



50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie 15. bis 18. Oktober 2008 in Bochum



UNSER MOTTO ZUM JUBILÄUMSKONGRESS

Erfolgreiche Phlebologie

MARKUS STÜCKER UND ACHIM MUMME, BOCHUM

In diesem Jahr findet in Bochum die 50. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Phlebologie statt. 1957 fand Dank den Anstrengungen von Dr. G. Olsen, die von ca. 30–35 Ärzten besuchte 1. Jahrestagung in Frankfurt statt, auf der die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie“ gegründet wurde. Die zweite Tagung im Oktober 1957 wurde bereits von 200 Teilnehmern besucht. Zwei Jahre

später hat die Gesellschaft bereits über hundert Mitglieder. Die Mitgliederzahl stieg in den folgenden Jahren rasant an. Heute gehören über 1400 Ärzte der „Deutschen Gesellschaft für Phlebologie“ (DGP) an.

Jeder von Ihnen hat auf seine Weise dazu beigetragen, dass wir dieses Jahr in Bochum den Jubiläumskongress unter dem Motto „Erfolgreiche Phlebologie“ begehen können. Nicht nur

die Mitgliederzahl der DGP hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt. Gleichzeitig haben neue wissenschaftliche Daten von hoher Qualität dazu beigetragen, die Entwicklung moderner Diagnostik und neuer Behandlungsmethoden voranzutreiben.

Zur Therapie der chronischen venösen Insuffizienz stehen minimal-invasive operative Verfahren, gefäßhaltende Reparationen, endoluminale thermische Verfahren und innovative Formen der Sklerosierungstherapie zur Verfügung. Darüber hinaus konnten außerdem große Fortschritte in der Behandlung chronischer Wunden erzielt werden.

Es ist daher nahe liegend, dass eben diese Themen die Schwerpunkte des diesjährigen phlebologischen Kongresses in Bochum sein werden. Unübersehbar sind jedoch auch die zunehmend wirtschaftlichen Anforderungen, denen wir alle uns im alltäglichen medizinischen Alltag stellen müssen, um einerseits eine suffiziente Versorgung der Patienten zu gewährleisten, zum anderen aber auch ein finanzielles Auskommen zu haben. Unter den aktuellen gesundheitspoli-



Der Tagungsort 2008 – RuhrCongress Bochum.

© RuhrCongress Bochum



Prof. Dr. Achim Mumme und Prof. Dr. Markus Stücker (v. l.), Tagungspräsidium.

tischen Aspekten ist es schwierig zu sagen, welche Entwicklungen uns in den nächsten Jahren erwarten. Umso wichtiger ist es, die Phlebologie als Wissenschaft und als unverzichtbare Versorgungsstruktur in der Gesundheitslandschaft weiter voranzutreiben, fest zu verankern und den erfolgreichen Kurs der letzten 50 Jahre beizubehalten.

Neben dem exzellenten wissenschaftlichen Programm wartet auch das Rahmenprogramm mit Highlights

auf, die Ihnen die Möglichkeit geben, das Ruhrgebiet von einer besonderen Seite kennen zu lernen. Lassen Sie sich weder den Eröffnungsabend mit den Highlights des Musicals Starlight-Express noch den Galaabend im Weltkulturerbe Zeche Zollverein entgehen.

Wir freuen uns mit Ihnen auf einen interessanten, spannenden, unterhaltenden und unvergesslichen Kongress im Herzen des Ruhrgebiets!

Die Sklerosierung oder „Verödung“ von Krampfadern ist seit Jahrzehnten etabliert. Über die Wirksamkeit der Sklerotherapie bei der Behandlung aller Krampfaderformen liegen etliche, teilweise vergleichende Untersuchungen vor, allerdings steht nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin ein letztendlicher Beweis für die Wirksamkeit der post-sklerotherapeutischen Kompressionstherapie, die im deutschsprachigen Raum traditionell durchgeführt wird, noch aus.

Ein Nachweis über den Nutzen der Kompressionsklasse II nach Sklerosierung von Besenreiservarizen wurde von Phillippe Kern (J Vasc Surg 2007; 45: 1212-16) veröffentlicht. Mit die-

ANWENDUNGSBEOBACHTUNG IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

Sklerotherapie von Varizen – Register

KASTEN HARTMANN, BERLIN, FRANZ-XAVER BREU, TEGERNSEE,
STEPHAN GUGGENBICHLER, MÜNCHEN, JAN-CHRISTOPH WOLLMANN, WIESBADEN
FÜR DIE AG SKLERTHERAPIE DER DGP

ser nicht-interventionellen Prüfung im Sinne von § 4 Abs. 23 Satz 3 AMG bzw. § 23 MPG sollen in Form eines „Registers“ weitere Erkenntnisse über die Effektivität und Sicherheit der Sklerotherapie mittels Arzneimitteln (Sklerotherapeutikum) und Medizinprodukten (Kompression) innerhalb der zugelassenen Indikation unter den Bedingungen der routinemäßigen ärztlichen Anwendung gesammelt werden.

