

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Für Sie gelesen

Minar E, Schillinger M

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2011;

8 (2), 22-24

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, Guaragalactomanan (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

■ Clopidogrel Versus Dipyridamole in Addition to Aspirin in Reducing Embolization Detected With Ambulatory Transcranial Doppler. A Randomized Trial

King A et al. *Stroke* 2011; 42: 650–5.

Hintergrund

Nach einem Insult bzw. einer transitorisch ischämischen Attacke besteht insbesondere initial ein hohes Rezidivrisiko, vor allem bei einer Erkrankung der großen hirnversorgenden Arterien. Es wurde daher eine intensiviertere Prophylaxe mit Plättchenfunktionshemmern postuliert, allerdings gibt es diesbezüglich keine Studiendaten. Die Wirksamkeit einer solchen Therapie kann anhand einer transkraniellen Doppleruntersuchung mit Detektion embolischer Signale evaluiert werden. Rezent wurde die Möglichkeit eines ambulanten transkraniellen Monitorings entwickelt, durch eine prolongierte Aufzeichnung kann die zur Beurteilung der therapeutischen Effektivität erforderliche Patientenzahl reduziert werden. Im Rahmen einer randomisierten Studie mit verblindeter Endpunkt-Evaluation wurde untersucht, ob eine Behandlung mit Dipyridamol (D) oder Clopidogrel (C) – in Ergänzung zu einer Basistherapie mit Acetylsalicylsäure – wirksamer in Hinblick auf eine Reduktion embolischer Signale ist.

Methodik

Es wurden konsekutive Patienten mit rezent symptomatischer Karotisstenose untersucht. Eine ambulante transkranielle Doppler-Untersuchung sowie eine Thrombozyten-Aggregometrie wurden initial und nach 48 Stunden durchgeführt. Alle Patienten hatten eine Basistherapie mit A und wurden auf D bzw. C randomisiert. Die Aufzeichnungen wurden verblindet ohne Kenntnis der medikamentösen Therapie ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden 60 Patienten in die Studie aufgenommen, je 30 in jedem Behandlungsarm. Der primäre Endpunkt – Veränderung in der Frequenz embolischer Signale – war zwischen beiden Gruppen nicht unterschiedlich ($p = 0,36$). Bei Patienten mit Nachweis embolischer Signale im Rahmen der Basisuntersuchung gab es keinen Unterschied in der Reduktion der Häufigkeit embolischer Signale: D-Gruppe: $75,5 \pm 17,7\%$ vs. C-Gruppe: $77,5 \pm 20,5\%$ ($p = 0,77$). Die initiale Thrombozytenaggregation unterschied sich nicht zwischen den beiden Gruppen, aber nach 48 Stunden war die ADP-induzierte Plättchenaggregation mit Clopidogrel signifikant niedriger ($p < 0,001$).

Konklusion

Sowohl D als auch C reduzierten die Häufigkeit embolischer Signale in einem vergleichbaren Ausmaß. Der Nachweis embolischer Signale ist ein guter Prädiktor für einen zukünftigen

Insult. Die Ergebnisse dieser Studie lassen vermuten, dass beide Behandlungsstrategien in der Sekundärprophylaxe des Insults eine vergleichbare Wirksamkeit haben, aber dies muss erst in großen Phase-III-Studien nachgewiesen werden.



■ Safety of Stenting and Endarterectomy by Symptomatic Status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST)

Silver F for the CREST Investigators. *Stroke* 2011; 42: 675–80.

Hintergrund

Die Sicherheit – im Sinne der Häufigkeit von Komplikationen – der Karotisstenangioplastie (CAS) sowie der Karotisthrombendarteriektomie (CEA) – war in den diversen Studien in Abhängigkeit vom Status der Patienten – symptomatisch vs. asymptomatisch – sehr unterschiedlich. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Daten der CREST-Studie (Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial) hinsichtlich Sicherheit analysiert und zwischen symptomatischen und asymptomatischen Patienten verglichen.

