

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Für Sie gelesen

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2006;

3 (2), 19-20

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, Guargalactomanan (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. Minar, M. Schillinger

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

Mortality and cardiovascular risk across the ankle-arm index spectrum

O'Hare AM, et al. Circulation 2006; 113: 388–93.

Seit Anfang der 1990er Jahre ist nach einer Publikation von Criqui et al. bekannt, daß ein erniedrigter Knöchel-Arm- (Doppler-) Index ein Risikofaktor für Mortalität ist bzw. daß mit zunehmend niedrigerem Dopplerindex eine zunehmend schlechtere kardiovaskuläre Prognose zu erwarten ist. Relativ rezent wurden die Daten der Strong-Heart-Studie publiziert, die zeigten, daß auch ein erhöhter Dopplerindex als Zeichen der Mediasklerose einen Risikofaktor für erhöhte Mortalität darstellt. O'Hare und Mitarbeiter untersuchten bei 5748 Teilnehmern der Cardiovascular Health Study (CHS) – einer großen epidemiologischen Beobachtungsstudie – den Zusammenhang zwischen Dopplerindex, Mortalität und kardiovaskulären Ereignissen. Es zeigte sich, daß bereits Patienten mit einem Dopplerindex von 0,9–1,0 sowie jene Patienten mit einem Index > 1,4 ein etwa eineinhalbfach erhöhtes Mortalitätsrisiko hatten. Mit sinkendem Dopplerindex verschlechterte sich erwartungsgemäß auch die kardiovaskuläre Prognose. Interessanterweise war dieser Zusammenhang bei Männern ausgeprägter als bei Frauen, bei jüngeren Menschen stärker als bei älteren. In Zusammenfassung bestätigt diese Studie, daß ein erniedrigter Dopplerindex sowie auch ein erhöhter Dopplerindex eine Risikoerhöhung für (kardiovaskuläre) Mortalität anzeigt, und daß auch bereits Werte zwischen 0,9 und 1,0 als relevant pathologisch zu werten sind. In Anbetracht der einfachen Methodik zur Berechnung des Dopplerindex soll die Wichtigkeit der Durchführung dieser Untersuchung bei allen Patienten mit Atherosklerose oder Verdacht auf atherosklerotische Erkrankungen betont werden.

◆ ◆ ◆

Effect of intensive versus standard lipid-lowering treatment with atorvastatin on the progression of calcified coronary atherosclerosis over 12 months

Schmermund A et al. Circulation 2006; 113: 427–37.

Zahlreiche Publikationen der letzten Jahre belegten die Effektivität von Statinen für die

Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse. Zuletzt zeigten angiographische Daten mittels intravaskulärem Ultraschall in der REVERSAL-Studie sogar eine Regressionstendenz der koronaren Plaque unter 80 mg Atorvastatin im mittelfristigen Verlauf. Schmermund et al. untersuchten in einer randomisierten und doppelblinden Studie mittels Elektronenbeam-Tomographie an 471 Patienten, ob eine intensivierte Therapie mit 80 mg Atorvastatin im Vergleich zu 10 mg der Substanz die Progression der koronaren Kalzifikation reduzieren kann. Patienten ohne klinische Zeichen einer KHK wurden eingeschlossen und über 12 Monate behandelt. Die LDL-Spiegel wurden in der 80-mg-Atorvastatingruppe signifikant im Schnitt um etwa 20 mg/dL gesenkt, während in der 10-mg-Atorvastatingruppe keine signifikante Reduktion des LDL erzielt werden konnte. Interessanterweise konnte jedoch eine Progression des koronaren Kalzifikationsgrades durch die hochdosierte Atorvastatintherapie nicht aufgehalten oder reduziert werden. Dies ist insofern ernüchternd, als daß eine Therapie mit 80 mg Atorvastatin doch zumindest als eine Annäherung an eine Progressionsprophylaxe bei Atherosklerose galt. Längere Nachbeobachtung der Patienten und Verfolgung von klinischen Ereignissen erscheint hier notwendig.

◆ ◆ ◆

Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Study

Elkind et al. Stroke 2006; 37: 13–9.

