

Vaskulitis

(Blutgefäßentzündung)

in der Kardiologie und Angiologie

DEFINITION DER VASKULITIS (BLUTGEFÄSSENTZÜNDUNG)

Im Gegensatz zur Atherosklerose („Blutgefäßverkalkung“) kommen Entzündungen der Blutgefäße in der Kardiologie und Angiologie sehr selten vor. Die Einteilung dieser entzündlichen Erkrankungen erfolgt nach der Größe der befallenen Gefäße im Rahmen der sogenannten „Chapel-Hill Klassifikation“. In der Kardiologie und Angiologie spielen v.a. die sogenannten Großgefäßvaskulitiden eine Rolle – dazu zählen die Takayasu Arteriitis (TAK) und die Riesenzellarteriitis (RZA). Die Großgefäßvaskulitiden kommen häufiger bei Frauen vor, die RZA üblicherweise ab dem 50. Lebensjahr, während die TAK normalerweise unter dem 40. Lebensjahr auftritt und gehäuft in Asien vorkommt. Befallen sind üblicherweise die Aorta und deren große Äste. Insbesondere bei der RZA sind manchmal auch die kranialen Arterien und hier die Arteria temporalis betroffen, was zu dem typischen Befund einer geschwollenen, geröteten und pulslosen Arterie bei der Arteriitis temporalis führt.

SYMPTOME UND MEDIZINISCHE ABKLÄRUNG

Die klinischen Symptome sind oft unspezifisch wie Muskelschmerzen, Fieber, Nachtschweiß oder Gewichtsverlust, bei

Befall der kranialen Arterien kommt es typischerweise zu Kopfschmerzen, Sehstörungen und Schmerzen beim Kauen (Kau-Claudicatio) durch die Durchblutungsstörung der Kaumuskulatur, was ein sehr spezifisches Merkmal dieser Erkrankung darstellt. Bei Befall der Äste der Aorta kann es je nach Lokalisation zu Claudicatio und Pulsdefiziten von Armen oder Beinen oder auch zu Angina pectoris kommen, falls die Koronararterien betroffen sind. Durch die häufig unspezifischen Beschwerden und dem relativ seltenem Vorkommen dieser Erkrankungen kommt es nicht selten zu einer langen Latenz, bevor die richtige Diagnose gestellt wird. Dies wird noch verstärkt, weil es für diese Erkrankungen keine spezifischen Blutmarker gibt, obwohl die Entzündungspara-

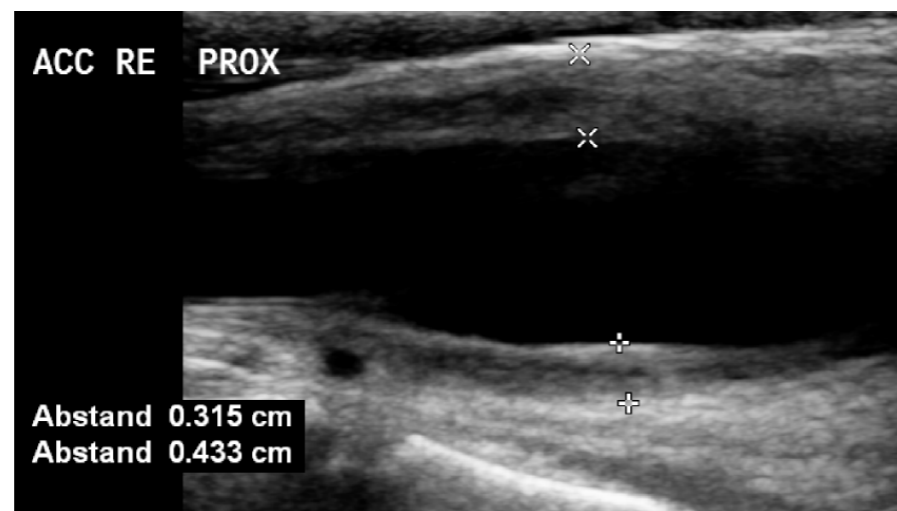


Abb. 1: Deutliche Gefäßwandverbreiterung der A. carotis communis bei Takayasu Arteriitis.

meter wie C-reaktives Protein oder die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG) meist deutlich erhöht sind. Oft besteht auch eine Anämie.

Zur weiteren diagnostischen Abklärung eignen sich die Sonographie, die CT und MR-Angiographie sowie die PET Untersuchung. In der Sonographie zeigt sich typischerweise eine langstreckige, oft echoarme Gefäßwandverdrückung durch die entzündliche Infiltration (Abb.1). Diese Veränderungen sind meist auch nicht präferentiell an den Prädilektionsstellen für Atherosklerose wie Gefäßbifurkationen zu finden und weisen eine hohe Sensitivität und Spezifität auf. Der Nachteil der Sonographie ist, dass die thorakale Aorta nicht einsehbar ist und man dafür dann doch die CT oder MR Untersuchung benötigt. Beweisend für die Vaskulitis ist schließlich ein positiver Befund in der PET Untersuchung, bei der die vermehrte Speicherung der radioaktiv markierten Glucose im befallenen Gefäßbezirk nachgewiesen werden kann (Abb. 2). Eine Biopsie als Diagnosesicherung erscheint nur in unklaren Fällen notwendig, wird jedoch in den USA noch als Mittel der 1. Wahl angewendet.

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG BEI VASKULITIS

Therapeutisch ist die Grundlage der Behandlung die Kortisontherapie, wobei initial 40-60 mg Prednison verwendet wird, wobei jedoch bei sehr schweren Verläufen mit Augenbeteiligung oder Myokardinfarkt bzw. Schlaganfall auch eine Stoßtherapie für 3 Tage mit bis zu 1000 mg Methylprednisolon empfohlen wird. Die Reduktion der Kortisondosis sollte mit ca. 10% pro Woche erfolgen, unter 10 mg nur mehr in langsamen Schritten; ob eine Kortisontherapie z.B. nach 1 Jahr vollständig abgesetzt werden sollte, ist noch unklar, da häufig Rezidive auftreten. Es kann auch eine zusätzliche Therapie mit dem Interleukin-6 Rezeptor Antikörper Tocilizumab verabreicht werden, dies gilt insbesondere bei RZA, bei TKA können andere Substanzen wie z.B. Methotrexat verwendet werden. Im Falle eines Rezidivs der Vaskulitis sollte eine Steigerung der Cortison Dosis und eine Tocilizumab Therapie erfolgen. Auch andere anti-rheumatische Substanzen können verwendet werden bzw. werden in Studien untersucht (z.B. Interleukin-17 Antikörper). Als guter Parameter für Ansprechen und den Remissionsstatus der Erkrankungen eignet sich insbesondere die BSG. Wichtig erscheint auch eine entsprechende kardiovaskuläre Prophylaxe wie Antihypertensiva, Lipidsenker und Thrombozytenaggregationshemmer, die jedoch individuell getroffen werden muss. Dies gilt auch für die interventionelle und opera-



Abb. 2: Speicherung radioaktiver Glukose in der A. axillaris bei Riesenzellarteriitis in der PET Untersuchung.

tive Revaskularisation die Patienten mit Komplikationen wie Ischämien vorbehalten werden und am besten in Remission erfolgen sollte.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen mein Team und ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Primar Ao. Univ. Prof.
Dr. Rudolf Kirchmair
Departmentleiter Kardiologie


REHA ZENTRUM MÜNSTER
Klinikum für Rehabilitation in Tirol

