

Gefäßmedizin Zeitschrift für

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

Fallbericht: Endovaskuläre Therapie bei langstreckigem Femoralisverschluss - Eine Kasuistik

Minar E, Schillinger M

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;

9 (4), 21-22

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



Eine Innovation von Dioscomb®, **Österreichs Nr. 1** bei Venenpräparaten*

*IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD April 2026

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, Guargalactomannan (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
P H A R M A

Endovaskuläre Therapie bei langstreckigem Femoralisverschluss – Eine Kasuistik

E. Minar, M. Schillinger

Abteilung für Angiologie, Medizinische Universität Wien

■ Einleitung

Durch technische Verbesserungen (Führungsdrähte, Ballonkatheter, Stents) sowie durch die zunehmende Erfahrung der interventionell tätigen Ärzte ist bei Indikationsstellung zur Revaskularisation im Bereich der unteren Extremitäten die endovaskuläre Therapie in den meisten Gefäßzentren auch bei langstreckigen und komplexen Läsionen zur Therapie der ersten Wahl geworden. Die geringere Morbidität und weitgehend fehlende Mortalität dieser Eingriffe sind – im Vergleich zu den invasiveren gefäßchirurgischen Eingriffen – die wesentlichen Vorteile der Katheterrevaskularisation. Die frühzeitige Mobilisation – innerhalb von etwa 4 Stunden nach dem Eingriff bis spätestens nach einem Tag – sowie die kurze Hospitalisierungsdauer sind weitere relevante Vorteile.

Die Möglichkeiten der endovaskulären Therapie bei Verwendung des geeigneten Kathetermaterials werden anhand der folgenden Kasuistik gezeigt.

■ Kasuistik

Ein 60-jähriger Patient aus Rumänien hat sich mit dem klinischen Bild einer Claudicatio-Symptomatik links mit subjektiv deutlich limitierender schmerzfreier Gehstrecke (Stadium IIB nach Fontaine) präsentiert. Er war bereits ein Jahr zuvor wegen eines 10 cm langen Femoralisverschlusses an der kontralateralen Extremität erfolgreich endovaskulär behandelt worden, wobei sich bereits zu diesem Zeitpunkt ein langstreckiger (etwa 25 cm langer) Verschluss der Arteria femoralis superficialis links duplexsonographisch mit einem Knöchel-Arm-Index von 0,55 nachweisen ließ. Die unter der vom Patienten konsequent durchgeführten Bewegungstherapie erwartete Besserung der schmerzfreien Gehstrecke durch verbesserte Kollateralisation des Femoralisverschlusses hatte sich leider nicht eingestellt. Der Patient kam daher neuerlich nach Wien, um nunmehr auch den langstreckigen Femoralisverschluss behandeln zu lassen. Vonseiten des Risikofaktorenprofils war er optimal eingestellt, und er hatte auch die Sekundärprophylaxe mit 75 mg Clopidogrel konsequent eingenommen.

Der Dopplerindex betrug rechts 1,0 und links 0,60. Duplexsonographisch war die vor einem Jahr mittels alleiniger PTA rekanalisierte Arteria femoralis weiterhin ohne relevante Rezidivstenose offen, links zeigte sich der langstreckige Femoralisverschluss unverändert. Wegen der weitgehend fehlenden Verkalkung und eines im Abgangsbereich kurzstreckig offenen Segmentes wurden die Erfolgschancen der endovaskulären Therapie trotz der Verschlusslänge als sehr gut eingestuft.

