

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

News-Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2015;

12 (4), 26-28

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, 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

News-Screen

S. Steiner

Aus der Abteilung für Interventionelle Angiologie, Universitätsklinikum Leipzig

■ Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection

Piazza G et al. *JACC Cardiovasc Interv* 2015; 8: 1382–92.

Abstract

Objectives: This study conducted a prospective, single-arm, multicenter trial to evaluate the safety and efficacy of ultrasound-facilitated, catheter-directed, low-dose fibrinolysis, using the EkoSonic Endovascular System (EKOS, Bothell, Washington).

Background: Systemic fibrinolysis for acute pulmonary embolism (PE) reduces cardiovascular collapse but causes hemorrhagic stroke at a rate exceeding 2%.

Methods: Eligible patients had a proximal PE and a right ventricular (RV)-to-left ventricular (LV) diameter ratio ≥ 0.9 on chest computed tomography (CT). We included 150 patients with acute massive ($n = 31$) or submassive ($n = 119$) PE. We used 24 mg of tissue-plasminogen activator (t-PA) administered either as 1 mg/h for 24 h with a unilateral catheter or 1 mg/h/catheter for 12 h with bilateral catheters. The primary safety outcome was major bleeding within 72 h of procedure initiation. The primary efficacy outcome was the change in the chest CT-measured RV/LV diameter ratio within 48 h of procedure initiation.

Results: Mean RV/LV diameter ratio decreased from baseline to 48 h post-procedure (1.55 vs. 1.13; mean difference, -0.42 ; $p < 0.0001$). Mean pulmonary artery systolic pressure (51.4 mm Hg vs. 36.9 mm Hg; $p < 0.0001$) and modified Miller Index score (22.5 vs. 15.8; $p < 0.0001$) also decreased post-procedure. One GUSTO (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries)-defined severe bleed (groin hematoma with transient hypotension) and 16 GUSTO-defined moderate bleeding events occurred in 15 patients (10%). No patient experienced intracranial hemorrhage.

Conclusions: Ultrasound-facilitated, catheter-directed, low-dose fibrinolysis decreased RV dilation, reduced pulmonary hypertension, decreased anatomic thrombus burden, and minimized intracranial hemorrhage in patients with acute massive and submassive PE. (A Prospective, Single-arm, Multi-center Trial of EkoSonic® Endovascular System and Activase for Treatment of Acute Pulmonary Embolism (PE) [SEATTLE II]; NCT01513759).

Kommentar

Im Rahmen dieser prospektiven Studie wurde die Wirksamkeit einer lokalen ultraschallgestützten niedrigdosierten Thrombolysetherapie mittels Katheter (EkoSonic Endovascular System/EKOS) bei 150 Patienten mit akuter massiver

und submassiver Pulmonalembolie untersucht. Unter Therapie konnte eine Verminderung der rechtsventrikulären Dilatation (gemessen als Ratio zwischen den Diametern des rechten und linken Ventrikels) und des pulmonal-arteriellen systolischen Drucks festgestellt werden. Insgesamt wurden eine schwerwiegende, sowie 16 moderate Blutungen nach GUSTO-Kriterien beobachtet. Eine intrakraniellen Blutung trat nicht auf.

Praxisrelevanz

Diese nicht-kontrollierten Studienergebnisse zeigen, dass die niedrigdosierte lokale, ultraschallgestützte Fibrinolyse mittels Lysekatheter eine vielversprechende Behandlungsoption bei massiver bis submassiver Pulmonalembolie sein könnte. Ein möglicher Vorteil könnte eine geringere Blutungsrate im Vergleich zur systemischen Lyse sein. Vor einer Umsetzung in die Praxis sind aber auch hier randomisierte Vergleichsstudien erforderlich.



■ Long-Term Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial

Williams B, et al. *Lancet* 2015 [Epub ahead of print].

Abstract

Background: Optimal drug treatment for patients with resistant hypertension is undefined. We aimed to test the hypotheses that resistant hypertension is most often caused by excessive sodium retention, and that spironolactone would therefore be superior to non-diuretic add-on drugs at lowering blood pressure.

