

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Für Sie gelesen

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2004;

1 (1), 17-18

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

Für Sie gelesen

Die Redaktion

Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial.

MRC Asymptomatic Carotid Trial (ACST) Collaborative Group. Lancet 2004; 363: 1491–502.

Bei Patienten mit symptomatischen hochgradigen Karotisstenosen konnte der Vorteil der chirurgischen Endarteriektomie (TEA) im Vergleich zu konservativ-medikamentöser Therapie in großen europäischen (ECST) und amerikanischen (NASCET) Studien bereits in den 1990er Jahren belegt werden. Bei der asymptomatischen hochgradigen Karotisstenose zeigte ACAS in den USA ebenfalls einen Vorteil der TEA gegenüber rein medikamentöser Therapie, eine Bestä-

tigung dieser Daten konnte nun in der im Mai publizierten europäischen ACST-Studie erbracht werden. Von 1993 bis 2003 wurden in 128 Zentren 3120 Patienten mit mindestens 6 Monate bestehenden asymptomatischen > 60 % Karotisstenosen zu sofortiger TEA oder medikamentöser Therapie (mit fakultativ TEA im späteren Studienverlauf) randomisiert und bis zu 5 Jahre (im Mittel 3,4 Jahre) bezüglich des Auftretens von Schlaganfall nachbeobachtet. Die medikamentöse Therapie umfaßte Aspirin, Antihypertensiva und Statine in unterschiedlichem Ausmaß. Jährlich hatten im weiteren Studienverlauf etwa 4 % der initial medikamentös behandelten Patienten eine TEA. Das 30-Tage-Schlaganfallrisiko nach TEA war 3,1 %. Das 5-Jahre-Schlaganfallrisiko war mit 6,4 % nach TEA signifikant niedriger als unter initial medikamentöser Behandlung (11,8 %), insbesondere war das Risiko eines schwe-

ren Schlaganfalles mit 3,5 % nach TEA niedriger als unter medikamentöser Therapie (6,1 %). Dies wurde gleichermaßen bei Männern wie Frauen beobachtet, unabhängig von kardiovaskulären Risikofaktoren sowie bei Stenosengraden kleiner und größer als 80 %, und konnte für alle Patienten unter 75 Jahren bestätigt werden. Zusammenfassend bestätigt ACST den Vorteil einer Karotisrevaskularisation bei asymptomatischen Patienten bezüglich neurologischer Ereignisse im Fünfjahresverlauf. Aufgrund der erhöhten Sterblichkeit bei älteren Patienten war dieser Behandlungsvorteil bei einem Alter über 75 Jahre jedoch nicht mehr signifikant. Als wesentliche Stärke gegenüber der älteren ACAS-Studie, in der Aspirin alleine als medikamentöser Goldstandard definiert war, kann die „modernere“ medikamentöse Therapie in der ACST-Studie angeführt werden.

Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality: The Strong Heart Study.

Resnick HE, Lindsay RS, McDermott M, Devereux RB, Jones KL, Fabsitz RR, Howard BV. Circulation 2004; 109: 733–9.

Die prognostische Wertigkeit eines erniedrigten Doppler-Index ($< 0,9$) als Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit konnte in zahlreichen Personengruppen mit und ohne kardiovaskuläre Begleiterkrankung gezeigt werden. In der rezenten Strong-Heart-Studie wurde erstmals die Bedeutung eines erhöhten Doppler-Index ($> 1,4$) als Ausdruck einer Mediasklerose in Bezug auf Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität untersucht. Die Studie begann 1989, bis 1992 wurden populationsbasiert 4559 amerikanische Indianer inkludiert. Ein erniedrigter Doppler-Index ($< 0,9$) wurde bei 216 (4,9 %), ein erhöhter Doppler-Index ($> 1,4$) bei 404 Personen (9,2 %) gefunden, beides vor allem in Zusammenhang mit Diabetes, Albuminurie und Hypertonie. In der Beobachtungszeit bis 1999 verstarben 1022 Personen (23,3 %), davon wurden 272 (26,6 %) als kardiovaskuläre Todesfälle gewertet. Sowohl ein erniedrigter wie auch ein erhöhter Doppler-Index waren mit einem signifikant erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden (1,7- und 1,8fach) sowie mit einem deutlich erhöhten Risiko für kardiovaskulären Tod (2,5- und 2,6fach). Die Strong-Heart-Studie zeigte eindrucksvoll, daß zwischen (kardiovaskulärer) Mortalität und Doppler-Index ein U-förmiger Zusammenhang besteht: Sowohl ein erniedrigter als auch ein erhöhter Doppler-Index ist mit erhöhtem Sterblichkeitsrisiko assoziiert. Das niedrigste Risiko fand sich bei einem Doppler-Index zwischen 1,1 und 1,4 – Werte, die in dieser Studie als Normalwertgrenzen bestätigt werden.

Statin therapy improves cardiovascular outcome of patients with peripheral artery disease.

Schillinger M, Exner M, Mlekusch W, Amighi J, Sabeti S, Muellner M, Rumpold H, Wagner O, Minar E. Eur Heart J 2004; 25: 742–8.

