

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Für Sie gelesen

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;

9 (3), 37-39

Homepage:

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

Dioscomb® 1000 mg
Filmtabletten

Mikronisierte Flavonoide,
die Diosmin und andere als Hesperidin
bezeichnete Flavonoide enthalten

EXTRACTUM PHARMA

18
Filmtabletten

18 Filmtabletten
Dioscomb® 1000 mg
Filmtabletten

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. Minar¹, M. Schillinger²

Aus der ¹Abteilung Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, AKH-Wien, und der ²Wiener Privatklinik

■ The PROFI Study (Prevention of Cerebral Embolization by Proximal Balloon Occlusion Compared to Filter Protection During Carotid Artery Stenting). A Prospective Randomized Trial

Bijuklic K et al. J Am Coll Cardiol 2012; 59: 1383–9.

Studienziel

In dieser Studie sollte das zerebrale Embolierisiko bei Stentangioplastie der Arteria carotis (CAS) zwischen Filterprotektion und proximalem Ballon verglichen werden.

Hintergrund

Im Rahmen randomisierter Studien, welche die CAS mit Filterprotektion mit der Karotisoperation (CEA) verglichen, zeigte sich eine höhere periprozedurale Insultrate nach CAS. Eine zerebrale Protektion unter Verwendung einer proximalen Ballonokklusion ist eventuell effektiver als eine Filterprotektion zur Verhinderung zerebraler Embolien.

Methodik

Patienten mit geplanter CAS unter Verwendung eines Protektionssystems wurden randomisiert einer Protektion mittels Filter oder proximaler Ballonokklusion zugeführt. Der primäre Studienendpunkt war die Inzidenz neuer zerebral-ischämischer Läsionen, welche mittels diffusionsgewichteter Magnetresonanzuntersuchung festgestellt wurden. Als sekundäre Endpunkte wurden die Anzahl und das Volumen der neuen ischämischen Läsionen sowie größere kardiovaskuläre und zerebrale Ereignisse beurteilt.

Ergebnisse

62 konsekutive Patienten (mittleres Alter: 71,7 Jahre; 76 % Männer) wurden randomisiert. Im Vergleich zur Filterprotektion (n = 31) führte die proximale Ballonokklusion (n = 31) zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz neuer zerebral-ischämischer Läsionen (45,2 % vs. 87,1 %; p = 0,001). Die Anzahl (Median: 2 [0–13] vs. 0 [0–4]) und das Volumen (0,47 [0–2,4] cm³ vs. 0 [0–0,84] cm³; p = 0,0001) neuer zerebral-ischämischer Läsionen waren in der Gruppe mit proximaler Ballonokklusion signifikant reduziert. Läsionen in der kontralateralen Hemisphäre wurden bei jeweils 29 % (Filtergruppe) bzw. 6,5 % (Ballonokklusion) (p = 0,047) gefunden. Die 30-Tage-Häufigkeit an größeren kardiovaskulären und zerebralen Ereignissen war mit 3,2 % vs. 0% nicht signifikant unterschiedlich.

Konklusion

Im Rahmen dieser randomisierten Studie bei Patienten mit CAS führte die Verwendung eines proximalen Ballonokklusionssystems im Vergleich zur Protektion mit einem Filter zu einer signifikanten Reduktion der embolischen Belastung des Gehirns.

Kommentar

In einer rezent erschienenen Meta-Analyse [Bersin et al; A meta-analysis of proximal occlusion device outcomes in carotid artery stenting. *Catheter Cardiovasc Interv* 2012. doi: 10.1002/ccd.24433. Epub ahead of print] mit Einschluss von 2397 Patienten betrug die Inzidenz eines Insults bei Verwendung eines proximalen Okklusionssystems 1,71 % und war damit deutlich niedriger als in den meisten Studien mit Verwendung eines Filtersystems.



