

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 2012;

9 (2), 27-29

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

■ Randomized comparison of everolimus-eluting versus bare-metal stents in patients with critical limb ischemia and infrapopliteal arterial occlusive disease

Bosiers M et al. *J Vasc Surg* 2012; 55: 390–9.

Hintergrund

Das Vorliegen einer kritischen Extremitätenischämie erfordert eine Revaskularisation. Die endovaskuläre Rekanalisation von stenosierte oder verschlossene Unterschenkelarterien hat sich in den vergangenen Jahren als sehr wirksame Therapieform erwiesen, obwohl die Langzeitoffenheitsrate wegen der Rezidivrate limitiert ist. Aufgrund rezenter Daten hat man angenommen, dass die ursprünglich für die Intervention in Koronargefäßen entwickelten Drug-eluting Stents (DES) auch in infragenualen Gefäßen die Rezidivrate senken könnten. Daher wurde im Rahmen dieser prospektiven randomisierten kontrollierten Studie die Hypothese getestet, dass die Behandlung infragenualer Arterien mit einem Everolimus-eluierenden Stent (Xience V) eine überlegene Offenheitsrate im Vergleich zur Behandlung mit einem Bare-metal Stent (Multi-Link Vision) hat.

Methodik

Es sollten 140 Patienten in 5 europäischen Zentren in diese Studie eingeschlossen werden. Der primäre Endpunkt war die Offenheitsrate nach 12 Monaten – definiert als Fehlen einer > 50%-igen Rezidivstenose auf Basis der quantitativen Analyse einer Kontrastangiographie.

Ergebnisse

Zwischen März 2008 und September 2009 wurden 74 Patienten mit dem Xience-V- und 66 Patienten mit dem Vision-Stent behandelt. Nach 12 Monaten betrug die primäre Offenheitsrate im Xience-V-Arm 85 % und war damit signifikant besser als im Vision-Arm mit 54 % ($p = 0,0001$). Die Therapie mit dem Xience V verminderte auch signifikant die mittlere Instent-Diameterstenose ($21 \% \pm 21 \%$ vs. $47 \% \pm 27 \%$; $p < 0,0001$) und den mittleren Instent-late-loss ($0,78 \pm 0,63$ vs. $1,41 \pm 0,89$ mm; $p = 0,001$). Nach 12 Monaten bestand kein Unterschied in der Anzahl der Patienten in den Rutherfordklassen 0 oder 1 (56 % im Vision- vs. 60 % im Xience-V-Arm; $p = 0,68$). Eine größere Amputation war in beiden Gruppen mit 2 bzw. 1 selten. Der Einsatz des Xience-V-Stents reduzierte signifikant die Notwendigkeit einer wiederholten Intervention: Freiheit einer TLR („target lesion revascularization“) bestand bei 91 % im Xience-V-Arm im Vergleich zu 66 % im Vision-Arm ($p = 0,001$).

Konklusion

Die Behandlung von infragenualen Läsionen mittels Everolimus-eluierender Stents bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie reduziert die Rezidivrate und die Notwendigkeit

von Re-Interventionen im Vergleich zu einer Therapie mit Bare-metal Stents.



■ The EINSTEIN Investigators: Oral Rivaroxaban for the Treatment of Symptomatic Pulmonary Embolism

The EINSTEIN-PE Investigators. *N Engl J Med* 2012; 366: 1287–97.

Hintergrund

Es konnte gezeigt werden, dass eine fixe Dosis von Rivaroxaban – ein oraler Faktor-Xa-Inhibitor – in der Therapie der tiefen Beinvenenthrombose (TVT) genauso wirksam ist wie die bisherige Standard-Antikoagulantientherapie ohne Notwendigkeit von Laborkontrollen. Dieser Therapieansatz könnte auch die Therapie der Pulmonalembolie (PE) vereinfachen.

