

IROS 2012

Interventionell Radiologisches Olbert Symposium
SALZBURG 12. – 14.1.2012

HAUPTPROGRAMM

Dreiländertagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen
Gesellschaften (DeGIR, ÖGIR & SSCVIR) für Interventionelle Radiologie



Armada 35

0.0035" PTA Balloon Catheter

Engineered to treat
the broadest range
of lesions

Frontline performance
even in high pressure
situations

Designed to
streamline your
procedure from
start to finish

A Step Ahead



Armada 35 is a trademark of the Abbott Group of Companies.

Contact your sales representative for more information.

Abbott Ges.m.b.H., Perfektastraße 84 A, 1230 Vienna.
Photo(s) on file at Abbott Vascular. All drawings are artist's representations only and should not be considered as an engineering drawing or photograph. Products intended for use by or under the direction of a physician. Prior to use, it is important to read the package insert thoroughly for instructions for use, warnings and potential complications associated with use of this device. Information contained herein is for distribution for Austria ONLY. Please check the regulatory status of the device before distribution in areas where CE marking is not the regulation in force. For more information, visit our website at abbottvascular.com

© 2011 Abbott. All rights reserved. 2-AT-2-1699-01 11/2011

INHALT

| | |
|--|-----------|
| Allgemeine Informationen | 4 |
| Begrüßung | 5 |
| Sitzungsarten | 6 |
| DigiPoster | 9 |
| Hands-on Workshops | 11 |
| | |
| Programmübersicht | 12 |
| Donnerstag, 12. Januar 2012 | 15 |
| Freitag, 13. Januar 2012 | 20 |
| Samstag, 14. Januar 2012 | 25 |
| | |
| Abstracts der Free Paper Präsentationen | 29 |
| CME Credits & Bestätigungen | 36 |
| Umgebungsplan | 39 |
| Festabend | 41 |
| Referenten | 42 |
| Aussteller & Sponsoren | 45 |
| Übersicht – Ausstellung & Vortragsräume | 46 |

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

TAGUNGSORT

Salzburg Congress
Auerspergstraße 6
5020 Salzburg, Österreich
Tel.: +43 (0)662 88 987-0
www.salzburgcongress.at

TAGUNGSSEKRETARIAT

Information, Registrierung, Industrieausstellung

ÖGIR

Neutorgasse 9/6
1010 Wien, Österreich
Tel.: +43 (0)1 904 2003-13
Fax: +43 (0)1 904 2003-30
E-Mail: oegir@oegir.at

INTERNETADRESSE

www.IROSONline.org

W-LAN

W-LAN ist im ganzen Haus kostenlos verfügbar. Bitte loggen Sie sich mit den folgenden Zugangsdaten ein:

Netzwerk: Congress 60
Passwort: 12a34b56cd

VERANSTALTER

DeGIR – Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie

ÖGIR – Österreichische Gesellschaft für Interventionelle Radiologie

SSCVIR – Schweizerische Gesellschaft für Kardiovaskuläre und Interventionelle Radiologie

REGISTRATUR / TAGUNGSBÜRO VOR ORT

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Donnerstag, 12. Januar 2012 | 08:30 – 18:00 |
| Freitag, 13. Januar 2012 | 07:30 – 18:00 |
| Samstag, 14. Januar 2012 | 07:30 – 14:00 |

Während der Öffnungszeiten ist das Tagungsbüro unter der Telefonnummer +43 (0)676 93 33 869 erreichbar.

NAMENSSCHILD

Ihr Namensschild erhalten Sie bei der Registratur. Es ist Ihre „Eintrittskarte“ und muss während der gesamten Veranstaltung sichtbar getragen werden.

PREVIEW CENTER

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Donnerstag, 12. Januar 2012 | 08:30 – 18:00 |
| Freitag, 13. Januar 2012 | 07:30 – 18:00 |
| Samstag, 14. Januar 2012 | 07:30 – 14:00 |

Das Preview Center befindet sich im 1. Obergeschoss (siehe Übersicht auf den Seiten 46 und 47).

FACHAUSSTELLUNG

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Donnerstag, 12. Januar 2012 | 09:30 – 18:30 |
| Freitag, 13. Januar 2012 | 08:30 – 18:30 |
| Samstag, 14. Januar 2012 | 08:30 – 14:45 |

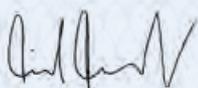
Sehr geehrte Kolleginnen, Sehr geehrte Kollegen,

nach dem mit über 770 Teilnehmern bisher erfolgreichsten Interventionell Radiologischen Olbert Symposium, dem IROS 2011 in Salzburg, freuen wir uns, Sie erneut in Salzburg begrüßen zu dürfen. Der Charme dieser Stadt, die erstklassigen baulichen und technischen Voraussetzungen und nicht zuletzt die kulinarischen Verlockungen der Region haben uns zu dieser Wahl veranlasst.

Die außerordentlich rege und immer noch wachsende Beteiligung sowie die zahlreichen positiven Rückmeldungen haben gezeigt, wie wichtig eine intensiv geführte radiologische Diskussion gerade auf den Gebieten der Gefäßmedizin und der interventionellen Onkologie ist. Eine fundierte Fortbildung stellt die wesentliche Voraussetzung dafür dar, uns als Avantgarde der interventionellen minimal-invasiven Therapie zu behaupten und als klinischer Ansprechpartner anzubieten. Der kontinuierliche seriöse Austausch über technische Neuerungen und Entwicklungen ist dabei genauso bedeutend wie die kritische Auseinandersetzung mit dem, was wir täglich tun.

Wie in jedem Jahr haben wir versucht, neue Ideen und anspruchsvolle Techniken, Evidenz und zukünftige Hoffnungsträger, vaskuläre und nicht vaskuläre Interventionen, Live Cases und konträre Themen in ein hoffentlich spannendes Programm zu packen. Unvermindert werden wir die spezielle MTRA-Fortbildung, das "Fit für den Facharzt"-Programm und die Kurse zum Erwerb der Fachkunde „Interventionelle Radiologie“ fortsetzen.

Herzlich willkommen zu einem erfolgreichen und interessanten IROS 2012 in Salzburg!



Dierk Vorwerk
Kongresspräsident der DeGIR



Siegfried A. Thurnher
Präsident der ÖGIR



Augustinus L. Jacob
Präsident der SSCVIR

SITZUNGSARTEN

FACHKUNDE IR

Gemäß der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ werden wir anlässlich des IROS 2012 wieder den **Spezialkurs Interventionsradiologie** anbieten. Dabei werden in vier Einheiten alle Aspekte des Strahlenschutzes bei schnittbild- und projektionsradiographiegestützten Interventionen behandelt. Der Kurs schließt mit einer schriftlichen Prüfung ab.

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl ist eine Voranmeldung erforderlich. Bei Interesse kann man sich noch vor Ort an der Registratur anmelden. Die Teilnahmegebühr für den „Fachkunde IR“-Kurs beträgt € 120,00 pro Person.

FIT FÜR DEN FACHARZT

„Fit für den Facharzt“ ist ein Programm der Deutschen Röntgengesellschaft, dessen Grundlagenthemen speziell auf in Ausbildung befindliche Kollegen abgestimmt sind.

FREE PAPER SESSION

Alle angenommenen Abstracts werden in einer der beiden Sitzungen präsentiert:

Free Paper Session 1

Donnerstag, 12. Januar 2012 (17:00–17:45)
Mozart-Saal

Free Paper Session 2

Donnerstag, 12. Januar 2012 (17:45–18:30)
Mozart-Saal

Nähere Informationen zu den einzelnen Abstracts finden Sie im chronologischen Programmteil (Seite 18 und 19) sowie im Abstractteil (Seiten 29–35).

HANDS-ON WORKSHOP

Während der Hands-on Workshops haben Teilnehmer die Möglichkeit, unter Anleitung von Trainern, in Theorie und Praxis Erfahrung mit diversen Behandlungstechniken zu sammeln sowie den Umgang mit verschiedensten Instrumenten zu üben.

Im Rahmen des IROS 2012 werden Hands-on Workshops zu den folgenden Themen angeboten:

- Embolisation
- Schlaganfallbehandlung

Nähere Details zu den Hands-on Workshops finden Sie auf Seite 11.

LIVE-OP-ÜBERTRAGUNG

Die Live-OP-Übertragungen erfolgen aus dem **Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien** und dem **Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg** per Satellit nach Salzburg. Durch die Live-Schaltung (Bild und Ton) hat jeder Teilnehmer die Möglichkeit, mit den Operateuren während der Interventionen zu sprechen.

MORBIDITY & MORTALITY

Im Rahmen der Morbidity & Mortality Konferenz werden jedes Jahr Fälle präsentiert, die zu Komplikationen geführt haben oder tödlich für den Patienten endeten. Die Teilnehmer haben auf diese Weise die Möglichkeit, von den Erfahrungen ihrer Kollegen zu profitieren und wertvolle Tipps für die Praxis zu sammeln.

MTRA WORKSHOP

Bei zahlreichen Interventionen handelt es sich um komplexe Eingriffe, die neben der detaillierten Kenntnis der spezifischen Interventionstechnik und der verwendeten Materialien ein eingespieltes Team erfordern. In diesem Team spielen die medizinisch-technischen RadiologieassistentInnen eine wesentliche Rolle. Aus diesem Grund bieten wir vier speziell auf diese Zielgruppe abgestimmte Workshops an. Zur weiteren Vertiefung stehen den MTRA auch die "Fit für den Facharzt" Kurse sowie die diversen Workshops zur Verfügung.

SATELLITEN SYMPOSIUM

Die Satelliten Symposien können von Firmen gebucht werden, um Produkte vorzustellen und neueste Erkenntnisse sowie wissenschaftliche Errungenschaften von hochkarätigen Experten präsentieren zu lassen.

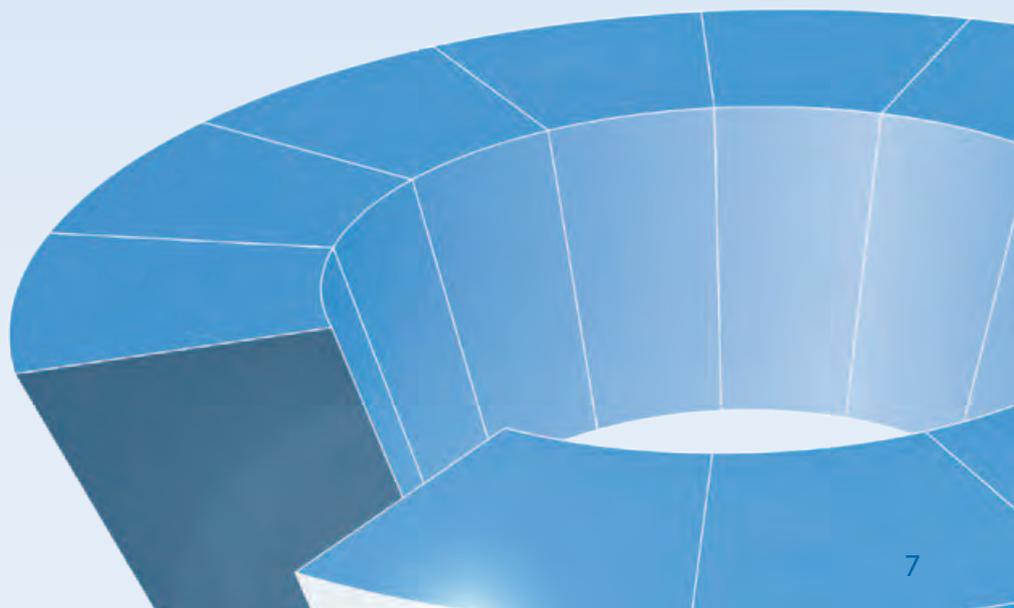
TUMORBOARD

In diesen Sitzungen präsentieren Experten Fälle zu bestimmten Fragestellungen, die anschließend im Board diskutiert werden. Danach wird eine Empfehlung abgegeben, die mit der tatsächlich getroffenen Entscheidung verglichen wird.

Ziel der Tumorboards ist es, den Teilnehmern Entscheidungskriterien und die verschiedenen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie näher zu bringen.

WORKSHOP

Die Workshops bieten ausgewählte Vorträge aus den verschiedensten Themenbereichen der interventionellen Radiologie.





