

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 2013;

10 (1), 23-24

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 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 risk of carotid artery stenting compared with carotid endarterectomy is greatest in patients treated within 7 days of symptoms

Carotid Stenting Trialists' Collaboration. J Vasc Surg 2012 [Epub ahead of print].

Hintergrund

Bei der Behandlung von Patienten mit symptomatischer Karotisstenose ist die Stentangioplastie (CAS) mit einem höheren periprozeduralen Schlaganfall- oder Mortalitätsrisiko verbunden als die Karotisoperation (CEA). Es ist bisher jedoch unklar, ob sich das jeweilige Risiko in Abhängigkeit vom Zeitintervall zwischen dem letzten ischämischen Ereignis und der Therapie ändert.

Methodik

Die Autoren untersuchten die Assoziation zwischen ischämischem Ereignis und Zeitintervall bis zur Behandlung (0–7 Tage, 8–14 Tage und >14 Tage) mit dem Insult-/Mortalitätsrisiko innerhalb von 30 Tagen nach CAS oder CEA im Rahmen einer gepoolten Analyse der Daten der einzelnen Patienten der folgenden 3 Studien: Endarterectomy vs Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis- (EVA-3S-) Studie, der Stent-Protected Angioplasty vs Carotid Endarterectomy- (SPACE-) Studie sowie der International Carotid Stenting-Study (ICSS).

Ergebnisse

Eine entsprechende Information über den Zeitpunkt des qualifizierenden Ereignisses war bei 2839 Patienten erhebbbar. Innerhalb der ersten 30 Tage der Intervention ereignete sich der Endpunkt Insult/Tod signifikant häufiger im CAS-Arm (110/1434 [7,7 %]) im Vergleich zur CEA-Gruppe (54/1405 [3,8 %]; risk ratio, 2,0; 95 %-CI: 1,5–2,7). Jene Patienten, welche ihre CEA innerhalb der ersten 7 Tage nach dem neurologischen Ereignis erhielten, hatten die niedrigste periprozedurale Insult-/Mortalitätsrate (3/106 [2,8 %]). Jene Patienten, welche im gleichen Zeitraum mittels CAS behandelt wurden, hatten ein 9,4-%-Risiko für periprozeduralen Insult/Tod (13/138; risk ratio CAS vs. CEA: 3,4; 95 %-CI: 1,01–11,8; adjustiert für Alter, Geschlecht und Art des neurologischen Ereignisses). Jene Patienten, welche innerhalb von 8–14 Tagen behandelt wurden, zeigten eine periprozedurale Insult- bzw. Mortalitätshäufigkeit von jeweils 3,4 % (7/208) und 8,1 für CEA bzw. CAS. Die Behandlungsgruppe mit dem längsten Zeitintervall hatte eine 4-%-Komplikationsrate (44/1091) in der CEA-bzw. 7,3 % in der CAS-Gruppe (78/1062).

Konklusion

Die Risikosteigerung in der CAS- im Vergleich zur CEA-Gruppe scheint bei jenen Patienten am größten zu sein, wel-

che innerhalb von 7 Tagen nach Symptombeginn behandelt werden. Die frühzeitige CEA scheint die wirksamste Methode zur Insultprävention bei Patienten mit symptomatischer Karotisstenose zu sein.



■ Apixaban for Extended Treatment of Venous Thromboembolism

Agnelli G et al, for the AMPLIFY-EXT Investigators. N Engl J Med 2012 [Epub ahead of print].

Hintergrund

Apixaban ist als oraler Faktor-Xa-Inhibitor – der mit fixem Dosis-Regime appliziert werden kann – eine Option für eine prolongierte Sekundärprophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE).