Methods: In this double-blind, placebo-controlled, crossover trial, we enrolled patients aged 18–79 years with seated clinic systolic blood pressure 140 mm Hg or greater (or ≥ 135 mm Hg for patients with diabetes) and home systolic blood pressure (18 readings over 4 days) 130 mm Hg or greater, despite treatment for at least 3 months with maximally tolerated doses of three drugs, from 12 secondary and two primary care sites in the UK. Patients rotated, in a preassigned, randomised order, through 12 weeks of once daily treatment with each of spironolactone (25–50 mg), bisoprolol (5–10 mg), doxazosin modified release (4–8 mg), and placebo, in addition to their baseline blood pressure drugs. Random assignment was done via a central comput-

er system. Investigators and patients were masked to the identity of drugs, and to their sequence allocation. The dose was doubled after 6 weeks of each cycle. The hierarchical primary endpoints were the difference in averaged home systolic blood pressure between spironolactone and placebo, followed (if significant) by the difference in home systolic blood pressure between spironolactone and the average of the other two active drugs, followed by the difference in home systolic blood pressure between spironolactone and each of the other two drugs. Analysis was by intention to treat. The trial is registered with EudraCT number 2008-007149-30, and ClinicalTrials.gov number, NCT02369081.

Findings: Between May 15, 2009, and July 8, 2014, we screened 436 patients, of whom 335 were randomly assigned. After 21 were excluded, 285 patients received spironolactone, 282 doxazosin, 285 bisoprolol, and 274 placebo; 230 patients completed all treatment cycles. The average reduction in home systolic blood pressure by spironolactone was superior to placebo (-8.70 mm Hg [95% CI -9.72 to -7.69]; $p < 0.0001$), superior to the mean of the other two active treatments (doxazosin and bisoprolol; -4.26 [-5.13 to -3.38]; $p < 0.0001$), and superior when compared with the individual treatments; versus doxazosin (-4.03 [-5.04 to -3.02]; $p < 0.0001$) and versus bisoprolol (-4.48 [-5.50 to -3.46]; $p < 0.0001$). Spironolactone was the most effective blood pressure-lowering treatment, throughout the distribution of baseline plasma renin; but its margin of superiority and likelihood of being the best drug for the individual patient were many-fold greater in the lower than higher ends of the distribution. All treatments were well tolerated. In six of the 285 patients who received spironolactone, serum potassium exceeded 6.0 mmol/L on one occasion.

Interpretation: Spironolactone was the most effective add-on drug for the treatment of resistant hypertension. The superiority of spironolactone supports a primary role of sodium retention in this condition.

Kommentar

Das Thema der therapieresistenten arteriellen Hypertonie hat in den vergangenen Jahren insbesondere durch die renale Denervation verstärkt Aufmerksamkeit erlangt. Nach den erhellenden Studienergebnissen dieser invasiven Therapieform wurden nun in dieser von der British Heart Foundation und National Institute for Health Research geförderten Studie verschiedene medikamentöse Therapieregime (Aldosteronblocker Spironolacton, Alphablocker Doxazosin, Betablocker Bisoprolol und Placebo) untersucht. Insgesamt wurden in die Untersuchung 335 Patienten mit therapieresistenter Hypertonie eingeschlossen, die jeweils über zwölf Wochen in aufeinanderfolgenden Zyklen mit den vier Therapiekonzepten behandelt wurden. Die Wirksamkeit wurde mittels häuslicher Selbstmessungen erfasst, wobei sich hier eine Überlegenheit der Therapie mit Spironolacton gegenüber Placebo aber auch gegenüber Doxazosin und Bisoprolol zeigte. Die Autoren sehen daher ihre Hypothese bestätigt, dass bei „therapieresistenter Hypertonie“ der Zustand der Natriumretention eine zentrale Rolle spielt und daher eine zusätzliche Therapie mit Spironolacton besonders erfolgversprechend ist.

Praxisrelevanz

Bei Patienten mit weiterhin erhöhten Blutdruckwerten trotz Therapie mit drei oder mehr Blutdrucksenkern empfiehlt sich unter Kontrolle der Elektrolyt- und Nierenretentionsparameter eine zusätzliche Gabe von Spironolacton. Wie weit die Studienergebnisse auch Eingang in aktuelle Leitlinien finden werden, bleibt abzuwarten.



■ Risk of Stroke at the Time of Carotid Occlusion

Yang C et al. JAMA Neurol 2015; 72: 1261–7.

Abstract

Importance: Many patients with asymptomatic carotid stenosis are offered carotid stenting for the prevention of carotid occlusion. However, this treatment may be inappropriate if the risk of stroke is low at the time of occlusion and with intensive medical therapy.

