

Gefäßmedizin

Zeitschrift für

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

News-Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2015;

12 (3), 26-27

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 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

News-Screen

S. Steiner

Aus der Abteilung für Interventionelle Angiologie, Universitätsklinikum Leipzig

■ Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction

Bonaca, MP. et al. NEJM 2015; 372: 1791–800.

Abstract

Background: The potential benefit of dual antiplatelet therapy beyond 1 year after a myocardial infarction has not been established. We investigated the efficacy and safety of ticagrelor, a P2Y receptor antagonist with established efficacy after an acute coronary syndrome, in this context.

Methods: We randomly assigned, in a double-blind 1:1:1 fashion, 21,162 patients who had had a myocardial infarction 1 to 3 years earlier to ticagrelor at a dose of 90 mg twice daily, ticagrelor at a dose of 60 mg twice daily, or placebo. All the patients were to receive low-dose aspirin and were followed for a median of 33 months. The primary efficacy end point was the composite of cardiovascular death, myocardial infarction, or stroke. The primary safety end point was Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) major bleeding.

Results: The two ticagrelor doses each reduced, as compared with placebo, the rate of the primary efficacy end point, with Kaplan–Meier rates at 3 years of 7.85% in the group that received 90 mg of ticagrelor twice daily, 7.77% in the group that received 60 mg of ticagrelor twice daily, and 9.04% in the placebo group (hazard ratio for 90 mg of ticagrelor vs. placebo, 0.85; 95% confidence interval [CI], 0.75 to 0.96; $p = 0.008$; hazard ratio for 60 mg of ticagrelor vs. placebo, 0.84; 95% CI, 0.74 to 0.95; $p = 0.004$). Rates of TIMI major bleeding were higher with ticagrelor (2.60% with 90 mg and 2.30% with 60 mg) than with placebo (1.06%) ($p < 0.001$ for each dose vs. placebo); the rates of intracranial hemorrhage or fatal bleeding in the three groups were 0.63%, 0.71%, and 0.60%, respectively. **Conclusions:** In patients with a myocardial infarction more than 1 year previously, treatment with ticagrelor significantly reduced the risk of cardiovascular death, myocardial infarction, or stroke and increased the risk of major bleeding. (Funded by AstraZeneca; PEGASUS-TIMI 54 ClinicalTrials.gov number, NCT01225562.)

Kommentar

In der rezent präsentierten PEGASUS-Studie wurde neuerlich das Konzept der dualen Antiplättchen-Therapie zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos untersucht. Dafür wurden > 21.000 Patienten, bei denen ein Herzinfarkt zwischen 1–3 Jahre zurücklag, in drei Gruppen randomisiert. Eine Gruppe erhielt zusätzlich zur Standardtherapie mit niedrig dosierter ASS Placebo, die beiden anderen Gruppen den P2Y₁₂-Rezeptorantagonisten Ticagrelor in zwei verschiedenen Dosierungen (90 mg bzw. 60 mg 2 × tgl.).

Nach im Schnitt drei Jahren Therapiedauer konnte eine signifikante Reduktion des primären Endpunktes Re-Infarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulärer Tod durch die Gabe von Ticagrelor in beiden Gruppen in Vergleich zur Placebo erreicht werden (relative Risikoreduktion 15 bzw. 16 %). Allerdings kam es durch die zusätzliche Gabe eines weiteren Thrombozytenaggregationshemmers auch zum Anstieg schwerer Blutungen (1,06 % unter Placebo, 2,6 % unter 2 × 60 mg Ticagrelor, 2,3 % unter 2–60 mg Ticagrelor).

Praxisrelevanz

Eine duale Thrombozytenaggregationshemmung für Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko nach der Frühphase (d. h. > 1 Jahr) nach Myokardinfarkt kann aufgrund des erhöhten Blutungsrisikos mit Ticagrelor nicht generell empfohlen werden. Vielmehr muss auch hier eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung erfolgen.

◆ ◆ ◆

■ Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection

Pape LA et al. J Am Coll Cardiol 2015; 66: 350–8.

Abstract

Background: Diagnosis, treatment, and outcomes of acute aortic dissection (AAS) are changing.

Objectives: This study examined 17-year trends in the presentation, diagnosis, and hospital outcomes of AAD from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD).

Methods: Data from 4,428 patients enrolled at 28 IRAD centers between December 26, 1995, and February 6, 2013, were analyzed. Patients were divided according to enrollment date into 6 equal groups and by AAD type: A ($n = 2,952$) or B ($n = 1,476$).

Results: There was no change in the presenting complaints of severe or worst-ever pain for type A and type B AAD (93% and 94%, respectively), nor in the incidence of chest pain (83% and 71%, respectively). Use of computed tomography (CT) for diagnosis of type A increased from 46% to 73% ($p < 0.001$). Surgical management for type A increased from 79% to 90% ($p < 0.001$). Endovascular management of type B increased from 7% to 31% ($p < 0.001$). Type A in-hospital mortality decreased significantly (31% to 22%; $p < 0.001$), as surgical mortality (25% to 18%; $p = 0.003$). There was no significant trend in in-hospital mortality in type B (from 12% to 14%).