Methodik

Im Rahmen dieser randomisierten Doppelblindstudie wurden 2 unterschiedliche Apixaban-Dosierungen (2,5 mg bzw. 5 mg Apixaban jeweils 2x tägl.) mit Placebo bei Patienten verglichen, die wegen einer VTE bereits 6–12 Monate einer Antikoagulantientherapie erhalten hatten. Zusätzlich musste vom Kliniker die Fortsetzung oder Einstellung der Antikoagulantientherapie als gleichwertig angesehen werden. Die Behandlungsdauer betrug 12 Monate.

Ergebnisse

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Studie 2486 Patienten randomisiert, davon gingen 2482 Patienten in die Intention-to-treat-Analyse ein. Ein symptomatisches Rezidiv einer VTE bzw. Tod ereignete sich bei 73/829 (= 8,8 %) der Patienten in der Placebogruppe im Vergleich zu 14/840 Patienten (= 1,7 %) in der 2,5-mg-Apixaban-Gruppe und 14/813 Patienten (= 1,7 mg) in der 5-mg-Apixaban-Gruppe ($p < 0,001$ für beide Vergleiche). Die Häufigkeit einer schweren Blutung betrug 0,5 % in der Placebogruppe, 0,2 % in der 2,5-mg-Apixaban-Gruppe und 0,1 % in der 5-mg-Apixaban-Gruppe. Die Häufigkeit einer nicht-schweren, jedoch klinisch relevanten Blutung betrug 2,3 % in der Placebo-, 3,0 % in der 2,5-mg-Apixaban- und 4,2 % in der 5-mg-Apixaban-Gruppe. Die Mortalität betrug 1,7 % in der Placebogruppe im Vergleich zu 0,8 % in der 2,5-mg-Apixaban- und 0,5 % in der 5-mg-Apixaban-Gruppe.

Konklusion

Eine prolongierte Antikoagulantientherapie mit Apixaban in einer therapeutischen Dosis (5 mg) oder thromboprophylaktischen Dosis (2,5 mg) reduzierte das Risiko eines Rezidivs einer VTE, während das Blutungsrisiko nicht erhöht war.



■ Renal Sympathetic Denervation for Treatment of Drug-Resistant Hypertension. One-Year Results From the Symplicity HTN-2 Randomized, Controlled Trial

Esler MD et al, for the Symplicity HTN-2 Investigators. *Circulation* 2012; 126: 2976–82.

Hintergrund

Die Aktivierung des renalen sympathischen Nervensystems spielt eine wichtige Rolle in der Pathogenese der Hypertonie. Symplicity HTN-2 ist eine randomisierte multizentrische Studie, in der durch eine kathetergesteuerte renale Denervation – im Vergleich zu einer ausschließlich medikamentös behandelten Kontrollgruppe – eine signifikante Blutdrucksenkung nach 6 Monaten bei zuvor therapieresistenten Patienten beobachtet werden konnte. In dieser Arbeit werden nun die Ergebnisse der länger dauernden Nachbeobachtung berichtet.

Methodik und Ergebnisse

Als Einschlusskriterium galt ein systolischer RR-Wert von ≥ 160 mm Hg (bei Diabetikern ≥ 150 mm Hg) trotz der Einnahme von zumindest 3 Antihypertensiva. Der primäre Endpunkt war nach 6 Monaten gegeben, zu diesem Zeitpunkt konnte eine renale Denervation auch bei Kontrollpatienten durchgeführt werden. Hier werden nun die 1-Jahres-Ergebnisse der primär zur renalen Denervation randomisierten Patienten ($n = 47$) berichtet sowie die 6-Monats-postinterventionsellen Ergebnisse der Patienten in der Crossover-Gruppe. Nach 12 Monaten war der mittlere Abfall des systolischen RR-Wertes in der initialen Denervationsgruppe ($-28,1$ mmHg; 95 %-CI: $-35,4$ bis $-20,7$; $p < 0,001$) ähnlich dem Ergebnis nach 6 Monaten ($-31,7$ mmHg; 95 %-CI: $-38,3$ bis $-25,0$; $p = 0,16$ vs. 6-Monats-Ergebnis). Der mittlere systolische Blutdruck war in der Crossover-Gruppe 6 Monate nach dem Eingriff signifikant vermindert (von $190,0 \pm 19,6$ auf $166,3 \pm 24,7$ mmHg; Veränderung $-23,7 \pm 27,5$; $p < 0,001$). In der Crossover-Gruppe kam es bei einem Patienten im Rahmen der Führungskatheterinsertion zu einer Dissektion der Nierenarterie, welche mittels Stentimplantation behoben wurde, sowie zu einer hypotensiven Episode.