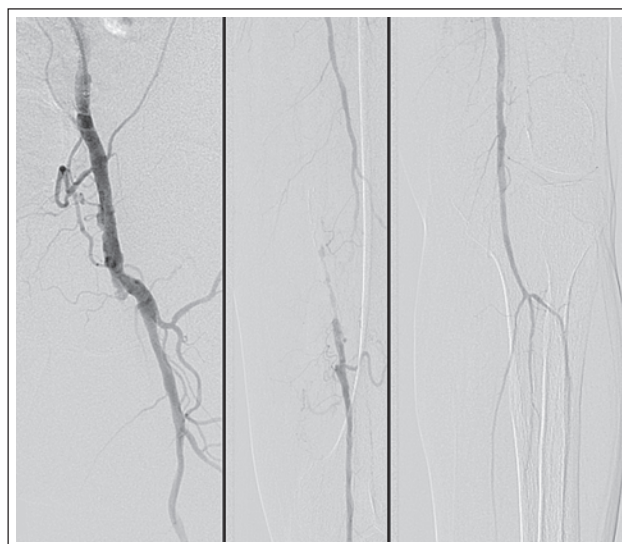


Abbildung 1: Präinterventionelles Angiogramm eines langstreckigen Verschlusses (TASC-C-Läsion) der Arteria femoralis superficialis links.

Es wurde nach retrograder Punktion im Bereich der rechten Leiste und problemlosem Crossover-Zugang – mittels Pigtailkatheters und langer Crossover-Schleuse – eine Angiographie zur präinterventionellen Dokumentation durchgeführt (Abb. 1), wobei der duplexsonographische Befund exakt bestätigt werden konnte. Die Arteria poplitea und die Unterschenkeltrifurkation waren im Wesentlichen unauffällig.

Wegen der Verschlusslänge war initial ein subintimales Vorgehen unter Verwendung eines 5-F-Multipurpose-Katheters und eines 0,035-Inch-gleitbeschichteten J-Drahtes (GlideWireR, Terumo) geplant. Nachdem man jedoch bei Passage des Verschlussbeginns den Eindruck einer relativ problemlosen intraluminalen Passage hatte, wurde auf einen hydrophil beschichteten 0,018-Inch-Draht (V-18 Control WireR, Boston Scientific, Natick, USA) gewechselt und der zur Durchführung der PTA geplante Ballonkatheter (Powerflex® Pro, 5–220 mm Ballonlänge; Cordis Corp., Johnson & Johnson, Miami, FL, USA) zur Schienung verwendet. Damit ließ sich der langstreckige Verschluss unter Roadmap-Technik mit Darstellung der perfundierten distalen Arteria femoralis völlig problemlos innerhalb weniger Sekunden passieren, und auch das Reentry gestaltete sich problemlos (Abb. 2). In weiterer Folge wurde mit dem Ballonkatheter einmal überlappend von distal nach proximal über jeweils 2 Minuten bei einem Druck von 12 atm dilatiert. Die postinterventionelle Angiographiekontrolle – inklusive Dokumentation des peripheren Abstroms – zeigte ein unerwartet exzellentes Ergebnis (Abb. 3), sodass – auch wegen der bei diesem Patienten be-

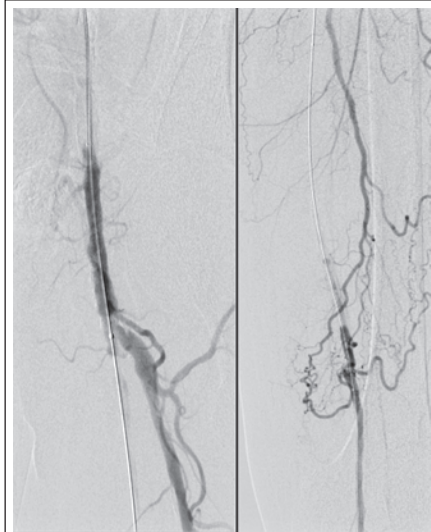


Abbildung 2: Nach Passage mit dem Führungsdraht und Ballonkatheter.

