

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

News-Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2014;

11 (2), 26-28

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/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
P H A R M A

News-Screen

S. Steiner

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

■ Fibrinolysis for patients with intermediate-risk pulmonary embolism

Meyer G et al. *N Engl J Med* 2014; 370: 1402–11.

Abstract

Background: The role of fibrinolytic therapy in patients with intermediate-risk pulmonary embolism is controversial.

Methods: In a randomized, double-blind trial, we compared tenecteplase plus heparin with placebo plus heparin in normotensive patients with intermediate-risk pulmonary embolism. Eligible patients had right ventricular dysfunction on echocardiography or computed tomography, as well as myocardial injury as indicated by a positive test for cardiac troponin I or troponin T. The primary outcome was death or hemodynamic decompensation (or collapse) within 7 days after randomization. The main safety outcomes were major extracranial bleeding and ischemic or hemorrhagic stroke within 7 days after randomization.

Results: Of 1006 patients who underwent randomization, 1005 were included in the intention-to-treat analysis. Death or hemodynamic decompensation occurred in 13 of 506 patients (2.6%) in the tenecteplase group as compared with 28 of 499 (5.6%) in the placebo group (odds ratio, 0.44; 95% confidence interval, 0.23 to 0.87; $P = 0.02$). Between randomization and day 7, a total of 6 patients (1.2%) in the tenecteplase group and 9 (1.8%) in the placebo group died ($P = 0.42$). Extracranial bleeding occurred in 32 patients (6.3%) in the tenecteplase group and 6 patients (1.2%) in the placebo group ($P < 0.001$). Stroke occurred in 12 patients (2.4%) in the tenecteplase group and was hemorrhagic in 10 patients; 1 patient (0.2%) in the placebo group had a stroke, which was hemorrhagic ($P = 0.003$). By day 30, a total of 12 patients (2.4%) in the tenecteplase group and 16 patients (3.2%) in the placebo group had died ($P = 0.42$).

Conclusions: In patients with intermediate-risk pulmonary embolism, fibrinolytic therapy prevented hemodynamic decompensation but increased the risk of major hemorrhage and stroke. (Funded by the Programme Hospitalier de Recherche Clinique in France and others; PEITHO EudraCT number, 2006-005328-18; ClinicalTrials.gov number, NCT00639743).

Kommentar

Lungenembolien zählen zu den häufigsten kardiovaskulären Notfällen und können sich klinisch sehr unterschiedlich präsentieren. Etwa ein Fünftel der Patienten fällt in eine intermediäre Risikogruppe, die sich zwar initial hämodynamisch stabil präsentiert, aber Zeichen einer Rechtsherzbelastung (bestimmt durch Herz-Echo, CT oder Laborwerte) aufweist. Bisher war unklar, ob hier eine fibrinolytische Therapie additiv zur Standard-Antikoagulation mit Heparin einen Nutzen in

Bezug auf die Entwicklung eines Rechtsherzversagens bzw. einer Kreislaufinstabilität bringt. Diese Frage wurde in der doppelblinden, randomisierten PEITHO-Studie an 1006 Patienten mit akuter Lungenembolie in 13 europäischen Ländern untersucht. Zwar konnte in der Behandlungsgruppe mit Tenecteplase (einmaliger, gewichtsadaptierter intravenöser Bolus) und Heparin im Vergleich zu Heparin alleine eine Reduktion des primären Endpunktes (Tod oder hämodynamische Dekompensation nach 7 Tagen) erreicht werden. Die 56%-Risikoreduktion war in erster Linie durch eine Verminderung von Kreislaufkomplikationen bedingt, kein Unterschied ergab sich für die Zahl der Todesfälle. Allerdings kam es in der Fibrinolyse-Gruppe zum vermehrten Auftreten von Blutungskomplikationen inklusive einer Zunahme von intrakraniellen Blutungen. Eine höhere Blutungsrate zeigte sich insbesondere bei älteren Patienten > 75 Jahre. Hier könnte eventuell eine Dosisreduktion des Fibrinolytikums zielführend sein, dies wurde aber in der PEITHO-Studie nicht untersucht.

Praxisrelevanz

Eine fibrinolytische Therapie bei hämodynamisch stabilen Patienten mit akuter Lungenembolie und Rechtsherzbelastung zeigt zwar einen Nutzen in Hinblick auf die Verhinderung einer anschließenden hämodynamischen Verschlechterung, doch kommt es auch vermehrt zur Blutungskomplikationen. Daher kann keine allgemeine Empfehlung zur Fibrinolyse in diesem Patientenkollektiv ausgesprochen werden. Es muss weiterhin eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abschätzung erfolgen.

