Zeitschrift für
Gefäßmedizin

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

News-Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2017;

14 (2), 23-24

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

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

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** beiVenenpräparaten**

**IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD April 2026*

Do_039_0626_Ins

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 hydrolysierter 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

Burden of Readmissions Among Patients With Critical Limb Ischemia

Agarwal S et al. J Am Coll Cardiol 2017; 69: 1897–908.

Abstract

Background: Readmissions constitute a major health care burden among critical limb ischemia (CLI) patients.

Objectives: This study aimed to determine the incidence of readmission and factors affecting readmission in CLI patients.

Methods: All adult hospitalizations with a diagnosis code for CLI were included from State Inpatient Databases from Florida (2009 to 2013), New York (2010 to 2013), and California (2009 to 2011). Data were merged with the directory available from the American Hospital Association to obtain detailed information on hospital-related characteristics. Geographic and routing analysis was performed to evaluate the effect of travel time to the hospital on readmission rate.

Results: Overall, 695,782 admissions from 212,241 patients were analyzed. Of these, 284,189 were admissions with a principal diagnosis of CLI (primary CLI admissions). All-cause readmission rates at 30 days and 6 months were 27.1% and 56.6%, respectively. The majority of these were unplanned readmissions. Unplanned readmission rates at 30 days and 6 months were 23.6% and 47.7%, respectively. The major predictors of 6-month unplanned readmissions included age, female sex, black/Hispanic race, prior amputation, Charlson comorbidity index, and need for home health care or rehabilitation facility upon discharge. Patients covered by private insurance were least likely to have a readmission compared with Medicaid/no insurance and Medicare populations. Travel time to the hospital was inversely associated with 6-month unplanned readmission rates. There was a significant interaction between travel time and major amputation as well as travel time and revascularization strategy; however, the inverse association between travel time and unplanned readmission rate was evident in all subgroups. Furthermore, length of stay during index hospitalization was directly associated with the likelihood of 6-month unplanned readmission (odds ratio for log-transformed length of stay: 2.39 [99% confidence interval: 2.31 to 2.47]).

Conclusions: Readmission among patients with CLI is high, the majority of them being unplanned readmissions. Several demographic, clinical, and socioeconomic factors play important roles in predicting readmissions.

Kommentar

Die Studie beschäftigt sich mit dem insbesondere gesundheitsökonomisch sehr relevanten Thema der stationären Wiederaufnahme von Patienten mit kritischer Extremitätenischämie in den USA. Über ein Viertel der Patienten (27,1 %) wurde innerhalb von 30 Tagen und über die Hälfte (56,6 %) innerhalb von 6 Monaten wiederaufgenommen, wobei es sich in erster Linie um nicht vorab geplante Aufnahmen handelte (23,6 % bzw. 47,7 %). Wesentliche Prädiktoren einer Wiederaufnahme waren unter anderem Alter, weibliches Geschlecht und höhere Pflegebedürftigkeit bei Entlassung.

Praxisrelevanz

Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen sind laut dieser amerikanischen Untersuchung bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie sehr hoch. Wieweit die Ergebnisse auf Österreich umgelegt werden können, ist unklar. Allerdings unterstreicht es die Notwendigkeit eines optimalen Entlassungsmanagements für dieses Patientenkollektiv.

Thirty-Day Readmissions After Endovascular or Surgical Therapy for Critical Limb Ischemia: Analysis of the 2013–2014 Nationwide Readmissions Databases

Kolte D, et al. Circulation 2017; [Epub ahead of print].

Abstract

Background: Thirty-day readmission rates have gained increasing importance as a key quality metric. A significant number of patients are hospitalized for the management of critical limb ischemia (CLI), but limited data are available on the incidence, predictors, and causes of 30-day readmission after hospitalization for CLI. Methods: Hospitalizations for a primary diagnosis of CLI during which patients underwent endovascular or surgical therapy (revascularization and/or amputation) and were discharged alive were identified in the 2013-2014 Nationwide Readmissions Databases. Incidence, reasons, and costs of 30-day unplanned readmissions were determined. Hierarchical logistic regression models were used to identify independent predictors of 30-day readmissions.

Results: We included 60,998 (national estimate: 135,110) index CLI hospitalizations (mean age 68.9 ± 11.9 years; 40.8% women; 24.6% for rest pain, 37.2% for ulcer, and 38.2% for gangrene). Thirty-day readmission rate was 20.4%. Presentation with ulcer or gangrene, age ≥ 65 years, female sex, large hospital size, teaching hospital status, known coronary artery disease, heart failure, diabetes mellitus, chronic kidney disease, anemia, coagulopathy, obesity, major bleeding, acute myocardial infarction, vascular complications, and sepsis were identified as independent predictors of 30-day readmission. Mode of revascularization was not independently associated with readmissions. Infections (23.5%), persistent or recurrent man-

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

ifestations of PAD (22.2%), cardiac conditions (11.4%), procedural complications (11.0%), and endocrine issues (5.7%) were the most common reasons for readmission. The inflation-adjusted aggregate costs of 30-day readmissions for CLI during the study period were $ 624 million.
Conclusions: Approximately 1 in 5 patients hospitalized for CLI and undergoing revascularization is readmitted within 30 days. Risk of readmission is influenced by CLI presentation, patient demographics, comorbidities, and in-hospital complications, but not by the mode of revascularization.