Providing you with peace of mind

0.97%

Re-intervention Rate
at 30-days*

3.8%

Re-intervention
Rate at 1-yr**

More than **25,000** cases
performed globally in
just 2.5 years.***

www.endurant-stentgraft.com

Endurant®
AAA STENT GRAFT SYSTEM

* Data on file at MDT: ENGAGE first 839 patients 30-day results

** Data on file at MDT: Endurant EU Trial 1 yr results

*** Data on file at Medtronic



DIGIPOSTER

Auch in diesem Jahr wurden wieder viele interessante Beiträge eingereicht. Die folgenden DigiPoster können im DigiPoster-Corner im 1. Obergeschoss (siehe Übersicht auf den Seiten 46 und 47) angesehen werden:

Mein bester Fall

- Abdomen – vaskulär**
- Dynamische Erfassung der Tumormikrovaskularisation während der intraarteriellen Chemoembolisation mit Degradable Starch Microspheres (DSM-TACE) von HCC-Läsionen durch die kontrastmittelverstärkte Ultraschalldiagnostik (CEUS): erste Ergebnisse
P. Wiggermann (Regensburg/DE)
 - Endovaskuläre Therapie eines großen Leberarterienaneurysmas mittels Stentgraftimplantation
D. Beitzke (Wien/AT)
- Abdomen – nonvaskulär** 
- **Interventionelle Choledochoneojejunostomie bei Verschluss der biliodigestiven Anastomose**
R. Kloeckner (Mainz/DE)
- Aorta**
- Ein Schuss ein Treffer
M. Schernthaler (Wien/AT)
 - Sanierung eines Pseudoaneurysmas nach Aorta ascendens-Ersatz mit Stentgraft
G. Erman (Wien/AT)
 - Type II endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: Fate of the aneurysm sac and neck changes during long-term follow-up
R. Nolz (Wien/AT)
- Kopf / Hals** 
- **Benigne Karotidynie oder idiopathische Karotitis?**
D. Berzaczy (Wien/AT)
- Niere / Retroperitoneum** 
- **Fibromuskuläre Dysplasie mit komplexen Nierenarterienaneurysmen – Therapie mit Multilayer Stent und Embolisation**
R.H. Portugaller (Graz/AT)
- Periphere Gefäße**
- Eine seltene Komplikation nach Umstellungsosteotomie: Aneurysma spurium und AV-Fistel der Arteria fibularis – endovaskuläre Therapie mit einem gecoverten Stent
M. Szpakowski (Mülheim an der Ruhr/DE)
- Thorax / Lunge**
- Interventioneller Verschluss einer akzidentellen Schleusenanlage in den Tr. brachiocephalicus mit einem unterdimensionierten 8F Angiseal®-System
H. Gößmann (Regensburg/DE)

Mein kompliziertester Fall

- Abdomen – vaskulär**
- Akute mesenteriale Ischämie nach Verschluss eines covered stent in der Arteria mesenterica superior: Therapie mittels mechanischer Rotationsthrömbektomie
J.P. Goltz (Würzburg/DE)
- Aorta**
- Hybrid-TEVAR des Aortenbogens bei thorakoabdomineller Typ A Aortendissektion
R. Wickenhoefer (Koblenz/DE)
- Kopf / Hals**
- Cardiac Papillary Fibroelastoma – Systemic Lysis and Clot Retrieval after Acute Ischemic Stroke
A.K. Wallner (Salzburg/AT)
- Periphere Gefäße**
- Die interventionelle Behandlung einer Stentfraktur der A. poplitea – oder: Verlagerung des Bewegungssegments in die A. femoralis sup.
A. Maßmann (Homburg/DE)
- Venen**
- Die zweite Ebene – auch in der Angiographie obligat
J. Samel (Siegburg/DE)



Die drei besten DigiPoster werden im Anschluss an die Honorary Lecture ausgezeichnet. Die Prämierung findet im Europa-Saal statt und wird von Herrn Prof. Vorwerk (DeGIR), Herrn Prof. Thurnher (ÖGIR) und Herrn Prof. Jacob (SSCVIR) vorgenommen.

CIRSE Patienteninformationen

Die von der CIRSE zur Verfügung gestellten Patienteninformationen bieten Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, sich über die folgenden Themen zu informieren:

Gebärmuttermyomembolisation
Patienteninformation

Interventionelle Onkologie
Patienteninformation

Interventionelle Radiologie
Patienteninformation

Periphere Arterienerkrankung
Patienteninformation

Interventionelle Radiologie:
Ihre Alternative zur Chirurgie
Patienteninformation

Interventionelle
Ihre Alternative zu

Interventionelle f
Ihre Alternative zu

Interventionelle f
Ihre Alternative zu

www.cirse.org
www.uterinefibro
Cardiovascular and Interventional Radi

In den letzten 20 Jahren hat sich die
tionelle Radiologie stark weiterentw
eine wichtige Alternative zu herköm
Eingriffen dar.

Patienten werden nach intervention
griffen meist früher aus dem Kranke
Vollnarkose ist in den meisten Fällen
Weiteren sind die Risiken, Schmerze
zeiten wesentlich geringer als bei ch

www.cirse.org
Cardiovascular and Interventional Radi

www.cirse.org
Cardiovascular and Interventional Radi

www.cirse.org
Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

Jede Broschüre enthält Grafiken und Erklärungen, die die jeweiligen Themen bzw. Behandlungsmethoden auf anschauliche Weise erläutern.

Die Patienteninformationsbroschüren werden CIRSE Mitgliedern gratis zur Verfügung gestellt. Für weitere Informationen oder Bestellungen wenden Sie sich bitte an Herrn Adam McLean, mclean@cirse.org.

CIRSE Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

Mit offizieller Unterstützung von:



HANDS-ON WORKSHOPS

EMBOLISATION

Donnerstag, 12. Januar 2012 (13:15-14:45)

Wolf-Dietrich Saal

Samstag, 14. Januar 2012 (13:15-14:45)

Wolf-Dietrich Saal

Der Workshop behandelt die Handhabung gängiger Embolisate wie Partikel, Mikrosphären, Klebstoffe, Onyx, Mikro- und Makrospiralen sowie Vascular Plugs in Theorie und Praxis. In der Einführung werden die Prinzipien der Embolisation, eine Übersicht über die gängigen Embolisate und die richtige Auswahl des geeigneten Materials vermittelt. Im Anschluss daran haben die Teilnehmer die Möglichkeit, die Anwendung verschiedener Embolisate unter Anleitung an Modellen zu üben.

Lernziele:

- o Erlernen des Basiswissens über Embolisation
- o Kennenlernen der Wirkungsmechanismen verschiedener Embolisate
- o Auswahl des geeigneten Embolisates
- o Üben der richtigen Handhabung gängiger Embolisate

Für diese Workshops war eine Voranmeldung erforderlich. Bitte erkundigen Sie sich bei der Registratur nach freien Plätzen.

Der Hands-on Workshop „Embolisation“ wird mit freundlicher Unterstützung der folgenden Firmen durchgeführt:

- | | |
|----------------|----------------------|
| o AGA Medical | o ev3 |
| o CeloNova | o PharmaCept |
| o Cook Medical | o Terumo Deutschland |

SCHLAGANFALLBEHANDLUNG

Donnerstag, 12. Januar 2012 (17:00-18:30)

Wolf-Dietrich Saal

Der Workshop behandelt die endovasalen Techniken zur Rekanalisation verschlossener hirnversorgender Gefäße im akuten Schlaganfall und die Handhabung der derzeit verfügbaren Instrumente in Theorie und Praxis. In der kurzen Einführung werden die Prinzipien der Rekanalisation, eine Übersicht über die gängigen Instrumente und die richtige Auswahl des Materials vermittelt. Im Anschluss daran haben die Teilnehmer die Möglichkeit, die Anwendung verschiedener Retriever-, Aspirations- und Stent-Systeme unter Anleitung an Modellen zu üben.

Lernziele:

- o Erlernen des Basiswissens über akute Verschlüsse hirnversorgender Gefäße
- o Kennenlernen der Wirkungsmechanismen und Risiken der verschiedenen Instrumente
- o Auswahl der geeigneten Instrumente
- o Üben der richtigen Handhabung gängiger Rekanalisations-Systeme

Für diesen Workshop war eine Voranmeldung erforderlich. Bitte erkundigen Sie sich bei der Registratur nach freien Plätzen.

Der Hands-on Workshop „Schlaganfallbehandlung“ wird mit freundlicher Unterstützung der folgenden Firmen durchgeführt:

- | | |
|--|----------------------|
| o Acandis | o Concentric Medical |
| o BALT International | o ev3 |
| o „Codman“ a Johnson & Johnson Company | o Penumbra Europe |

PROGRAMMÜBERSICHT

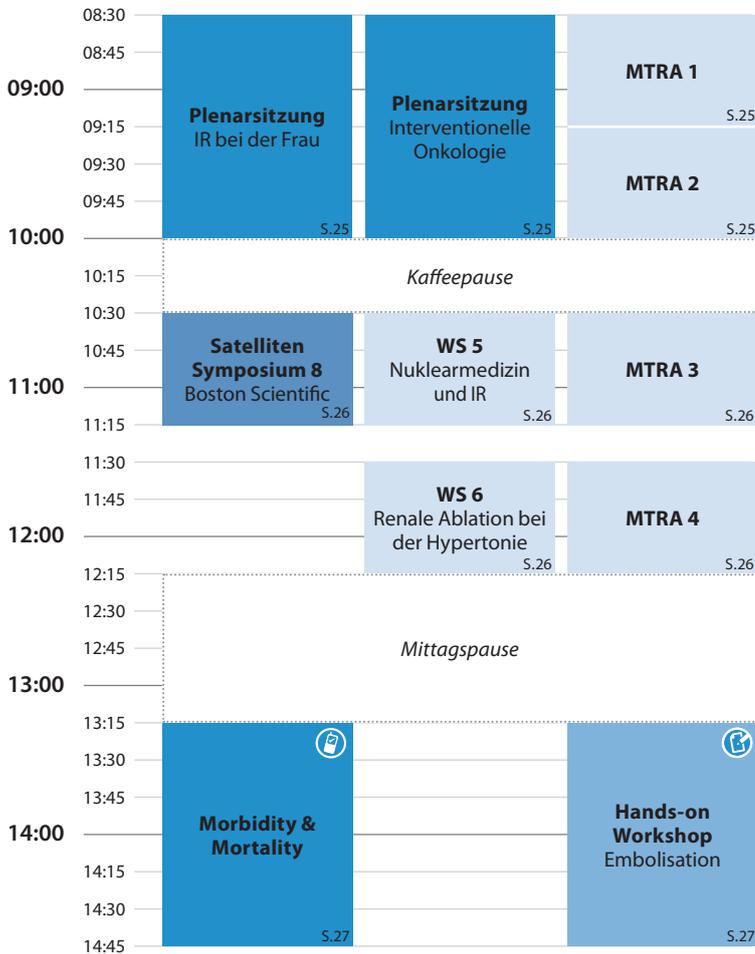
Donnerstag, 12. Januar 2012

Freitag, 13. Januar 2012

| | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 08:30 | | | | | | | | | |
| 08:45 | | | | | | | | | |
| 09:00 | | | | | | | | | FFF 1 Patientenvorbereitung und Medikation S.20 |
| 09:15 | | | | | | | | | |
| 09:30 | | | | | | | | | |
| 09:45 | | | | | | | | | |
| 10:00 | Offizielle Eröffnung | | | | | | | | |
| 10:15 | | | | | | | | | |
| 10:30 | Live-OP 1 W. L. Gore & Associates S.15 | | | | | | | | |
| 10:45 | | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | | | |
| 11:15 | Satelliten Symposium 1 Terumo Deutschland S.15 | | | | | | | | |
| 11:30 | | | | | | | | | |
| 11:45 | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | |
| 12:15 | | | | | | | | | |
| 12:30 | | | | | | | | | |
| 12:45 | | | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | | | |
| 13:15 | | | | | | | | | |
| 13:30 | Live-OP 2 Abbott Vascular S.16 | | | | | | | | |
| 13:45 | | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | | |
| 14:15 | Satelliten Symposium 2 Abbott Vascular S.16 | | | | | | | | |
| 14:30 | | | | | | | | | |
| 14:45 | | | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | | | |
| 15:15 | | | | | | | | | |
| 15:30 | Live-OP 3 Cordis – Johnson & Johnson S.17 | | | | | | | | |
| 15:45 | | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | | |
| 16:15 | Satelliten Symposium 3 Cordis – Johnson & Johnson S.17 | | | | | | | | |
| 16:30 | | | | | | | | | |
| 16:45 | | | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | | | |
| 17:15 | | | | | | | | | |
| 17:30 | | | | | | | | | |
| 17:45 | Plenarsitzung Heiße Eisen S.18 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | |
| 18:15 | | | | | | | | | |
| 18:30 | | | | | | | | | |

ab 19:30 Uhr Abendveranstaltung

◦ Samstag, 14. Januar 2012



FFF – Fit für den Facharzt

FK IR – Fachkunde IR / Spezialkurs
Interventionsradiologie

MTRA – Workshops für medizinisch-technische
RadiologieassistentInnen

WS – Workshop



e-voting



Anmeldung erforderlich

Weitere Meetings – Freitag, 13. Januar 2012:

- **Jahreshauptversammlung der ÖGIR**, Paracelsus-Saal 12:30 – 13:30
- **Mitgliederversammlung der DeGIR**, Trakl-Saal 12:30 – 13:30

What's New

at IROS 2012



PERFORMANCE through experience



VISIT THE GORE BOOTH
January 12-14, 2012
Salzburg

W. L. Gore & Associates, Inc. • Flagstaff, AZ 86004 • goremedical.com

Products listed may not be available in all markets.
GORE®, C3, EXCLUDER®, PERFORMANCE THROUGH EXPERIENCE, PROPATEN, VIABAHN®,
and designs are trademarks of W. L. Gore & Associates. © 2011 W. L. Gore & Associates, Inc. AQ1847-EU1 AUGUST 2011

DONNERSTAG, 12. JANUAR 2012

10:00 – 10:15

Offizielle Eröffnung durch die Präsidenten der DeGIR, ÖGIR und SSCVIR

Europa-Saal

D. Vorwerk (Ingolstadt/DE), S.A. Thurnher (Wien/AT), A.L. Jacob (Basel/CH)

10:15 – 11:00

LIVE 101

Live-OP 1

Europa-Saal

W. L. Gore & Associates**GORE® EXCLUDER® AAA Endoprothese mit C3 Applikationssystem***Vorsitz: K.A. Hausegger (Klagenfurt/AT), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)*

