

[Erweiterte Suche »](#)

Ultraschall kleiner Aorten-Aneurysmen ist sinnvoll, aber wie oft?

Ute Eppinger | 7. März 2013 | [0 Kommentare](#)

In Großbritannien und in den USA werden Patienten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen auf abdominale Aorten-Aneurysmen (AAA) gescreent. Große Aneurysmen werden sofort operativ saniert, kleine regelmäßig überwacht. In einer britischen Meta-Analyse wurde nun die Zahl und Häufigkeit der Kontrollscans mit der Frage überprüft: Könnten die Abstände vielleicht verlängert werden?

Darauf scheinen Studienergebnisse hinzudeuten, die jetzt im *Journal of the American Medical Association* erschienen sind [1]. Die Frage stellt sich in Deutschland derzeit so nicht. Denn was in den USA und Großbritannien seit Jahren gang und gäbe ist, existiert hierzulande (noch) nicht.

Prof. Dr. med. Hans Henning Eckstein, Direktor der Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie der TU München, kämpft seit Jahren für ein Aorten-Aneurysma-Screening mittels Ultraschall bei Männern und Frauen ab dem 65. Lebensjahr. Risikogruppen für das Auftreten eines abdominalen Aorten-Aneurysmas sind Patienten mit früherem Nikotinabusus, positiver Familienanamnese und arteriosklerotischen Grunderkrankungen. Jeder Arzt mit Ultraschallgerät kann eine solche Untersuchung vornehmen.

Sieht die Bauchschißlagader auffällig aus, muss er den Patienten einfach an einen Gefäßspezialisten überweisen. Nur 300 Patienten müssten sich untersuchen lassen um einen Todesfall infolge eines platzenden Aneurysmas innerhalb von 5 Jahren zu verhindern. Damit liegt die Quote über der des Brustkrebs-Screenings, stellt Eckstein gegenüber *Medscape Deutschland* klar.

Abdominale Aorten-Aneurysmen sind Zeitbomben. Rund 200.000 Menschen in Deutschland, vor allem Männer über 65 Jahren, weisen eine solche Gewebeaussackung der Bauchschißlagader auf. Die Strömungskräfte des Blutes und zu hoher Blutdruck vergrößern das Aneurysma immer mehr. Ist die Aussackung groß genug, kann das Aneurysma platzen, urplötzlich und mit gravierenden Folgen. Die Überlebensrate nach Ruptur liegt bei 20%.

Meta-Analyse mit über 15.000 Patienten

Bei Patienten mit kleinen AAAs (einem Durchmesser <5.5 cm) ist das Rupturrisiko geringer als das OP-Risiko. Denn die Mehrheit der kleinen Aneurysmen wächst langsam. Es bestehen aber substanzielle Unterschiede bezüglich der Wachstumsraten zwischen einzelnen Individuen“, schreibt Studienautor **Dr. Simon G. Thompson** von der Cambridge University.

Die sinnvolle Zeitspanne der Intervalle zwischen den Ultraschall-Überwachungen war in randomisierten klinischen Studien abhängig von der Größe des Aneurysmas. Allerdings existiert kein Konsens bezüglich des optimalen Zeitintervalls. Die Studie ging deshalb der Frage nach, ob die Zeitintervalle zwischen Kontrolluntersuchungen für die Mehrheit der Patienten möglicherweise länger sein dürften. Das gelte vor allem dann, wenn das Risiko einer möglichen Ruptur dem Komplikationsrisiko einer Operation (ca. 5%) gegenüber gestellt werde, so das Fazit der Studienautoren.

Intervalle können ausgeweitet werden

Die Wissenschaftler um Thompson berücksichtigten in ihrer Meta-Analyse 18 Studien mit insgesamt 15.471 Patienten (13.728 Männer, 1.743 Frauen) mit kleinen abdominalen Aorten-Aneurysmen. In den meisten Studien wurde mittels Ultraschall untersucht, in einigen wenigen die Computertomografie (CT) eingesetzt.

Die meisten Studien legten 5,5 cm AAA-Durchmesser als Grenze für eine chirurgische Intervention fest. Bei Männern mit einem 3,0 cm AAA lag die geschätzte Durchschnittszeit, bis sie mit einer 10%-Chance die Chirurgie-Grenze (5,5 cm) erreichten, bei 7,4 Jahren (95% KI: 6.7-8.1).

„Die Überwachungs-Intervalle bei Männern können bei einer AAA-Größe von 3,0 bis 3,9 cm auf 3 Jahre ausgeweitet werden, auf 2 Jahre für solche von 4,0 bis 4,4 cm und jährlich für die 4,5 bis 5,4 cm großen Aneurysmen erfolgen; das Rupturrisiko liegt so immer noch unter 1%. Für einen US-Patienten mit einem AAA von 3,0 cm, das beim Screening entdeckt wird, würde die Zahl der Überwachungs-Intervalle von etwa 15 auf 7 sinken“, schreibt Thompson.

