

# Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •  
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •  
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

## Für Sie gelesen

Minar E, Schillinger M

*Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;*

*9 (1), 29-30*

Homepage:

[www.kup.at/gefaessmedizin](http://www.kup.at/gefaessmedizin)

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der  
Österreichischen Gesellschaft  
für Phlebologie und  
dermatologische Angiologie



Offizielles Organ des Österreichischen  
Verbandes für Gefäßmedizin



Offizielles Organ der  
Österreichischen Gesellschaft für  
Internistische Angiologie (ÖGIA)



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

# SITZ GUT, TUT GUT!

EINFACH SCHLUSS MIT  
HÄMORRHOIDALLEIDEN!

EASY-TO-USE  
AKUT  
THERAPIE

✓ Einfache Einnahme

✓ Auf eine Akut-Therapie abgestimmt

✓ Wirkt gezielt von innen



Eine Innovation von Dioscomb®, **Österreichs Nr. 1** bei Venenpräparaten\*  
\*IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD Dezember 2024

**Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels:** Dioscomb® 1000 mg Filmtabletten; **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 1000 mg mikronisierte Flavonoide, bestehend aus 900 mg Diosmin und 100 mg anderen Flavonoiden, dargestellt als Hesperidin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Magnesiumstearat, Talkum, Maisstärke, Gelatine, mikrokristalline Zellulose (Typ 102), Filmüberzug: Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Macrogol 3350, partiell hydrolysiertes Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Maltodextrin, Guaragalactomanan (E412), Hypromellose (E464), mittelkettige Triglyzeride. **Anwendungsgebiete:** Dioscomb ist bei Erwachsenen angezeigt zur Behandlung von chronischer Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten bei folgenden funktionellen Symptomen: schwere Beine und Schwellungen, Schmerzen, nächtliche Krämpfe der unteren Extremitäten. Symptomatische Behandlung von akuten Hämorrhoidalbeschwerden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kapillarstabilisierende Mittel; Bioflavonoide, Diosmin, Kombinationen. ATC-Code: C05CA53. **Inhaber der Zulassung:** ExtractumPharma zrt. H-1044 Budapest, Megyeri út 64. Ungarn. **Zulassungsnummer:** 141737 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 07/2024; **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft, Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen dieses Arzneimittels informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

**ERWO**  
PHARMA

# Für Sie gelesen

E. Minar, M. Schillinger

Aus der Abteilung Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, AKH-Wien

## ■ Residual Vein Thrombosis for Assessing Duration of Anticoagulation after Unprovoked Deep Vein Thrombosis of the Lower Limbs: The extended DACUS Study

Siragusa S et al. *Am J Hematol* 2011; 86: 914–7.

### Hintergrund

Die sicherste Dauer der Antikoagulantientherapie nach idiopathischer tiefer Beinvenenthrombose (TVT) ist unbekannt. Es wurde daher eine prospektive Studie durchgeführt, um die optimale Dauer einer Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) hinsichtlich des Risikos einer Rezidivthrombose anhand der residualen Venenthrombose (RVT) zu beurteilen.

### Methodik

Dabei wurden Patienten mit erster spontan aufgetretener TVT nach 3-monatiger VKA-Therapie in Hinblick auf Restthromben untersucht. Bei Patienten ohne RVT wurde die VKA-Therapie beendet, während bei Patienten mit RVT die Antikoagulantientherapie für bis zu 2 Jahre weitergeführt wurde. Rezidivthrombosen und Blutungsereignisse wurden während der Behandlung und 1 Jahr nach Absetzen der VKA-Therapie aufgezeichnet.

### Ergebnisse

Unter 409 Patienten, welche wegen einer spontanen TVT evaluiert worden waren, war bei 136 (= 33,2 %) keine RVT nachweisbar und die VKA-Therapie wurde beendet. Die übrigen 273 Patienten (= 66,8 %) hatten eine RVT und erhielten für weitere 21 Monate die VKA-Therapie. Während des Behandlungszeitraumes kam es bei 4,7 % zu einer Rezidiv-VTE und bei 1,1 % zu einer schweren Blutungskomplikation. Nach Absetzen der VKA-Therapie betrug die Häufigkeit eines Rezidivs in der Gruppe ohne RVT 1,4 % und in der Patientengruppe mit RVT 10,4 % (RR 7,4; 95 %-CI: 4,9–9,9).