Übertragung aus dem Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien

Operateure: OA Dr. F. Karnel, OA Dr. W. Appel

FK 102

Fachkunde IR 1

Paracelsus-Saal

Spezialkurs Interventionsradiologie

- 102.1 Strahlenschutzmaßnahmen
M. Wucherer (Nürnberg/DE)

11:00 – 11:45

SY 201

Satelliten Symposium 1

Europa-Saal

Terumo Deutschland**TACE mit DC Bead bei Lebermetastasierungen***Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE)*

- 201.1 Kolorektale Lebermetastasen Drug Eluting Beads versus FOLFIRI –
Randomisierte Studienergebnisse bezüglich Effektivität und Lebensqualität
G. Fiorentini (Pesaro/IT)
- 201.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei interventionellen Therapien
von Lebertumoren – eine Conditio-sine-qua-non?
H. Wilke (Essen/DE)

11:00 – 12:30

TB 202

Tumorboard

Mozart-Saal

Lunge*Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH)*

- 202.1 Diagnostische Radiologie
G. Mostbeck (Wien/AT)
- 202.2 Pneumologie
O.C. Burghuber (Wien/AT)
- 202.3 Thoraxchirurgie
B. Passlick (Freiburg/DE)
- 202.4 Radio-Onkologie
F. Zimmermann (Basel/CH)
- 202.5 Interventionelle Radiologie
P.L. Pereira (Heilbronn/DE)

DONNERSTAG, 12. JANUAR 2012

11:15 – 12:00

FK 203 Fachkunde IR 2**Paracelsus-Saal****Spezialkurs Interventionsradiologie**

- 203.1 Praktizierter Strahlenschutz bei Interventionen
R. Adamus (Nürnberg/DE)

12:00 – 13:15

Mittagspause

13:15 – 14:00

LIVE 301 Live-OP 2**Europa-Saal****Abbott Vascular****Komplexe endovaskuläre Therapie bei einem Patienten mit Läsionen im Ober- und Unterschenkel***Vorsitz: A. Bücken (Homburg/DE), S.A. Thurnher (Wien/AT)*

Übertragung aus dem Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien

Operateure: OA Dr. W. Appel, OA Dr. F. Karnel

13:15 – 14:45

HoW 302 Hands-on Workshop**Wolf-Dietrich-Saal****Embolisation***Koordinator: P. Waldenberger (Linz/AT)**Trainer: A. Chemelli (Innsbruck/AT), T.J. Kröncke (Berlin/DE), C. Paetzel (Weiden/DE),**B.A. Radeleff (Heidelberg/DE), P. Schneider (München/DE), T.J. Vogl (Frankfurt/DE)*

14:00 – 14:45

SY 401 Satelliten Symposium 2**Europa-Saal****Abbott Vascular***Vorsitz: M. Cejna (Feldkirch/AT), M. Schoder (Wien/AT)*

- 401.1 Stents im Unterschenkel – Update der Studienlage
M. Schoder (Wien/AT)
- 401.2 Arteria Femoralis – PTA oder Stents? 5 Jahresergebnisse mit dem Absolute Stent
M. Cejna (Feldkirch/AT)
- 401.3 Endovaskuläre Therapie der Nierenarterienstenose
A. Bücken (Homburg/DE)

14:15 – 15:00

WS 402 Workshop 1**Mozart-Saal****Schwierige Rekanalisation an der unteren Extremität***Vorsitz: C.L. Zollikofer (Baden/CH)*

- 402.1 Antegrad: wenn es mit dem Draht nicht geht
J. Tacke (Passau/DE)
- 402.2 Retrograde Zugänge transfemoral und transpopliteal
F. Wolf (Wien/AT)
- 402.3 Retrograde Zugänge transcrural und transpedal
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

DONNERSTAG, 12. JANUAR 2012

14:45 – 15:15

Kaffeepause

15:15 – 16:00

LIVE 501**Live-OP 3****Europa-Saal****Cordis – Johnson & Johnson Medical Products GmbH****PRECISE treatment of the carotid arteries, the gold standard of stenting**

Vorsitz: J. Berkefeld (Frankfurt/DE), P. Haage (Wuppertal/DE)

Übertragung aus dem Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien

Operateur: OA Dr. F. Karnel

FK 502**Fachkunde IR 3****Paracelsus-Saal****Spezialkurs Interventionsradiologie**

- 502.1 Empfehlungen bei Interventionen
R. Loose (Nürnberg/DE)

16:00 – 16:45

SY 601**Satelliten Symposium 3****Europa-Saal****Cordis – Johnson & Johnson Medical Products GmbH****Gold Standard Therapies: Treatment of complex lesions in the lower extremities**

Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE), M. Schoder (Wien/AT)

- 601.1 Lange Ballone im Ober- und Unterschenkel – was sagt die Literatur?
F. Wolf (Wien/AT)
- 601.2 PTA mit langen Ballonen – wann, wo, wie?
C. Plank (Wien/AT)
- 601.3 Techniken, Tipps, Tricks und Bail-out Strategien zur Behandlung langer Okklusionen
in den unteren Extremitäten
P. von Bilderling (München/DE)

16:15 – 17:00

WS 602**Workshop 2****Mozart-Saal****Anwendertreffen – DeGIR Software**

Vorsitz: L.J.G. Heuser (Bochum/DE)

- 602.1 Begrüßung der Teilnehmer und Moderation
D.F.B. Morhard (München/DE)
- 602.2 Aktuelle Änderungen und Neuerungen
N. Arnold (Hamburg/DE)
- 602.3 Vorstellung, Diskussion und Planung (Verbesserungen, Vereinfachungen, neue Module)
N. Arnold (Hamburg/DE), L.J.G. Heuser (Bochum/DE), D.F.B. Morhard (München/DE)

FK 603**Fachkunde IR 4****Paracelsus-Saal****Spezialkurs Interventionsradiologie**

- 603.1 CT-Interventionen
M. Wucherer (Nürnberg/DE)

DONNERSTAG, 12. JANUAR 2012

17:00 – 17:45

FP 701 Free Paper Session 1**Mozart-Saal**

Vorsitz: A. Schmid (Erlangen/DE), F. Wolf (Wien/AT)

- 701.1  Erste Erfahrungen mit dem neuen Aperio® Clotretriever in 10 (Schlagan-)Fällen
K. Kallenberg (Göttingen/DE)
- 701.2  „Stent-Retriever“ versus „Merci-Retriever“ – Vergleich von endovaskulären
Behandlungsmöglichkeiten beim akuten Schlaganfall
M. Killer-Oberpfalzer (Salzburg/AT)
- 701.3  Sicherheit des Prostar XL-Gefäßverschlussystems für perkutane vaskuläre Interventionen
C. Thomas (Tübingen/DE)
- 701.4  Implantation nicht-ummantelter Stents bei akuter/subakuter komplizierter Typ-B
Aortendissektion
A. Maßmann (Homburg/DE)
- 701.5  Verschluss der Punktionsstellen nach antegraden femoralen Punktionen mit einem neuen
resorbierbaren Gefäßverschlussystem. Eine Analyse der Erfolgsraten, der Komplikationen
und der Patientenzufriedenheit
D. Maxien (München/DE)
- 701.6  Perkutane Transluminale Angioplastie (PTA) und bioabsorbierbare Stentimplantation
(BASI) kurzstreckiger, arteriosklerotischer Läsionen der Arteria femoralis comunis (AFC):
Erste Erfahrungen und Frühergebnisse
A. Ugurluoglu (Salzburg/AT)
- 701.7  Häufigkeit von Sandwich-Wirbelkörperfrakturen nach perkutaner Vertebroplastie bei
Patienten mit Osteoporose
M. Joppke (Potsdam/DE)

17:00 – 18:30

PL 702 Plenarsitzung**Europa-Saal****Heiße Eisen**

Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE), P. Landwehr (Hannover/DE)

- 702.1  Renal denervation
M. Uder (Erlangen/DE)
- 702.2  CCSVI – ein vorsichtiges „Ja“
T.J. Vogl (Frankfurt/DE)
- 702.3  CCSVI – contra
J.A. Reekers (Amsterdam/NL)
- 702.4  Perkutane Therapie der tiefen Becken- und Beinvenenthrombose – pro
C.A. Binkert (Winterthur/CH)
- 702.5  Perkutane Therapie der tiefen Becken- und Beinvenenthrombose – contra
E. Minar (Wien/AT)

**HoW 703 Hands-on Workshop
Schlaganfallbehandlung****Wolf-Dietrich-Saal**

Koordinatoren: G. Schroth (Bern/CH), J. Trenkler (Linz/AT)

Trainer: R. Aebischer (Bern/CH), T. Horisberger (Bern/CH), L. Huber (Bern/CH),

M. Killer-Oberpfalzer (Salzburg/AT), R. Stelzer (Linz/AT)

DONNERSTAG, 12. JANUAR 2012

17:45 – 18:30

FP 704 Free Paper Session 2

Mozart-Saal

Vorsitz: R. Adamus (Nürnberg/DE), T. Pfammatter (Zürich/CH)

- 704.1 o Radioembolisation bei Neuroendokrinen Tumoren – Responseprädiktion mit MRT und PET-CT
P.M. Paprottka (München/DE)
- 704.2 o Sequentielle nicht-selektive, nicht-okklusive TACE weit fortgeschrittener HCC mit degradierbaren Stärkemikrosphären, Carboplatin und Docetaxel – Verträglichkeit und Langzeitergebnisse
T. Albrecht (Berlin/DE)
- 704.3 o Präoperative Pfortaderembolisation mit Histoacryl/Lipiodol-Gemisch vor Resektion des rechten Leberlappens
N. Bellemann (Heidelberg/DE)
- 704.4 o Real-time Elastographie von hepatischen thermischen Ablationsdefekten in vitro: Eine Korrelation zur Histopathologie
P. Wiggermann (Regensburg/DE)
- 704.5 o Technische und klinische 10-Jahres Ergebnisse des TIPS-Shunts: Bare Metal Stents versus Polytetrafluoroethylen-ummantelte Stentgrafts
B.A. Radeleff (Heidelberg/DE)
- 704.6 o Embolisation peripherer high-flow arteriovenöser Malformationen mit Ethylen-Vinyl-Alkohol-Kopolymer
W. Wohlgemuth (Regensburg/DE)
- 704.7 o Langzeitergebnisse radiologisch implantierter Miniportsysteme im Unterarm
L. Klösches (Bonn/DE)

FREITAG, 13. JANUAR 2012

08:30 – 09:15

LIVE 801**Live-OP 4
ev3****Embolisation eines Endoleaks nach EVAR mit Onyx 34**Vorsitz: *W. Jaschke (Innsbruck/AT), M. Uder (Erlangen/DE)*Übertragung aus dem Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Operateur: Univ.-Prof.Dr. J. Ricke**Europa-Saal****FFF 802****Fit für den Facharzt 1**

802.1

- Patientenvorbereitung und Medikation
A. Altenburg (Wuppertal/DE), P. Haage (Wuppertal/DE)

Wolf-Dietrich-Saal

09:15 – 10:00

SY 901**Satelliten Symposium 4
Bard Medica S.A.****Biopsy-Access-Resilient-Debate****Multitasking in Therapy**Vorsitz: *M. Gschwendtner (Linz/AT)*

- 901.1 ○ Vakuumbiopsie: Warum? Wieso? Wann?
A. Günthert (Bern/CH)
- 901.2 ○ Vascular Access: Port-und Picc-Implantation
C. Neumann (Wien/AT)
- 901.3 ○ LifeStent – Update zur Resilient Studie
J. Lammer (Wien/AT)

Europa-Saal

09:30 – 10:15

WS 902**Workshop 3****Klinisches Risikomanagement**Vorsitz: *R.W. Günther (Aachen/DE)*

- 902.1 ○ Was kann die IR aus Schadensprüfungen und Gerichtsverfahren lernen?
P. Reimer (Karlsruhe/DE)
- 902.2 ○ Das Basler Projekt zum Risikomanagement im Katheterlabor
A.L. Jacob (Basel/CH)
- 902.3 ○ Der Interventionelle Radiologe auf der Anklagebank: Fälle aus dem Gerichtssaal
S.A. Thurnher (Wien/AT)

Mozart-Saal**FFF 903****Fit für den Facharzt 2**

903.1

- Technisches ABC und Zugänge
P. Landwehr (Hannover/DE)

**Wolf-Dietrich-Saal**

10:15 – 10:45

Kaffeepause

FREITAG, 13. JANUAR 2012

10:45 – 11:30

LIVE 1001**Live-OP 5****Terumo Deutschland****Embolisationsprozess mit hydrogelbeschichteten Coils***Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), J. Lammer (Wien/AT)*

Übertragung aus dem Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Operateur: Univ.-Prof.Dr. M. Pech

**Europa-Saal****FFF 1002****Fit für den Facharzt 3**

- 1002.1 Becken, Bein und Unterschenkel
T. Roeren (Aarau/CH)

**Wolf-Dietrich-Saal**

11:30 – 12:15

SY 1101**Satelliten Symposium 5****Terumo Deutschland****Innovatives mit hydrogelbeschichteten Coils***Vorsitz: C. Engelke (Göttingen/DE), P.J. Hallscheidt (Heidelberg/DE)*

- 1101.1 Coilembolisation der A. gastroduodenalis:
 Technik unter Verwendung der Azur Hydrocoils
U. Stampfl (Heidelberg/DE)
- 1101.2 Entscheidung und Wechsel zur AZUR Technologie in meiner Abteilung
C. Engelke (Göttingen/DE)
- 1101.3 Zukunft oder Realität? Der unsichtbare Coil
P.J. Hallscheidt (Heidelberg/DE)

