Zeitschrift für
Gefäßmedizin

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

News-Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2022;

19 (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

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

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*

Do_036_0325_Ins

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 hydrolysierter 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

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

S. Steiner

Aus der Klinik und Poliklinik für Angiologie, Universität Leipzig

Five-Year outcomes of the Danish Cardiovascular Screening (DANCAVAS) Trial

Lindholt JS, et al. N Engl J Med 2022; 387: 1385–94.

Abstract

Background: Limited data suggest a benefit of population-based screening for cardiovascular disease with respect to the risk of death.

Methods: We performed a population-based, parallel-group, randomized, controlled trial involving men 65 to 74 years of age living in 15 Danish municipalities. The participants were randomly assigned in a 1:2 ratio to undergo screening (the invited group) or not to undergo screening (the control group) for subclinical cardiovascular disease. Randomization was based on computer-generated random numbers and stratified according to municipality. Only the control group was unaware of the trial-group assignments. Screening included noncontrast electrocardiography-gated computed tomography to determine the coronary-artery calcium score and to detect aneurysms and atrial fibrillation, ankle–brachial blood-pressure measurements to detect peripheral artery disease and hypertension, and a blood sample to detect diabetes mellitus and hypercholesterolemia. The primary outcome was death from any cause.

Results: A total of 46,611 participants underwent randomization. After exclusion of 85 men who had died or emigrated before being invited to undergo screening, there were 16,736 men in the invited group and 29,790 men in the control group; 10,471 of the men in the invited group underwent screening (62.6%). In intention-to-treat analyses, after a median follow-up of 5.6 years, 2106 men (12.6%) in the invited group and 3915 men (13.1%) in the control group had died (hazard ratio, 0.95; 95% confidence interval [CI], 0.90 to 1.00; P=0.06). The hazard ratio for stroke in the invited group, as compared with the control group, was 0.93 (95% CI, 0.86 to 0.99); for myocardial infarction, 0.91 (95% CI, 0.81 to 1.03); for aortic dissection, 0.95 (95% CI, 0.61 to 1.49); and for aortic rupture, 0.81 (95% CI, 0.49 to 1.35). There were no significant between-group differences in safety outcomes.

Conclusions: After more than 5 years, the invitation to undergo comprehensive cardiovascular screening did not significantly reduce the incidence of death from any cause among men 65 to 74 years of age. (Funded by the Southern Region of Denmark and others; DANCAVAS ISRCTN Registry number, ISRCTN12157806. opens in new tab.)

Praxisrelevanz

Das kardiovaskuläre Screening inklusive eines Herz-CT mit Bestimmung des Kalzium-Scores reduzierte in der Interventions-Gruppe mit Screening zwar numerisch die Gesamtmortalität, eine statistische Signifikanz wurde jedoch knapp verfehlt. Daher bleibt ein solches Vorgehen weiterhin umstritten, auch wenn sich in der Subgruppe der Studienteilnehmer < 70 Jahren ein signifikanter Benefit zeigte.

Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention

Castellano JM, et al. N Engl J Med 2022; 387: 967–77.

Abstract

Background: A polypill that includes key medications associated with improved outcomes (aspirin, angiotensin-converting-enzyme [ACE] inhibitor, and statin) has been proposed as a simple approach to the secondary prevention of cardiovascular death and complications after myocardial infarction.

Methods: In this phase 3, randomized, controlled clinical trial, we assigned patients with myocardial infarction within the previous 6 months to a polypill-based strategy or usual care. The polypill treatment consisted of aspirin (100 mg), ramipril (2.5, 5, or 10 mg), and atorvastatin (20 or 40 mg). The primary composite outcome was cardiovascular death, nonfatal type 1 myocardial infarction, nonfatal ischemic stroke, or urgent revascularization. The key secondary end point was a composite of cardiovascular death, nonfatal type 1 myocardial infarction, or nonfatal ischemic stroke.