■ Supervised Exercise Versus Primary Stenting for Claudication Resulting From Aortoiliac Peripheral Artery Disease. Six-Month Outcomes From the Claudication: Exercise Versus Endoluminal Revascularization (CLEVER) Study

Murphy TP et al. Circulation 2012; 125: 130–9.

Hintergrund

Die Claudicatio intermittens ist ein häufiges und limitierendes Symptom der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), sie kann prinzipiell mittels Medikamenten, supervidierter Trainingstherapie (SE) oder Revaskularisation mittels Stent (ST) behandelt werden.

Methodik

Es wurden 111 Patienten mit aortoiliakaler PAVK einer von 3 Behandlungsmöglichkeiten zugeführt: optimale medikamentöse Behandlung (OMC), OMC plus SE (mit 3 einstündigen Einheiten pro Woche) oder OMC plus ST. Der Knöchel-Arm-Index betrug im Schnitt 0,7. Die maximale Gehstrecke lag im Bereich von 5 Minuten, die Zeit bis zum Beginn der Claudicatio-Symptomatik lag zwischen 90 und 120 Sekunden. Primärer Studienendpunkt war die Verlängerung der Gehstrecke nach 6 Monaten. Die Studienhypothese lautete, dass die interventionelle Revaskularisation inklusive Stentimplantation die Gehstrecke um mindestens 30 % mehr verlängert als das Gehtraining. Sekundäre Endpunkte waren Parameter der Lebensqualität (Walking Impairment Questionnaire, Peripheral Artery Questionnaire, Medical Outcomes Study 12-Item Short Form) sowie kardiovaskuläre Risikofaktoren.

Ergebnisse

Nach 6 Monaten war die Gehstreckenverlängerung in der Trainingsgruppe am größten (plus 5,8 ± 4,6 Minuten). Demgegenüber betrug diese in der ST-Gruppe 3,7 ± 4,9 Minuten und in der alleinigen medikamentösen Gruppe 1,2 ± 2,6 Minuten (p = 0,001 für den Vergleich SE vs. OMC; p = 0,02 für ST vs. OMC und p = 0,04 für SE vs. ST). Die Zeit bis zum Einsetzen der Claudicatio-Symptomatik wurde um 3 Minuten in der Trainingsgruppe, um 3,6 Minuten in der Stentgruppe

sowie um 0,7 Minuten in der Kontrollgruppe verlängert. Bezüglich der krankheitsspezifischen Lebensqualität zeigte die Stentgruppe paradoxerweise bei den meisten Parametern größere Verbesserungen als die Trainingsgruppe. Beide Therapien schnitten auch hier signifikant besser ab als die Kontrollgruppe.

Konklusion

Sowohl Gehtraining als auch Stenting sind bei Vorliegen einer aortoiliakalen PAVK effektiver als die alleinige medikamentöse Therapie, wobei das Gehtraining bezüglich der Verlängerung der Gehstrecke überlegen ist, während das Stenting die Lebensqualität in stärkerem Ausmaß verbessert. Diese Diskrepanz zwischen der größeren Verbesserung der Gehstrecke in der SE-Gruppe und demgegenüber der größeren Verbesserung hinsichtlich Lebensqualität in der ST-Gruppe sollte durch weitere Studien geklärt werden.



■ Vorapaxar in the Secondary Prevention of Atherothrombotic Events

Morrow DA et al. N Engl J Med 2012; 366: 1404–13.

Hintergrund

Thrombin ist ein potenter Plättchenaktivator mittels des Protease-aktivierten Rezeptors PAR-1. Vorapaxar ist ein neuer Thrombozytenfunktionshemmer, welcher die zellulären Aktionen des Thrombins selektiv durch Antagonisierung des PAR-1 hemmt.