Dabei sollen Variationen der Therapie untersucht werden, die sich durch die Sklerosierung (flüssig und Schaum) mit/ohne Kompression bei verschiedenen Kompressionsklassen und Verbänden sowie die Dauer der durchgeführten Kompression ergeben.

Die Datenerfassung erfolgt mittels eines elektronischen Case-Report-Formulares im Internet, welches von dem CRO Aix Scientifics bereitgestellt und ausgewertet wird.

Die Anwendungsbeobachtung (AWB) wird zur Erweiterung der Erkenntnisse über die Effektivität der Sklerosierung in Abhängigkeit von der Varizenlokalisation und der Art der

Kompression führen. Die AWB wird auch die Erkenntnisse zu bekannten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) unter routinemäßiger Anwendung (Bewertung von Schweregraden, Häufigkeitsabschätzung, Wechselwirkungen) erweitern. Darüber hinaus werden nur so Erkenntnisse zu möglichen bisher unbekanntem seltenen UAW und Wechselwirkungen gewonnen. Außerdem soll die Patienten-Compliance in Abhängigkeit von der Art der Kompression und der Kompressionsklasse ermittelt werden.

Alle Mitglieder der AG Sklerotherapie der DGP (www.ag-sklerotherapie.de/gesamtmitglieder.htm), derzeit ca. 90 aus ganz Deutschland, können als Prüfarzte an dieser AWB teilnehmen.

Diese AWB intendiert in keiner Weise, dass die Mitglieder der AG ihr therapeutisches Vorgehen ändern, sondern soll im Gegenteil das routinemäßige Vorgehen aufzeichnen. Die Verordnung der benutzen Produkte (Verödungsmittel/Kompressionsverbände) soll aufgezeichnet, aber durch die AWB nicht beeinflusst werden.

Start der AWB war Februar 2008

Im bisherigen Probelauf wurden Daten über die Besenreiser-Sklerosierung mit/ohne anschließende Kompression erhoben. Ab Herbst 2008 können dann Daten über das ganze Spektrum der Verödungsbehandlung, insbesondere auch die Schaumverödung von Seitenästen und Stammvenen in der AWB erhoben werden.

Diese AWB der AG Sklerotherapie ist eine einmalige Chance, in Deutsch-

land viele Daten mit geringem Aufwand über die Sklerotherapie zu sammeln, da jeder Arzt, welcher Mitglied in der AG Sklerotherapie ist (die Mitgliedschaft in der AG Sklerotherapie ist kostenlos, Voraussetzung ist nur eine Mitgliedschaft in der DGP), als Prüfarzt an dieser AWB teilnehmen kann.

Es geht daher ein Appell an alle Mitglieder der AG Sklerotherapie, bei dieser AWB mitzumachen, Ideen und Feedback einzubringen, damit diese AWB ein Erfolg wird.

Korrespondenzadresse:
Dr. Karsten Hartmann
Phlebologische Gemeinschaftspraxis
Hartmann & Partner
Zähringerstraße 14
79108 Freiburg
kahartmann@web.de

BITTE VORMERKEN

31. August bis 4. September 2009

XVIth World Meeting of the International Union of Phlebology

TAGUNGSORT:
Monaco
Grimaldi Forum
Principality of Monaco

INTERNET:
www.uip2009.eu

TAGUNGSPRÄSIDIUM:
Organisations-Komitee
Dr. Jean Jérôme Guex (Nice)
Chairman
Dr. Horst-E. Gerlach (Mannheim)
Co-Chairman

Wissenschaftliches Komitee
Prof. Dr. Eberhard Rabe (Bonn)
Chairman
Dr. Michel Schadeck (Paris)
Co-Chairman

Das Reservoir dieser Erreger sind hauptsächlich besiedelte oder infizierte Patienten. Vektoren bei der epidemischen Verbreitung von MRSA sind kontaminierte Hände des Personals. Das mögliche Auftreten von MRSA erfordert speziell im klinischen Bereich ein konsequentes und systematisches Hygienemanagement. Maßnahmen zur Kontrolle der MRSA-Situation umfassen:

- frühzeitiges Erkennen von MRSA-Stämmen (Monitoring),
- konsequente (Kohorten-)Isolierung MRSA-kolonisierter/-infizierter Patienten,
- strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen (z. B. Händedesinfektion),
- effiziente Sanierung nasaler MRSA-Besiedlung.