◆ ◆ ◆

■ A Controlled Trial of Renal Denervation for Resistant Hypertension

Bhatt DL et al. *N Engl J Med* 2014; 370: 1402–11.

Abstract

Background: Prior unblinded studies have suggested that catheter-based renal-artery denervation reduces blood pressure in patients with resistant hypertension.

Methods: We designed a prospective, single-blind, randomized, sham-controlled trial. Patients with severe resistant hypertension were randomly assigned in a 2:1 ratio to undergo renal denervation or a sham procedure. Before randomization, patients were receiving a stable antihypertensive regimen involving maximally tolerated doses of at least three drugs, including a diuretic. The primary efficacy end point was the change in office systolic blood pressure at 6 months; a secondary efficacy end point was the change in mean 24-hour ambulatory systolic blood pressure. The pri-

mary safety end point was a composite of death, end-stage renal disease, embolic events resulting in end-organ damage, renovascular complications, or hypertensive crisis at 1 month or new renal-artery stenosis of more than 70% at 6 months.

Results: A total of 535 patients underwent randomization. The mean ($\pm$ SD) change in systolic blood pressure at 6 months was -14.13 ± 23.93 mmHg in the denervation group as compared with -11.74 ± 25.94 mmHg in the sham-procedure group ($P < 0.001$ for both comparisons of the change from baseline), for a difference of -2.39 mmHg (95% confidence interval [CI], -6.89 to 2.12 ; $P = 0.26$ for superiority with a margin of 5 mm Hg). The change in 24-hour ambulatory systolic blood pressure was -6.75 ± 15.11 mmHg in the denervation group and -4.79 ± 17.25 mmHg in the sham-procedure group, for a difference of -1.96 mmHg (95% CI, -4.97 to 1.06 ; $P = 0.98$ for superiority with a margin of 2 mmHg). There were no significant differences in safety between the two groups.

Conclusions: This blinded trial did not show a significant reduction of systolic blood pressure in patients with resistant hypertension 6 months after renal-artery denervation as compared with a sham control. (Funded by Medtronic; SYMPPLICITY HTN-3 ClinicalTrials.gov number, NCT01418261).

Kommentar

Die katheterbasierte renale Sympathikusablation/Denervation zur Behandlung der therapierefraktären arteriellen Hypertonie erzielte in ersten, kleineren Studien sehr gute Ergebnisse in Hinblick auf eine Blutdrucksenkung. Weiters wurden auch andere, nicht mit dem Blutdruck assoziierte positive Effekte (auf Schlafapnoe, Herzrhythmusstörungen, Glukosestoffwechsel, arterielle Gefäßsteifigkeit) postuliert. Vor diesem Hintergrund waren die negativen Ergebnisse der ersten, randomisierten Studie mit „Scheinoperation“ besonders überraschend. In die SYMPPLICITY-HTN-3-Studie wurden 535 Patienten eingeschlossen, die trotz mehrfach-antihypertensiver Therapie (im Schnitt über 5 Medikamente, Diuretikum verpflichtend) erhöhte Blutdruckwerte sowohl bei der Messung in der Arztpraxis (> 160 mmHg systolisch) als auch in der 24-h-Blutdruckmessung aufwiesen. Es erfolgte eine 2:1-Randomisierung und 364 Patienten erhielten tatsächlich eine renale Denervation. In beiden Gruppen kam es zu einem Absinken des Blutdrucks im Beobachtungszeitraum, sodass kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden wurde (systolische Blutdruckdifferenz zwischen den Gruppen: 2,4 mmHg, 95 %-CI $-6,89$ – $2,12$ mmHg, $p = 0,26$). Dieses Ergebnis spricht auch für die sehr gute medikamentöse Betreuung im Rahmen der Studie. Es konnte keine Subgruppe identifiziert werden, in der die renale Denervation überlegen war. In Bezug auf die Sicherheit des Eingriffs gab es keine Unterschiede für Komplikationen zwischen den Gruppen.

