Thomas Schneider

PAVK – medikamentöse Behandlung mit PADMA 28*

Einleitung

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine sehr häufige, aber oft unterdiagnostizierte Erkrankung, die unbemerkt im mittleren Alter beginnt und deren Prävalenz mit dem Alter zunimmt. Sie ist charakterisiert durch Verengung oder Okklusion der peripheren Arterien. Obwohl häufig die unteren Extremitäten betroffen sind, so ist die pAVK ein Ausdruck einer generalisierten Atherosklerose in verschiedenen Gefässbezirken und gilt daher als Alarmsignal für eine hohe kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Ein grosser Teil der Patienten leidet meist unbemerkt zusätzlich an koronarer Herzkrankheit und zerebralen Durchblutungsstörungen, wobei ca. die Hälfte an einem Myokardinfarkt und etwa 15% an einem Schlaganfall sterben [1].

Ätiologisch betrachtet handelt es sich bei der pAVK um stenosierende Gefässläsionen, welche in der überwiegenden Anzahl auf atherosklerotische Prozesse zurückzuführen sind. Durch eine progrediente Flusslimitierung im Gefäss kommt es zu einer Mangel durchblutung im Versorgungsgebiet der betroffenen Arterie. Ineffiziente Sauerstoffversorgung führt anschliessend zu Belastungsschmerzen im Skelettmuskel, was sich meist in der als Claudicatio intermittens bezeichneten Schmerzsymptomatik äussert [2]. Nur ein Drittel aller

pAVK-Patienten weist jedoch überhaupt Symptome auf, was die Wichtigkeit der Frühdiagnostik noch verdeutlicht [3].

Die Risikofaktoren einer pAVK sind im Wesentlichen dieselben wie jene für koronare oder zerebrovaskuläre Läsionen, insbesondere Nikotinabusus, Diabetes mellitus, Hypertonie und Hyperlipidämie. Dem Diabetiker ist insofern eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, da er nicht nur ein erhöhtes vaskuläres Risiko aufweist, sondern oft aufgrund gleichzeitig bestehender Neuropathien asymptomatisch bleiben kann [1, 2].

Gemäss Fontaine wird die pAVK in vier verschiedene Stadien eingeteilt (siehe Tab. 1). Während mit der klassischen Anamnese und herkömmlicher klinischer Untersuchung der Pulse die meisten Hochrisikopatienten verpasst werden, erreicht das diagnostische Mittel des Ankle Brachial Index (ABI) eine hohe Sensitivität und Spezifität. Die Methode ist nichtinvasiv und bestimmt mittels Doppler-Sonographie den Quotienten aus systolischem Verschlussdruck von Knöchel und Oberarm, wobei der Index auch bei asymptomatischen Patienten zu-

verlässig eine angiographisch nachweisbare pAVK diagnostizieren kann (95% Sensitivität). Je tiefer der Quotient, umso schwerer ist die vorliegende pAVK, wobei ein Wert unter 0,9 bereits als pathologisch angesehen wird. Dabei muss in Betracht gezogen werden, dass z.B. bei Diabetes durch Vorliegen einer Mediasklerose der Wert falsch negativ bzw. über 1,3 liegen kann [4].

Die Therapie einer diagnostizierten pAVK richtet sich nach dem entsprechenden Stadium, wobei es als Erstes gilt, die Risikofaktoren unter Kontrolle zu bringen und den Lebensstil entsprechend anzupassen. Dazu gehören das Management von Übergewicht, Rauchverzicht und die Einstellung von Blutdruck und Blutzucker. Unabhängig vom Stadium erfolgt eine konservative Basistherapie mit Lipidsenkung durch Statintherapie und Thrombozytenaggregationshemmung. Das Gehtraining ist insbesondere bei Claudicatio-Patienten ein therapeutisches Instrument, mit welchem die Gehstrecke verlängert werden kann. Im fortgeschrittenen Stadium kommen verschiedene interventionelle und chirurgische

Tab. 1. PAVK-Stadieneinteilung nach Fontaine (modifiziert nach [7])

Stadien	Symptome
I	Klinische Beschwerdefreiheit bei nachgewiesenen atherosklerotischen Veränderungen bzw. Strömungshindernissen
II	Belastungsabhängige Schmerzen in poststenotischen Muskelgruppen, die reversibel sind IIa: schmerzfreie Gehstrecke > 200 m IIb: schmerzfreie Gehstrecke < 200 m IIc: Läsion ohne Nachweis einer kritischen Durchblutungssituation
III	Ruheschmerzen
IV	Ruheschmerz mit Nekrosen oder Gangrän, hohe Durchblutung kritisch (poststenotischer Druck unter 50 mmHg)

*PADMED CIRCOSAN® steht speziell dem Arzt zur Verfügung. Es ist kassenzulässig und identisch mit PADMA® 28.

Eingriffe zur Revaskularisation infrage [5]. Gerade bei der interventionellen Therapie, wie der perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA), ist die Komplikationsrate relativ niedrig, wobei die Hauptlimitation in der Gefahr der Restenosierung besteht [2].