Daneben muss aber nach weiteren Möglichkeiten gesucht werden, um die Verbreitung von MRSA zu verhindern. Eine solche komplementäre Möglichkeit ist die frühzeitige Verhinderung der Kolonisation von MRSA durch Naturstoffe, die die Abwehrkraft der Haut stärken. Geeignete Naturstoffe wurden in Mikroalgen gefunden. Mikroalgen verfügen über wertvolle Inhaltsstoffe und sind reich an antimikrobiell wirksamen Lipiden, ungesättigten Fettsäuren, Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen. Um die Kolonisation von MRSA zu verhindern, war es allerdings erforderlich, die Biomasse dieser Algen in Form von Mikro- und Nanopartikeln auf die Haut zu bringen. Wir untersuchten den Effekt dieser Partikel auf die Kolonisierung von *Staphylococcus aureus* auf der Haut in zwei Tiermodellen (Mäuseohr und Kuheuterzitzen) und verwendeten als Testorganismen die folgenden MRSA-Stämme:

- „Norddeutscher Epidemiestamm“,
- Col,
- MU50,
- N315.

Der „Norddeutsche Epidemiestamm“ wurde 1966 entdeckt und ist in Europa und Nordamerika weit ver-

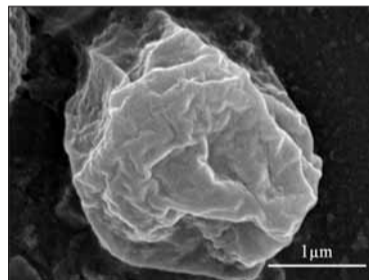


Abb. 1: Elektronenmikroskopische Aufnahme eines Bio33-Maresome®.

Verhinderung von Wundinfektionen durch gezielte MRSA-Prophylaxe

GEROLD LUKOWSKI ET AL.*, GREIFSWALD

Gegenwärtig sind Krankenhausinfektionen, bei denen multiresistente Bakterien übertragen werden können, ein besonderes Problem für die medizinische Versorgung. Die dabei am häufigsten nachgewiesenen Erreger sind Staphylokokken, einschließlich des Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA). In Deutschland sind mehr als 20 % der nosokomialen *Staphylococcus aureus*-Isolate MRSA-Stämme. In anderen Ländern wie Japan, Frankreich und den USA beträgt der Anteil bis zu 50 %.

breitet. Der MRSA-Stamm Col wurde 1963 im Operationssaal eines Krankenhauses in England isoliert und hat eine hohe Methicillinresistenz sowie eine Tetracyclinresistenz. Der Vancomycin-resistente Stamm MU50 wurde aus der eitrigen Wunde eines chirurgisch behandelten männlichen Säuglings im Jahre 1996 in Japan isoliert. Der MRSA N315 wurde aus einem Abstrich einer Rachenentzündung in einem japanischen Krankenhaus im Jahre 1982 isoliert. Die MRSA-Stämme Col, Mu50 und N315 wurden vollständig sequenziert und werden daher häufig in internationalen Studien untersucht.

Methoden

Die untersuchte Mikroalge Bio33 wurde in der Ostsee in der Nähe der Insel Rügen isoliert und als Laborkultur etabliert. Sie ist untoxisch und kann in großen Mengen in Photobioreaktoren kultiviert werden.

Mikro- und Nanopartikeln mit dem Markennamen Maresome® wurden durch eine spezielle Mikroverkapselung der ausgesuchten Mikroalge entsprechend dem europäischen Patent EP 1480661 hergestellt (Abb. 1). Die Maresome® wurden in eine o/w-Emulsioncreme (Heitland & Petre GmbH, Celle) eingearbeitet. Die Maresome®-

creme wurde an den Tiermodellen Mäuseohr und Kuheuterzitze getestet. Die Kontamination (10^6 cfu) erfolgte bei Mäuseohren und Kuheuterzitzen (Tiermodell) mit den genannten MRSA-Stämmen und mit MSSA-Stämmen.

