

# 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 (4), 23-25*

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/GEOTitles/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, 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**  
PHARMA

# Für Sie gelesen

E. Minar<sup>1</sup>, M. Schillinger<sup>2</sup>

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

## Restenosis after Carotid artery Stenting and Endarterectomy: a Secondary Analysis of CREST, a Randomised Controlled Trial

Lal BK et al for the CREST Investigators. *Lancet Neurol* 2012; 11: 755–6.

### Hintergrund

In CREST (Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial) waren der kombinierte primäre Endpunkt aus Schlaganfall, Myokardinfarkt oder Tod während der periprozeduralen Periode sowie der ipsilaterale Schlaganfall danach für die symptomatische und asymptotische Karotisstenose nicht unterschiedlich zwischen Karotisstent (CAS) und Karotis-Operation (CEA). Ein weiteres Ziel dieser randomisierten Studie war der Vergleich von Rezidivstenose bzw -verschluss.

### Methodik

Patienten mit asymptomatischer oder symptomatischer (TIA, Amaurosis fugax oder minor stroke) Karotisstenose waren für CREST geeignet und wurden zwischen Dezember 2000 und Juli 2008 in 117 Zentren in den USA und Kanada in die Studie eingeschlossen. Im Rahmen dieser Analyse war der Hauptendpunkt das Rezidiv innerhalb von 2 Jahren. Restenose und -verschluss wurden duplexsonographisch nach 1, 6, 12, 24 und 48 Monaten erfasst und definiert als Reduktion im Durchmesser der Zielarterie um zumindest 70 %, wobei als diagnostisches Kriterium eine systolische Spitzengeschwindigkeit („peak systolic velocity“, PSV) von zumindest 3,0 m/s galt. Die Untersuchungen wurden in CREST-zertifizierten Labors durchgeführt und im Ultrasound Core Laboratory (University of Washington) ausgewertet. Die Häufigkeit der Rezidivstenose wurde nach Kaplan-Meier berechnet und während einer 2-jährigen Nachbeobachtungsperiode in den beiden Behandlungsarmen verglichen. Mittels des proportionalen Risikomodells wurde eine Beziehung zwischen verschiedenen Basisdaten und dem Risiko einer Rezidivstenose untersucht.

### Ergebnisse

Bei 2191 Patienten wurde die im Rahmen der Randomisierung zugeteilte Therapie innerhalb von 30 Tagen durchgeführt, wobei auch eine geeignete Duplexsonographie verfügbar war (1086 im CAS-Arm und 1105 Patienten nach CEA). Innerhalb von 2 Jahren trat bei 58 Patienten nach CAS (6 % nach Kaplan-Meier) und bei 62 nach CEA (6,3 %) eine Rezidivstenose bzw. -verschluss auf (Hazard Ratio [HR] 0,90; 95 %-CI: 0,63–1,29; p = 0,58). Weibliches Geschlecht (1,79; 1,25–2,56), Diabetes (2,31; 1,61–3,31) und Dyslipidämie (2,07; 1,01–4,26) waren unabhängige Prädiktoren eines Rezidivs nach beiden Eingriffen. Rauchen war ein Rezidiv-Prädiktor nach CEA (2,26; 1,34–3,77), aber nicht nach CAS (0,77; 0,41–1,42).

### Konklusion

Das Auftreten eines Rezidivs war selten und ereignete sich mit vergleichbarer Häufigkeit nach CAS bzw. CEA. Untergruppen von Patienten könnten von frühen und häufigen Kontrolluntersuchungen nach der Revaskularisation profitieren.



## Drug-Eluting Balloon for Treatment of Superficial Femoral Artery In-Stent Restenosis

Stabile E et al. *J Am Coll Cardiol* 2012; 60: 1739–42.

### Studienziel

Das Ziel dieser prospektiven Registerstudie war die Beurteilung der Sicherheit und Wirksamkeit – innerhalb eines Jahres – der Verwendung eines Drug-eluting Balloons (DEB) zur Behandlung der In-stent-Rezidivstenose (ISR) der Arteria femoralis superficialis (AFS).

### Hintergrund

Die Verwendung des selbstexpandierenden Nitinolstents hat die Offenheitsrate im Bereich der AFS im Vergleich zur alleinigen PTA verbessert. Da die Patientenpopulation mit Stent im Bereich der AFS ständig zunimmt, ist das Auftreten einer ISR zu einem relevanten Problem geworden. Die Verwendung eines DEB hat vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich Reduktion der neuerlichen Rezidivrate bei koronaren Stents gezeigt.

### Methodik

Zwischen Dezember 2009 und Dezember 2010 wurde bei 30 konsekutiven Patienten mit SFA-ISR eine PTA durchgeführt. Alle Patienten erhielten eine konventionelle PTA der SFA und eine abschließende Nachdilatation mit einem Paclitaxel-eludierenden Ballon (IN.PACT, Medtronic, Minneapolis, Minnesota). Die Patienten wurden bis 12 Monate nachuntersucht.

