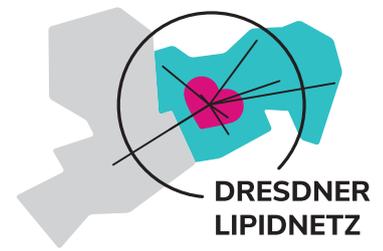


MERKBLATT

Ultraschall-Screening asymptomatischer atherosklerotischer Gefäßveränderungen

Indikationen, Technik und Kontrollintervalle



Indikationen

- 1) **Screening:** Patienten mit intermediärem ASCVD-Risiko nach SCORE2, bei denen der morphologische Nachweis atherosklerotischer Gefäßwandveränderungen die Risikoeinstufung und damit die Therapieziele beeinflussen würde.
- 2) **Therapiemonitoring:** Patienten mit hohem und sehr hohem ASCVD-Risiko, bei denen unter maximaler konservativer Therapie der atherosklerotischen Risikofaktoren die Therapieziele nicht erreichbar sind und sich bei Progress der Atherosklerose die Indikation zur Lipoproteinapherese ergeben würde.

Technik

- 1) **Duplexsonografie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien.** Manifeste atherosklerotische Gefäßwandveränderungen sind definiert als Plaques, die eine fokale Gefäßwandverdickung $> 1,5$ fach der umgebenden Gefäßwanddicke darstellen. Die Bestimmung der Intima-Media-Dicke ist zur individuellen Risikoeinschätzung nicht geeignet. Zur Verlaufskontrolle Beschreibung der Lokalisation und maximalen Plaque-Dicke von Index-Plaques. Bei hämodynamisch relevanten Stenosen Stenosegraduierung nach DEGUM / NASCET Kriterien.
- 2) **Duplexsonografie der Femoralisgabel.** Definition von manifesten atherosklerotischen Gefäßwandveränderungen s. o. Bei Nachweis von Stenosen + entsprechender Klinik \rightarrow Vorstellung in der Angiologie.
- 3) **B-Bild Sonografie der Aorta abdominalis** bei Männern > 65 Jahren zum Ausschluss eines abdominalen Aortenaneurysmas (normale Weite der Aorta edge-to-edge $< 2,5$ cm). Definition von manifesten atherosklerotischen Gefäßwandveränderungen s. o.

Kontrollintervalle

- 1) **Kein Nachweis atherosklerotischer Gefäßveränderungen:**
 \rightarrow optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren, sonografische Kontrolle in 5 Jahren, wenn sich hieraus Konsequenzen bzgl. der Risikoeinstufung ergeben.
- 2) **Nachweis atherosklerotischer Gefäßwandveränderungen ohne hämodynamische Relevanz:**
 \rightarrow optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren, Kontrolle der Index-Plaques nach 2 Jahren.
- 3) **Nachweis atherosklerotischer Gefäßwandveränderungen mit hämodynamischer Relevanz:**
 \rightarrow Anbindung des Patienten an niedergelassenen Angiologen oder Angiologie des UKD
- 4) **Nachweis eines abdominellen Aortenaneurysmas¹ von ≥ 3 cm Durchmesser:**

Männer:

Bei Durchmesser von 3-3,9 cm: alle 2 Jahre
Bei Durchmesser von 4-4,9 cm: 1 x jährlich
Bei Durchmesser von 5-5,4 cm: alle 6 Monate

Frauen:

Bei Durchmesser von 3-3,9 cm: alle 2 bis 3 Jahre
Bei Durchmesser von 4-4,5 cm*: alle 6 Monate
Bei Durchmesser $> 4,5$ -4,9 cm*: alle 3 Monate

* bei konstanter Größe eventuell Intervall verlängern

Bei Durchmesser $\geq 5,5$ cm bei Männern bzw. 5,0 cm bei Frauen:

Vorstellung in einem Gefäßzentrum zur Beratung und Planung der Aneurysma-Ausschaltung.

Quelle:

¹ Debus ES, Heidemann F, Gross-Fengels W et al (2018): Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/004-014.html> (letzter Zugriff am 22.05.2024)

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Weiss · Medizinische Klinik und Poliklinik III

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden · Fetscherstraße 74 · 01307 Dresden