Ergebnisse

Die Maresome® waren in der Lage, die dermale Kolonisierung verschiedener MRSA-Stämme (NES, Col, N315) und des Vancomycin-resistenten Stammes MU50 wirksam zu verhindern (Abb. 2). Im Gegensatz zu den MRSA blieb die normale mikrobiologische Flora der Haut weitgehend erhalten. Darüber hinaus wurde die Übertragung von MRSA durch Haut-zu-Haut-Kontakt (Donator-Akzeptor) simuliert. Bei unbehandeltem Akzeptor (Kontrollen) wurden auf einem Hautareal nach Kontamination durch Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Donator etwa 1000 Koloniebildende Einheiten (CFU) gezählt. Nach Vorbehandlung des Akzeptors mit der Maresome®-Creme wurde nach Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Donator die Kolonisierung von MRSA praktisch vollständig unterbunden. Das Ergebnis ist hochsignifikant (St. aureus, Norddeutscher Epi-



Dr. Gerold Lukowski

demiestamm; n = 91). Erste Versuche an humanen Modellen bestätigten die gute Wirksamkeit der Maresome®-Creme. Die Effizienz war nach einer Einwirkzeit von 1 min über einen Zeitraum von 24 Stunden nachweisbar.

Schlussfolgerungen

Die Bio33-Maresome®-Creme ist in der Lage, eine Kolonisierung von MRSA, VISA und MSSA und eine Übertragung von MRSA bei Haut-zu-Haut-Kontakt zu verhindern.

Durch die Einwirkung von Bio33-Maresome® bleibt die physiologische Hautflora als Schutzmantel auch vor bakteriellen Angriffen erhalten.

BITTE VORMERKEN

20. bis 23. Mai 2009

44. Jahrestagung Deutsche Diabetes-Gesellschaft

TAGUNGSORT:

Congress Center Leipzig
Messe-Allee 1
04356 Leipzig

TAGUNGSPRÄSIDENT:

Prof. Dr. D. Müller-Wieland
Institut für Diabetes-
Forschung und
Asklepios Klinik St. Georg
Abt. für Allgemeine Innere
Medizin, Gastroenterologie,
Endokrinologie, Diabetes &
Stoffwechsel
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
Tel.: 040/181885-3025
ddg2009@asklepios.com

TAGUNGSORGANISATION/

VERANSTALTER:

K.I.T. GmbH
Association & Conference
Management Group & Co. KG
Kurfürstendamm 71
10709 Berlin
Tel.: 030/24603-0
Fax: 030/24603-200
ddg2009@kit-group.org

INTERNET:

www.ddg2009.de

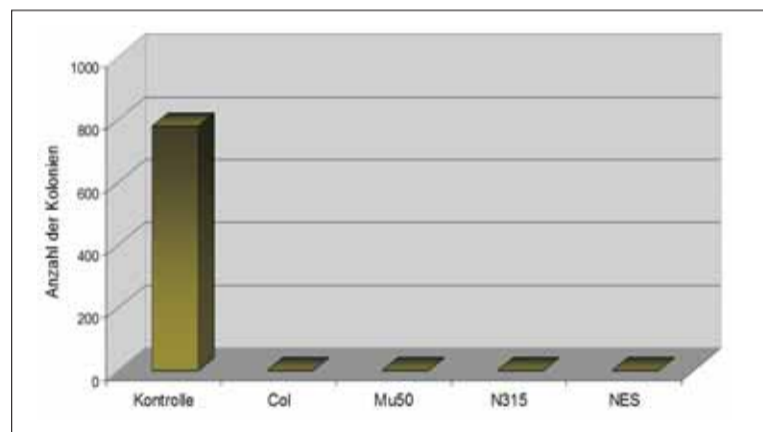


Abb. 2: Einfluss der Bio33-Maresome® auf die Kolonisierung verschiedener MRSA-Stämme (COL, N315, NES) und des Vancomycin-resistenten Stammes MU50 im Modell „Kuheuterzitze“ (direkte Kontamination; n = 54).

INFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENST

Neue S3-Leitlinie zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

Cilostazol erhält erneut höchstmöglichen Empfehlungsgrad bei PAVK-induzierten Gehschmerzen

Der PDE-III-Hemmer Cilostazol (Pletal®) wird nun auch in den deutschen Leitlinien mit dem höchstmöglichen Empfehlungsgrad zur Reduktion des Gehschmerzes und zur Verlängerung der schmerzfreien und maximalen Gehstrecke bei Claudicatio intermittens aufgeführt. Die Linderung bzw. Beseitigung von Ischämieschmerzen ist eigenständiges Therapieziel bei der Behandlung der PAVK im Stadium II nach Fontaine. Medikamente wie ASS oder Clopidogrel dienen der Sekundärprävention, haben jedoch keine Wirkung auf die Claudicatio-Symptomatik.