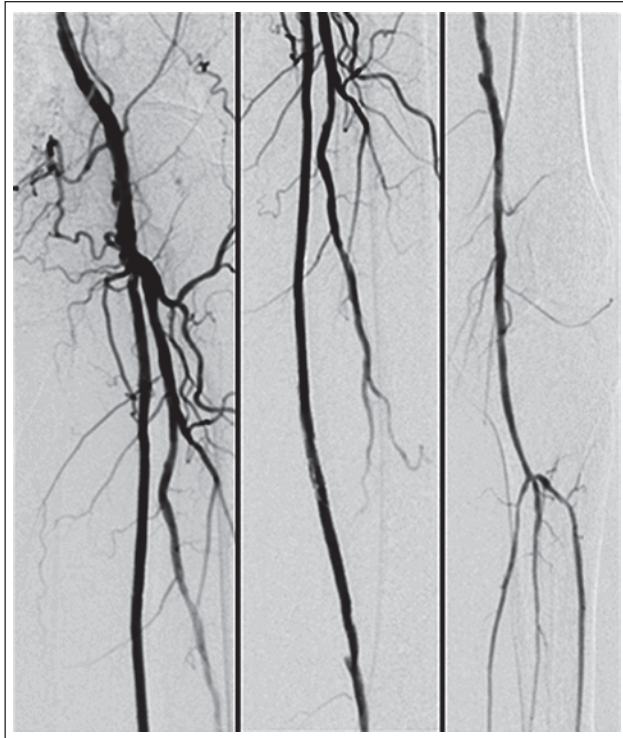


Abbildung 3: Angiogramm nach Ballondilatation mit einem Powerflex® Pro Ballonkatheter (5–220 mm).

reits gemachten positiven Erfahrung eines guten Langzeitergebnisses mit alleiniger PTA – auf eine Stentimplantation verzichtet werden konnte.

Nach Verschluss der Punktionsstelle mit einem Verschlusssystem konnte der Patient nach 6 Stunden mobilisiert und noch am gleichen Abend – nach duplexsonographischer Verifizierung der blanden Punktionsstelle und des sehr guten Interventionsergebnisses – entlassen werden. Als Sekundär-

prophylaxe wurde ihm empfohlen, die Clopidogreltherapie für 4 Wochen mit 100 mg Acetylsalicylsäure zu ergänzen.

■ Diskussion

Seit Einführung der perkutanen transluminalen Angioplastie durch den Schweizer Andreas Grüntzig in den 1970er-Jahren ist die grundsätzliche Technik der Gefäßerweiterung mittels Ballon prinzipiell unverändert geblieben. Allerdings gab es entscheidende Verbesserungen bei den Materialien, insbesondere auch bei den zur Verfügung stehenden Ballonkathetern. Diese Materialverbesserungen haben neben der zunehmenden Erfahrung der Interventionisten dazu geführt, dass in den neuesten Richtlinien auch für langstreckige Verschlüsse – wie die in dieser Kasuistik vorliegende TASC-C-Läsion (TASC-II-Klassifikation) – die endovaskuläre Therapie als Therapie der ersten Wahl angeführt ist.

In den rezenten Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie [ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. The Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology. Euro Heart J 2011; 32: 2851–906] findet sich diesbezüglich folgende Formulierung: „When revascularization is indicated, an endovascular-first strategy is recommended in all femoropopliteal TASC A–C lesions“.

Bei der Therapie langstreckiger Läsionen ist die Verwendung langstreckiger Ballonkatheter von großem Vorteil, weil damit eine vielfach überlappende Dilatation vermieden werden kann, was – neben dem Zeitvorteil – erfahrungsgemäß meist auch zu einem besseren angiographischen Akutergebnis führt. Der im Rahmen dieses Fallberichtes verwendete Ballonkatheter steht in einer Länge bis 22 cm zur Verfügung. Er zeichnete sich in unserem Fall durch ein problemloses Cross-over-Vorgehen und problemlose Passage des langstreckigen Verschlusses aus, wodurch die im Produktprofil angeführte exzellente „trackability“ und „pushability“ bestätigt werden konnten. Auffallend war auch eine extrem kurze Deflationszeit.

Mit dem hier vorgestellten Ballonkatheter steht uns somit ein weiterer, sehr gut geeigneter Ballonkatheter für die endovaskuläre Behandlung langstreckiger Läsionen zur Verfügung.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Erich Minar
Abteilung für Angiologie
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: erich.minar@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D 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