



Die fünf Empfehlungen listen unnötige oder inkomplette Behandlungen und Abklärungsschritte, auf welche verzichtet werden kann.
© Enterlinedesign / Dreamstime

Unnötige Behandlungen vermeiden: Top-5-Liste Angiologie

Empfehlungen

smarter medicine publiziert in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie eine Top-5-Liste. Getreu dem Motto «Weniger ist manchmal mehr» sind darin fünf unnötige Behandlungen sowie Abklärungsschritte im Gebiet der Angiologie aufgeführt.

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie (SGA) hat in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen Organisation smarter medicine eine sogenannte «Top-5-Liste» publiziert. Dies basierend auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie unter Berücksichtigung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit. Diese fünf Empfehlungen listen unnötige oder inkomplette Behandlungen und Abklärungsschritte, auf welche verzichtet werden kann. Die breit abgestützte Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass die zusammengestellten Empfehlungen aktuell, zutreffend und relevant sind. Sie sollen Fachpersonen sowie Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag unterstützen.

Bei der Erstellung der Liste hat sich die SGA auf die Vorschläge ihres erweiterten Vorstandes und die Anregungen von Mitgliedern gestützt. Beratend haben Leiterinnen und Leiter von universitären Institutionen und niedergelassene praktizierende Angiologinnen und Angiologen mitgewirkt. Diese haben sich aus einer Auswahl an Vorschlägen für die nachstehend aufgelisteten fünf Behandlungen entschieden, welche zuvor durch Expertinnen und Experten sowie praktizierenden Kolleginnen und Kollegen kritisch geprüft worden sind. Die nun vorliegende Liste ist von der Generalversammlung der SGA einstimmig angenommen worden.

Die fünf Empfehlungen auf einen Blick:

1. Keine Blutplättchen-hemmenden Medikamente wie Acetylsalicylsäure in der Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [1].

Gemäss Erkenntnissen der jüngsten Studien sollte Aspirin nicht mehr für alle Patientinnen und Patienten im Rahmen der Primärprävention empfohlen werden, da der Nutzen hinsichtlich Reduktion von künftigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Durchblutungsstörungen von Herz, Hirn und Extremitäten gering ist. Nach den allgemeinen Präventionsmassnahmen (körperlicher Bewegung, Raucherentwöhnung, Behandlung von Bluthochdruck und Hypercholesterinämie usw.), deren Nutzen eindeutig und deren Risiken bemerkenswert gering sind, ist ein individueller Ansatz bei der Verschreibung von Aspirin gerechtfertigt. Bei Patientinnen und Patienten, die jünger als 70 Jahre sind, sollte ärztlich das Zehn-Jahres-Risiko für einen Herz-Kreislauf-Stillstand abgeschätzt werden. Wenn dieses Risiko sehr hoch und das Blutungsrisiko gering ist, kann eine Behandlung mit Aspirin in Erwägung gezogen werden, wobei die Präferenzen der Patientin / des Patienten zu berücksichtigen sind.

2. Keine Diagnostik mittels CT oder MRT zur Abklärung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) [2].

Die Durchführung einer kontrastmittelgestützten Computertomografie oder

Kernspintomografie ist in der Diagnostik von Symptomen, die auf eine PAVK hindeuten könnten, abgesehen von Ausnahmesituationen, nicht als erster Untersuchungsschritt indiziert.

Zur Beurteilung der abdominellen Aorta und ihrer Äste sowie der Becken- und der Beinarterien ist die farbkodierte Duplex-Sonografie (FKDS) die diagnostische Methode der Wahl, auch wenn ihre Aussagekraft von der Expertise des Untersuchers, der Qualität des Ultraschallgerätes und den individuellen Gegebenheiten der Patientin / des Patienten abhängig ist. Sie ist nicht invasiv, ohne ionisierende Strahlung, benötigt kein Kontrastmittel und liefert zuverlässig Resultate über den Ausschluss wie auch den Nachweis einer Durchblutungsstörung und die Einschätzung ihrer klinischen Bedeutung im Abgleich mit den geäusserten Symptomen.

3. Keine perkutane oder chirurgische Revaskularisation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten [3, 4].

Arterielle Gefässeingriffe bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit dienen der Behandlung klinischer Symptome wie der Claudicatio intermittens, kritischen Extremitätenischämie, Wundheilungsstörung sowie zur Behandlung technischer Probleme nach Gefässoperationen.

