

Klinische Untersuchung bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit

m -- Khan NA, Rahim SA, Anand SS et al. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease? JAMA 2006 (1. Februar); 295: 536-46

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Gereon Jachertz

Studienziele

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) betrifft etwa 12% der älteren Bevölkerung; beim Vorliegen von Risikofaktoren wie Nikotinabusus oder Diabetes mellitus steigt die Prävalenz bis 50%. In dieser systematischen Übersichtsarbeit wurde die diagnostische Genauigkeit der klinischen Untersuchung evaluiert, da die weitere Abklärung in der Regel nur bei einem pathologischen Befund erfolgt.

Methoden

Berücksichtigt wurden diagnostische Studien, in welchen die Anamnese und die klinische Untersuchung mit einem Referenztest (Knöchel-Armindex, Duplex-Sonographie oder Angiogramm) verglichen wurden. Berechnet wurden die Likelihood Ratios (LR), welche ein Mass für die Einschlusskraft (positive LR) bzw. Ausschlusskraft (negative LR) des klinisch-diagnostischen Zeichens (Tests) darstellen.

Ergebnisse

17 Studien wurden in der Analyse berücksichtigt. In der Screeningsituation eignen sich das Vorliegen von Pulsabnormitäten (reduzierte oder fehlende Pulse) mit einer LR von 3,1, Angaben über ischämische Beinschmerzen (Claudicatio) mit einer LR von 3,3, sowie femorale Gefässgeräusche (LR von 4,8), um die diagnostische Wahrscheinlichkeit einer PAVK zu erhöhen. Bei symptomatischen Personen mit Beinbeschwerden sind das Vorliegen von Pulsabnormitäten (LR 4,7), von mindestens einem Gefässgeräusch (LR 5,6) oder kühler Haut (LR 5,9) hilfreich. Fehlen hingegen Pulsabnormitäten oder Gefässgeräusche bei symptomatischen Personen, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer PAVK (negative LR 0,38 bzw. 0,39). Am besten schneidet bei Personen ab 55 Jahren ein Score aus drei Angaben ab: mit einem portablen Dopplergerät festgestellte auskultatorische Abnormitäten je der linken und rechten Arteriae tibiales posteriores (0 = «kein Geräusch» bis 3 = «normal»), Palpation derselben Arterien (0 = «nicht palpabel» bis 2 = «normal») sowie der Angabe über einen früheren Myokardinfarkt (0 = «ja», 1 = «nein»). Bei einem Score von weniger als 6 beträgt die positive LR 7,8, bei einem Score von 6 und mehr beträgt die negative LR 0,2.

Schlussfolgerungen

Die klinischen Zeichen bei Verdacht auf PAVK haben keine starke Ein- oder Ausschlusskraft und sind daher nur in Verbindung mit der Vortest-Wahrscheinlichkeit nützlich. Ein Score, welcher den Gebrauch eines kleinen Doppler-Gerätes einschliesst, zeigt gute Resultate für Personen ab 55 Jahren.

Zusammengefasst von Stephan Reichenbach

Die Diagnostik einer PAVK ist sowohl in der Screeningsituation als auch bei symptomatischen Personen zeitund kostenintensiv. Die in dieser Studie beschriebenen Referenztests Knöchel-Armindex («ankle-brachial index», ABI) und CT- und MR-Angiographien setzen entweder viel Übung voraus oder klären die Relevanz eines Befundes oft nicht. Die hier beschriebene Kombination von Anamnese und klinischer Untersuchung unter Einbezug eines portablen Dopplergerätes und Kalkulation eines Scores scheint bei Personen über 55 Jahren eine sinnvolle Erstabklärung in der Grundversorgung zu sein.

Gereon Jachertz