Methodik

Es wurden 26.449 Patienten mit einer Anamnese von Myokardinfarkt, ischämischem Schlaganfall oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit entweder zu Vorapaxar (2,5 mg täglich) oder Placebo mit einer medianen Nachbeobachtungsdauer von 30 Monaten randomisiert. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war eine Kombination aus Tod aus kardiovaskulärer Ursache, Myokardinfarkt oder Insult. Nach 2 Jahren empfahl das Data and Safety Monitoring Board wegen eines erhöhten Risikos einer intrakraniellen Blutung die Beendigung der Studie für Patienten mit Insult-Anamnese.

Ergebnisse

Nach 3 Jahren trat der primäre Endpunkt bei 1028 Patienten (= 9,3 %) im Vorapaxar-Arm und bei 1176 Patienten (= 10,5 %) im Placeboarm auf (HR für die Vorapaxar-Gruppe: 0,87; 95 %-CI: 0,80–0,94; $p < 0,001$). Kardiovaskulär bedingter Tod, Myokardinfarkt, Insult oder Rezidivischämie mit Revaskularisation ereigneten sich bei 1259 Patienten (11,2 %) in der Vorapaxar- und bei 1417 Patienten (12,4 %) in der Placebogruppe (HR 0,88; 95 %-CI: 0,82–0,95; $p = 0,001$). Eine mäßige oder schwere Blutung ereignete sich bei 4,2 % der Patienten in der Vorapaxar- und bei 2,5 % in der Placebogruppe (HR, 1,66; 95 %-CI: 1,43–1,93; $p < 0,001$). Es gab eine erhöhte Inzidenz intrakranieller Blutungen im Vorapaxar-Arm (1,0 % vs. 0,5 % in der Placebogruppe; $p < 0,001$).

Konklusion

Die Hemmung des PAR-1 mit Vorapaxar reduzierte das Risiko für kardiovaskulären Tod oder ischämische Ereignisse bei

Patienten mit stabiler Atherosklerose, welche eine Standardtherapie erhielten. Demgegenüber war allerdings das Risiko einer mäßigen oder schweren Blutung inklusive einer intrakraniellen Blutung gesteigert.



■ Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception

Lidegaard O et al. N Engl J Med 2012; 366: 2257–66.

Hintergrund

Der Zusammenhang zwischen Thromboserisiko und hormoneller Kontrazeption bleibt ein aktuelles Thema. Zahlreiche Studien untersuchten hier vor allem das Risiko der venösen Thromboembolie, im Bereich Myokardinfarkt und Insult waren die Daten mit modernen Kontrazeptiva widersprüchlich.

Methodik

In dieser 15-jährigen dänischen Kohortenstudie wurden nicht-schwangere Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren ohne Anamnese einer kardiovaskulären oder onkologischen Erkrankung nachbeobachtet. Daten über hormonelle Kontrazeption, klinische Endpunkte und möglicher Konfounder wurden über nationale Register erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1,626.158 Frauen über 14,251.063 Personen-Lebensjahre beobachtet. Es traten 3311 thrombotische Insulte auf (21,4 pro 100.000 Lebensjahre) und 1725 Herzinfarkte (10,1 pro 100.000 Lebensjahre). Für Frauen, die orale Kontrazeption mit Ethinyl-Estradiol in einer Dosis von 30–40 µg verwendeten, wurde folgende Risikoerhöhung für Insult bzw. Myokardinfarkt (95 %-CI) in Abhängigkeit vom Progestin-Typ beobachtet: Norethindron 2,2 (1,5–3,2) und 2,3 (1,3–3,9); Levonorgestrel 1,7 (1,4–2,0) und 2,0 (1,6–2,5); Norgestimat 1,5 (1,2–1,9) und 1,3 (0,9–1,9); Desogestrel 2,2 (1,8–2,7) und 2,1 (1,5–2,8); Gestoden 1,8 (1,6–2,0) und 1,9 (1,6–2,3) sowie Drospirenon 1,6 (1,2–2,2) und 1,7 (1,0–2,6).