Zusätzlich zur medikamentösen Standardtherapie bei Vorliegen einer pAVK eignet sich PADMA 28 als Begleittherapie zur symptomatischen Behandlung und Verbesserung der Gehstrecke, wie Studien zeigen [6]. Durch das antiinflammatorische, antioxidative und zellprotektive Wirkprofil kann auch eine Bedeutung in der Prävention der generalisierten Atherosklerose, die sich als chronische Low-Level-Entzündung auszeichnet, diskutiert werden. Dank der komplexen Zusammensetzung aus unterschiedlichen Pflanzen enthält PADMA 28 eine grosse Anzahl an sekundären Pflanzenstoffen, die an unterschiedlichen Punkten der multifaktoriellen Pathogenese der Atherosklerose eingreifen.

Fallberichte

– Patient 1, 82 Jahre alt, litt an einer pAVK Stadium IIa in beiden Beinen durch eine serielle Stenosierung der Arteriae tibialis anterior und Arteriae fibularis beidseits. Dieser Befund wurde im September 2007 mittels CT-Angiographie bestätigt. Zusätzlich bestand eine chronische koronare und vaskuläre Herzkrankheit, chronisches Vorhofflimmern und Hypertonie. Das Vorhofflimmern wurde mit Marcoumar (ab 1996 ff.), die Hypertonie und eine Linksherzinsuf-

fizienz mit Inhibace plus/Inhibace 5 mg/Tag (ab 1996 ff.) und Dilzem Uno 240 mg/Tag (ab 1996 ff.) behandelt. Zur Senkung der Hypercholesterinämie wurde zusätzlich Pravastatin 40 mg (ab 2003 ff.) eingenommen.

Ab August 2007 wurde die Medikation ergänzt durch 2 Kapseln PADMA 28 pro Tag, worauf sich die Symptome der Unterschenkel-Claudicatio bereits bei der dritten Visite im September 2007 von mittelstark auf beschwerdefrei besserten. Die Gehstrecke erhöhte sich von 500 auf 1000 m. Dieser Zustand blieb bis zum Ende der Beobachtungsperiode im Februar 2008 so erhalten, wobei die PADMA-28-Medikation fortgeführt wurde.

– Patientin 2, 46-jährig, litt an einer pAVK Stadium IIb durch eine rechtsseitige postinterventionelle Obstruktion der Arteria femoralis communis nach Einsetzen eines Linksherzkatheters zur Behandlung einer koronaren 1-Ast-Erkrankung (11.2.08), wodurch eine Claudicatio sowohl im Ober- als auch Unterschenkel entstand. Zusätzlich dazu litt die Patientin an einer Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, auch bekannt als Broken-Heart-Syndrom (11.2.08). Ab 11.2.08, nach dem interventionellen Eingriff, wurde eine vorhandene Hypercholesterinämie mit Sortis 40 mg/Tag, die Kardiomyopathie mit Triatec 2 × 1,25 mg/Tag sowie Concor 2,5 mg/Tag und die koronare 1-Ast-Erkrankung mit Plavix 75 mg/Tag behandelt. Ab März 2008 wurde die Therapie

durch 2 × 1 Kapsel PADMA 28 pro Tag ergänzt. Die Schmerzen im Ober- und Unterschenkel besserten sich innerhalb kurzer Zeit von anfangs stark (7.3.08) auf leicht (19.3.08), was bis zum Ende der Beobachtungsperiode erhalten blieb. Weiter verlängerte sich die Gehstrecke in dieser Zeit von 50 auf 150 m.

Fazit

Die pAVK ist eine Krankheit, die den gesamten Körper systemisch betrifft, auch wenn sich die Symptome vor allem in den Extremitäten manifestieren. Die beiden Fallberichte zeigen, dass eine ganzheitliche Behandlungsweise mit ergänzender Begleittherapie umso wichtiger ist, um alle Aspekte zu berücksichtigen.

Literatur

- 1 Diehm C, et al: Epidemiology of peripheral arterial disease. VASA 2004;33:183–189.
- 2 Scheinert D, Schmidt A: Periphere arterielle Verschlusskrankheit. Bedeutung und Therapie. Clin Res Cardiol Suppl 2007;2:123–136.
- 3 Gröchenig E: Periphere arterielle Verschlusskrankheit PAVK. Schweiz Zschr Ganzheitsmedizin 2008;20:24–26.
- 4 Birrer M: Die Bestimmung des Ankle Brachial Index: ein zuverlässiges Diagnoseinstrument zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos. Schweiz Med Forum 2007;7:254–258.
- 5 Gröchenig E: Periphere arterielle Verschlusskrankheit PAVK. Therapie und Präventionsausblick. 22. Schweizerische Tagung für Phytotherapie, Baden, 29.11.2007.
- 6 Melzer J, et al: Treating intermittent claudication with Tibetan medicine Padma 28: does it work? Atherosclerosis 2006;189:39–46.
- 7 Bollinger A: Funktionelle Angiologie. Lehrbuch und Atlas. Stuttgart, Thieme, 1979.