

Kompressionstherapie: Ist die pAVK wirklich eine Kontraindikation?

S. Eder

Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Schwarzwald-Baar-Klinikum, Villingen-Schwenningen

▲ Die Kompressionstherapie der Unterschenkel ist eine der wesentlichen Therapiepfiler zur Behandlung der chronischen venösen Insuffizienz (CVI) bis hin zum Ulcus cruris venosum (UCV). In vielen Übersichtsarbeiten und Leitlinien wird der Effektivität dieser Therapie eine Level-1-Evidenz zur Ulkus-Abheilung und auch zur Rezidivprophylaxe bescheinigt. Gleichzeitig findet sich in dieser Literatur aber auch der warnende Hinweis, die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) als relative Kontraindikation und die fortgeschrittene pAVK als absolute Kontraindikation zu beachten. Einige Autoren konkretisieren diese Angaben mit einer absoluten Kontraindikation bei einem Dopplerindex (ABI) von $<0,6$ oder auch schon bei $<0,8$.

Sind diese Angaben gut belegt, oder werden sie nur einfach seit Jahrzehnten unreflektiert wiederholt?

Natürlich widersprechen sich ein sehr hoher Kompressionsdruck des Unterschenkels und Fußes und eine fortgeschrittene pAVK mit kritischer Ischämie. Aber für viele Patienten mit fortgeschrittener CVI und einer nur begleitenden, nicht relevanten pAVK geht diese wichtige Therapieoption aus Angst vor einem schuldhaften Behandlungsfehler verloren.

Arthur et al. beobachteten die reduzierte Kompressionstherapie bei kritischen Patienten über ein Jahr. In Gruppe 1 wurden Patienten betreut, die bei diagnostiziertem UCV eine Standard-Kompression abgelehnt bzw. nicht toleriert hatten. In Gruppe 2 fanden sich Patienten mit einem Ulcus cruris mixtum bei einem ABI $<0,8$. In beiden Gruppen wurde die reduzierte Kompression in 95 % toleriert, und es kam bei 76 % zur Ulkusabheilung (1).

Anwendungsbeobachtungen zeigen für eine moderate Kompression (30 mmHg) bei Patienten mit Ulcus cruris und pAVK (ABI 0,5–0,8) über 14 Tage keine Komplikationen und eine gute Verträglichkeit (2). Bei einer CVI mit Ulcus cruris und gleichzeitig diagnostizierter pAVK (ABI 0,5–0,8) wird die arterielle Perfusion durch die angewandte Kurzzugkompression nicht eingeschränkt, die reduzierte venöse Pumpfunktion vor allem beim Gehen aber verbessert (3). Die Therapie des UCV mit einer Kompression <40 mmHg ist trotz einer vorhandenen pAVK (ABI 0,5–0,8) problemlos möglich, die Abheilung allerdings verzögert (4). Bei arteriovenösen Ulzera (ABI $>0,6$) führt die Kurzzugkompression bis 40 mmHg zu einer Verbesserung des arteriellen Flusses und der venösen Pumpfunktion (5).

Zusammenfassend scheint eine Kompressionstherapie auch bei einer begleitenden pAVK bis zu einem (Grenz-)

Wert-ABI von circa 0,5 problemlos möglich. Wichtig ist auch die Tatsache, dass es keine relevante wissenschaftliche Untersuchung gibt, die einen Therapeuten davon abhalten sollte.

Bei nicht tastbaren Fußpulsen soll der ABI ermittelt werden. Da der ABI häufig nicht verlässlich messbar ist (z.B. Mediasklerose), empfehlen viele Autoren die Zehendruck-

Dopplerwert deutlich >50 mmHg, und somit liegt bei normalem systemischen Blutdruck der ABI $>0,5$. Entsprechend der oben genannten Daten ist eine Kompressionstherapie bis 40 mmHg möglich.

Allerdings ist neben der guten Diagnostik einer relevanten pAVK auch die gute Ausbildung zur korrekten Anlage eines Kurzzugkompressionsverbands entscheidend. Diese Behandlung wird durch zunehmend gutes und sicheres Kompressionsmaterial unterstützt.

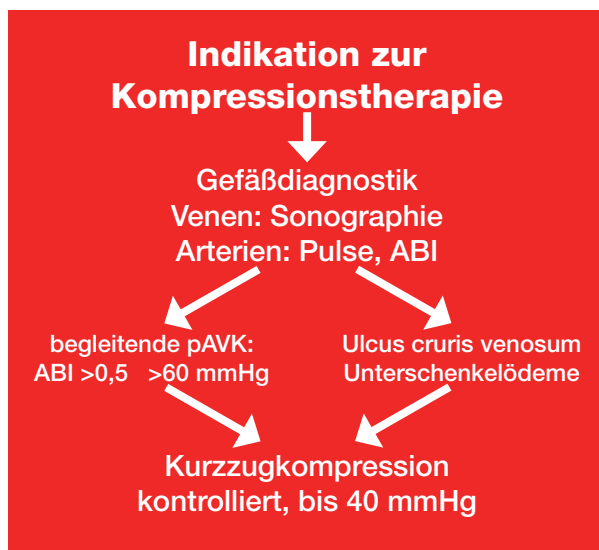


Abb. 1: Diagnostisches Vorgehen bei einer Indikation zur Kompressionstherapie.

messung (TPI). Diese allerdings steht nur selten zur Verfügung. Eine gute klinische Bedside-Methode zur Überprüfung einer zumindest ausreichenden arteriellen Fußperfusion stellt der Pole-Test dar. Hierbei wird bei deutlicher Beinelevation das Dopplersignal am Fuß abgeleitet. Findet sich bei >70 cm Elevation noch ein ordentlich ableitbares, pulsatile Dopplersignal, beträgt der

Auszug eines Vortrags der gemeinsamen Sitzung der Kommission Wundmanagement der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) auf dem Deutschen Wundkongress, Bremen, am 11.05.2017.

Literatur

1. Arthur J, Lewis P. When is reduced-compression bandaging safe and effective? *J Wound Care*. 2000;10:469-471.
2. Ladwig A, Haase H, Bichel J et al. Compression therapy of leg ulcers with PAOD. *Phlebology*. 2014;29:7-12.
3. Mosti G, Iabichella ML, Partsch H. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. *J Vasc Surg* 2012;55:122-128.
4. Mosti G, Cavezzi A, Massimetti G et al. Recalcitrant Venous Leg Ulcers May Heal by Outpatient Treatment of Venous Disease Even in the Presence of Concomitant Arterial Occlusive Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2016;52:385-391.
5. Partsch B, Partsch H. New aspects of compression therapy. *Wien Med Wochenschr* 2016;166:305-311.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stephan Eder
Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
Schwarzwald-Baar-Klinikum
Klinikstraße 11
78052 Villingen-Schwenningen
E-Mail: Stephan.Eder@sbk-vs.de



Aus unserem Verlag

Bestellungen über

Tel. 0221/988301-00

Fax 0221/988301-05

E-Mail: info@wpv.de

www.der-niedergelassene-arzt.de

(Bei Bestellungen berechnen wir die Versandkosten.)



Prof. Dr. med. E. Rabe und
Prof. Dr. med. M. Stücker (Hrsg.)

Phlebologischer Bildatlas

mit 294 Abbildungen und 24 Tabellen
inkl. CD-ROM

191 Seiten, Format: 15,5 x 22,5 cm

ISBN: 978-3-934371-52-1

Best.-Nr. 6830052

Viavital Verlag GmbH, Köln 2015

Preis: 44,50 Euro