Europa-Saal

11:45 – 12:30

WS 1102**Workshop 4****Mechanische Thrombektomie***Vorsitz: T. Roeren (Aarau/CH)*

- 1102.1 Aspiration
H.-J. Wagner (Berlin/DE)
- 1102.2 „Maschinelle“ Thrombektomie
M. Gschwendtner (Linz/AT)
- 1102.3 Fibrinolyse?
J. Rieger (München/DE)

Mozart-Saal**FFF 1103****Fit für den Facharzt 4**

- 1103.1 Grundzüge der Embolisation
M. Cejna (Feldkirch/AT)

**Wolf-Dietrich-Saal**

12:30 – 12:55

Hybridraum 2012: Planung, Betriebskonzept, Umsetzung*W. Gross-Fengels (Hamburg/DE)***Mozart-Saal**

12:30 – 13:30

Mittagspause

FREITAG, 13. JANUAR 2012

13:30 – 14:15

LIVE 1201

Live-OP 6**Cook Medical****Konzepte der „Below the knee“ Behandlungen**

Vorsitz: C.A. Binkert (Winterthur/CH), P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

Übertragung aus dem Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Operateur: Univ.-Prof.Dr. O. Dudeck



Europa-Saal

FFF 1202

Fit für den Facharzt 5

1202.1

Biopsien und Drainagen

C.M. Loewe (Wien/AT)



Wolf-Dietrich-Saal

14:15 – 15:00

SY 1301

Satelliten Symposium 6**W. L. Gore & Associates****Update und Perspektiven 2012 – Neue Maßstäbe bei der aortalen und peripheren Therapie**

Vorsitz: W. Jaschke (Innsbruck/AT), J. Tacke (Passau/DE)

1301.1

GORE® EXCLUDER® AAA Endoprothese – Langzeitergebnisse nach Behandlung von 200 Patienten in einem Zentrum

K. Schürmann (Dortmund/DE)

1301.2

Conformable GORE® TAG® thorakale Endoprothese in thorakalen Aortenpathologien

J.P. Schäfer (Kiel/DE)

1301.3

Die Rolle des endoluminalen Bypasses mit der GORE® VIABAHN® Endoprothese – Daten, Tipps und Tricks

G. Krupski-Berdiel (Reinbek/DE)

1301.4

Ein Update der VIASTAR-Studie – Was haben wir bei der Behandlung von AFS-Okklusionen gelernt

J. Lammer (Wien/AT)

Europa-Saal

14:15 – 15:45

TB 1302

Tumorboard**Leber**

Vorsitz: R. Bale (Innsbruck/AT)

1302.1

Hepatology

W. Vogel (Innsbruck/AT)

1302.2

Onkologie

D. Köberle (St. Gallen/CH)

1302.3

Chirurgie

S. Nadalin (Tübingen/DE)

1302.4

Interventionelle Radiologie

A.H. Mahnken (Aachen/DE)



Mozart-Saal

14:30 – 15:15

FFF 1303

Fit für den Facharzt 6

1303.1

Schmerztherapie

S.A. Thurnher (Wien/AT)

Wolf-Dietrich-Saal

FREITAG, 13. JANUAR 2012

15:15 – 15:45

Kaffeepause

15:45 – 16:45

HL 1401

Honorary Lecture

Europa-Saal

Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), S.A. Thurnher (Wien/AT), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

- 1401.1  Qualität und Qualifikation in der Interventionellen Radiologie
L.J.G. Heuser (Bochum/DE)

Verleihung der ÖGIR-Ehrenmitgliedschaft

an Prof.Dr. Rolf W. Günther (Universitätsklinikum der RWTH Aachen) und
an Prof.Dr. Christoph L. Zollikofer (Kantonsspital Baden)

DigiPoster-Auszeichnung

17:00 – 17:45

SY 1500

Satelliten Symposium 7

Mozart-Saal

Eurocor

FREEWAY Drug-Eluting Ballons (DEB) – Update 2012

Next generation Coating

Vorsitz: G. Tepe (Rosenheim/DE)

- 1500.1  Sind Drug-eluting Ballons für die breite Anwendung in AFS-Läsionen indiziert?
K. Brechtel (Tübingen/DE)
- 1500.2  Interimsresultate der FREEWAY Stent Study
J. Tacke (Passau/DE)
- 1500.3  Was haben wir aus der Erstanwendung mit DEB gelernt?
G. Tepe (Rosenheim/DE)
- 1500.4  Charakterisierung der Schellack-Beschichtung: "The coating is the key to success"
K. Peters (Rostock/DE)
- 1500.5  FREEWAY DEB im Unterschenkel: erste Ergebnisse aus dem klinischen Alltag
T. Fuß (Suhl/DE)
- 1500.6  F&A bezüglich DEB bei PAVK
G. Tepe (Rosenheim/DE)

17:00 – 18:30

PL 1501

Plenarsitzung

Europa-Saal

Thorakale Aortenaneurysmen

Vorsitz: W. Gross-Fengels (Hamburg/DE), E.L. Verhoeven (Nürnberg/DE)

- 1501.1  Aneurysmen und Pseudoaneurysmen
T. Pfammatter (Zürich/CH)
- 1501.2  Aortendissektion
M.A. Funovics (Wien/AT)
- 1501.3  Thorakoabdominelle Aneurysmen
E.L. Verhoeven (Nürnberg/DE)
- 1501.4  Alternative Techniken und Zusatzinterventionen
T. Rand (Wien/AT)

17:00 – 18:30

PL 1502 Plenarsitzung

Wolf-Dietrich-Saal

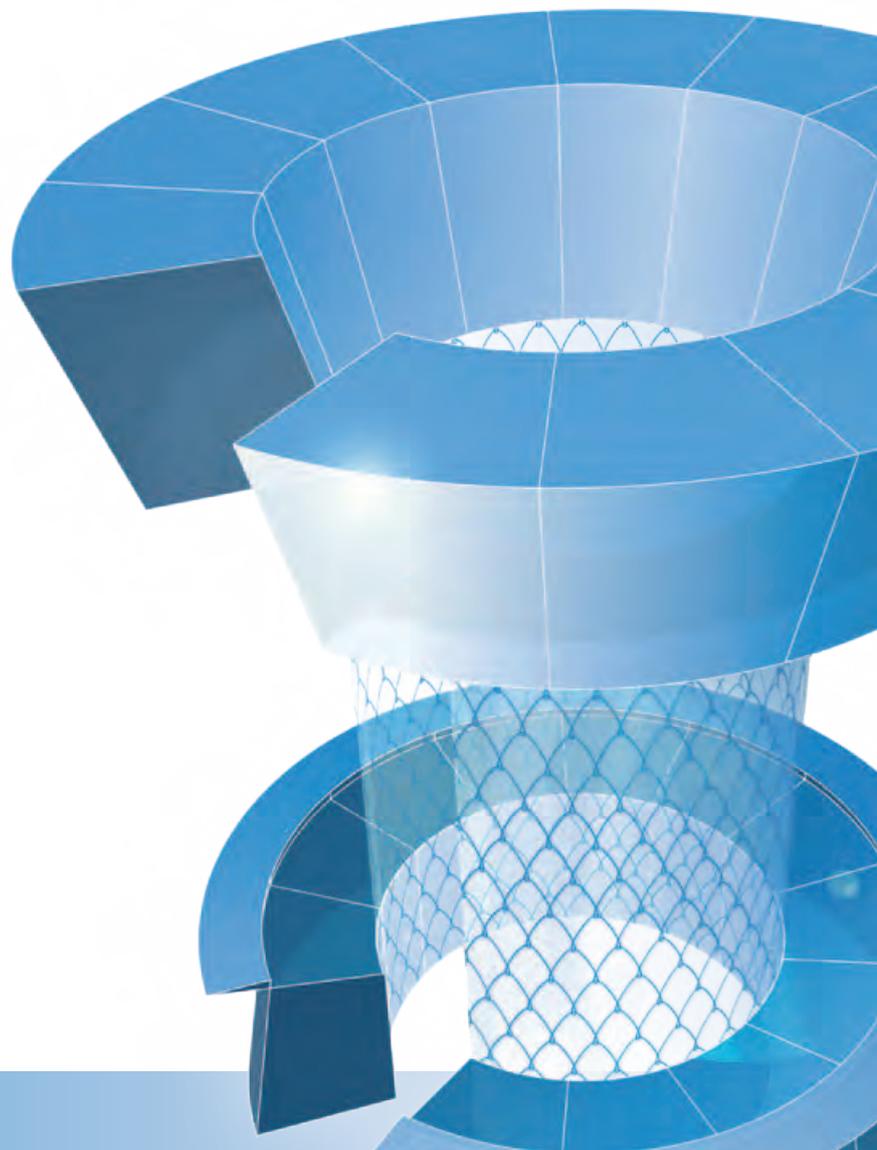
Neurointerventionen

Vorsitz: H. Brückmann (München/DE), P. Waldenberger (Linz/AT)

- 1502.1  PTA und Stenting intrakranieller Stenosen
H. Deutschmann (Graz/AT)
- 1502.2  Update Coiling vs. OP
A. Berlis (Augsburg/DE)
- 1502.3  Flow Divider – Was passiert mit dem Aneurysma?
S.G. Wetzel (Zürich/CH)
- 1502.4  Neue Techniken zur Aneurysmaausschaltung
E.R. Gizewski (Gießen/DE)

ab 19:30

Abendveranstaltung



SAMSTAG, 14. JANUAR 2012

08:30 – 09:15

MTRA 1601 MTRA 1

Paracelsus-Saal

Vorsitz: R. Jantschke (Basel/CH), C.M. Loewe (Wien/AT)

- 1601.1  Emergency Room: Interventionelle Radiologie im Notfall
S. Dziergwa (Basel/CH), R. Jantschke (Basel/CH)

08:30 – 10:00

PL 1602 Plenarsitzung

Europa-Saal

IR bei der Frau

Vorsitz: F. Karnel (Wien/AT), T.J. Kröncke (Berlin/DE)

- 1602.1  Pelvic congestion syndrome
C. Neumann (Wien/AT)
- 1602.2  Embolisation bei der Adenomyosis uteri
T.J. Kröncke (Berlin/DE)
- 1602.3  Postpartal bleeding
J.-P. Pelage (Boulogne/FR)
- 1602.4  Tumorblutungen
B.A. Radeleff (Heidelberg/DE)

PL 1603 Plenarsitzung

Mozart-Saal

Interventionelle Onkologie

Vorsitz: J. Kettenbach (Bern/CH), T.J. Vogl (Frankfurt/DE)

- 1603.1  Update irreversible Elektroporation
O. Kosiek (Magdeburg/DE)
- 1603.2  Warum Mikrowelle und wenn ja, welche?
M. Düx (Frankfurt/DE)
- 1603.3  Leber: Wann SIRT, wann Partikel und zwar welche?
K.E. Wilhelm (Bonn/DE)
- 1603.4  Cryotherapy: when and where?
X. Buy (Strasbourg/FR)

09:15 – 10:00

MTRA 1604 MTRA 2

Paracelsus-Saal

Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), P. Waldenberger (Linz/AT)

- 1604.1  Emboli-(sen)-sation: basics and cases
P. Grafeneder (Linz/AT), M. Waser (Linz/AT)

10:00 – 10:30

Kaffeepause

SAMSTAG, 14. JANUAR 2012

10:30 – 11:15

**SY 1701 Satelliten Symposium 8
Boston Scientific**

Europa-Saal

CLOSE & OPEN: Innovative und zeitsparende Behandlungsoptionen

Vorsitz: M. Gschwendtner (Linz/AT)

- 1701.1 ○ Detachable Coils als verlässliche Partner in der Praxis
I.K. Tesdal (Friedrichshafen/DE)
- 1701.2 ○ Kritische Beinischämie: Neues für die Behandlung von Totalverschlüssen (CTO)
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

**WS 1702 Workshop 5
Nuklearmedizin und IR**

Mozart-Saal

Vorsitz: G. Leissner (Augsburg/DE)

- 1702.1 ○ Strahlenschutzanforderungen
H. Krieger (Ingolstadt/DE)
- 1702.2 ○ SIRT
M. Hoffmann (Wien/AT)
- 1702.3 ○ Rhenium-PTA
G. Leissner (Augsburg/DE)

MTRA 1703 MTRA 3

Paracelsus-Saal

Vorsitz: F. Karnel (Wien/AT), K. Röhr (Nürnberg/DE)

- 1703.1 ○ Materialschlacht oder Übersicht – welcher Katheter für welche Intervention
C. Mönninghoff (Essen/DE)
- 1703.2 ○ Drug-eluting PTA Balloons – erste Erfahrungen und Anwendungsgebiete
D. Maxien (München/DE)
- 1703.3 ○ Diskussion

11:30 – 12:15

**WS 1802 Workshop 6
Renale Ablation bei der Hypertonie**

Mozart-Saal

Vorsitz: M. Uder (Erlangen/DE)

- 1802.1 ○ Indikationen
R.E. Schmieder (Erlangen/DE)
- 1802.2 ○ Technik und Ergebnisse
A. Schmid (Erlangen/DE)

MTRA 1803 MTRA 4

Paracelsus-Saal

Vorsitz: K. Röhr (Nürnberg/DE), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

- 1803.1 ○ Interventionsmöglichkeiten bei interkranialen Aneurysmen
H. Janssen (München/DE)
- 1803.2 ○ TIPS
R. Adamus (Nürnberg/DE)
- 1803.3 ○ Diskussion

SAMSTAG, 14. JANUAR 2012

12:15 – 13:15

Mittagspause

13:15 – 14:45

MM 1901 **Morbidity & Mortality****Europa-Saal**

Vorsitz: J. Kettenbach (Bern/CH), P. Reimer (Karlsruhe/DE)

- 1901.1  Ruptur eines Arteria cerebri posterior Aneurysmas nach Behandlung mit Flow-Diverter im mittelfristigen Verlauf
S.G. Wetzel (Zürich/CH)
- 1901.2  Brustbiopsie alles „easy“ oder gibt es doch Komplikationen?
T. Helbich (Wien/AT)
- 1901.3  Dialyseshunts – da kann doch eigentlich nichts schief gehen!?
C. Hohl (Siegburg/DE)
- 1901.4  Leberläsionen – punktieren oder diagnostizieren?
A. Bücken (Homburg/DE)
- 1901.5  Komplikationen nach SIRT
C. Stroszczyński (Regensburg/DE)
- 1901.6  Beckenvenen-Stent schwer gemacht ...
T. Albrecht (Berlin/DE)

HoW 1902 **Hands-on Workshop**
Embolisation**Wolf-Dietrich-Saal**

Kordinator: P. Waldenberger (Linz/AT)

Trainer: A. Chemelli (Innsbruck/AT), H. Hoppe (Bern/CH), C. Paetzel (Weiden/DE), B.A. Radeleff (Heidelberg/DE), P. Schneider (München/DE), T.J. Vogl (Frankfurt/DE)

Minimally invasive, percutaneous, reconstructive treatment for vertebral body fractures. VBS – Vertebral Body Stenting System.