Patienten und Methodik

Im Rahmen einer randomisierten offenen ereignisgesteuerten Noninferiority-Studie wurden 4832 Patienten mit akuter symptomatischer PE (mit/ohne gleichzeitiger TVT) eingeschlossen. In den beiden Behandlungsarmen wurde Rivaroxaban (initial 2×15 mg für 3 Wochen, in weiterer Folge 1×20 mg) mit der Standardtherapie – Enoxaparin sowie Vitamin-K-Antagonist für 3, 6 oder 12 Monate – wobei die Behandlungsdauer individuell von den Studienärzten festgelegt wurde – verglichen. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war ein symptomatisches Rezidiv der venösen Thromboembolie, der primäre Sicherheitsendpunkt war eine schwere oder klinisch relevante Blutung kleineren Ausmaßes.

Ergebnisse

Rivaroxaban war der Standardtherapie hinsichtlich des primären Wirksamkeitsendpunktes nicht unterlegen ($p = 0,003$). Es traten 50 Ereignisse (= 2,1 %) im Rivaroxaban- sowie 44 Ereignisse (1,8 %) im Standardarm auf (Hazard-Ratio 1,12; 95 %-CI: 0,75–1,68). Der primäre Sicherheitsendpunkt trat bei 10,3 % der Patienten in der Rivaroxaban-Gruppe und bei 11,4 % im Standardarm auf (HR 0,90; 95 %-CI: 0,76–1,07; $p = 0,23$). Eine schwere Blutung war im Rivaroxaban-Arm mit 26 Patienten (1,1 %) signifikant geringer (HR 0,49; 95 %-CI: 0,31–0,79; $p = 0,003$) als im Standardarm (52 Patienten; 2,2 %). Die Häufigkeit anderer Nebenwirkungen war in beiden Gruppen ähnlich.

Konklusion

Eine Therapie mit einer fixen Dosis von Rivaroxaban war einer Standardtherapie in der Initial- und Langzeittherapie der PE bei potenziell verbessertem Nutzen-Risiko-Profil nicht unterlegen.

■ Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes

Schauer P et al. *N Engl J Med* 2012; 366: 1567–76.
und

■ Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes

Mingrone G et al. *N Engl J Med* 2012; 366: 1577–85.

Hintergrund

In der rezenten Ausgabe des *New England Journal of Medicine* finden sich gleich 2 Artikel zum Thema bariatrische Chirurgie und metabolische Kontrolle bei Patienten mit Diabetes mellitus. Aufgrund der zunehmenden Häufigkeit schwer übergewichtiger Diabetiker mit gleichzeitig angiologischen Beschwerden erscheinen diese Artikel für den Bereich der Gefäßmedizin interessant.

Methodik

Schauer et al. untersuchten an 150 übergewichtigen Patienten (mittleres Alter 50 Jahre) mit Typ-II-Diabetes (mittleres HbA1c 9,2 %) in einer offenen randomisierten Studie die Wirksamkeit der bariatrischen Chirurgie (Sleeve-Gastrektomie oder Magenbypass) im Vergleich zu „best medical treatment“ hinsichtlich Blutzuckerkontrolle. Studienendpunkt war der Anteil von Patienten mit einem HbA1c \leq 6,0 % nach 12 Monaten.

Mingrone et al. untersuchten ebenfalls in einer offenen randomisierten Studien an 60 schwer übergewichtigen Diabetikern (BMI > 35, HbA1c > 7,0 %) die Wirksamkeit bariatrischer Chirurgie (Magenbypass oder Biliopankreatische Diversionsoption) im Vergleich zu „best medical treatment“ hinsichtlich Diabetes-Kontrolle. Endpunkt dieser Studie war der Anteil von Patienten mit Diabetes-Remission, definiert als Nüchternblutzucker-Level < 100 mg/dL und einem HbA1c < 6,5 % ohne begleitende Pharmakotherapie.