Methodik

CREST ist eine randomisierte Studie zum Vergleich der Wirksamkeit und Sicherheit von CAS vs. CEA bei Patienten mit hochgradiger Karotisstenose. Die Patienten wurden als symptomatisch definiert, wenn innerhalb von 180 Tagen vor der Randomisierung relevante Symptome bestanden hatten. Der primäre Studienendpunkt war das Auftreten eines Insults, eines Myokardinfarktes oder Todesfalls innerhalb von 30 Tagen bzw. ein ipsilateraler Insult innerhalb von 4 Jahren.

Ergebnisse

Für das Gesamtkollektiv der 1321 symptomatischen und 1181 asymptomatischen Patienten unterschieden sich die Häufigkeit der periprozeduralen Komplikationen (Insult, Myokardinfarkt sowie Tod) nicht zwischen CAS und CEA (5,2 % vs. 4,5 %; Hazard Ratio: 1,18; 95 %-CI: 0,82–1,68; $p = 0,38$). Die Insult- und Mortalitätsrate war für die CAS-Gruppe im Vergleich zur CEA-Gruppe signifikant höher (4,4 % vs. 2,3 %; Hazard Ratio: 1,90; 95 %-CI: 1,21–2,98; $p < 0,005$). Bei den symptomatischen Patienten betrug die periprozedurale Insult- und Mortalitätsrate $6,0\% \pm 0,9\%$ in der CAS- sowie $3,2\% \pm 0,7\%$ in der CEA-Gruppe (Hazard Ratio: 1,89; 95 %-CI: 1,11–3,21; $p = 0,02$). Bei den asymptomatischen Patienten betrug die periprozedurale Insult- und Mortalitätsrate in der CAS-Gruppe $2,5\% \pm 0,6\%$ bzw. in der CEA-Gruppe $1,4\% \pm 0,5\%$ (Hazard Ratio: 1,88; 95 %-CI: 0,79–4,42; $p = 0,15$). Die jeweiligen Häufigkeiten waren bei den < 80 -Jährigen geringer.

Konklusion

Für den primären Endpunkt bestanden in der CREST-Studie zwischen der CAS- und CEA-Gruppe keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom Status der Patienten – symptomatisch bzw. asymptomatisch. Die periprozedurale Häufigkeit von Insult plus Tod war bei den symptomatischen Patienten in der CEA-Gruppe signifikant geringer. Die jeweilige Insult- und Mortalitätsrate war jedoch sowohl für CAS als auch für CEA niedriger bzw. vergleichbar jenen in früheren randomisierten Studien und lag jedenfalls auch unterhalb jener Schwelle, welche in aktuellen Richtlinien als tolerable Komplikationsrate bei der Behandlung sowohl symptomatischer als auch asymptomatischer Patienten angesehen wird.



■ Efficacy and Safety of Once Weekly Subcutaneous Idrabiotaparinux in the Treatment of Patients with Symptomatic Deep Venous Thrombosis

The EQUINOX Investigators. J Thromb Haemost 2011; 9: 92–9.

Hintergrund

Idraparinux – ein Faktor-Xa-Inhibitor mit sehr langer Halbwertszeit – ist bei der Therapie von Patienten mit symptomatischer Beinvenenthrombose genauso wirksam wie die Standard-Antikoagulantientherapie. In dieser Studie wurde der potenzielle Nutzen des Idrabiotaparinux (= biotinyliertes Idraparinux) untersucht. Diese Biotinylierung erlaubt prinzipiell eine Antagonisierung der antikoagulatorischen Wirkung durch Gabe von Avidin.

Methodik

Im Rahmen dieser randomisierten Doppelblindstudie wurde bei 757 Patienten mit symptomatischer tiefer Beinvenenthrombose eine äquimolare Dosis des Idrabiotaparinux (3 mg) mit Idraparinux (2,5 mg) verglichen, wobei beide Substanzen einmal wöchentlich für insgesamt 6 Monate subkutan appliziert wurden. Die Hemmung der Faktor-Xa-Aktivität wurde an den Tagen 15, 36, 57, 92 und 183 bestimmt. Der Endpunkt hinsichtlich Wirksamkeit war ein Rezidiv der venösen Thromboembolie. Die Endpunkte hinsichtlich Sicherheit waren klinisch relevante Blutungskomplikation und Tod.