### Ergebnisse

Ein technischer und prozeduraler Erfolg wurde bei allen Patienten erreicht. Es traten keine schwerwiegenden kardialen oder zerebrovaskulären Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes auf. Nach einem Jahr war ein Patient an Herzversagen gestorben. Der primäre Endpunkt – definiert als primäre Durchgängigkeit nach 12 Monaten – wurde bei 35 Patienten (92,1 %) erreicht. Nach einem Jahr waren die Patienten asymptomatisch bezüglich Claudicatio-symptomatik. Die duplexsonographische Untersuchung zeigte eine sekundäre Durchgängigkeit von 100 %. Das Vorhandensein eines Rezidivverschlusses war im Vergleich zur Behandlung einer Rezidivstenose nicht mit einer erhöhten Rezidivrate innerhalb eines Jahres assoziiert.

**Konklusion**

Die Daten zeigen, dass die zusätzliche Verwendung eines DEB bei der Therapie einer ISR der SFA eine sichere und effektive Therapiestrategie darstellt. Diese Daten sollten als Hypothese-generierend für das Design einer randomisierten Studie angesehen werden.



## ■ The Effects of Lowering LDL Cholesterol with Statin Therapy in People at Low Risk of Vascular Disease: Meta-analysis of Individual Data from 27 Randomised Trials

*Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Lancet 2012; 380: 581–90.*

**Hintergrund**

Statine reduzieren LDL-Cholesterin und verhindern dadurch vaskuläre Ereignisse, aber deren Netto-Effekt bei Personen mit einem geringen Risiko für vaskuläre Ereignisse ist unklar.

**Methodik**

Diese Meta-Analyse inkludiert individuelle Teilnehmerdaten aus 22 Studien eines Statins im Vergleich zu Kontrollen (n = 134,537; mittlere LDL-Cholesterin-Differenz 1,08 mmol/L; mediane Nachbeobachtung 4,8 Jahre) und 5 Studien mit unterschiedlichen Statin-Dosierungen (n = 39,612; Differenz 0,51 mmol/L; 5,1 Jahre). Größere vaskuläre Ereignisse waren nicht-tödlicher Myokardinfarkt bzw. Tod aus koronarer Ursache, Insult oder koronare Revaskularisation. Die Teilnehmer wurden in Abhängigkeit vom initialen 5-Jahres-Risiko für vaskuläre Ereignisse in der Kontrollgruppe (kein oder Niedrig-Dosis-Statine; < 5 %, ≥ 5 %–<10 %, ≥ 10 %–< 20 %, ≥ 20 %–< 30 %, ≥ 30 %) in 5 Kategorien unterteilt; in jeder Kategorie wurde das relative Risiko pro 1,0 mmol/L LDL-Cholesterin-Reduktion errechnet.

**Ergebnisse**

Die Verminderung des LDL-Cholesterins mit einem Statin reduzierte das Risiko eines größeren vaskulären Ereignisses (RR 0,79; 95 %-CI: 0,77–0,81; pro 1,0 mmol/L Reduktion), größtenteils unabhängig von Alter, Geschlecht, Basis-LDL oder früheren Gefäßerkrankungen. Die proportionale Reduktion von größeren vaskulären Ereignissen war in den beiden niedrigsten Risikokategorien zumindest genauso groß wie in den höheren Risikokategorien (RR pro 1,0 mmol/L Reduktion von der niedrigsten zur höchsten Kategorie: 0,62 [99 %-CI: 0,47–0,81], 0,69 [99 %-CI: 0,60–0,79], 0,79 [99 %-CI: 0,74–0,85], 0,81 [99 %-CI: 0,77–0,86] und 0,79 [99 %-CI: 0,74–0,84]; Trend p = 0,04), was signifikante Reduktionen in diesen 2 niedrigsten Risikokategorien für größere koronare Ereignisse (RR 0,57, 99 %-CI: 0,36–0,89; p = 0,0012 und 0,61; 99 %-CI: 0,50–0,74; p < 0,0001) und für koronare Revaskularisationen (RR 0,52, 99 %-CI: 0,35–0,75 und 0,63; 99 %-CI: 0,51–0,79; beide p < 0,0001) bedeutet. Bezüglich Insult war die Risiko-Reduktion bei den Teilnehmern mit einem 5-Jahres-Risiko für größere vaskuläre Ereignisse von < 10 % (RR pro 1,0 mmol/L LDL-Cholesterinreduktion 0,76; 99 %-CI: 0,61–0,95; p = 0,0012) ebenso ähnlich jener in den höhe-

ren Risikokategorien (Trend p = 0,3). Bei Teilnehmern ohne Anamnese eines vaskulären Ereignisses reduzierten Statine das Risiko für vaskuläre (RR pro 1,0 mmol/L LDL-Cholesterinreduktion 0,85; 95 %-CI: 0,77–0,95) und Gesamtmortalität (RR 0,91; 95 %-CI: 0,85–0,97). Es gab keinen Hinweis, dass eine Statin-induzierte Reduktion des LDL-Cholesterins die Karzinom-Inzidenz (RR pro 1,0 mmol/L LDL-Cholesterinreduktion 1,00; 95 %-CI: 0,96–1,04), die Karzinom-Mortalität (RR 0,99; 95 %-CI: 0,93–1,06), oder eine andere nicht-vaskuläre Mortalität gesteigert hat.