Bei Verwendung von Ethinyl-Estradiol in einer Dosis von nur 20 µg war die Risikoerhöhung je nach Progestin-Typ für Insult bzw. Myokardinfarkt wie folgt: Desogestrel 1,5 (1,3–1,9) und 1,6 (1,1–2,1); Gestoden 1,7 (1,4–2,1) und 1,2 (0,8–1,9) und Drospirenon 0,9 (0,2–3,5) und 0,0. Für transdermale Patches waren die korrespondierenden Risiken 3,2 (0,8–12,6) und 0,0 und für den Vaginalring 2,5 (1,4–4,4) und 2,1 (0,7–6,5).

Konklusion

Die absoluten Risiken für Herzinfarkt und Insult in der beobachteten Population waren extrem klein, dennoch war die Verwendung von hormoneller Kontrazeption eindeutig mit einer Risikoerhöhung für kardiovaskuläre Komplikationen um den Faktor 0,9–1,7 erhöht, wenn eine Dosis von Ethinyl-Estradiol von 20 µg verwendet wurde und um den Faktor 1,3–2,3 bei einer Ethinyl-Estradiol-Dosis von 30–40 µg ohne wesentliche Unterschiede hinsichtlich des Progestin-Typs.



■ Genetically Distinct Subsets within ANCA-Associated Vasculitis

Lyons P et al. *N Engl J Med* 2012; 367: 214–23.

Hintergrund

Die Gruppe der ANCA- (Antineutrophil cytoplasmic antibody-) positiven Vaskulitiden umfasst die Krankheitsbilder der granulomatösen Polyangiitis (früher Wegener-Granulomatose) sowie die mikroskopische Polyangiitis. Die Ursache beider Krankheitsbilder ist unklar, ebenso die Rolle der ANCA in deren Pathogenese. Die vorliegende Studie untersucht einen genetischen Hintergrund dieser zum Teil sehr schwer verlaufenden Erkrankungen.

Methodik

In einer Genom-weiten Assoziations-Studie wurden 1233 britische Patienten mit ANCA-positiver Vaskulitis mit 5884 britischen Kontrollpatienten verglichen und die Ergebnisse anhand von 1454 nordeuropäischen Patienten und 1666 Kontrollen repliziert.

Ergebnisse

Die Autoren beobachteten sowohl MHC- (major-histocompatibility-complex-) als auch non-MHC-Assoziationen mit ANCA-positiver Vaskulitis. Außerdem zeigte sich, dass die granulomatöse Polyangiitis und die mikroskopische Polyangiitis genetisch unterscheidbare Krankheitsbilder sind. Verschiedene Gen-Loci konnten in Assoziation mit ANCA-

Positivität gezeigt werden (HLA-DP, SERPINA1, PRTN3 und HLA-DQ).

Konklusion

Die Studie bestätigt einen pathogenetischen Zusammenhang zwischen positivem ANCA-Befund und klinischem Bild einer der beiden Vaskulitis-Formen, zeigt aber auch einen genetischen Unterschied zwischen granulomatöser Polyangiitis und mikroskopischer Polyangiitis auf.



■ Thrombosis from a Prothrombin Mutation Conveying Antithrombin Resistance

Miyawaki Y et al. *N Engl J Med* 2012; 366: 2390–6.

Die Autoren berichten in diesem Artikel über einen neuen Mechanismus der Thrombophilie auf Basis einer Antithrombin-Resistenz. Im Prothrombin-Gen entsteht durch Austausch von Arginin für Leucin an Position 596 (p.Arg596Leu) ein in seiner Funktion moderat eingeschränktes Prothrombin („Prothrombin Yukuhashi“) mit deutlich eingeschränkter Bildung von Thrombin-Antithrombin-Komplexen. Die Aktivität des mutierten Prothrombin war relativ gering, seine Inaktivierung durch Plasmaaustausch extrem verlangsamt. Die Mutation scheint mit einem deutlich erhöhten Thromboserisiko einherzugehen – epidemiologische Studien müssen dies allerdings noch bestätigen.

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](#)