Konklusion

Die Patienten in der initialen Kontrollgruppe, welche in weiterer Folge mittels renaler Denervation mit dem Symplicity-System behandelt wurden, hatten einen signifikanten RR-Abfall ähnlich jenem, wie er in der primären Denervationsgruppe beobachtet wurde. Die renale Denervation stellt eine sichere Methode zur längerfristigen RR-Senkung für zumindest 1 Jahr dar.

■ Rivaroxaban for Thromboprophylaxis in Acutely ill Medical Patients

Cohen AT et al, for the MAGELLAN Investigators. *N Engl J Med* 2013; 368: 513–23.

Hintergrund

In akut kranken Patienten ist unklar, wie lange eine Thromboseprophylaxe durchgeführt werden soll. In dieser Multi-center-Studie wurden in einem randomisierten und doppelt verblindeten Setting die Wirksamkeit und Sicherheit von Rivaroxaban über einen längeren Zeitraum im Vergleich zu Enoxaparin für einen Standard-Zeitraum gefolgt von Placebo verglichen.

Methodik

In diese Studie wurden Patienten > 40 Jahre mit einer akuten internistischen Erkrankung eingeschlossen und erhielten entweder Enoxaparin 40 mg $1 \times$ tägl. für 10 ± 4 Tage, gefolgt von oralem Placebo für 35 ± 4 Tage im Vergleich zu Rivaroxaban 10 mg tägl. für 35 ± 4 Tage. Der primäre Wirksamkeitseindpunkt war das Auftreten einer asymptomatischen proximalen oder symptomatischen TVT bis zum Zeitpunkt 10 Tage (non-inferiority) bzw. bis zum Zeitpunkt 35 Tage (superiority test). Der primäre Sicherheitsendpunkt war eine Major-Blutung oder eine klinisch relevante Minor-Blutung.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 8101 Patienten eingeschlossen und randomisiert. Der primäre Endpunkt im Sinne einer TVT wurde in 78 von 2938 Patienten (2,7 %) in der Rivaroxaban- und in 82 von 2993 Patienten (2,7 %) in der Enoxaparin-Gruppe nach 10 Tagen beobachtet (relatives Risiko mit Rivaroxaban, 0,97; 95 %-CI: 0,71–1,31; $p = 0,003$ für non-inferiority). In der Beobachtungsphase bis 35 Tage zeigten sich TVTs in 131 von 2967 Patienten (4,4 %) in der Rivaroxaban- und in 175 von 3057 Patienten (5,7 %) in der Enoxaparin- bzw. Placebo-Gruppe (relatives Risiko, 0,77; 95 %-CI: 0,62–0,96; $p = 0,02$). Der Sicherheitsendpunkt (Blutungskomplikationen) war in 111 von 3997 Patienten (2,8 %) in der Rivaroxaban-Gruppe zu beobachten und in 49 von 4001 Patienten (1,2 %) in der Enoxaparin-Gruppe zum Zeitpunkt 10 Tage ($p < 0,001$) bzw. in 164 Patienten (4,1 %) und 67 Patienten (1,7 %) in beiden Gruppen in der Beobachtungsphase bis 35 Tage ($p < 0,001$).

Konklusion

In akut kranken Patienten reduzierte die orale Gabe von Rivaroxaban zwar das Auftreten von TVTs, in der Spätphase des Krankheitsverlaufes erhöhte sich jedoch das Risiko von Blutungskomplikationen.

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](#)