Ergebnisse

Die Hemmung des Faktor Xa war zu jedem Messzeitpunkt in den beiden Behandlungsgruppen vergleichbar. Eine Rezidiv-VTE ereignete sich während des 6-monatigen Behandlungszeitraumes bei 9/386 (= 2,3 %) der mit Idrabiotaparinux behandelten Patienten bzw. bei 12/371 (= 3,2 %) der mit Idraparinux behandelten Patienten (absolute Differenz somit -0,9 % mit einem 95 %-CI von -3,2–1,4 %). Die Häufigkeit einer klinisch relevanten Blutungskomplikation betrug in der Idrabiotaparinux-Gruppe 5,2 % bzw. in der Idraparinux-Gruppe 7,3 % (p = 0,29), entsprechend einer Differenz von -2,1 % (95 %-CI: 5,6–1,4 %). Sechs Patienten (1,6 %) in der Idrabiotaparinux-Gruppe verstarben, im Vergleich dazu 12 (3,2 %) der mit Idraparinux behandelten Patienten (Differenz von -1,7 % mit 95 %-CI von -3,9–0,5 %).

Konklusion

Das Idrabiotaparinux ist sowohl hinsichtlich des zeitlichen Verlaufes der Faktor-Xa-Inhibition als auch hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit bei der Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose dem Idraparinux vergleichbar.



■ Long-Term Effects of Intensive Glucose Lowering on Cardiovascular Outcomes

The ACCORD Study Group. N Engl J Med 2011; 364: 818–28.

Hintergrund

Die zuvor publizierten Daten der ACCORD-Studie zeigten, dass bei Patienten mit fortgeschrittenem Typ-II-Diabetes und fortgeschrittenem Alter eine intensive Diabeteskontrolle mit einem Ziel-HbA1c < 6,0 die Mortalität erhöht. Dies war für den Bereich der Angiologie insofern von besonderem Interesse, weil dies für sehr viele angiologische Patienten zutrifft. Nachdem die Studie aufgrund der erhöhten Mortalität in der intensiven Behandlungsgruppe nach 3,7 Jahren abgebrochen wurde, stellte sich nun die Frage, ob diese Behandlungseffekte auch nach Beendigung der Studienphase bis nach 5 Jahren zu beobachten wären.

Methodik

Patienten mit Typ-II-Diabetes und manifester kardiovaskulärer Erkrankung oder ausgeprägtem kardiovaskulären Risikoprofil wurden in die Studie eingeschlossen und entweder in der intensiven Behandlungsgruppe (Ziel-HbA1c < 6,0 %) oder in der Standardgruppe (Ziel-HbA1c 7–7,9 %) geführt. Nach 3,7 Jahren wurde die intensive Behandlungsgruppe aufgrund erhöhter Mortalität vorzeitig abgebrochen und alle Patienten wurden mit einem Ziel-HbA1c von 7,0–7,9 % behandelt und bis 5 Jahre nachverfolgt.

Ergebnisse

Während der intensiven Behandlungsphase ergab sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des primären Endpunktes (nicht-tödlicher Myokardinfarkt oder Insult und kardiovaskulärer Tod) (p = 0,13), es zeigte sich jedoch eine erhöhte Gesamtmortalität in der intensiven Behandlungsgruppe, vor allem durch eine Erhöhung der kardiovaskulären Mortalität (Hazard Ratio: 1,21; 95 %-CI: 1,02–1,44), bei jedoch einer Reduktion nicht-tödlicher Myokardinfarkte (Hazard Ratio: 0,79; 95 %-CI: 0,66–0,95). Nach Beendigung der intensiven Behandlungsphase stieg der mittlere HbA1c-Wert in der intensiv behandelten Gruppe von 6,4 % auf 7,2 % an und die Anzahl der Antidiabetika sowie der Hypoglykämien glichen sich an. Dennoch blieb die Gesamtmortalität in der zuvor intensiver behandelten Gruppe signifikant erhöht (Hazard Ratio: 1,19; 95 %-CI: 1,03–1,38), während die Rate nicht-tödlicher Myokardinfarkte in dieser Gruppe geringer ausfiel (Hazard Ratio: 0,82; 95 %-CI: 0,70–0,96).