Sie lösen aber nicht das Grundproblem der progressiven chronischen Arteriosklerose.

Ihr Umfang soll einen vernünftigen, stadiengerechten Kompromiss zwischen Aufwand, Risiko und zu erwartendem Ergebnis bilden.

4. Keine Untersuchung auf Gerinnungsstörungen bei Patientinnen und Patienten, die eine erste Episode einer tiefen Venenthrombose bei bekannter (provozierter) Ursache entwickeln [5-8].

Selbst bei Vorliegen einer Gerinnungspathologie ändern Labortests zur Diagnostik einer Gerinnungsstörung nichts an der Art und Dauer einer Behandlung der venösen Thrombose, sofern diese als erste Episode durch einen bekannten reversiblen oder irreversiblen Provokationsfaktor aufgetreten ist. Die tiefe Venenthrombose ist eine sehr häufige Erkrankung und die Suche nach angeborenen und aufgetretenen Gerinnungsanomalien hat vermehrt zu Tests geführt, ohne dass ein Nutzen nachgewiesen wurde.

5. Keine manuelle Lymphdrainage ohne zusätzliche abschwellende Behandlung mit erhaltenden Kompressionsmassnahmen beim primären und sekundären Lymphödem [9].

Die alleinige Anwendung der manuellen Lymphdrainage ohne begleitende Kompressionsmassnahmen wie Bandagen oder Bestrumpfung führt nicht zu einer ausreichenden Abschwellung und nicht zu nachhaltigem Ergebnis. Die kombinierte Anwendung ist mit einer deutlich erhöhten Wirksamkeit verbunden, sodass die SGA bei einem Lymphödem immer die kombinierte Anwendung empfiehlt.

Über die Gesellschaft

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie/Gefässmedizin (SGA) besteht aus über 200 Mitgliedern und befasst sich mit der Behandlung von Erkrankungen des Gefässsystems, insbesondere mit der Diagnostik sowie den konservativen und invasiven Therapien der arteriellen, venösen und lymphatischen Krankheiten. Weitere Informationen finden Sie unter www.angioweb.ch.

Zu smarter medicine

Die gemeinnützige Organisation smarter medicine setzt sich seit dem Jahr 2014 gegen eine Über- beziehungsweise Fehlbehandlung in der Schweizer Medizin ein. Um ihre Ziele zu erreichen, fördert smarter medicine die Diskussion und die Forschung zu unnötigen Behandlungen. Sie stellt Informationsmaterial zur Verfügung und gibt in sogenannten «Top-5-Listen» regelmässig Empfehlungen an das medizinische Fachpersonal sowie an Patientinnen und Patienten ab. Weitere Informationen unter www.smartermedicine.ch.

Korrespondenz

gs[at]swissvascularmedicine.ch
lars.clarfeld[at]sgaim.ch

Literatur

- 1 2019 American College of Cardiology / American Heart Association (ACC/AHA) Circulation. 2019;140:e621-e622.
- 2 Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), AWMF-Register-Nr. 065/003. Algorithmus zur Diagnostik der PAVK.
- 3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), AWMF-Register-Nr. 065/003.
- 4 Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al., TASC II Working Group: Intersociety consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol* 2007; 26:81–157.
- 5 Dalen JE. Should patients with venous thromboembolism be screened for thrombophilia? *Am J Med* 2008 Jun 121:6:458–463.
- 6 Baglin T, Luddington R, Brown K, Baglin C. Incidence of recurrent venous thromboembolism in relation to clinical and thrombophilic risk factors: prospective cohort study. *Lancet* 2003;362:523–526.
- 7 Ho WK, Hankey GJ, Quinlan DJ, Eikelboom JW. Risk of recurrent venous thromboembolism in patients with common thrombophilia. *Arch Intern Med* 2006;166:729–736.
- 8 Baglin T, Gray E, Greaves M, Hunt BJ, Keelin D, Machin S, Mackie I, Makris M, Nokes T, Perry D, Tait RC, Walker I, Watson H. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia; *Br J Haematol* 2010;149:209–220.
- 9 *Clinical Interventions in Aging* 2018;13:929–934.