Objectives: To determine the risk resulting from progression to occlusion among patients with asymptomatic carotid stenosis and to assess the role of severity of carotid stenosis or the presence of contralateral occlusion as factors that may predict the risk of stroke or death after occlusion of a previously asymptomatic carotid stenosis.

Design, Setting, and Participants: We conducted a retrospective analysis of data collected from patients at the Stroke Prevention Clinic of Victoria Hospital from January 1, 1990 (when annual surveillance with carotid ultrasonography first began), through December 31, 1995, or the Stroke Prevention at University Hospital from January 1, 1995, through December 31, 2012. The last date of follow-up was August 26, 2014.

Exposures: A new carotid occlusion during annual monitoring with carotid duplex ultrasonography (index occlusion).

Main Outcomes And Measures: Ipsilateral stroke or transient ischemic attack, death from ipsilateral stroke, or death from unknown cause.

Results: Among 3681 patients in our clinic database with data on sequential annual carotid ultrasonographic examinations during the study period, 316 (8.6%) were asymptomatic before an index occlusion that occurred during observation. Most of the new occlusions (254 of 316 [80.4%]) occurred before 2002, when medical therapy was less intensive; the frequency decreased by quartile of years ($p < 0.001$, χ^2 test). Only 1 patient (0.3%) had a stroke at the time of the occlusion, and only 3 patients (0.9%) had an ipsilateral stroke during follow-up (all before 2005). In Kaplan-Meier survival analyses, neither severity of stenosis ($p = 0.80$, log-rank test) nor contralateral occlusion ($p = 0.73$) predicted the risk of ipsilateral stroke or transient ischemic attack, death from stroke, or death from unknown cause at a mean (SD) follow-up of 2.56 (3.64) years. In Cox proportional hazards regression analyses, only age ($p = 0.02$), sex ($p = 0.01$), and carotid plaque burden ($p = 0.006$) significantly predicted risk of those events.

Conclusions and Relevance: The risk of progression to carotid occlusion is well below the risk of carotid stenting or endarterectomy and has decreased markedly with more intensive medical therapy. Preventing carotid occlusion may not be a valid indication for stenting.

Kommentar

In dieser retrospektiven Kohortenstudie wurden Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose analysiert, bei denen jährliche Verlaufultraschallkontrollen durchgeführt wurden. Es wurde das Risiko eines Fortschreitens der Stenose bis zur Gefäßokklusion sowie das damit verbundenen Insultrisiko erhoben. Bei 316 aller Patienten (8,6 %) kam es im Beobachtungszeitraum zum Verschluss der A. carotis interna, wobei der Großteil dieser Ereignisse vor dem Jahre 2002 aufgetreten war. Die Autoren führen dies auf eine verbesserte kardiovaskuläre Sekundärprophylaxe bei diesem Patientenkollektiv zurück. Nur ein Patient (0,3 %) präsentierte sich zum Zeitpunkt des Verschlusses mit einem Insult, drei weitere (0,9 %) hatten einen Insult im gesamten Beobachtungszeitraum. Alle ischämischen Ereignisse traten vor 2005 auf.

Praxisrelevanz

Entsprechend dieser Studiendaten erscheint das Risiko einer folgenden Okklusion einer asymptomatischen Karotisstenose unter optimaler kardiovaskulärer Sekundärprophylaxe gering. Weiters dürfte auch das zerebrovaskuläre Insultrisiko bei Verschlussentwicklung niedrig sein. Damit wird die prophylaktische Revaskularisation von asymptomatischen Karotisstenosen zur Verhinderung eines Verschlusses in Frage gestellt. Für eine abschließende Stellungnahme sollten aber auch hier laufende randomisierte Studien, die eine konservative Therapie bestehend aus optimierter Pharmakotherapie mit interventioneller oder gefäßchirurgischer Intervention vergleichen, abgewartet werden.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Sabine Steiner
Abteilung für Interventionelle Angiologie
Universitätsklinikum Leipzig
D-04103 Leipzig, Liebigstraße 18
E-Mail: sabine.steiner@medizin.uni-leipzig.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

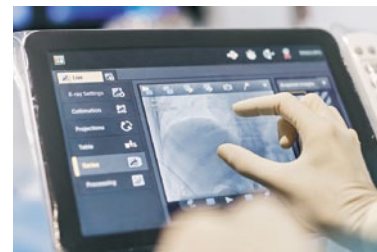
[Medizintechnik-Produkte](#)



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](#)