Konklusion

Eine intensive Glukosekontrolle bei Patienten mit fortgeschrittenem Typ-II-Diabetes senkt zwar die Rate nicht-tödlicher Myokardinfarkte, erhöht allerdings die Gesamtmortalität

und kann daher nicht empfohlen werden. Für viele angiologische Patienten in der Praxis bedeutet dies, dass ein HbA1c von 7,0–7,9 % angestrebt werden soll, anstatt einer „optimalen“ Einstellung mit HbA1c < 6,0 %, was durch erhöhte Inzidenz von Hypoglykämien das Mortalitätsrisiko erhöht.



■ **Radial versus femoral access for coronary angiography and intervention in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial**

Jolly SS, Yusuf S, Cairns J, et al. for the RIVAL Study Group. *Lancet* 2011 [Epub ahead of print].

Hintergrund

Der traditionelle Zugang für eine Katheterangioplastie in allen Stromgebieten ist die inguinale Punktion im Bereich der Arteria femoralis communis. Bei vielen Zielgefäßen, vor allem bei Interventionen im Oberschenkel- oder Unterschenkelbereich, ist aufgrund der Distanz zum Zielgefäß der transfemorale Zugang der beste oder oft auch einzig mögliche. Vor allem bei Interventionen im Beckenstromgebiet, bei Nieren- oder Mesenterialarterieneingriffen oder bei der Karotis-Stentangioplastie wird alternativ der transbrachiale Zugang eingesetzt. Die Punktion der Arteria brachialis ist allerdings mit einem höheren Komplikationsrisiko behaftet und wird daher gerne vermieden. Im kardiologischen Bereich hingegen hat sich in vielen Zentren der transradiale Zugang durchgesetzt und zahlreiche kleine kardiologische Studien zeigten eine Reduktion des Komplikationsrisikos an der Punktionsstelle vor allem durch eine reduzierte Blutungsrate nach radialen im Vergleich zu transfemorale Eingriffen. Durch Einführung von langen Schleusen in Verbindung mit langen Katheterschäften (bis 150 cm) bietet sich nun der transradiale Zugang jedoch auch für einige angiologische Indikationen an (Karo-

tis, Nierenarterien, Beckengefäße). In diesem Zusammenhang ist für den gefäßmedizinischen Bereich die RIVAL-Studie von Interesse, wo Patienten mit akutem Koronarsyndrom und geplanter koronarer Katheterintervention zwischen transradialem und transfemoralem Zugang randomisiert wurden.

Methodik

Endpunkte waren neben den klinisch kardiologischen Outcomes (Tod, Myokardinfarkt, Insult) auch gefäßmedizinische Ereignisse wie peripherer Bypass und große Blutung bis nach 30 Tagen. 7021 Patienten wurden in 158 Spitälern eingeschlossen; 3507 Patienten wurden transradial behandelt und 3514 Patienten transfemorale.

Ergebnisse

Kardiologische Endpunkte unterschieden sich nicht zwischen den beiden Gruppen. Ebenso war die Rate an Nicht-Koronar-Bypass-assoziierten Blutungen nach 30 Tagen zwischen beiden Gruppen vergleichbar (0,7 % vs. 0,9 % nach transradialer vs. transfemorale Punktion, Hazard Ratio: 0,73; 95 %-CI: 0,43–1,23; p = 0,23). Nach 30 Tagen hatten allerdings 42 von 3507 Patienten in der transradialen Gruppe ein großes Hämatom an der Punktionsstelle im Vergleich zu 106 von 3514 in der transfemorale Gruppe (Hazard Ratio: 0,40; 95 %-CI: 0,28–0,57; p < 0,0001). Ebenso zeigte sich eine niedrigere Rate an Pseudoaneurysmen in der transradialen vs. der transfemorale Gruppe (7 aus 3507 Patienten vs. 23 aus 3514 Patienten, Hazard Ratio: 0,30; 95 %-CI: 0,13–0,71; p = 0,006).

Konklusion

Beide Zugänge waren gleich effektiv und bezüglich der harten Endpunkte gleich sicher, der transradiale Zugang war jedoch mit weniger gefäßmedizinischen Komplikationen assoziiert, dies zeigte sich vor allem in jenen Zentren mit hohem Anteil transradialer Zugänge. Bei der gefäßmedizinischen Intervention sollte daher der transradiale Zugang vor allem als Alternative zur transbrachialen Vorgangsweise diskutiert werden.

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](#)