Moderater Alkoholkonsum wirkt protektiv gegen koronare Herzkrankheit, wobei hier für verschiedene alkoholische Getränke (Wein wie Bier) positive Daten vorliegen. Widersprüchlich verhält sich die Datenlage hinsichtlich des Auftretens von Schlaganfall unter mäßigem Alkoholkonsum. In der Northern Manhattan Study wurden zwischen 1993 und 2001 3176 Patienten durch einen Zufallsgenerator eingeschlossen, deren Trinkgewohnheiten in 3 Kategorien dokumentiert wurden: kein Alkohol im letzten Jahr; 1 Drink pro Monat bis 2 Drinks pro Tag (moderater Konsum), mehr als 2 Drinks täglich. Die Patienten wurden hinsichtlich des Auftretens von kardiovaskulären Ereignissen inklusive Schlaganfällen nachverfolgt. Es zeigte sich, daß im Vergleich zu Nichttrinkern jene Teilnehmer mit moderatem Konsum ein um je-

weils etwa 30 % reduziertes Risiko für Schlaganfall und andere kardiovaskuläre Ereignisse hatten. Dieser Effekt war geschlechts- und ethniziätsunabhängig. Als Limitation dieser Studie bleibt wie bei allen bisherigen Beobachtungen auf diesem Gebiet zu diskutieren, daß es sich nicht um eine randomisierte Studie handelt, sodaß andere Faktoren den beobachteten Effekt erklären könnten.

◆ ◆ ◆

Balloon angioplasty versus implantation of Nitinol stents in the superficial femoral artery

Schillinger M et al. N Engl J Med 2006; 354: 1879–88.

Die endovaskuläre Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit hat in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt. Allerdings sind die Langzeitergebnisse bei der Behandlung von längerstreckigen Läsionen der Arteria femoralis superficialis (SFA) unbefriedigend geblieben. Durch die Implantation von Stents konnte im Rahmen randomisierter Studien bisher keine Verbesserung der Langzeitergebnisse erzielt werden. Allerdings wurden in diesen Studien vorwiegend sogenannte TASC-A- und -B-Läsionen (das entspricht kurzstreckigen Stenosen und Verschlüssen bis 5 cm) mittels des Wallstent bzw. Palmazstent behandelt. Seit einigen Jahren kommen nunmehr Nitinol- (Nickeltitanium-) Stents zum Einsatz, und der – allerdings nicht im Rahmen randomisierter Studien erhobene – Vergleich hat auf einen deutlichen Vorteil dieser Nitinol-Stents auch bei der Behandlung längerstreckiger Läsionen der AFS hingewiesen. Im Rahmen einer von einer Wiener Arbeitsgruppe im AKH-Wien durchgeführten randomisierten Studie wurde bei 104 PAVK-Patienten die Ballonangioplastie (PTA) – mit sekundärer Stentimplantation bei insuffizientem PTA-Ergebnis – mit der primären Stentimplantation bei der Behandlung längerstreckiger AFS-Läsionen verglichen. In dieser Studie wurde der Absolut-Stent (Fa. Guidant) verwendet. Die mittlere Länge des behandelten Gefäßsegmentes betrug 13,2 cm in der Stentgruppe und 12,7 cm in der PTA-Gruppe.

Ergebnisse

Ein sekundäres Stenting war bei 17/52 Patienten (= 32 %) in der PTA-Gruppe wegen ein-

nes insuffizienten Ergebnisses erforderlich. Nach 6 Monaten betrug die angiographisch dokumentierte Restenoserate 24 % in der Stent- und 43 % in der PTA-Gruppe ($p=0,05$). Nach 12 Monaten lag die duplexsonographisch beurteilte Rezidivrate bei 37 bzw. 63 % ($p=0,01$). Zusätzlich war die maximale Gehstrecke am Laufband nach 6 und 12 Monaten in der Stentgruppe signifikant besser, ebenso wie der dopplersonographisch gemessene ABI (Knöchel-Arm-Index).

Konklusion

Durch die primäre Implantation eines selbstexpandierbaren Nitinol-Stents können bei der Behandlung von längerstreckigen Läsionen der AFS – zumindest mittelfristig bis 12 Monate – sowohl morphologisch als auch klinisch bessere Ergebnisse erzielt werden als mit der bisher empfohlenen Therapie einer Ballonangioplastie mit optionaler sekundärer Stentimplantation.

Ergänzender Kommentar

Natürlich ist es notwendig, diese Ergebnisse im Rahmen weiterer multizentrischer Studien – welche derzeit bereits laufen – sowie an größeren Patientenkollektiven zu bestätigen. Zusätzlich ist eine längerdauernde Nachbeobachtung erforderlich. Da es sich bei der hier zitierten Studie jedoch um die weltweit erste randomisierte Studie zu dieser Fragestellung handelt, wird sie bereits jetzt, kurz nach Publikation im NEJM, bei internationalen Kongressen als „landmark-study“ zitiert.