Conclusions: Presenting symptoms and physical findings of AAD have not changed significantly. Use of chest CT increased for type A. More patients in both groups were managed with interventional procedures: surgery in type A and endovascular therapy in type B. A significant decrease in overall in-hospital mortality was seen for type A but not for type B.

Kommentar

Im Rahmen einer Kohortenstudie wurden hier Daten von > 4400 Patienten aus 28 internationalen Zentren ausgewertet, die zwischen 1996 und 2013 aufgrund einer akuten Aortendissektion behandelt wurden. Bei 2952 Patienten wurde eine Typ-A- (nach Stanford), bei 1476 Patienten eine Typ-B-Dissektion diagnostiziert. Im untersuchten Zeitraum konnte eine signifikante Reduktion der Mortalität für Patienten mit Typ-A-Dissektion von 31 auf 22 % gezeigt werden. In erster Linie war dies auf eine gesenkte intraoperative Sterblichkeit zurückzuführen. Bei Typ-B-Dissektion-Patienten zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Mortalität während des Klinikaufenthaltes (Anstieg von 12 auf 14 %). Insbesondere bei Patienten mit Typ-B-Dissektion nahmen endovaskuläre Eingriffe signifikant zu (von 7 auf 31 %).

Praxisrelevanz

Die Autoren unterstreichen, dass es sich hier um Zahlen aus spezialisierten Zentren handelt und fordern, dass möglichst viele Patienten (auch bei initial unkomplizierter Typ-B-Dissektion) an Zentren mit ausreichender Expertise in der konservativen, offenen und endovaskulären Therapie dieses komplexen Krankheitsbildes versorgt werden.



■ Trial of a Paclitaxel-Coated Balloon for Femoropopliteal Artery Disease

Rosenfield K et al. NEJM 2015; 373: 145–53.

Abstract

Background: The treatment of peripheral artery disease with percutaneous transluminal angioplasty is limited by the occurrence of vessel recoil and restenosis. Drug-coated angioplasty balloons deliver antiproliferative agents directly to the artery, potentially improving vessel patency by reducing restenosis.

Methods: In this single-blind, randomized trial conducted at 54 sites, we assigned, in a 2:1 ratio, 476 patients with symptomatic intermittent claudication or ischemic pain while at rest and angiographically significant atherosclerotic lesions to angioplasty with a paclitaxel-coated balloon or to standard angioplasty. The primary efficacy end point was primary patency of the target lesion at 12 months (defined as freedom from binary restenosis or from the need for target-lesion revascularization). The primary safety end

point was a composite of freedom from perioperative death from any cause and freedom at 12 months from limb-related death (i.e., death from a medical complication related to a limb), amputation, and reintervention.

Results: The two groups were well matched at baseline; 42.9% of the patients had diabetes, and 34.7% were current smokers. At 12 months, the rate of primary patency among patients who had undergone angioplasty with the drug-coated balloon was superior to that among patients who had undergone conventional angioplasty (65.2% vs. 52.6%; $p = 0.02$). The proportion of patients free from primary safety events was 83.9% with the drug-coated balloon and 79.0% with standard angioplasty ($p = 0.005$ for noninferiority). There were no significant between-group differences in functional outcomes or in the rates of death, amputation, thrombosis, or reintervention.

Conclusions: Among patients with symptomatic femoropopliteal peripheral artery disease, percutaneous transluminal angioplasty with a paclitaxel-coated balloon resulted in a rate of primary patency at 12 months that was higher than the rate with angioplasty with a standard balloon. The drug-coated balloon was noninferior to the standard balloon with respect to safety. (Funded by Lutonix–Bard; LEVANT 2 ClinicalTrials.gov number, NCT01412541.)

Kommentar

Die Publikation der LEVANT-2-Studie unterstreicht die Wirksamkeit von Paclitaxel-freisetzenden Ballons bei der endovaskulären Behandlung von femoropoplitealen Stenosen. Die hier vorgestellte Studie untersuchte die Wirksamkeit des Lutonix-drug-coated Ballons (DCB) versus Standard-Ballon-Angioplastie bei 476 Patienten mit symptomatischer PAVK und femoropoplitealer Stenose, die im Verhältnis 2:1 randomisiert wurden. Die primäre Offenheitsrate war signifikant besser bei Verwendung eines DCB nach einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr. Weiters zeigte sich kein Unterschied in Bezug auf die Sicherheit des DCB versus Standardballons.

Praxisrelevanz

Nach der Publikation der positiven Ergebnisse mit dem In.Pact-DCB wurde nun dieses Therapiekonzept auch mit dem Lutonix-DCB in einer großen, randomisierten Studie bestätigt. Allerdings fehlen direkte Vergleichsstudien zwischen verschiedenen DCB und es muss auch hervorgehoben werden, dass in erster Linie weniger komplexe, femoropopliteale Läsionen (TASC A und B) behandelt worden sind.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Sabine Steiner

Abteilung für Interventionelle Angiologie

Universitätsklinikum Leipzig

D-04103 Leipzig, Liebigstraße 18

E-Mail: sabine.steiner@medizin.uni-leipzig.de

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