Percutaneous

The VBS stents are introduced percutaneously into the vertebral body with only a stab incision required to place the access instruments.



Reconstructive

The VBS system restores the loss of height in the fractured vertebral body.



Height conserving

Expanding the VBS stents inside the collapsed vertebra offers height restoration and conservation. The mechanical construct restores the height while at the same time offering a cavity for injection of highly viscous PMMA bone cement for vertebroplasty or kyphoplasty.

ABSTRACTS DER FREE PAPER PRÄSENTATIONEN

701.1 Erste Erfahrungen mit dem neuen Aperio® Clotretreiver in 10 (Schlagan-)Fällen

K. Kallenberg¹, A. Mohr¹, P. Kermer¹, B. Turowski², O. Jansen³, M. Knauth¹; ¹Göttingen/DE, ²Düsseldorf/DE, ³Kiel/DE

Zielsetzung: Der ischämische Schlaganfall, häufigster Grund für Behinderung in Industrieländern, ist für Patienten und deren Familien belastend und verursacht immense Kosten für das Gesundheitssystem. Die systemische iv-Lyse im 3h-Fenster ist zwar wirksam, aber oft ineffektiv, z.B. bei Thrombuslängen ≥ 8 mm. Je früher die Wiederherstellung der Gehirndurchblutung erreicht wird, desto besser sind die klinischen Resultate. Schnelle Gefäßwiedereröffnungen gelingen durch interventionelle Thrombektomien mit hohen Erfolgsraten. Wir berichten von den ersten 10 Fällen mit einem neuen Clotretreiver: Aperio®(Acandis,Pforzheim/Deutschland).

Material / Methodik: Bei 10 Patienten (4w/6m) wurden Hirnarterienverschlüsse (TICI_0; M1-Segment[n=5], M2[n=2], Karotis-T[n=3; davon 1xinkl.A1]) mechanisch thrombektomiert, unter Aspiration – in 2 Fällen durch den 8F-Interventionskatheter in ACI, sonst durch zusätzlichen Intermediate-Katheter in M1; bridging-Lyse in 6/10. Das Aperio-Device wurde mittels hierfür entwickelten Mikrokatheter platziert.

Ergebnis: Handhabung und Sichtbarkeit unter DL wurden als „gut“ bis „sehr gut“ bewertet; in 2 Fällen wurden primär andere Thrombektomiedevices erfolglos angewandt. Das Zielgefäß konnte in allen Fällen erreicht und wiedereröffnet werden (7xTICI3, 2xTICI2b und 1xTICI2a). Es traten keine eindeutig device-assoziierten Komplikationen auf. Die bislang vorliegenden klinischen Ergebnisse (6/10 Patienten) waren überwiegend gut (mRankin: 0,1,1,2,3,6).

Schlussfolgerung: 1. Die Verwendung des neuen Aperio®-Clotretreiver-Devices ist sicher. 2. In allen 10 Fällen wurde das Zielgefäß erreicht und trotz Thrombuslängen ≥ 8 mm erfolgreich rekanalisiert mit gutem klinischem Outcome (67% mRS 0-2 [klinsche_Daten von n=6]) – auch nach initial erfolglosem Einsatz anderer Thrombektomiedevices.

701.2 „Stent-Retriever“ versus „Merci-Retriever“ – Vergleich von endovaskulären Behandlungsmöglichkeiten beim akuten Schlaganfall

M. Killer-Oberpfalzer, E. Broussalis, A. Wallner, A.R. Al-Schameri, E. Trinka; Salzburg/AT

Zielsetzung: Diese Studie vergleicht Wirksamkeit und Sicherheit der neuen Generation von Stentriever Instrumenten gegenüber dem bewährten Merci Retriever in der akuten Schlaganfallbehandlung.

Material / Methodik: 122 Patienten wurden entweder mit Stentrievern (Trepo, Concentric Medical, Mountain View, CA, USA oder Solitaire, ev3, Inc., Irvine, CA, USA) oder mit dem Merci Retriever System (Concentric Medical) behandelt. Rekanalisierung des Gefäßverschlusses wurde gemäß TICI Score bewertet. Als Ergebnisparameter wurden NIHSS und mRS Score unmittelbar nach der Neurointervention, zum Zeitpunkt der Entlassung und nach 90 Tagen dokumentiert.

Ergebnis: Durchschnittsalter aller Patienten war 68 Jahre, 54% davon männlich. Eine erfolgreiche Rekanalisierung (TICI 3 und TICI 2b) konnte bei 82% der Patienten, die mit einem Stentriever, im Vergleich zu 62% der Patienten, die mit dem Merci Retriever behandelt wurden ($p=0.016$) erzielt werden. Die 90 Tages Follow-up Untersuchung zeigte bei 65% der Stentriever Patienten und 35% der MERCI Patienten ein $mRS \leq 2$ ($p=0.002$) sowie eine signifikant kürzere Eingriffsdauer (72 gegenüber 122 Minuten; $p<0.01$) und weniger schwerwiegende intrazerebrale Blutungen (10% versus 28%, $p<0.01$).

Schlussfolgerung: Die Verwendung von Stentrievern in der Behandlung von akuten Gefäßverschlüssen ist vielversprechend und kann empfohlen werden.

ABSTRACTS DER FREE PAPER PRÄSENTATIONEN

701.3 Sicherheit des Prostar XL-Gefäßverschlussystems für perkutane vaskuläre Interventionen

C. Thomas, S. Heller, D. Ketelsen, M. Heuschmid, C. Claussen, K. Brechtel; Tübingen/DE

Zielsetzung: Retrospektive Evaluation der Sicherheit des Prostar XL-Verschlussystems beim Einsatz in einem unselektierten Patientenkollektiv.

Material / Methodik: Alle Patienten unserer Klinik, bei denen ein Prostar XL-Verschlussystem für eine vaskuläre Intervention eingesetzt worden ist und bei denen klinische und bildgebende Follow-up-Daten über mindestens sechs Monate vorlagen, wurden eingeschlossen. Bei allen Patienten wurden der primäre und sekundäre technische Erfolg (keine primäre chirurgische Konversion bzw. kein chirurgischer Leisteneingriff im Verlauf) sowie Minor- und Major-Komplikationen (Komplikationen ohne und mit Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention) beurteilt. Erfolgs- und Komplikationsraten wurden mit der Größe des Zugangssystems sowie der Anwendererfahrung korreliert.

Ergebnis: In dem Kollektiv von 50 eingeschlossenen Patienten ereigneten sich folgende Komplikationen: Prolongierte manuelle Kompression (n=6), chirurgische Konversion (n=5), und Pseudoaneurysmata (konservatives (n=2) und operatives (n=3) Management). Die Raten von primärem und sekundärem technischem Erfolg sowie von Major- und Minor-Komplikationen waren 93,6%, 89,7%, 10,3% und 10,3% ohne Abhängigkeit von der Größe der Zugangssysteme und von der Anwendererfahrung.

Schlussfolgerung: Unabhängig von der Größe der verwendeten Zugangssysteme sowie der Anwendererfahrung ist der Einsatz des Prostar XL-Verschlussystems sicher.

701.4 Implantation nicht-ummantelter Stents bei akuter/subakuter komplizierter Typ-B Aortendissektion

A. Maßmann, M. Katoh, T. Kunihara, R. Seidel, P. Fries, G. Schneider, H.-J. Schäfers, A. Bücken; Homburg/DE

Zielsetzung: Technische Machbarkeit und mittelfristige Ergebnisse nach Implantation nicht-ummantelter Stents bei akuter/subakuter komplizierter Stanford-Typ-B Aortendissektion.

Material / Methodik: 12 Patienten (1 weiblich, Lebensalter 44–71) mit einer symptomatischen Typ-B Aortendissektion und gastrointestinaler Malperfusion und/oder Claudicatio erhielten eine Implantation nicht-ummantelter Nitinol-Stents (Durchmesser 7–25 mm, Länge 40–100 mm) in die thorako-abdominelle Aorta und ihre Äste, um eine suffiziente viszerale und periphere Perfusion zu erreichen.

Ergebnis: Die Stentimplantation führte zu einer erheblichen klinischen Verbesserung bei 11 der 12 Patienten. Bis zu 4 Stents wurden in 7 Patienten implantiert (Truncus coeliacus n=1, A. mesenterica sup. n=1, A. renalis n=2, A. iliaca n=6). Die Verlaufskontrolle (1–4 Jahre, Durchschnitt 2,1 Jahre) zeigte einen Kollaps von 4 Stents (Durchmesser 9–25 mm, Länge 100 mm) nach 1 Woche, die angiographisch mittels Ballondilatation re-expandiert wurden, nach 3 Monaten jedoch einen Re-Kollaps aufwiesen. Ultraschall und CT zeigten dennoch eine Perfusion der A. mesenterica sup. Ein Patient benötigte bei chronischer mesenterialer Ischämie 1 Monat nach Stentimplantation. Alle anderen Patienten waren klinisch beschwerdefrei ohne Bedarf für ein weiteres interventionelles oder chirurgisches Vorgehen.

Schlussfolgerung: Die Implantation nicht-ummantelter Stents bei akuter/subakuter komplizierter Typ-B Aortendissektion ist technisch machbar und eine mögliche minimal-invasive Therapieoption mit gemäß Literaturdaten vergleichbarem klinischem Erfolg eines Endografts. Die Stentdimensionen sollten zur Vermeidung eines Stentkollaps an das wahre Aortenlumen angepasst werden.

701.5 Verschluss der Punktionsstellen nach antegraden femoralen Punktionsstellen mit einem neuen resorbierbaren Gefäßverschlussystem. Eine Analyse der Erfolgsraten, der Komplikationen und der Patientenzufriedenheit

D. Maxien, B. Behrends, K.M. Eberhardt, S.F. Thieme, T. Saam, M. Reiser, M. Treitl; München/DE

Zielsetzung: Ein neu entwickeltes Gefäßverschlussystem erzielt die Hämostase mittels eines resorbierbaren Polyglykolsäurepfropfs, welcher extravaskulär oberhalb der Punktionsstelle platziert wird. Das Ziel unserer Studie war es, dieses System erstmals hinsichtlich seiner Anwendbarkeit, Sicherheit und Patientenzufriedenheit in nicht selektierten Routinepatienten mit antegrader Punktion zu erproben.

Material / Methodik: 59 aufeinanderfolgende Patienten wurden einer peripheren Intervention mit antegradem Zugangsweg unterzogen. Das neue Gefäßverschlussystem wurde in allen Patienten angewandt. Die Patienten bewerteten den Schmerz bei der Anwendung des Systems auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= stärkste Schmerzen). Eine sonographische Kontrolle der Punktionsstelle wurde am nächsten Tag durchgeführt.

Ergebnis: Die Anwendung des neuen Gefäßverschlussystems war in 98,3% (n=58) der Fälle erfolgreich. Komplikationen traten in insgesamt 4 Fällen auf. Die schwerwiegendste Komplikation war ein Pseudoaneurysma. In keinem dieser Fälle war ein operatives Vorgehen oder eine Gabe von Blutbestandteilen notwendig. Kalzifikationen an der Punktionsstelle, Gewicht, Alter und eine herabgesetzte Blutgerinnung hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten von Komplikationen. Lediglich vier Patienten berichteten von Schmerzen beim Einbringen des Pfropfs (3x Schmerzstärke 1; 1x Schmerzstärke 2).

Schlussfolgerung: Das getestete Gefäßverschlussystem ist sicher und leicht anwendbar für den Verschluss von antegraden Punktionsstellen in Routinepatienten unabhängig von deren allgemeinen Risikofaktoren für ein Versagen von Verschlussystemen.