### Konklusion

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass bei Patienten ohne RVT eine kürzere Therapiedauer mit VKA ausreichend ist. Bei Patienten mit persistierender RVT kann durch Weiterführung der Therapie bis 2 Jahre das Rezidivrisiko zwar reduziert, aber nicht eliminiert werden.



## ■ Carotid Artery Stenting in Acute Stroke

Papanagiotou P et al. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 2363–9.

### Hintergrund

Ein durch einen akuten Verschluss der Arteria carotis interna (ACI) verursachter Insult geht mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität einher. Bei dieser Art der Gefäßläsion führt die alleinige Standardtherapie mit intravenöser Throm-

bolyse nur bei etwa 17 % zu einem guten klinischen Ergebnis, während die Mortalität bis zu 55 % beträgt. Daher könnte die Rekanalisation der verschlossenen ACI zu einer relevanten Verbesserung der akuten Insultsymptomatik führen bzw. eine mögliche weitere Verschlechterung verhindern. Derzeit gibt es keinen Konsens betreffend die Therapie von Patienten mit akutem ischämischem Insult auf Basis eines atherosklerotischen Verschlusses der extrakraniellen ACI.

### Methodik

Es wurde bei 22 Patienten mit akutem atherosklerotischem Verschluss der extrakraniellen ACI innerhalb von 6 Stunden nach Beginn der Insultsymptomatik eine Stentangioplastie durchgeführt. Bei 18 Patienten bestand zusätzlich ein intrakranieller Verschluss des terminalen Segmentes der ACI (n = 4) bzw. im Bereich der Arteria cerebri media (n = 14). Die intrakraniellen Verschlüsse wurden entweder mit dem Penumbra- oder dem Solitaire-System behandelt bzw. mit einer Kombination aus mechanischer Rekanalisation und intraarterieller Thrombolyse. Das Rekanalisationsergebnis wurde unmittelbar nach der Intervention mittels Angiographie beurteilt. Der neurologische Status wurde vor und nach der Behandlung mit einer Nachbeobachtung bis 90 Tage unter Verwendung des National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) bzw. einer modifizierten Rankin Scale (mRS) durchgeführt.

### Ergebnisse

Eine erfolgreiche Revaskularisation der extrakraniellen ACI mittels akuter Stentimplantation wurde bei 21 Patienten (= 95 %) erreicht. Es kam zu keiner akuten Stentthrombose. Nach erfolgreicher Rekanalisation im Abgangsbereich der ACI wurde eine intrakranielle Rekanalisation mit einem TIMI-Fluss Grad 2/3 bei 11/18 Patienten (= 61 %) erreicht. Die gesamte Rekanalisationsrate (extra- und intrakraniell) betrug 14/22 (= 63 %). 9 Patienten (41 %) hatten einen mRS von 2 – entsprechend einer geringgradigen Funktionseinschränkung – nach 90 Tagen. Die 90-Tage-Mortalität betrug 13,6 %.

### Konklusion

Die innerhalb der ersten 6 Stunden durchgeführte Stentimplantation ist bei mit schwerer Insultsymptomatik einhergehendem akutem atherosklerotischen Verschluss der extrakraniellen ACI gut möglich, sowie sicher und klinisch vorteilhaft.



## ■ Lifetime Risks of Cardiovascular Disease

Berry JD et al. *N Engl J Med* 2012; 366: 321–9.

### Hintergrund

Ziel dieser bisher größten Meta-Analyse zum Thema lebenszeitkardiovaskuläres Risiko war, den Einfluss traditioneller Risikofaktoren auf kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität zu untersuchen.

### Methodik

Diese Meta-Analyse inkludierte Individualdaten aus 18 prospektiven Kohortenstudien mit insgesamt 257.382 Probanden verschiedener Ethnien. Kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden mit 45, 55, 65 und 75 Jahren gemessen (Blutdruck, Rauchen, Cholesterin, Diabetes). Die Patienten wurden hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse bis zu ihrem 80. Lebensjahr nachbeobachtet.