Results: A total of 2499 patients underwent randomization and were followed for a median of 36 months. A primary-outcome event occurred in 118 of 1237 patients (9.5%) in the polypill group and in 156 of 1229 (12.7%) in the usual-care group (hazard ratio, 0.76; 95% confidence interval [CI], 0.60 to 0.96; p = 0.02). A key secondary-outcome event occurred in 101 patients (8.2%) in the polypill group and in 144 (11.7%) in the usual-care group (hazard ratio, 0.70; 95% CI, 0.54 to 0.90; p = 0.005). The results were consistent across prespecified subgroups. Medication adherence as reported by the patients was

Praxisrelevanz

Das Polypill-Konzept bestehend aus Aspirin, Statin und ACE-Hemmer hat in dieser Studie nach Myokardinfarkt einen signifikanten Vorteil gegenüber einer Standardtherapie gezeigt. Dieses Konzept könnte in der Zukunft auch große Vorteile für Patienten mit symptomatischer PAVK bieten, da hier weiterhin das kardiovaskuläre Risikofaktorenmanagement häufig unzureichend ist.

higher in the polypill group than in the usual-care group. Adverse events were similar between groups.
Conclusions: Treatment with a polypill containing aspirin, ramipril, and atorvastatin within 6 months after myocardial infarction resulted in a significantly lower risk of major adverse cardiovascular events than usual care. (Funded by the European Union Horizon 2020; SECURE ClinicalTrials.gov number, NCT02596126. opens in new tab; EudraCT number, 2015-002868-17. opens in new tab.)

Surgery or endovascular therapy for chronic limb-threatening ischemia

Farber A, et al. N Engl J Med 2022. doi: 10.1056/NEJMoa2207899. Online ahead of print.

Abstract

Background: Patients with chronic limb-threatening ischemia (CLTI) require revascularizationto improve limb perfusion and thereby limit the risk of amputation. It is uncertain whether an initial strategy of endovascular therapy or surgical revascularization for CLTI is superior for improving limb outcomes.
Methods: In this international, randomized trial, we enrolled 1830 patients with CLTI and infrainguinal peripheral artery disease in two parallel-cohort trials. Patients who had a single segment of great saphenous vein that could be used for surgery were assigned to cohort 1. Patients who needed an alternative bypass conduit were assigned to cohort 2. The primary outcome was a composite of a major adverse limb event – which was defined as amputation above the ankle or a major limb reintervention (a new bypass graft or graft revision, thrombectomy, or thrombolysis) – or death from any cause.
Results: In cohort 1, after a median follow-up of 2.7 years, a primary-outcome event occurred in 302 of 709 patients (42.6%) in the surgical group and in 408 of 711 patients (57.4%) in the endovascular group (hazard ratio, 0.68; 95% confidence interval [CI], 0.59 to 0.79; $p < 0.001$). In cohort 2, a primary-outcome event occurred in 83 of 194 patients (42.8%) in the surgical group and in 95 of 199 patients (47.7%) in the endovascular group (hazard ratio, 0.79; 95% CI, 0.58 to 1.06; $p = 0.12$) after a median follow-up of 1.6 years. The incidence of adverse events was similar in the two groups in the two cohorts.
Conclusions: Among patients with CLTI who had an adequate great saphenous vein for surgical revascularization (cohort 1), the incidence of a major adverse limb event or death was significantly lower in the surgical group than in the endovascular group. Among the patients who lacked an adequate saphenous vein conduit (cohort 2), the outcomes in the two groups were similar. (Funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute; BEST-CLI ClinicalTrials.gov number, NCT02060630.)

Praxisrelevanz

Die Ergebnisse dieser seit Langem erwarteten Studie zeigen einen Vorteil der gefäßchirurgischen Revaskularisation gegenüber der endovaskulären Behandlung bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie, wenn gutes Venenmaterial verfügbar ist. Im Gegensatz zu der Studienpopulation mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren sind Patienten mit kritischer Extremitätenischämie in der klinischen Routinepraxis jedoch häufig deutlich älter und weisen ausgeprägte Begleiterkrankungen auf, was einen chirurgischen Ansatz oft erschwert. Auffallend war auch die hohe primäre technische Versagerquote in der endovaskulären Gruppe, die in Expertenzentren normalerweise viel niedriger ist. In Bezug auf die Lebensqualität gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Korrespondenzadresse:
Prof. PD Dr. Sabine Steiner
Klinik und Poliklinik für Angiologie, Universitätsklinikum Leipzig
D-04103 Leipzig, Liebigstraße 20
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**