Rupturgefahr bei Frauen größer

Er fügt aber hinzu: „Für Frauen, die an Aneurysmen der Größe 4,5 bis 5,4 cm leiden, besteht weiterer Forschungsbedarf.“

Denn obwohl die absoluten Zuwachsraten für Männer und Frauen gleich sind (speziell bei größeren AAA-Durchmessern), zeigten sich Unterschiede hinsichtlich des absoluten Ruptur-Risikos. Frauen wiesen ein 4-fach höheres Rupturrisiko bei allen AAA-Größen auf und erreichten ein über 1%iges Rupturrisiko in einer deutlich kürzeren Zeit als Männer.

Die Autoren merken an, dass längere Screening-Intervalle zwar die Kosten reduzieren: „Allerdings würde dies möglicherweise die Rupturraten leicht erhöhen und Patienten-Ängste hervorrufen. Dies wiederum würde die Lebenserwartung und Lebensqualität von unter Beobachtung stehenden Aneurysma-Patienten senken und die Kosten für Notfallchirurgie erhöhen“, schließen die Forscher.

„Je größer ein AAA, desto schneller wächst es auch“

Eckstein wertet die Studie als aufwändig, solide und gut gemacht. „Die Ergebnisse stellen das Screening an sich nicht in Frage, nur die Intervalle“, stellt er klar. Dazu muss man wissen, dass die Screening-Intervalle in Großbritannien ohnehin relativ eng sind. Insofern geht es für Eckstein in Ordnung, AAAs der Größe 3,9 cm oder kleiner nur alle 2 Jahre und bis zu einer Größe von 4,9 cm 1 mal jährlich zu kontrollieren.

„Bislang war das vielleicht ein wenig zu viel des Guten“. Allerdings, gibt der Experte zu bedenken, gebe es individuell sehr unterschiedliche Wachstumsraten. „Da sollte maßgeschneidertes Vorgehen erfolgen, so individuell wie möglich.“ Denn der reine Durchmesser des Aorten-Aneurysmas ist ein oberflächlicher Marker: „Wächst es gleichmäßig, ist es eher harmlos, gefährlicher sind Aussackungen auf einer Seite, die weisen ein höheres Rupturrisiko auf.“

Ob für ein Aneurysma der Größe 5 bis 5,5 cm allerdings ein Screening-Intervall von 6 Monaten ausreiche, sei die Frage: „Je größer ein AAA wird, desto schneller wächst es auch“, erklärt Eckstein. Die Studie schätze zwar die Wachstumsraten gut ein, die Rupturraten hingegen nicht. Was nicht am Design liegt, sondern daran, dass Aorten-Aneurysmen als Todesursachen längst nicht immer erkannt werden. Möglicherweise würden die Rupturraten deshalb unterschätzt.

„Bei Frauen besteht eine Evidenz-Lücke“

Eine Limitation der Studie sieht der Experte auch darin, dass Frauen zu wenig berücksichtigt wurden: „Bei Frauen besteht eine Evidenzlücke“. Denn sie weisen nicht nur ein höheres Rupturrisiko sondern auch höhere Komplikationsraten auf. Was spreche dagegen einmal zu viel zu kontrollieren? 5 Minuten dauert ein simpler und günstiger Check der Bauchaorta mittels Ultraschall, und falsch-positive Befunde gibt es so gut wie nicht.

Das Ultraschall-Screening der Bauchaorta ist in Deutschland keine Kassenleistung. „Dem G-BA liegt ein Antrag von uns vor“. Parallel laufe ein HTA-Bericht (Health Technology Assessment), der der G-BA-Entscheidung befördern könnte. Die Datenlage ist eindeutig: Ultraschall-Screening verhindert die Ruptur von Bauchaorten-Aneurysmen. Eckstein ist deshalb „verhalten optimistisch“, dass die Entscheidung des G-BA im Spätsommer oder Herbst positiv ausfällt.

Referenzen

Referenzen

1. Thompson SG, et al: JAMA (online) 27. Februar 2013.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.950>

Autoren und Interessenskonflikte

Ute Eppinger

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Eckstein HH: Es liegt keine Erklärung zu Interessenkonflikten vor.

Studienautoren: Es liegt keine Erklärung zu Interessenkonflikten vor.

Die Inhalte dieser Webseite sind urheberrechtlich geschützt.

Alle Rechte vorbehalten © 2014 WebMD Global LLC. Einige Inhalte dieser Webseite unterliegen den Rechten Dritter.