Zeitgleich wurden im Rahmen des Jahreskongresses des American College of Cardiology Daten aus dem großen Simplicity-Register (ohne Kontrollgruppe) zur renalen Sympathikusblockade präsentiert. Bei > 1000 Patienten lagen bereits Daten aus der 6-Monats-Nachbeobachtung vor und hier zeigte sich, dass die Blutdrucksenkung vom Ausgangswert abhängig

war. Die Hälfte der Patienten hatte einen Ausgangsblutdruck > 160 mmHg systolisch, hier sank der Blutdruck im Schnitt nach 6 Monaten um 21,6 mmHg, während Patienten mit niedrigerem Ausgangswert nur einen geringen oder keinen Effekt hatten. Interessanterweise war der im Register beobachtete Effekt deutlich höher als in der randomisierten Studie. Als mögliche Ursachen werden die höhere Expertise der teilnehmenden Zentren bzw. auch unterschiedliche Patientenkollektive diskutiert.

Praxisrelevanz

Nach den enttäuschenden Ergebnissen der SYMPPLICITY-HTN-3 Studie ist der künftige Stellenwert der renalen Denervation in der Behandlung der therapieresistenten arteriellen Hypertonie fraglich. Potenzielle Patienten sollten über die negativen Studienergebnisse informiert werden. Weitere Behandlungen sollten im Rahmen von Registern oder in Studien erfolgen, um mehr Informationen über die Effektivität des Verfahrens zu gewinnen.



■ Changes in coffee intake and subsequent risk of type 2 diabetes: three large cohorts of US men and women

Bhupathiraju SN et al. Diabetologia 2014 [Epub ahead of print].

Abstract

Aims/Hypothesis: Coffee and tea consumption has been associated with a lower type 2 diabetes risk but little is known about how changes in coffee and tea consumption influence subsequent type 2 diabetes risk. We examined the associations between 4 year changes in coffee and tea consumption and risk of type 2 diabetes in the subsequent 4 years.

Methods: We prospectively followed 48,464 women in the Nurses' Health Study (NHS; 1986–2006), 47,510 women in NHS II (1991–2007) and 27,759 men in the Health Professionals Follow-up Study (HPFS; 1986–2006). Diet was assessed every 4 years using a validated food-frequency questionnaire. Self-reported cases of incident type 2 diabetes were validated by supplementary questionnaires.

Results: During 1,663,319 person-years of follow-up, we documented 7,269 cases of incident type 2 diabetes. Participants who increased their coffee consumption by more than 1 cup/day (median change = 1.69 cups/day) over a 4 year period had an 11% (95%-CI: 3%, 18%) lower risk of type 2 diabetes in the subsequent 4 years compared with those who made no changes in consumption. Participants who decreased their coffee intake by more than 1 cup/day (median change = -2 cups/day) had a 17% (95%-CI: 8%, 26%) higher risk for type 2 diabetes. Changes in tea consumption were not associated with type 2 diabetes risk.

Conclusions/Interpretation: Our data provide novel evidence that increasing coffee consumption over a 4 year period is associated with a lower risk of type 2 diabetes, while decreasing coffee consumption is associated with a higher risk of type 2 diabetes in subsequent years.

Kommentar

In mehreren rezenten Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass ein mäßiger Kaffeekonsum wahrscheinlich keine schädlichen Wirkungen, sondern im Gegenteil positive Effekte im Hinblick auf kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität, neurodegenerative Erkrankungen und Diabetesrisiko zu haben scheint. In dieser Analyse von Daten aus 3 großen prospektiven Beobachtungsstudien wurde diese Evidenz nun dahingehend erweitert, dass durch wiederholte Befragungen der Teilnehmer der Effekt von Änderungen im Kaffeekonsum untersucht werden konnte. Das Studiendesign ist insbesondere interessant, da randomisierte Studien im Bereich der Ernährung kaum oder nur sehr schwer durchführbar sind.

Teilnehmer, die über einen Zeitraum von 4 Jahren ihren Kaffeekonsum erhöht hatten, hatten in den folgenden 4 Jahren ein um 11 % geringeres Risiko, einen Diabetes zu entwickeln, im Vergleich zu Personen, die ihren Konsum nicht geändert hatten. Personen, die im Schnitt 3 oder mehr Tassen koffeinierten

Kaffee pro Tag tranken und ihren Konsum nicht veränderten, hatten ein um 37 % geringeres Risiko, einen Diabetes zu entwickeln als Personen, die kaum Kaffee zu sich nahmen.

Praxisrelevanz

Die Studie gibt wieder einen Hinweis für protektive Effekte von Kaffeekonsum in Bezug auf das Diabetesrisiko. Allerdings sind die genauen Mechanismen weiterhin unklar und sollten in weiteren Studien untersucht werden, bevor diesbezügliche Empfehlungen abgeleitet werden können.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Sabine Steiner

Abteilung Angiologie

Universitätsklinik für Innere Medizin II, AKH-Wien

A-1090 Wien

Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: sabine.m.steiner@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