Kommentar
Ähnlich wie die zuvor angeführte Studie wurde auch hier das Thema der stationären Wiederaufnahme von Patienten mit kritischer Extremitätenischämie in den USA untersucht. Allerdings wurden nur Patienten nach Revaskularisation (chirurgisch oder endovaskulär) und/oder Amputation in die Untersuchung eingeschlossen. Auch hier zeigte sich eine ähnlich hohe 30-Tage-Wiederaufnahmerate von > 20 %. Die häufigsten Gründe für eine Wiederaufnahme waren Infektionen (22 %) und Verschlechterung der PAVK (22 %). Die Art der Revaskularisation hingegen spielte keine Rolle im Hinblick auf die Notwendigkeit zur Re-Aufnahme.

Praxisrelevanz
Beide Studien unterstreichen das Problem der hohen stationären Wiederaufnahmeraten bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie mit oder ohne Revaskularisation im Rahmen der Index-Hospitalisierung.

Low-dose Paclitaxel-coated Versus Uncoated Percutaneous Transluminal Balloon Angioplasty for Femoropopliteal Peripheral Artery Disease: 1-year Results of the ILLUMENATE European Randomized Clinical Trial

Schroeder H, et al. Circulation 2017; [Epub ahead of print].

Abstract
Background: Numerous studies have reported favorable outcomes using drug-coated balloons (DCBs) for treatment of symptomatic peripheral artery disease (PAD) of the superficial femoral and popliteal arteries. However, the treatment effect compared to an uncoated balloon has differed greatly amongst the randomized trials with better outcomes observed with higher-dose DCBs. This European trial was designed to assess the safety and effectiveness of a next-generation low dose (2 µg/mm² surface dose of paclitaxel) DCB.
Methods: This was a prospective, randomized, multi-center, single-blinded trial. Patients were randomized (3:1) to treatment with a low-dose DCB or an uncoated percutaneous transluminal angioplasty (PTA) balloon. The primary safety endpoint was a composite of freedom from device- and procedure-related death through 30 days post-procedure and freedom from target limb major amputation and clinically-driven target lesion revascularization through 12 months post-procedure. The primary effectiveness endpoint was primary patency at 12 months.
Results: Patients were randomized to treatment with a DCB (222 patients, 254 lesions) or uncoated PTA balloon (72 patients, 79 lesions) following successful pre-dilatation. Mean lesion length was 7.2 cm and 7.1 cm, and 19.2% and 19.0% of lesions represented total occlusions, respectively. The primary safety endpoint was met and superiority was demonstrated; freedom from a primary safety event was 94.1% (193/205) with DCB and 83.3% (50/60) with PTA, for a difference of 10.8% (95% CI: 0.9%–23.0%). The primary effectiveness endpoint was met and superiority of DCB over PTA was achieved (83.9% [188/224] vs. 60.6% [40/66], p < 0.001). Outcomes with DCB were also superior to PTA per Kaplan Meier estimate for primary patency (89.0% vs. 65.0% at 365 days, log rank p < 0.001) and for rates of clinically-driven target lesion revascularization (5.9% vs 16.7%, p = 0.014).
Conclusions: Superiority with a low dose DCB for femoropopliteal interventions was demonstrated over PTA for both the safety and effectiveness endpoints.
Clinical Trial Registration -URL: http://www.clinicaltrials.gov. Unique identifier: NCT01858363.

Kommentar
Eine endovaskuläre Behandlung von femoropoplitealen Stenosen/Verschlüssen mit Paclitaxel-beschichteten Ballons zeigte bereits in mehreren Studien ihre Überlegenheit in Hinblick auf das Auftreten von Restenosen im Vergleich zur Standard-Ballonangioplastie. Allerdings fehlen weiterhin direkte Vergleichsstudien zwischen verschiedenen medikamentenbeschichteten Ballons und so ist es auch unklar, ob eine höhere Paclitaxel-Dosierung in der Beschichtung von Vorteil ist. In dieser randomisierten Studie wurde ein weiterer Ballon (Stellarex™) getestet, der mit einer niedrigen Dosis (2 µg/mm²) beschichtet ist und mit 83,9 % eine sehr gute primäre Offenheitsrate nach 1 Jahr zeigte (vs. 60,6 % nach Standard-Ballonangioplastie).

Praxisrelevanz
Aus den bislang durchgeführten Studien kann keine optimale Paclitaxel-Konzentration bei der Behandlung von femoropoplitealen Läsionen mittels medikamentenfreisetzender Ballons abgeleitet werden. Die Überlegenheit eines Produkts könnte nur durch direkte Vergleichsstudien gezeigt 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 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**