701.6 Perkutane Transluminale Angioplastie (PTA) und bioabsorbierbare Stentimplantation (BASI) kurzstreckiger, arteriosklerotischer Läsionen der Arteria femoralis comunis (AFC): Erste Erfahrungen und Frühergebnisse

A. Ugurluoglu, E. Butturri, S. Kalteis, K. Linni, N. Mader, P. Metzger, J. Uy, T. Hölzenbein; Salzburg/AT

Zielsetzung: Die Thrombendarterektomie (TEA) ist das Standardverfahren zur Revaskularisation arteriosklerotischer Läsionen der AFC. Eine PTA mit Metallstentimplantation der AFC gilt wegen der zu erwartenden Knickbildung, Stentfraktur und Stentverschluss als kontraindiziert. In der vorliegenden Serie soll die Wirksamkeit, der initiale Erfolg und die Langzeitoffenheitsrate der AFC nach BASI evaluiert werden.

Material / Methodik: Vom 03.05.2011 bis 04.11.2011 wurden insgesamt 9 Patienten (7m, 2w) 10 Extremitäten mit mehr als 90% Stenose der AFC mittels BASI behandelt. 9 Läsionen wurden durch Crossover Zugang, 1 Läsion durch retrograden Zugang mittels bioabsorbierbarem Poly Milchsäurestent versorgt. Die präklinische Abklärung erfolgte mittels klinischer Untersuchung, Ankle Brachialindexmessung (ABI), Farbkodierter Duplexsonographie (FKDS) und Magnetresonanztomographie (MRA). Die Nachuntersuchungen erfolgten durch klinische Untersuchung, ABI-Messung und FKDS.

Ergebnis: 9 Läsionen konnten mittels BASI erfolgreich behandelt werden, wobei bei einem Patienten wegen embolischem Stentverschluss eine TEA angeschlossen wurde. In der Nachbeobachtungsphase waren gegenüber 1 Rezidivverschluss 6 Läsionen rezidivfrei, 1 Patientin kam nicht zur Nachuntersuchung, 1 Patient verstarb.

Schlussfolgerung: BASI ist eine wirksame, verglichen zur offenen TEA eine interventionelle, semiinvasive Behandlungsmethode arteriosklerotischer Läsionen der AFC mit hoher Offenheitsrate in der kurzen Nachbeobachtungsphase. Zur Ermittlung der Langzeitoffenheitsrate bzw. der Vorteile gegenüber der Chirurgie sind weitere prospektive, randomisierte Studien erforderlich.

ABSTRACTS DER FREE PAPER PRÄSENTATIONEN

701.7 Häufigkeit von Sandwich-Wirbelkörperfrakturen nach perkutaner Vertebroplastie bei Patienten mit Osteoporose

M. Joppke, H. Fuchs, J. Hierholzer; Potsdam/DE

Zielsetzung: Nach perkutaner Vertebroplastie werden teilweise nicht behandelte Wirbelkörper hinterlassen, die unmittelbar zwischen zwei mit Knochenzement versorgten Wirbelkörpern lokalisiert sind. Diese nicht behandelten Wirbelkörper werden üblicherweise als Sandwich-Wirbelkörper bezeichnet. Das Ziel dieser Studie war es, zu ermitteln, ob Sandwich-Wirbelkörper bei Osteoporosepatienten nach perkutaner Vertebroplastie häufiger frakturieren als die übrigen Wirbelkörper.

Material / Methodik: In die retrospektive Studie wurden anhand der Einschlusskriterien 126 Patienten mit 229 Sandwich-Wirbelkörpern eingeschlossen. Es wurde die Frakturhäufigkeit sowie die anatomische Verteilung von Sandwich-Wirbelkörpern und von Nicht-Sandwich-Wirbelkörpern erfasst. Die Mindestbeobachtungszeit nach Entstehen einer Sandwich-Konstellation betrug 6 Monate.

Ergebnis: Insgesamt kam es bei lediglich 26 (20,6%) Patienten mit Sandwich-Konstellation überhaupt zu einer oder mehreren Folgefrakturen. Bei 14 (53,8%) Patienten traten insgesamt 24 Nicht-Sandwich-Wirbelkörperfrakturen auf. Bei 12 (46,2%) Patienten traten insgesamt 14 Sandwich-Wirbelkörperfrakturen auf.

Schlussfolgerung: Aus unseren Ergebnissen schließen wir, dass Sandwich-Wirbelkörper nicht häufiger frakturieren als die übrigen Wirbelkörper. Im Vergleich mit der aktuellen Studienlage liegt die Häufigkeit von Sandwich-Wirbelfrakturen in unserer Arbeit nicht über der allgemeinen Folgefrakturrate nach Vertebroplastie. Eine prophylaktische Vertebroplastie von Sandwich-Wirbelkörpern erscheint anhand unserer Ergebnisse somit nicht sinnvoll. Während der Beobachtungszeit kam es im Rahmen der Interventionen zu keinen klinisch relevanten Komplikationen.

704.1 Radioembolisation bei Neuroendokrinen Tumoren – Responseprädiktion mit MRT und PET-CT

P.M. Paprottka, F. Ceelen, C.J. Auernhammer, C. Rist, A. Haug, D. Theisen, M. Reiser, W.H. Sommer; München/DE

Zielsetzung: Ein neuer Therapieansatz bei neuroendokrinen Lebermetastasen (Neuroendocrine-Tumor-Liver-Metastases/NETLMs) stellt die intraarterielle Therapie unter Verwendung von mit 90-Yttrium beschichteten Harzmikrosphären dar. In der Studie wurde untersucht, welche prätherapeutischen klinischen und bildgebenden Parameter in MRT und PET-CT als Responseprädiktoren für eine verlängerte time-to-progression nach Radioembolisation bei NETLMs dienen.

Material / Methodik: 45 Patienten mit histologisch gesicherten NETLMs wurden prätherapeutisch mittels MRT (3T-MRT/Gd-EOB-DTPA) und PET-CT mit dem Somatostatinrezeptor-spezifischen Tracer Ga-DOTATATE untersucht. Folgende Prädiktoren wurden definiert: Patientenalter und -geschlecht, Ki67-Mitose-Index, Tumor-Leber-Verhältnis, Vaskularisation der Metastasen, Tumornekrosen, Einblutungen. Zusätzlich wurde der Somatostatin-II-Rezeptorstatus anhand der mittleren und maximalen SUV-Werte der PET-CT ermittelt. Als primärer Endpunkt wurde die time-to-progression anhand der RECIST-Kriterien in den MRT-Follow-up-Untersuchungen definiert. Prädiktoren wurden anhand einer Kaplan-Meier-Statistik analysiert.

Ergebnis: Die mittlere Follow-up-Zeit betrug 445 ± 411 Tage. Das mittlere progressionsfreie Überleben betrug 699 Tage. Hypovaskularisierte Tumore waren signifikant schneller progredient (255 vs. 727 Tage, $p < 0.05$). Ein Mitose-Index $< 2\%$ (G1) führte zu einem signifikant längeren progressionsfreien Überleben als ein Mitose-Index zwischen 2 – 20% (G2) oder $> 20\%$ (G3) ($p < 0.001$). Patientenalter und -geschlecht, Tumor-Leber-Verhältnis, Tumornekrosen, Einblutungen sowie der Radiorezeptorstatus vor Radioembolisation hatten keinen Einfluss auf das progressionsfreie Überleben ($p > 0.05$).

Schlussfolgerung: Radioembolisation bei NETLMs zeigt eine signifikant verlängerte time-to-progression bei hypervaskularisierten Tumoren mit einem niedrigen Mitose-Index. Das Tumor-Leber-Verhältnis und der Radiorezeptorstatus haben im Gegensatz zu anderen Therapieoptionen bei NETLMs keinen Einfluss auf das progressionsfreie Überleben.

704.2 Sequentielle nicht-selektive, nicht-okklusive TACE weit fortgeschrittener HCC mit degradierbaren Stärkemikrosphären, Carboplatin und Docetaxel – Verträglichkeit und Langzeitergebnisse

T. Albrecht, J. Wirsching, G. Berger; Berlin/DE

Zielsetzung: Retrospektive Untersuchung von Verträglichkeit und Langzeitergebnissen der nicht-selektiven, nicht-okklusiven TACE mit degradierbaren Stärkemikrosphären (DSM), Carboplatin und Docetaxel bei Patienten mit weit fortgeschrittenem HCC.

Material / Methodik: 18 Patienten wurden eingeschlossen, 14 mit Zirrhose (Child A/B), 16 im UICC-Stadium III/IV, 16 mit multifokalen Tumoren (Läsionszahl 1–25, Mittelwert 5,6), durchschnittliche Maximalgröße 8 cm (1–20 cm). Die TACE erfolgte nicht-selektiv über die A. hepatica sinistra, dextra oder propria mit 225–900 mg DSM (Spherex oder Embocept), 450 mg Carboplatin und 80 mg Docetaxel. Der Embolisationsendpunkt war das Verschwinden des Tumorblush sowie eine deutliche Flussverlangsamung (keine Stase). Die TACE erfolgte in 1–6-monatigen Intervallen bis zur Tumorprogression. Mittlerer Nachbeobachtungszeitraum 8 Jahre.

Ergebnis: 117 Chemoembolisationen erfolgten, pro Patient durchschnittlich 6,8 (1–18). Nebenwirkungen waren selten: passagere Leberfunktionsverschlechterung (8,2%), Erbrechen (8%), Knochenmarksdepression (6%), Schmerzen (3,2%), Fieber (1,6%). Postembolisationssyndrome traten nicht auf. 9 Patienten zeigten eine partielle Remission, 7 stable disease und 5 eine Tumorprogression in der initialen Verlaufskontrolle. Die mittlere Zeit zur Progression betrug 14,4 Monate, das mediane Überleben 26 Monate, die 1-, 2- und 5-Jahresüberlebensraten 76%, 59% und 18%.

Schlussfolgerung: Die TACE mit degradierbaren Stärkemikrosphären, Carboplatin und Docetaxel zeigte eine gute Verträglichkeit und niedrige Toxizität. Angesichts der weit fortgeschrittenen Tumore sind die Überlebenszahlen ermutigend.

704.3 Präoperative Pfortaderembolisation mit Histoacryl/Lipiodol-Gemisch vor Resektion des rechten Leberlappens

N. Bellemann, S. Kreimeyer, U. Stampfl, C.M. Sommer, J. Weitz, H.-U. Kauczor, B. Radeleff; Heidelberg/DE

Zielsetzung: Evaluation der Effizienz und Sicherheit der perkutanen, transhepatischen Pfortaderembolisation des rechten Leberlappens mittels Histoacryl/Lipiodol-Gemisch zur Induktion einer Hypertrophie des kontralateralen Leberlappens vor rechtsseitiger (oder erweiterter, rechtsseitiger) Hemihepatektomie bei Patienten mit primär nicht resektablen Lebertumoren.

Material / Methodik: 29 Patienten (11 Frauen, 18 Männer; hepatische Metastasen n=21, Klatskin-Tumore n=8) erhielten eine Embolisation des rechtsseitigen Pfortaderstromgebietes mittels Histoacryl/Lipiodol-Gemisch. Eine Bildgebung mittels CT oder in Ausnahmefällen auch mittels MRT erfolgte unmittelbar vor und 4 Wochen nach Pfortaderembolisation. Die OP wurde für eine Woche nach Kontroll-Bildgebung geplant. Primäres Studienziel war die Evaluation des technischen Erfolges, definiert als angiographisch kompletter Verschluss des rechtsseitigen Pfortaderstromgebietes. Zweites Studienziel war die Evaluation der Hypertrophie des kontralateralen Leberlappens mittels CT- oder MRT-Volumetrie und Überführung der Patienten in die Operation.

Ergebnis: Bei allen Patienten (100%) konnte die Pfortaderembolisation mittels Histoacryl/Lipiodol-Gemisch durchgeführt werden. Es traten keine angiographie-assoziierten Komplikationen auf. Das Volumen des linken Leberlappens nahm um 28,5% signifikant zu ($p < 0,05$), von durchschnittlich 573 ml auf 737 ml. 23/29 (79,3%) Patienten konnten in die Operation überführt werden; bei 18/23 (78,3%) Patienten wurde die Operation wie geplant durchgeführt.

Schlussfolgerung: Bei der präoperativen, rechtsseitigen Pfortaderembolisation mittels Histoacryl/Lipiodol-Gemisch handelt es sich um eine sichere Therapiemethode um eine suffiziente Hypertrophie des verbleibenden, kontralateralen Leberlappens zu erreichen.

ABSTRACTS DER FREE PAPER PRÄSENTATIONEN

704.4 Real-time Elastographie von hepatischen thermischen Ablationsdefekten in vitro: Eine Korrelation zur Histopathologie

P. Wiggermann, R. Müller-Wille, W. Uller, W. Wohlgemuth, C. Stroszczyński, E.-M. Jung; Regensburg/DE

Zielsetzung: Evaluation der Real-time Elastographie (RTE) am Schweinelebermodell zur Detektion von Ablationsdefekten im Vergleich zur Histopathologie.

Material / Methodik: Insgesamt wurden 15 Ablationsdefekte mit einem Durchmesser von 17–60 mm nach RFA untersucht. Alle Untersuchungen mittels RTE wurden mit einem hochauflösenden Linearschallkopf (6–15 MHz, LOGIQ E9, GE) durchgeführt. Die thermischen Ablationsdefekte wurden im B-Bild und mit der RTE beurteilt. Beurteilt wurden die Detektion und Abgrenzbarkeit unmittelbar nach der RFA (<5 min). Die Läsionsausdehnung in der RTE wurde mit dem Ablationsdefekt in der Histopathologie verglichen.