Bei der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) wurde erstmals die neue S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) vorgestellt, die voraussichtlich im November 2008 veröffentlicht wird. Sie bescheinigt dem PDE-III-Hemmer Cilostazol (Pletal®) den höchstmöglichen Empfehlungsgrad A, Evidenzklasse 1. Damit schließen sich die Leitlinien der DGA den internationalen Empfehlungen an, die Cilostazol im Bereich der medikamentösen Therapie als Mittel der ersten Wahl zur Reduktion des Gehschmerzes und Verlängerung der schmerzfreien und maximalen Gehstrecke bei Patienten mit PAVK im Stadium II aufzuführen. Die Gabe von ASS

oder Clopidogrel zur Senkung des kardiovaskulären Risikos hat im Gegensatz zu Cilostazol keinen Einfluss auf die Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und der funktionellen Leistungsfähigkeit bei PAVK-bedingten Gehschmerzen¹.

Verdopplung der schmerzfreien Gehstrecke

Bereits 1999 zeigten Beebe et al. in einer multizentrischen, randomisierten und plazebokontrollierten Studie mit 516 Patienten, dass mit Cilostazol eine Verdoppelung sowohl der maximalen als auch schmerzfreien Gehstrecke nach 24 Wochen erreicht werden konnte². Diese Ergebnisse wurden 2002 durch Thompson et al. in einer umfangreichen Metaanalyse von acht

Phase-III-Studien mit insgesamt 2702 Patienten erhärtet: Die Einnahme von zweimal täglich 100 mg Cilostazol verbesserte signifikant und dosisabhängig die schmerzfreie und maximale Gehstrecke bei Patienten mit Claudicatio-Symptomen³. Diese Ergebnisse wurden erst kürzlich durch einen ausführlichen Cochrane-Review bestätigt: Analysiert wurden acht randomisierte und kontrollierte Studien, in denen Cilostazol u. a. gegen Plazebo und Pentoxifyllin getestet wurde⁴.

Weniger Schmerzen – höhere Lebensqualität

Die Metaanalyse von Thompson et al. untersuchte zudem die in den Primärstudien ermittelten Daten zur Lebensqualität der Patienten mit Claudicatio

intermittens. Das Ergebnis: Patienten, die mit Cilostazol behandelt wurden, zeigten im Vergleich zur Plazebo-Gruppe bereits nach 12- bis 24-wöchiger Behandlungsdauer eine signifikante Verbesserung ihrer Lebensqualität (p < 0,01) sowie eine signifikante Reduktion des Claudicatio-Schmerzes². Obwohl die Studien zu den positiven Wirkungen von Cilostazol auf die Verlängerung der schmerzfreien und maximalen Gehstrecke bisher ausschließlich einen Beobachtungszeitraum von etwa sechs Monaten umfassten, gehen Experten davon aus, dass auch nach mehr als sechs Monaten ein weiterer Therapiezugewinn zu erreichen ist.

Cilostazol – dreifache Wirkung gegen Ischämieschmerz

Cilostazol entfaltet als spezifischer PDE-III-Hemmer Wirkungen an allen drei Zelltypen, die an der Entstehung der atherosklerotischen Läsion beteiligt sind. Neben der Hemmung der Thrombozytenaggregation und -adhäsion wirkt Cilostazol auch positiv auf die Funktion von Endothelzellen und glatten Muskelzellen. Eine antiinflammatorische Wirkung wird u. a. durch

die Unterdrückung der Zytokinfreisetzung und einer verminderten Expression von Adhäsionsmolekülen am Endothel erzielt. Auch wird die Wirkung von Prostazyklin auf die glatten Muskelzellen verstärkt, was einen relaxierenden Einfluss auf die Gefäße ausübt. Zusätzlich hemmt Cilostazol die Proliferation der vaskulären Glattmuskulzellen und damit deren Einspross in das Gefäßlumen, ein Vorgang, der maßgeblich an dem Fortschreiten der Atherosklerose beteiligt ist. Diese Einzeleffekte resultieren in einem antithrombotisch-antiatherogenen Gesamteffekt, wodurch eine verbesserte Gefäßperfusion erreicht und der Ischämieschmerz vermindert werden kann.

Quellen

- 1 Norgren, L. et al. (TASC II-Guidelines), Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33: S30-32
- 2 Beebe, H.G. et al. Arch Intern Med 1999; 159: 2041-2050
- 3 Thompson, P.D. et al. Am J Cardiol 2002; 90: 1314-1319
- 4 Robless, P. et al. Cochrane Databas Syst Rev 2008; 1: CD003748