**Konklusion**

Bei Personen mit einem 5-Jahres-Risiko für größere vaskuläre Ereignisse von < 10 % führte jede Reduktion des LDL-Cholesterins um 1 mmol/L zu einer absoluten Reduktion größerer vaskulärer Ereignisse von 11 pro 1000 über 5 Jahre. Dieser Vorteil für Statine übersteigt jedes bekannte Risiko einer Statintherapie. Im Rahmen der aktuellen Richtlinien würden solche Personen nicht als Kandidaten für eine Statintherapie angesehen. Aufgrund dieser Meta-Analyse sollten diese Richtlinien eventuell revidiert werden.



## ■ Statin Use and Reduced Cancer-Related Mortality

*Nielsen SF et al. N Engl J Med 2012; 367: 1792–802.*

**Hintergrund**

Eine Reduktion der Verfügbarkeit von Cholesterin könnte die Zellproliferation, und damit die Mortalität von Krebserkrankungen reduzieren. Zahlreiche Studien untersuchten bisher dieses Phänomen, wie z. B. die zuvor beschriebenen Meta-Analyse der CCT [Lancet 2012], die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich.

**Methodik**

In dieser populationsbasierten Studie wurden alle dänischen Patienten mit einer Krebsdiagnose zwischen 1995 und 2007 mit Nachbeobachtung bis 2009 untersucht. Bei Patienten mit einem Alter ≥ 40 Jahren hatten 18.721 eine Statintherapie vor Krebsdiagnose, 277.204 Patienten hatten keine Statin-Therapie.

**Ergebnisse**

Die multivariable-adjustierte Hazard-Ratio für Mortalität von Statin-Patienten war 0,85 (95 %-CI: 0,83–0,87) im Vergleich zu jenen Patienten, die kein Statin verwendeten und 0,85 (95 %-CI: 0,82–0,87) für krebsassoziierten Tod. Ferner zeigten sich eine klare Dosis-Abhängigkeit zwischen Statin und Sterblichkeit, jedoch keine Unterschiede zwischen den 13 verschiedenen Krebs-Arten.

**Konklusion**

Statine waren mit einer signifikant reduzierten Sterblichkeit bei Krebs assoziiert; prospektive Studien zu diesem Thema sollten etabliert werden.



## ■ Low-Dose Aspirin for Preventing Recurrent Venous Thromboembolism

Brighton TA et al. *N Engl J Med* 2012 [Epub ahead of print].

### Hintergrund

Patienten mit einer Erstepisode einer spontanen tiefen Beinvenenthrombose haben ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv nach Absetzen der oralen Antikoagulation. Aspirin könnte dieses Risiko vermindern.

### Methodik

In diese randomisierte Studie wurden 822 Patienten nach einer spontanen tiefen Beinvenenthrombose und abgeschlossenen Therapie mit oraler Antikoagulation eingeschlossen und erhielten entweder 100 mg Aspirin oder Placebo für bis zu 4 Jahre. Der primäre Endpunkt war das Rezidiv einer tiefen Venenthrombose.

### Ergebnisse

Während einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 37,2 Monaten kam es in der Placebogruppe in 73 der 411 Patienten zu einem Thromboserezidiv und bei 57 der 411 Pati-

enten in der AspirinGruppe (6,5 % pro Jahr vs. 4,8 % pro Jahr; HR mit Aspirin, 0,74; 95 %-CI: 0,52–1,05;  $p = 0,09$ ). Hinsichtlich der kombinierten sekundären Endpunkte venöse Thromboembolie, Myokardinfarkt, Insult und kardiovaskulärer Tod zeigte Aspirin eine signifikante Risikoreduktion von 34 % (8,0 % pro Jahr mit Placebo vs. 5,2 % mit Aspirin; HR mit Aspirin, 0,66; 95 %-CI: 0,48–0,92;  $p = 0,01$ ), hinsichtlich dem kombinierten sekundären Endpunkt venöse Thromboembolie, Myokardinfarkt, Insult, Blutungskomplikation und Tod jeglicher Ursache zeigte sich ebenfalls eine signifikante Risikoreduktion von 33% durch Aspirin (HR, 0,67; 95 %-CI: 0,49–0,91;  $p = 0,01$ ). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich kleineren Blutungen (0,6 % pro Jahr mit Placebo vs. 1,1 % pro Jahr mit Aspirin;  $p = 0,22$ ) oder anderen schweren Komplikationen.

### Zusammenfassung

Aspirin reduziert im Vergleich zu Placebo zwar nicht die Rezidivrate von venösen Thrombosen, senkt aber deutlich das kombinierte Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen bei Patienten nach tiefer Beinvenenthrombose und sollte daher bei diesen Patienten nach Absetzen der oralen Antikoagulation als Therapie in Erwägung gezogen werden.

# 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](#)