Ergebnisse

Schauer et al. fanden eine optimal Diabetes-Kontrolle (HbA1c < 6,0 %) in 12 % in der Best-medical-Gruppe im Vergleich zu 42 % der Patienten in der Magenbypass-Gruppe ($p = 0,002$) und 37 % der Patienten in der Sleeve-Gastrektomie-Gruppe ($p = 0,008$). In allen Gruppen war die Blutzuckerkontrolle nach 12 Monaten verbessert, mittleres HbA1c 7,5 % in der Best-medical-Gruppe, 6,4 % in der Magenbypass-Gruppe und 6,6 % in der Sleeve-Gastrektomie-Gruppe. Deutliche Unterschiede gab es erwartungsgemäß im Gewichtsverlust: –29 kg in der Magenbypass-Gruppe, –25 kg in der Sleeve-Gastrektomie-Gruppe und –5 kg in der Best-medical-Gruppe. In den chirurgischen Gruppen mussten 4 Patienten re-operiert werden, es gab keine Todesfälle und keine lebensbedrohlichen Komplikationen.

Mingrone et al. fanden keine Diabetes-Remissionen in der konservativen Therapiegruppe im Vergleich zu 75 % Remission in der Magenbypass-Gruppe und 95 % nach der Biliopankreatischen Diversionsoption. Mittlere HbA1c-Werte

waren nach 2 Jahren 7,7 % in der konservativen Gruppe, 6,4 % in der Magenbypass-Gruppe und 4,9 % nach der Biliopankreatischen Diversionsoption.

Konklusion

In der Betreuung angiologischer Patienten kommt der Stoffwechselkontrolle eine entscheidende Bedeutung zu, gleichzeitig sollen vor allem Patienten mit PAVK zu einem Gehtraining motiviert werden. Übergewicht ist hier einer der wesentlichen „Feinde“, die es zu kontrollieren gilt: Übergewicht verschlechtert die Insulinresistenz und damit die Stoffwechselsituation und Übergewicht erschwert die Beweglichkeit und die Trainingsbereitschaft der Patienten. Beide Studien zeigen – vorerst nur in gut selektierten Patienten – die durchaus beeindruckende Wirksamkeit bariatrischer Chirurgie hinsichtlich Stoffwechselkontrolle. Dieser Methodik wird daher vor allem in der Prävention gefäßmedizinischer Krankheitsbilder und diabetischer Spätfolgen eine zunehmende Bedeutung zukommen.



■ Retrograde recanalization technique for use after failed antegrade angioplasty in chronic femoral artery occlusions

Schmidt A et al. *J Endovasc Ther* 2012; 19: 23–9.

Hintergrund

Das Ziel dieser Arbeit war es, eine neue Technik zur Behandlung chronischer Verschlüsse (CTO) der Arteria femoralis superficialis (AFS) nach frustanem antegraden Rekanalisationsversuch als Alternative zum transpoplitealen Zugang zu beschreiben.

Methodik

Im Rahmen einer retrospektiven Analyse wurden 50 Patienten (37 Männer; mittleres Alter: 71 Jahre) analysiert, bei denen nach frustanem antegradem Rekanalisation eine retrograde Rekanalisation über einen Zugang im Bereich der distalen AFS durchgeführt wurde. Die Verschlusslokalisierung durfte nicht distal des Adduktorenkanals liegen. Ursache der fehlgeschlagenen antegraden Revaskularisation waren Verschlüsse ohne proximalem Stumpf, verschlossene Stents, eine Drahtperforation oder die Unmöglichkeit eines distalen Reentry. Die retrograde Rekanalisation erfordert eine Punktion unter Verwendung von 7–15 cm langen 21-G-Nadeln distal des Verschlusses. Dann wird ein 0,018-Inch Führungsdraht durch die Punktionsnadel eingeführt, gefolgt von einer 10 cm langen 4F- oder 6F-Schleuse bzw. von einem Support-Katheter. Alle retrograden Interventionen wurden bei auf dem Rücken liegenden Patienten durchgeführt. Nach erfolgreicher retrograder Passage des Verschlusses ist öfters eine Doppelballon-Technik – Zugang gleichzeitig von antegrad und retrograd – notwendig, um eine Dissektionsmembran aufzusprengen.