In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß HMG-CoA-Enzym-Inhibitoren (Statine) die Rate kardiovaskulärer Ereignisse sowohl bei Personen mit subklinischer Atherosklerose wie auch bei Patienten mit bekannter Gefäßerkrankung senken können. Wir untersuchten an 515 Patienten mit fortgeschrittener peripherer arterieller Verschlusskrankheit den Zusammenhang

zwischen Statintherapie, Entzündungsgeschehen und kardiovaskulären Ereignissen (Myokardinfarkt und Tod) in einem mittleren Beobachtungszeitraum von 21 Monaten. Patienten mit mindestens 4wöchiger Statintherapie hatten signifikant niedrigere Laborwerte inflammatorischer Parameter (C-reaktives Protein, Serum-Amyloid A, Fibrinogen, Neutrophile Granulozyten) im Vergleich zu Patienten ohne Vorbehandlung mit Statinen, und eine etwa um die Hälfte reduzierte Anzahl von Tod und Myokardinfarkt, unabhängig vom Ausgangslipidprofil. Dieser Behandlungsvorteil wurde vor allem bei Patienten mit initial hoher entzündlicher Aktivität (hs-CRP $> 0,42$ mg/dl) beobachtet, während Patienten mit niedrigen CRP-Werten deutlich weniger von der Statintherapie profitierten.

♦ ♦ ♦

Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension after pulmonary embolism.

Pengo V, Lensing AW, Prins MH, Marchiori A, Davidson BL, Tiozzo F, Albanese P, Biasiolo A, Pegoraro C, Iliceto S, Prandoni P; Thromboembolic Pulmonary Hypertension Study Group. N Engl J Med 2004; 350: 2257–64.

Die Entwicklung einer chronischen thromboembolischen pulmonalen Hypertonie (CTPH) wird als relativ seltene – allerdings mit beträchtlicher Morbidität und Mortalität einhergehende – Komplikation einer Pulmonalembolie angesehen. Exakte Inzidenzzahlen und Informationen über den zeitlichen Verlauf lagen bisher allerdings kaum vor. In dieser Arbeit wurde im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie (mediane Nachbeobachtungsdauer: 8 Jahre) die Inzidenz einer symptomatischen CTPH bei 223 Patienten mit erstmalig aufgetretener Pulmonalembolie untersucht. Bei Auftreten einer durch andere Ursachen nicht erklärbaren Dyspnoe wurde eine transthorakale Echokardiographie und in weiterer Folge eine Ventilations-Perfusions-Szintigraphie und Pulmonalisangiographie mit direkter Druckmessung durchgeführt. Eine CTPH wurde bei einem systolischen Pulmonalarterien- > 40 mmHg und einem Mitteldruck > 25 mmHg bei gleichzeitigem Vorliegen typischer angiographischer Veränderungen angenommen. Die kumulative Inzidenz einer CTPH betrug nach 6 Monaten 1 %, nach 12 Monaten 3,1 % und nach 2 Jahren 3,8 %; danach traten keine weiteren Fälle auf. Das Auftreten eines Rezidivs einer PE war mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer CTPH assoziiert.

In einem Kommentar zu dieser Arbeit weist Irene Lang (Abteilung Kardiologie, AKH-Wien) darauf hin, daß das initiale throm-

boembolische Ereignis bei der Mehrzahl der Patienten mit CTPH asymptomatisch ist (in ihrer eigenen Studie war dies bei 63 % der Patienten der Fall).

Fondaparinux or enoxaparin for the initial treatment of symptomatic deep venous thrombosis.

Büller HR, Davidson BL, Decousus H, Gallus A, Gent M, Piovello F, Prins MH, Raskob G, Segers AEM, Cariou R, Leeuwenkamp O, Lensing AWA, The Matisse Investigators. Ann Intern Med 2004; 140: 867–73.

Fondaparinux, ein synthetisches Pentasaccharid (bei uns unter dem Produktnamen Arixtra® im Handel), ist ein selektiver Inhibitor des Faktors Xa. Die Substanz wurde bisher vor allem in der Primärprophylaxe venöser Thromboembolien in der Hüft- und Kniegelenkschirurgie getestet. In dieser multizentrischen (weltweit nahmen 154 Zentren teil) randomisierten Doppelblind-Studie wurde die Wirksamkeit und Sicherheit einer 1× täglichen subkutanen Applikation von 7,5 mg Fondaparinux (F) im Vergleich zu Enoxaparin (E) (2× täglich 1 mg/kg Körpergewicht) bei insgesamt 2205 Patienten mit symptomatischer akuter Beinvenenthrombose untersucht. Die Applikation erfolgte für zumindest 5 Tage bis zur Einstellung der oralen Antikoagulation im therapeutischen Bereich. Innerhalb von 3 Monaten entwickelte sich bei 3,9 % der mit F und bei 4,1 % der mit E behandelten Patienten ein Rezidiv eines thromboembolischen Ereignisses. Größere Blutungskomplikationen waren mit 1,1 % bzw. 1,2 % nicht unterschiedlich, ebenso gab es keinen Unterschied in der Mortalitätsrate (3,8 % bzw. 3,0 %). Somit bestanden in dieser Studie keine Unterschiede zwischen F und E im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit. Als Vorteil von F kann die Möglichkeit der einmal täglichen Gabe einer fixen Dosis (bei starkem Über- oder Untergewicht erfolgte allerdings eine Dosisanpassung) angesehen werden, wodurch die ambulante Therapie erleichtert wird. Ein Nachteil ist allerdings das Fehlen eines spezifischen Antidot.

In einer bereits 2003 erschienenen Arbeit waren die Wirksamkeit und Sicherheit von F im Vergleich zu intravenösem unfractioniertem Heparin in der Initialtherapie bei Patienten mit Pulmonalembolie untersucht worden, wobei ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bestanden. Ein neues Pentasaccharid – nämlich Idraparinux – mit längerer Halbwertszeit und der Notwendigkeit einer nur 1× wöchentlichen Applikation wird derzeit in groß angelegten Studien bei Patienten mit Venenthrombose, Pulmonalembolie und Vorhofflimmern getestet.

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](#)