeleiteter Hochdrucktherapie.

Eine Kontraindikation für die Therapie mit einem Betablocker besteht in der Therapie der pAVK nicht.

## INTERDISZIPLINÄRE DIAGNOSTIK

Nicht nur die Therapie, auch die Diagnostik der pAVK ist ein breites Spektrum der Interdisziplinarität (Angiologie, Gefäßchirurg, Radiologe). Unterschiedliche Untersuchungstechniken liegen in der Hand unterschiedlicher Fachdisziplinen. Dabei ist die Wertigkeit des DI, der Anamnese und der klinischen Untersuchung mit einer Spezifität von 95 % bewiesen (S. Karosch). Der DI ist der wichtigste Prädiktor für die Prognose der pAVK. Die Duplexsonographie ist das bildgebende Verfahren, das die Diagnostik der pAVK abrundet. Die Duplexsonographie ist nicht invasiv, nicht belastend, repetitiv, erschwinglich und hat den Vorteil, ein hämodynamisches und morpho-

logisches Bild der Durchblutungssituation bieten zu können.

Die Notwendigkeit der Angiographie besteht vor geplanten Majoramputationen und vor gefäßchirurgischen Eingriffen, nicht mehr allerdings vor Katheterinterventionen.

## THERAPIEKONZEPT

Das Therapiekonzept eines Patienten mit pAVK setzt sich aus vier Säulen zusammen und widerspiegelt das interdisziplinäre Vorgehen:

- **Verbesserung des funktionellen Status**
  - Physikalische Therapie
  - Optimierung der Begleitmedikation
  - Endovaskulär rekanalisierende Therapie
  - Vasoaktive Therapie (Prostaglandine)
  - Chirurgische Revaskularisierung
- **Erhaltung der Extremität**
  - Revaskularisation
  - Prostaglandine
  - Lokaltherapie (im klinischen Stadium IV)
  - Infektionsprophylaxe
  - Grenzzonenamputation
- **Progressionshemmung der Arteriosklerose**

- Aggressives Risikofaktorenmanagement
- Thrombozytenaggregationshemmer
  - Acetylsalicylsäure (ASS),
  - Clopidogrel (Senkung der kardiovaskulären Ereignisse bei pAVK-Patienten um 24 %)
- Gefäßprotektion (Statine, ACE-Hemmer)

- **Reduktion der kardialen/zerebrovaskulären Mortalität**

- Aggressives Risikofaktorenmanagement
- Sekundärprophylaxe
  - Acetylsalicylsäure (ASS),
  - Clopidogrel (Senkung der kardiovaskulären Ereignisse bei pAVK-Patienten um 24 %)
  - Orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern
- Regelmäßiges Grading der Patienten hinsichtlich Risikofaktoren und Ausdehnung der Arteriosklerose ⇒ spezifische Therapie

Das Resümee dieser Veranstaltung ist, daß die pAVK Teil einer globalen Gefäßerkrankung ist und diese Globalität eine Herausforderung sowohl an die Therapie als auch an die Diagnostik darstellt.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Marianne Brodmann  
A.ö. LKH Graz, Abteilung Angiologie  
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 15  
E-Mail:  
marianne.brodmann@kfunigraz.ac.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)