

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

News Screen

Steiner S

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2023;

20 (2), 14-15

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 April 2026

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
P H A R M A

S. Steiner

Aus der Klinik und Poliklinik für Angiologie, Universität Leipzig

Heart failure, peripheral artery disease, and dapagliflozin: a patient-level meta-analysis of DAPA-HF and DELIVER

Butt JH, et al. *Eur Heart J* 2023; <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad276> [Online ahead of print].

Abstract

Aims: Because an increased risk of amputation with canagliflozin was reported in the CANVAS trials, there has been a concern about the safety of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors in patients with peripheral artery disease (PAD) who are at higher risk of amputation.

Methods and Results: A patient-level pooled analysis of the DAPA-HF and DELIVER trials, which evaluated the efficacy and safety of dapagliflozin in patients with heart failure (HF) with reduced, mildly reduced/preserved ejection fraction, respectively, was conducted. In both trials, the primary outcome was the composite of worsening HF or cardiovascular death, and amputation was a prespecified safety outcome. Peripheral artery disease history was available for 11 005 of the total 11 007 patients. Peripheral artery

disease was reported in 809 of the 11 005 patients (7.4%). Median follow-up was 22 months (interquartile range 17–30). The rate of the primary outcome (per 100 person-years) was higher in PAD patients than that in non-PAD patients: 15.1 [95% confidence interval (CI) 13.1–17.3] vs. 10.6 (10.2–11.1); adjusted hazard ratio 1.23 (95% CI 1.06–1.43). The benefit of dapagliflozin on the primary outcome was consistent in patients with [hazard ratio 0.71 (95% CI 0.54–0.94)] and without PAD [0.80 (95% CI 0.73–0.88)] (Pinteraction = 0.39). Amputations, while more frequent in PAD patients, were not more common with dapagliflozin, compared with placebo, irrespective of PAD status (PAD, placebo 4.2% vs. dapagliflozin 3.7%; no PAD, placebo 0.4% vs. dapagliflozin 0.4%) (Pinteraction = 1.00). Infection rather than ischaemia

was the main trigger for amputation, even in patients with PAD.

Conclusion: The risk of worsening HF or cardiovascular death was higher in patients with PAD, as was the risk of amputation. The benefits of dapagliflozin were consistent in patients with and without PAD, and dapagliflozin did not increase the risk of amputation.

Praxisrelevanz

Die Ergebnisse dieser kombinierten Meta-Analyse unterstreichen die Sicherheit und Effektivität des SGLT-2-Inhibitors Dapagliflozin bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit und parallel vorliegender Herzinsuffizienz. Es wurde kein Anzeichen für eine erhöhte Amputationsrate bei konsistentem Benefit bei Patienten mit oder ohne PAVK gefunden.

Bempedoic acid and cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients

Nissen SE, et al. *N Engl J Med* 2023; 388: 1353–64.

Abstract

Objective: Bempedoic acid, an ATP citrate lyase inhibitor, reduces low-density lipoprotein (LDL) cholesterol levels and is associated with a low incidence of muscle related adverse events; its effects on cardiovascular outcomes remain uncertain.

Methods: We conducted a double-blind, randomized, placebo-controlled trial involving patients who were unable or unwilling to take statins owing to unacceptable adverse effects (“statin-intolerant” patients) and had, or were at high risk for, cardiovascular disease. The patients were assigned to receive oral bempedoic acid, 180 mg daily, or placebo. The primary end point was a four-component composite of major adverse cardiovascular events, defined as death from cardiovascular causes,

nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or coronary revascularization.

Results: A total of 13,970 patients underwent randomization; 6992 were assigned to the bempedoic acid group and 6978 to the placebo group. The median duration of follow-up was 40.6 months. The mean LDL cholesterol level at baseline was 139.0 mg per deciliter in both groups, and after 6 months, the reduction in the level was greater with bempedoic acid than with placebo by 29.2 mg per deciliter; the observed difference in the percent reductions was 21.1 percentage points in favor of bempedoic acid. The incidence of a primary end-point event was significantly lower with bempedoic acid than with placebo (819 patients [11.7%] vs. 927 [13.3%]; hazard ratio, 0.87; 95% confidence in-