Ergebnis: In der statistischen Auswertung zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen der Defektbeurteilung mittels RTE und der Histopathologie, sowohl bei Messungen des Diameters als auch bei der Läsionsfläche ($r^2=0,9338$ lange Achse, $r^2=0,8998$ kurze Achse sowie $r^2=0,9676$ Flächenausdehnung). Insgesamt unterschätzte die RTE die Läsionsgröße im Vergleich zur Histopathologie um 9.95 %.

Schlussfolgerung: Diese ersten Ergebnisse deuten auf die Möglichkeit eines verbesserten Monitorings von Ablationsdefekten bei der RFA von Leberläsionen hin.

704.5 Technische und klinische 10-Jahres Ergebnisse des TIPS-Shunts: Bare Metal Stents versus Polytetrafluoroethylen-ummantelte Stentgrafts

B.A. Radeleff, C.M. Sommer¹, U. Stampfl¹, T. Gockner¹, G.M. Richter², N. Bellemann¹, M. Holzschuh¹, T. Ganten¹, H.-U. Kauczor¹; ¹Heidelberg/DE, ²Stuttgart/DE

Zielsetzung: Retrospektive Evaluation der technischen und klinischen Ergebnisse des transjugulären-intrahepatischen-portosystemischen-Stent-Shunts (TIPS) unter Verwendung von Bare Metal Stents (BMS) versus der Verwendung von Polytetrafluoroethylen-ummantelten Stentgrafts.

Material / Methodik: Zwischen 02.2001 und 01.2010 wurden 174 Patienten einer TIPS-Anlage unterzogen. Studiengruppe 1 bestand aus 116 Patienten (durchschn. 57.0 ± 11.1 Jahre) unter Verwendung von BMS-Stents (Palmaz, USA). Gruppe 2 bestand aus 58 Patienten unter Verwendung von PTFE-ummantelten Stentgrafts (Viatorr, Gore, USA) (durchschn. Alter von 53.5 ± 16.1 Jahre). Angiographische und klinische Kontrollen wurden im Follow-up durchgeführt. Primäre Studienziele waren der technische Erfolg, die Shuntöffnungsrate, der Zeitpunkt und die Zahl notwendiger TIPS-Revisionseingriffe.

Ergebnis: Der hämodynamische Erfolg nach TIPS betrug 92.2% in Gruppe 1 und 91.4% in Gruppe 2 (n.s.). Die primäre Offenheitsrate war signifikant höher in Gruppe 2 (53.8% nach 440.4 ± 474.5 versus 45.8% nach 340.1 ± 413.8 Tagen; $p<0.05$). Die klinische Erfolgsrate betrug 73.7–86.2% nach 466.3 ± 670.1 in Gruppe 1 und 85.7–90.5% nach 617.5 ± 642.7 Tagen in Gruppe 2 (n.s.). Die hepatische Enzephalopathierate war vergleichbar mit 37.5% in Gruppe 1 und 36.5% in Gruppe 2 (n.s.). Die erste TIPS-Revision wurde signifikant später in Gruppe 2 durchgeführt (288.3 ± 334.7 versus 180.1 ± 307.0 Tage; $p<0.05$).

Schlussfolgerung: Viatorr-Stentgrafts verbessern nicht nur die primäre Offenheitsrate, sondern auch den Zeitpunkt sowie die notwendige Anzahl an TIPS-Revisionen ohne Erhöhung der hepatischen Enzephalopathierate.

704.6 Embolisation peripherer high-flow arteriovenöser Malformationen mit Ethylen-Vinyl-Alkohol-Kopolymer*W. Wohlgemuth, W. Uller, R. Müller-Wille, H. Gößmann, P. Wiggermann, C. Stroszczyński; Regensburg/DE*

Zielsetzung: Die Embolisation angeborener high-flow arteriovenöser Malformationen der Peripherie (AVM) ist eine hohe technische und klinische Herausforderung. Diese konsekutive Studie evaluiert die Durchführbarkeit, Sicherheit und die vorläufigen klinischen Ergebnisse der Onyx-Embolisation bei diesen Patienten.

Material / Methodik: Zwischen 01/2009 – 04/2011 wurden 40 Embolisationssitzungen bei 23 Patienten (Alter 27,4 Jahre) in der Indikation Schmerzen (n=21), Schwellung (n=14), Blutung (n=13), ischämisches Ulcus (n=10) und high-output cardiac failure (n=5) in Vollnarkose (n=16) oder Analgosedierung (n=24) durchgeführt. Angiographisch klassifiziert wurden die AVM als Typ II (mit dominanter Drainagevene), Typ IIIa, Typ IIIb, Typ II/IIIa, Typ II/IIIb, Typ IIIa/IIIb bei jeweils 7, 3, 11, 0, 1, 1 Patienten.

Ergebnis: Der Zugang zum Nidus war nur transarteriell (n=29), kombiniert i.a. und perkutan (n=3), nur perkutan (n=6) und kombiniert i.a. und i.v. (n=2). Pro Sitzung wurden 6,22 ml Onyx injiziert. 4 Patienten wurden geheilt (100% Devaskularisation und asymptomatisch), 14 Patienten gebessert (zwischen 99% und 50% Devaskularisation und Symptombesserung), 5 Patienten waren unverändert (zwischen 99% und 50% Devaskularisation und keine Symptombesserung), keine verschlechtert. 13 Patienten stehen noch unter Therapie. Nur Minor-Komplikationen traten auf (2 vorübergehende Hautblasen, 2 transiente periphere Nervenschädigungen, 1 eingeklebter Mikrokatheter komplett entfernt mit Schlinge in gleicher Sitzung).

Schlussfolgerung: Das Embolisationsmaterial penetriert tief und kontrolliert auch in distale Abschnitte des Nidus. Diese Serie gibt Hinweise darauf, dass Onyx eine gute Ergänzung in der Therapie peripherer AVM darstellt.

704.7 Langzeitergebnisse radiologisch implantierter Miniportsysteme im Unterarm*L. Klösger, C. Meyer, J. Boschwitz, M. Andersson, M. Pölcher, C. Rudlowski, H. Schild, K. Wilhelm; Bonn/DE*

Zielsetzung: Evaluation der primären und langfristigen Erfolgsrate radiologisch implantierter Miniportsysteme im Unterarm in einem weiblichen Patientenkollektiv.

Material / Methodik: Bei 293 Malignom-Patientinnen im Alter von 26–81 Jahren (Mittelwert 55 Jahre) wurden zwischen Juni 2002 und Mai 2011 insgesamt 299 Portsysteme implantiert. Beurteilt wurden, neben der primären technischen Erfolgsrate, während der Liegezeit aufgetretene Schmerzen, Schwellung und Infektion sowie systembezogene Komplikationen wie Katheter-/Kammerdislokation, Katheterbruch, Leckage, Okklusion oder Thrombose.

Ergebnis: Die Portimplantation war in 293 Fällen primär technisch erfolgreich (98%). Bei 6 Patientinnen konnte aufgrund technischer Probleme oder eines unzureichenden Venenstatus kein Miniport implantiert werden. Im langfristigen Verlauf konnten bei 248 Portsyste men 90.276 Portkathetertage ausgewertet werden (Mittelwert 364 Tage, 8–2132 Tage). 66 Komplikationen traten im Beobachtungszeitraum auf (0.73/1000 Kathetertage). Davon waren 16 (24.2%) Früh- und 50 (75.8%) Spät komplikationen. Frühkomplikationen traten im Mittel nach 12 Tagen, Spät komplikationen nach 307 Tagen auf. Die häufigsten Komplikationen bildeten Infektionen (n=16), Thrombosen (n=11) sowie freiliegende Portsyste me (n=11). 47 Portsyste me mussten komplikationsbedingt vorzeitig entfernt werden (19.0%). 71 Portsyste me wurden nach regulärer Beendigung der Infusionstherapien komplikationslos entfernt. Im Mai 2011 befinden sich noch 77 Portsyste me funktionsfähig in situ.

Schlussfolgerung: Radiologisch implantierte Miniportsysteme stellen auch im langfristigen Verlauf bei weiblichen Patienten mit onkologischer Grunderkrankung eine sichere und minimalinvasive Option zur Infusionstherapie dar.

CME CREDITS & BESTÄTIGUNGEN

CME DER UEMS

Der IROS 2012 wurde für das Fortbildungsprogramm der UEMS eingereicht und akkreditiert:

The "IROS 2012 – Interventionell Radiologisches Olbert Symposium" is accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists. The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), www.uems.net.

The "IROS 2012 – Interventionell Radiologisches Olbert Symposium" is designated for a maximum of 16 hours of European external CME credits. Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.

TEILNAHME-/ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG

Die **Teilnahmebestätigung** erhalten Sie entweder vor Ort an der Registratur oder Sie können sich diese nach dem Kongress auf www.IROSONline.org mit Ihren persönlichen Login-Daten ausdrucken.

Ihre **Rechnung** können Sie jederzeit auf www.IROSONline.org mit Ihren persönlichen Login-Daten ausdrucken.



ESIRonline

IR Unterricht online



Mehr als 4700 Präsentationen können bereits angesehen und heruntergeladen werden!

ESIRonline ist eine, von der CIRSE entwickelte, wissenschaftliche online Lehrdatenbank, die Ihnen das ganze Jahr über zeit- und ortsunabhängiges IR Training ermöglicht.

Nutzen Sie das Angebot an Videos, PowerPoint Präsentationen und Experteninterviews vergangener Kongresse, um Versäumtes nachzuholen oder bereits Gelerntes wieder aufzufrischen!

Mit Hilfe der ausführlichen Suchfunktion sind Sie nur einen Mausklick von den gewünschten Informationen entfernt – egal ob Sie nach Kongressen wie IROS, CIRSE, ECIO, GEST Europe oder ESIR Kursen suchen.

Sämtliche Inhalte werden unmittelbar nach dem jeweiligen Kongress online verfügbar gemacht. Kongressteilnehmer erhalten dann für begrenzte Zeit kostenlosen Zugriff auf alle kongressbezogenen Inhalte.

Nützen auch Sie die Gelegenheit und besuchen Sie www.esir.org!

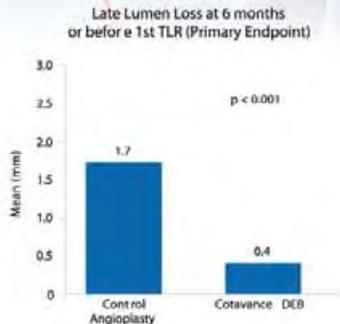


www.esir.org

ESIRonline wird exklusiv von Cook gesponsert



It takes seconds to keep vessels open for years



THUNDER Study TLR – 5 year data vs. Primary Endpoint

Cotavance® Drug Eluting Balloon with Paccocath® Technology Reduced **Five-Year** Target Lesion Revascularization Rates by 59 Percent in PAD Patients Compared to Those Treated with Uncoated Balloon

The only Peripheral DEB with 5-year positive clinical data

COTAVANCE®

The Paccocath® Technology

1. Tepe G, Zeller T, Albrecht T, Heller S, Schwarzwalder U et al. Local delivery of paclitaxel to inhibit restenosis during angioplasty of the leg. *MEJM* 2006; 35(8): 689-99. 2. Zeller T, on behalf of Tepe G. 5-year THUNDER Follow-Up. Patients with PAD Treated with Uncoated Versus Paccocath Paclitaxel Coated Balloons. TCT 2011.



NOT AVAILABLE IN US. See product Instructions for Use for specific and complete prescribing information.

MEDRAD Interventional is a federally registered trademark of MEDRAD, INC. U.S.A. Cotavance and Paccocath are trademarks of Bayer Pharma AG. ©2011 MEDRAD, INC. All Rights Reserved.

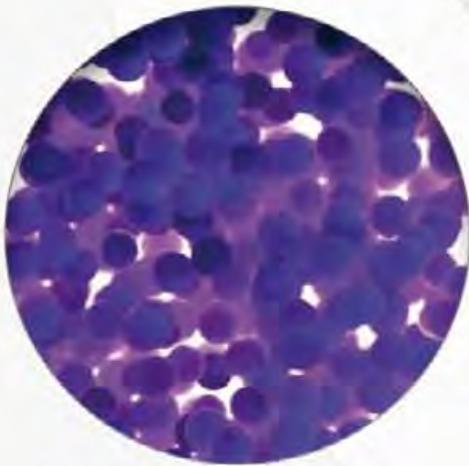


UMGEBUNGSPLAN



- 1 **Salzburg Congress**
- 2 **Hotel Bristol Salzburg**
- 3 **ACHAT Plaza zum Hirschen**
- 4 **Hotel & Villa Auersperg**
- 5 **Austrotel Salzburg am Mirabellplatz**
- 6 **Best Western Hotel Imlauer Salzburg**
- 7 **Crowne Plaza Salzburg – The Pitter**
- 8 **NH Salzburg City**
- 9 **Hotel Sacher**

Calibration. Control. Confidence. Embozene[®] Microspheres



precision calibration

DISTINCT SIZES FOR COMPLEX PROCEDURES

procedural control

EASY TO SEE, EASY TO USE



*Sizes not available in the US



confidence by design

**ENGINEERED TO REBOUND AFTER
CATHETER PASSAGE**



CeloNova BioSciences, Inc.

FRANCE | GERMANY | NETHERLANDS | UNITED KINGDOM | UNITED STATES

www.CeloNova.com

BIOSCIENCES

TEL +1.210.497.6682 EMAIL Info@CeloNova.com

exact.
efficient.
effective.