### Ergebnisse

Probanden, die mit 55 Jahren ein optimales Risikoprofil aufwiesen (Blutdruck bis 120/80, Cholesterin < 180 mg, Nichtraucher, Nichtdiabetiker) hatten im Vergleich zu Probanden mit 2 oder mehr Risikofaktoren ein deutlich reduziertes Risiko für kardiovaskuläre Mortalität (4,7 % vs. 29,6 % bei Männern und 6,4 % vs. 20,5 % bei Frauen). Ähnlich dramatisch war die Risikoreduktion für tödlichen und nicht-tödlichen Myokardinfarkt (3,6 % vs. 37,5 % bei Männern und < 1 % vs. 18,3 % bei Frauen) sowie für tödlichen und nicht-tödlichen Schlaganfall (2,3 % vs. 8,3 % bei Männern und 5,3 vs. 10,7 % bei Frauen). Diese Ergebnisse waren konsistent für Schwarze und Weiße sowie für verschiedene Geburtsjahrgänge.

### Konklusion

Diese Studie belegt eindrucksvoll die Bedeutung traditioneller Risikofaktoren für die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität in unserer Gesellschaft. Bei der ständigen Suche nach „neuen“ Risikofaktoren müssen wir deren Bedeutung in der Klinik an dem enormen Einfluss der traditionellen Risikofaktoren bemessen.



## ■ Low-Molecular-Weight Heparin and Mortality in Acutely ill Medical Patients

*Kakkar A et al. N Engl J Med 2011; 365: 2463–72.*

### Hintergrund

Obwohl die Thromboseprophylaxe die Häufigkeit einer venösen Thromboembolie (VTE) bei akut erkrankten internisti-

schen Patienten reduziert, konnte keine damit einhergehende Reduktion der Gesamtmortalität bei diesen Patienten dokumentiert werden.

### Methodik

Es wurde eine randomisierte placebokontrollierte Doppelblindstudie durchgeführt, um die Wirksamkeit einer subkutanen Enoxaparin-Applikation (40 mg täglich) im Vergleich zu Placebo auf die Gesamtmortalität bei hospitalisierten akut erkrankten internistischen Patienten zu untersuchen. Die Behandlungsdauer betrug  $10 \pm 4$  Tage, die Patienten trugen Kompressionsstrümpfe mit Druck-graduierter Kompression. Die teilnehmenden Zentren waren in China, Indien, Korea, Malaysia, Mexiko, Tunesien und den Philippinen lokalisiert. Das Mindestalter betrug 40 Jahre, die Aufnahme erfolgte wegen einer akuten kardialen Dekompensation, einer schweren systemischen Infektion mit zumindest einem Risikofaktor für eine VTE oder aktiver Krebserkrankung. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war die Gesamtmortalität innerhalb von 30 Tagen nach Randomisierung. Der primäre Sicherheitsendpunkt war die Häufigkeit einer schweren Blutungskomplikation während und bis 48 Stunden nach der Behandlungsperiode.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 8307 Patienten in die Studie aufgenommen und in die Enoxaparin-Gruppe plus elastische Kompressionsstrümpfe (4171 Patienten) bzw. zu Placebo plus Strümpfe (4136 Patienten) randomisiert, es erfolgte eine Auswertung nach dem Intention-to-treat-Prinzip. Die Gesamtmortalität betrug nach 30 Tagen im Enoxaparin-Arm 4,9 % und im Placebo-Arm 4,8 % (RR 1,0; 95 %-CI: 0,8–1,2;  $p = 0,83$ ). Die Häufigkeit einer schweren Blutung war 0,4 % im Enoxaparin- und 0,3 % im Placebo-Arm (RR 1,4; 95 %-CI: 0,7–3,1;  $p = 0,35$ ).

### Konklusion

Die Applikation von Enoxaparin zusätzlich zu elastischen Strümpfen mit graduierter Kompression führte – im Vergleich zum alleinigen Tragen der Strümpfe – zu keiner Reduktion der Gesamtmortalität bei wegen akuter internistischer Erkrankung hospitalisierter Patienten.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)