terval [CI], 0.79 to 0.96; $P = 0.004$), as were the incidences of a composite of death from cardiovascular causes, nonfatal stroke, or nonfatal myocardial infarction (575 [8.2%] vs. 663 [9.5%]; hazard ratio, 0.85; 95% CI, 0.76 to 0.96; $P = 0.006$); fatal or nonfatal myocardial infarction (261 [3.7%] vs. 334 [4.8%]; hazard ratio, 0.77; 95% CI, 0.66 to 0.91; $P = 0.002$); and coronary revascularization (435 [6.2%] vs. 529 [7.6%]; hazard ratio, 0.81; 95% CI, 0.72 to 0.92; $P = 0.001$). Bempedoic acid had no significant effects on fatal or nonfatal stroke, death from cardiovascular causes, and death from any cause. The incidences of gout and cholelithiasis were higher with bempedoic acid than with placebo (3.1% vs. 2.1% and 2.2% vs. 1.2%, respectively), as were the inci-

dences of small increases in serum creatinine, uric acid, and hepatic-enzyme levels.

Conclusions: Among statin-intolerant patients, treatment with bempedoic acid was associated with a lower risk of major adverse cardiovascular events (death from cardiovascular causes, non-fatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or coronary revascularization).

Grants: Funded by Esperion Therapeutics; CLEAR Outcomes ClinicalTrials.gov number, NCT02993406.

■ Praxisrelevanz

Statinintoleranz und in der Folge Ablehnung einer Statin-Einnahme spielen in der Praxis eine große Rolle, auch wenn bei vielen Patienten unerwünschte Wirkungen häufig unzureichend dokumentiert und nachvollzogen werden können. Eine Therapie mit Bempedoinsäure wird für diese Patienten eine wirksame Alternative darstellen.

■ Outcomes of percutaneous intervention in patients with Takayasu arteritis

Joseph G, et al. *J Am Coll Cardiol* 2023; 81: 49–64.

Abstract

Background: The status of vascular lesion treatment using percutaneous intervention (PI) in Takayasu arteritis (TAK) remains unresolved.

Objectives: This study sought to develop PI strategies appropriate for TAK.

Methods: A prospectively maintained single-center database of TAK PI procedures from 1996 to 2022 was analyzed retrospectively. Obstructive lesions were treated by elective stenting (using bare or covered stents), balloon angioplasty (BA), or cutting-balloon angioplasty (CBA), with adjunctive stenting for suboptimal BA or CBA results. PIs were repeated in restenotic lesions until sustained success was obtained. Aortic or peripheral aneurysms and spontaneous aortic dissections were treated with covered stents or endografts. Immunosuppressive therapy, started before PI, was continued long term.

Results: A total of 942 patients underwent PI to treat 2,450 arterial lesions (2,365 stenoses or occlusions, 85 aneu-

rysms or dissections) in 630 subclavian or axillary, 586 renal, 463 aortic, 333 carotid, 188 mesenteric, 116 iliac, 71 coronary, and 63 other arteries; 3,805 PIs were performed (1.55 PIs per lesion; range 1–7 PIs per lesion). Early success was obtained in 2,262 (92.3%), and late success in 1,460 (84.5%) of 1,727 lesions with a median of 39 months (IQR: 15–85 months) of follow-up. Repeated PIs increased late success in obstructive lesions from 48.6% to 83.3%. A total of 1,687 elective stenting lesions achieved 88% late success with 1.49 PIs per lesion; covered stents (1.18 PIs per lesion) restenosed less than bare stents (1.51 PIs per lesion; $P < 0.001$). A total of 183 (36%) of 513 BA-treated lesions had good outcomes without adjunctive stenting; 122 CBA-treated lesions had 19% dissections and 8% ruptures or pseudoaneurysm formations. Aneurysms or dissections had 91.3% late success after PI. A total of 472 complications occurred in 415 (17%) lesions; 375 (79%) were resolved.

Conclusions: Most vascular lesions in TAK can be effectively, safely, and durably treated using predominantly stent-based PI strategies.

■ Praxisrelevanz

Bislang gab es nur kleinere Studien zur endovaskulären Revaskularisation bei Patienten mit Takayasu-Arteriitis. Die Daten dieser großen Registerstudie über einen langen Zeitraum zeigen bei einer großen Zahl von Patienten mit ganz unterschiedlichen Läsionen gute Ergebnisse sowie die Sicherheit einer endovaskulären Intervention. Bei entsprechender Symptomatik und nach multidisziplinärer Vorstellung kann auch bei Patienten mit Takayasu-Arteriitis eine Indikation zur minimal-invasiven Revaskularisation gestellt werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. PD Dr. Sabine Steiner

Klinik und Poliklinik für Angiologie, Universitätsklinikum Leipzig

D-04103 Leipzig, Liebigstraße 20

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](#)