Ergebnisse

Die retrograde Punktion der distalen AFS war in allen Fällen erfolgreich. Bei 3 Patienten (6 %) wurde eine 6F-Schleuse verwendet, bei 32 (64 %) eine 4F-Schleuse und bei 15 (30 %) wurde der Zugang ohne Schleuse durchgeführt. Bei 12 Pati-

enten war der Einsatz der Doppelballon-Technik notwendig, um die Passage des Führungsdrahtes zu ermöglichen. Die Rekanalisation war bei 48 Patienten (96 %) erfolgreich. Die Zeitdauer bis zur Hämostase an der distalen Punktionsstelle betrug 9,2 Minuten (Bereich 3–30 Minuten). Die periinterventionelle Komplikationsrate inkludierte 4 Pseudoaneurysmen, 1 periphere Embolisierung und eine kleine arteriovenöse Fistel an der distalen Punktionsstelle.

Konklusion

Nach frustraner anterograder Rekanalisation eines Verschlusses der AFS stellt die retrograde Punktion der AFS eine sichere und meist erfolgreiche Technik und somit eine sehr gute Alternative zum konventionellen transpoplealen Zugang dar.



■ Vorapaxar in the Secondary Prevention of Atherothrombotic Events

Morrow DA et al. N Engl J Med 2012; 366: 1404–13.

Hintergrund

Thrombin aktiviert Plättchen über den PAR-1-Rezeptor, Vorapaxar ist ein neuer Thrombozyten-Inhibitor, der selektiv den PAR-1-Rezeptor blockiert.

Methodik

In diese randomisierte Studie wurden 26.449 Patienten mit einer Anamnese von Herzinfarkt, Insult oder PAVK einge-

geschlossen, die entweder Vorapaxar (2,5 mg täglich) oder Placebo erhielten und für 30 Monate nachbeobachtet wurden. Primärer Endpunkt war das Auftreten von Herzinfarkt, Insult und kardiovaskulärem Tod. Nach 2 Jahren wurden Patienten mit anamnestischem Insult aus der Studie wegen erhöhtem Hirnblutungsrisiko ausgeschlossen.

Ergebnisse

Nach 3 Jahren war der primäre Endpunkt in 1028 Patienten (9,3 %) in der Vorapaxar-Gruppe und in 1176 Patienten (10,5 %) in der Placebogruppe aufgetreten (Hazard-Ratio für die Vorapaxar-Gruppe 0,87; 95 %-CI: 0,80–0,94; $p < 0,001$). Kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Insult oder koronare Revaskularisation aufgrund von Ischämie trat in 1259 Patienten (11,2 %) in der Vorapaxar-Gruppe und in 1417 Patienten (12,4 %) in der Placebogruppe auf (HR 0,88; 95 %-CI: 0,82–0,95; $p = 0,001$). Moderate oder schwere Blutungskomplikationen traten in 4,2 % Patienten der Vorapaxar- und 2,5 % der Placebogruppe auf (HR 1,66; 95 %-CI: 1,43–1,93; $p < 0,001$), vor allem intrakranielle Blutungen waren in der Vorapaxar-Gruppe häufiger (1,0 % vs. 0,5 %; $p < 0,001$).

Konklusion

Vorapaxar war zwar wirksam in der Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse im Vergleich zu Placebo, erhöhte jedoch deutlich die Rate an Blutungen, vor allem intrakranieller Blutungen. Vergleiche mit anderen Thrombozytenfunktionshemmern bleiben abzuwarten, bevor die Bedeutung der PAR-1-Inhibition beurteilt werden kann.

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](#)