Carotid artery diameter in men and women and the relation to body and neck size

Krejza J et al. Stroke 2006; 37: 1103–5.

Einleitung

Frauen scheinen ein erhöhtes Komplikationsrisiko im Rahmen einer Karotis-Thrombendarteriektomie zu haben. Dies ist möglicherweise auf eine durchschnittlich geringere Körpergröße und einen damit verbun-

denen schwierigeren Eingriff wegen eines proportional geringeren Gefäßdurchmessers und eines kürzeren Halses zurückzuführen. In dieser Studie wurde daher der Zusammenhang zwischen Geschlecht, Körpergröße, Halsgröße und Karotisdurchmesser untersucht.

Methodik

Die Untersuchungen erfolgten an 500 konsekutiven Patienten (mittl. Alter: 52 Jahre; 61 % Frauen), wobei mittels einer 7,5 MHz-Ultraschallsonde der Durchmesser der Arteria carotis communis (ACC) 15–20 mm unterhalb der Karotisbifurkation und jener der ACI in einem plaquefreien Abschnitt oberhalb des Bulbus gemessen wurden.

Ergebnisse

Die mittleren Durchmesser der ACI ($4,66 \pm 0,78$) sowie der ACC ($6,10 \pm 0,80$) waren bei Frauen signifikant geringer als bei Männern ($5,11 \pm 0,87$ bzw. $6,52 \pm 0,98$). Der bei Frauen geringere Durchmesser fand sich auch unter Berücksichtigung von Alter, Blutdruck, Körper- und Halsgröße.

Konklusion

Frauen haben – unabhängig von anderen Faktoren – einen geringeren Durchmesser der Arteria carotis als Männer. In zukünftigen Karotis-TEA- und Stentstudien sollte analysiert werden, ob eine allenfalls höhere Komplikationsrate bei Frauen mit einem geringeren Gefäßdurchmesser in Zusammenhang steht.



Post-thrombotic syndrome, recurrence, and death 10 years after the first episode of venous thromboembolism treated with warfarin for 6 weeks or 6 months

Schulman S et al. J Thromb Haemost 2006; 4: 734.

Einleitung

Der Einfluß der Dauer einer Antikoagulantientherapie nach venöser Thromboembolie

(VTE) ist in Hinblick auf Langzeitmorbidity und -mortalität unklar. In dieser Studie wurde daher diese Fragestellung im Rahmen einer Langzeitbeobachtung von Patienten untersucht, welche im Rahmen einer früheren randomisierten Studie unterschiedlich lange mit OAK behandelt worden waren [Schulman S et al. N Engl J Med 1995; 332: 1661].

Methodik

Im Rahmen einer multizentrischen randomisierten Studie hatten Patienten nach VTE eine Sekundärprophylaxe mit OAK für 6 Wochen bzw. 6 Monate erhalten. Die ursprünglich für 2 Jahre geplante Nachbeobachtung wurde nunmehr auf 10 Jahre ausgedehnt. Es wurden jährliche Nachkontrollen durchgeführt. Die Todesursachen wurden dem „Swedish Death Registry“ entnommen.

Ergebnisse

Von den ursprünglich 897 randomisierten Patienten konnten 545 im Rahmen der 10-Jahresbeobachtung evaluiert werden. Ein postthrombotisches Syndrom (PTS) hatte sich bei 56,3 % entwickelt, bei 6 % wurde dieses als schwer klassifiziert. Eine Rezidiv-VTE hatte sich bei 29,1 % ereignet. Ein erhöhtes Rezidivrisiko war bei Männern, bei älteren Patienten, bei Vorliegen einer venösen Insuffizienz, bei proximaler Venenthrombose und bei initialem Vorliegen einer Pulmonalembolie zu beobachten. Die beobachtete Mortalität war mit 28,5 % höher als erwartet, mit einer sogenannten standardisierten Inzidenz-Ratio (SIR) von 1,43 (95%-KI 1,28–1,58). Dies war in erster Linie auf eine erhöhte Mortalität an Malignomen (SIR 1,83; 95%-KI 1,44–2,23) und an Myokardinfarkt bzw. Insult (SIR 1,28; 95%-KI 1,00–1,56) zurückzuführen. Die Dauer der OAK hatte keinen signifikanten Einfluß auf das Langzeitergebnis.

Konklusion

Die Morbidity und Mortalität innerhalb der ersten 10 Jahre nach erstmaliger VTE sind hoch und werden durch eine Ausdehnung der Dauer der Sekundärprophylaxe von 6 Wochen auf 6 Monate nicht vermindert.

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](#)