FESTABEND

am 13. Januar im Schloss Leopoldskron

Im Rahmen unseres alljährlichen Festabends laden wir Sie am **Freitag, 13. Januar 2012**, herzlich zu einem gemeinsamen Dinner auf Schloss Leopoldskron ein.

Genießen Sie einen entspannten Abend in der faszinierenden Atmosphäre des Rokoko-Schlusses und lassen Sie sich mit kulinarischen Köstlichkeiten verwöhnen.

19:30 Uhr Transfer vom Hotel Sheraton Salzburg zum Schloss Leopoldskron

20:00 Uhr Empfang im Schloss Leopoldskron mit anschließendem Dinner

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl wird eine rechtzeitige Anmeldung für den Festabend empfohlen. Sollten Sie sich bisher noch nicht angemeldet haben, können Sie gerne vor Ort bei der Registratur nachfragen, ob noch Karten erhältlich sind.

Der Preis beträgt € 40,00 pro Person.



SCHLOSS LEOPOLDSKRON

www.schloss-leopoldskron.com



SCHLOSS LEOPOLDSKRON

Schloss Leopoldskron, ein original erhaltenes Rokoko-Juwel, wurde im 18. Jahrhundert von Fürsterzbischof von Salzburg Leopold Anton Freiherr von Firmian erbaut. Es diente nicht nur als Filmlocation für „The Sound of Music“ sondern ist auch das Geburtshaus der Salzburger Festspiele und liegt nur wenige Minuten von der Salzburger Altstadt entfernt, eingebettet in eine traumhafte Naturkulisse mit Blick auf das majestätische Bergpanorama am Leopoldskroner Weiher.

REFERENTEN

| | |
|---|--|
| Adamus, Dr. Ralf | Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE |
| Aebischer, Regula | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Albrecht, Prof. Thomas | Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin/DE |
| Altenburg, Dr. Alexander | Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal/DE |
| Arnold, Dr. Nicolai | BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, Hamburg/DE |
| Bale, Prof. Reto | Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT |
| Berkefeld, Prof. Joachim | Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/DE |
| Berlis, PD Dr. Ansgar | Klinikum Augsburg, Augsburg/DE |
| Binkert, Prof. Christoph A. | Kantonsspital Winterthur, Winterthur/CH |
| Brückmann, Prof. Hartmut | Klinikum der Universität München, München/DE |
| Bücker, Prof. Arno | UKS – Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/DE |
| Burghuber, Prim.Univ.Prof.Dr. Otto C. | Otto Wagner Spital, Wien/AT |
| Buy, Dr. Xavier | Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg/FR |
| Cejna, Prim.Univ.-Doz.Dr. Manfred | LKH Feldkirch, Feldkirch/AT |
| Chemelli, Prof.Dr. Andreas | Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT |
| Deutschmann, Prof. Hannes | Medizinische Universität Graz, Graz/AT |
| Düx, Prof. Markus | Krankenhaus Nordwest, Frankfurt/DE |
| Dziergwa, Severine | Universitätsspital Basel, Basel/CH |
| Funovics, Dr. Martin A. | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |
| Gizewski, Prof.Dr. Elke R. | Universitätsklinikum Gießen, Gießen/DE |
| Grafeneder, Petra | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Linz/AT |
| Gross-Fengels, Prof.Dr. Walter | Asklepios Klinik Harburg, Hamburg/DE |
| Gschwendtner, Prim.Dr. Manfred | Krankenhaus der Elisabethinen Linz, Linz/AT |
| Günther, Prof. Rolf W. | Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Aachen/DE |
| Haage, Prof. Patrick | Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal/DE |
| Hausegger, Prof. Klaus A. | LKH Klagenfurt, Klagenfurt/AT |
| Helbich, Prof.Dr. Thomas | Medizinische Universität Wien, Wien/AT |
| Helmberger, Prof. Thomas K. | Klinikum Bogenhausen, München/DE |
| Heuser, Prof.Dr. Lothar J.G. | Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Knappschaftskrankenhaus Bochum, Bochum/DE |
| Hoffmann, Prof. Martha | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |
| Hohl, PD Dr. Christian | HELIOS Klinikum Siegburg, Siegburg/DE |
| Horisberger, Thierry | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Hoppe, PD Dr. Hanno | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Huber, Lynn | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Huppert, Prof. Peter E. | Klinikum Darmstadt, Darmstadt/DE |
| Jacob, Prof. Augustinus L. | Universitätsspital Basel, Basel/CH |
| Janssen, Dr. Hendrik | Klinikum der Universität München, München/DE |
| Jantschke, Robert | Universitätsspital Basel, Basel/CH |
| Jaschke, Prof. Werner | Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT |
| Karnel, Dr. Franz | Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien/AT |
| Kettenbach, Prof. Joachim | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Killer-Oberpfalzer, Univ.Prof.Dr. Monika | Universitätsklinikum Salzburg, Christian Doppler Klinik, Salzburg/AT |
| Köberle, Prof. Dieter | Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen/CH |
| Kosiek, Dr. Ortrud | Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg/DE |
| Krieger, Dr. Hanno | Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt/DE |
| Kröncke, Dr. Thomas J. | Universitätsklinikum Charité, Berlin/DE |
| Lammer, Prof. Johannes | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |

| | |
|---|---|
| Landwehr, PD Dr. Peter | Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover/DE |
| Leissner, Dr. Giesbert | Klinikum Augsburg, Augsburg/DE |
| Loewe, Prof. Christian M. | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |
| Loose, Prof. Reinhard | Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE |
| Mahnken, Prof. Andreas H. | Universitätsklinikum Aachen, Aachen/DE |
| Maxien, Dr. Daniel | Klinikum der Universität München, München/DE |
| Minar, Prof. Erich | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |
| Mönninghoff, Dr. Christoph | Universitätsklinikum Essen, Essen/DE |
| Morhard, Dr. Dominik F.B. | Kreiskrankenhaus München-Pasing, München/DE |
| Mostbeck, Prim.Univ.Prof.Dr. Gerhard | Wilhelminenspital, Wien/AT |
| Nadalin, PD Dr. Silvio | Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen/DE |
| Neumann, Dr. Christian | Wilhelminenspital, Wien/AT |
| Passlick, Prof.Dr. Bernward | Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg/DE |
| Paetzel, PD Dr. Christian | Klinikum Weiden, Weiden/DE |
| Pelage, Prof. Jean-Pierre | Hôpital Ambroise Paré, Boulogne/FR |
| Pereira, Prof.Dr. Philippe L. | SLK-Kliniken Heilbronn, Heilbronn/DE |
| Pfammatter, Prof. Thomas | UniversitätsSpital Zürich, Zürich/CH |
| Radeleff, PD Dr. Boris A. | Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg/DE |
| Rand, Prof. Thomas | Krankenhaus Hietzing, Wien/AT |
| Reekers, Prof. Jim A. | Academic Medical Centre, Amsterdam/NL |
| Reimer, Prof. Peter | Klinikum Karlsruhe, Karlsruhe/DE |
| Rieger, PD Dr. Johannes | Krankenhaus Barmherzige Brüder München, München/DE |
| Roeren, Prof. Thomas | Kantonsspital Aarau, Aarau/CH |
| Röhr, Katja | Klinikum Nürnberg, Nürnberg/DE |
| Schmid, Dr. Axel | Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen/DE |
| Schmieder, Prof. Roland E. | Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen/DE |
| Schneider, OA Dr. Philipp | Klinikum Bogenhausen, München/DE |
| Schroth, Prof. Gerhard | Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH |
| Stelzer, Reinhard | OÖ Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz/AT |
| Stroszczyński, Prof. Christian | Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg/DE |
| Tacke, Prof. Josef | Klinikum Passau, Passau/DE |
| Thurnher, Prof. Siegfried A. | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Wien/AT |
| Trenkler, Prim.Dr. Johannes | OÖ Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz/AT |
| Uder, Prof. Michael | Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen/DE |
| Verhoeven, Dr. Eric L. | Klinikum Nürnberg Süd, Nürnberg/DE |
| Vogel, Prof. Wolfgang | LKH Innsbruck, Innsbruck/AT |
| Vogl, Prof. Thomas J. | Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/DE |
| Vorwerk, Prof.Dr. Dierk | Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt/DE |
| Wagner, Prof. Hans-Joachim | Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Berlin/DE |
| Waldenberger, Prim.Dr. Peter | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Linz/AT |
| Waser, Mag. Margot | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Linz/AT |
| Wetzel, Prof.Dr. Stephan G. | Klinik Hirslanden, Zürich/CH |
| Wilhelm, Dr. Kai E. | Universitätsklinikum Bonn, Bonn/DE |
| Wolf, Dr. Florian | Universitätsklinik Wien, Wien/AT |
| Wucherer, Dr. Michael | Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE |
| Zimmermann, Prof.Dr. Frank | Universitätsspital Basel, Basel/CH |
| Zollikofer, Prof. Christoph L. | Kantonsspital Baden, Baden/CH |



September 15-19
Lisbon, Portugal
CIRSE 2012

Mark
your
calendar!

**INNOVATION
EDUCATION
INTERVENTION**

CIRSE 2012, Europe's most comprehensive forum for minimally invasive image-guided therapy, will offer more than 250 hours of educational and scientific presentations streamlined around seven major topics, hands-on workshops, foundation courses, learning centres, industry symposia, an all-electronic poster exhibition and the largest CIRSE exhibition ever.

www.cirse.org

MAIN TOPICS

- Vascular Interventions
- Transcatheter Embolization
- Non-Vascular Interventions
- Interventional Oncology
- Neuro Interventions
- IR Management
- Imaging

AUSSTELLER & SPONSOREN

| | |
|---|-------------------------------------|
| Abbott Vascular | iSYS Medizintechnik |
| ab medica | Limbeck Medizinische Spezialartikel |
| Acandis | Medicor |
| amedo Smart Tracking Solutions | Medrad |
| AngioDynamics | Medtron |
| Angiopro | Medtronic |
| Atomed | Merit Medical |
| Balt | Nordion |
| Bard Medica | Novomed |
| Biomedica | OptiMed |
| Biotronik | Penumbra |
| Böck Medizintechnik | PharmaCept |
| Boston Scientific | Philips Healthcare |
| CeloNova | Siemens |
| Climed | Sirtex |
| Concentric Medical | St. Jude Medical |
| Cook Medical | Synthes |
| Cordis - Johnson & Johnson Medical Products | Terumo |
| Covidien | TriVascular |
| D&S Biotrade | Vidacare |
| Eurocor | W. L. Gore |
| ev3 | Werfen |
| IDev Technologies | ZodI MTP / Jotec |

IROS 2013 Berlin

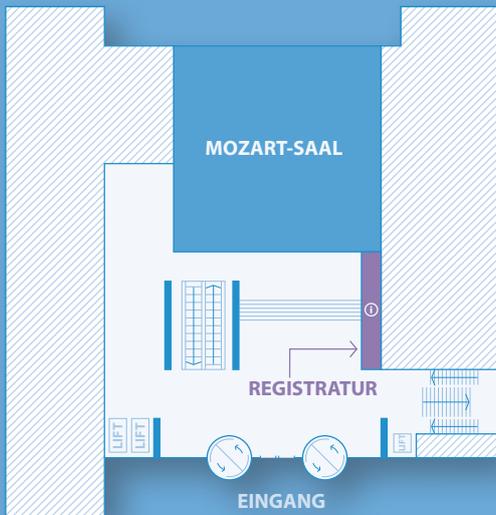
Interventionell Radiologisches Olbert Symposium

17. – 19.1.2013

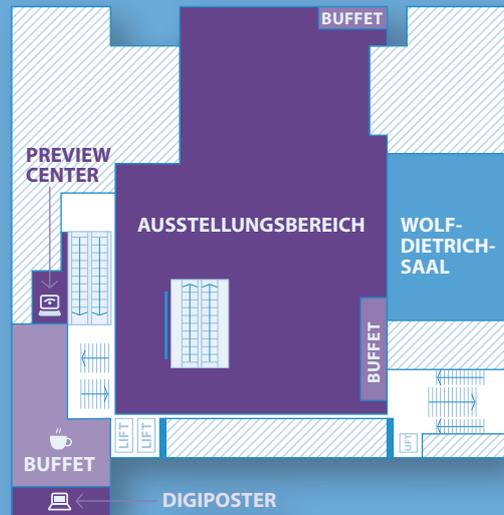
Nähere Details in Kürze auf www.IROSONline.org!

Wir freuen uns schon jetzt auf ein Wiedersehen in Berlin!

ÜBERSICHT – AUSSTELLUNG & VORTRAGSRÄUME



EG



1. OG

AUSSTELLER ALPHABETISCH

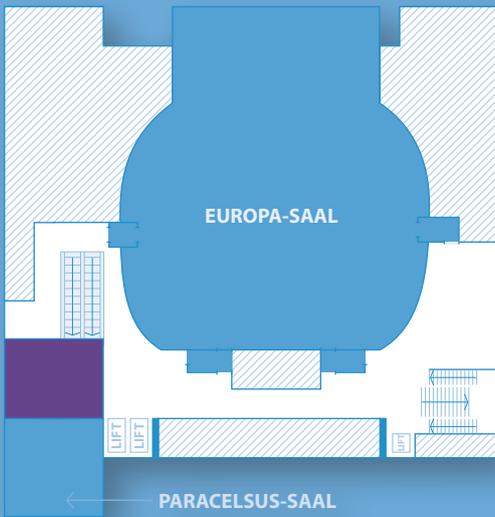
Stand Nr.

| | |
|---|-----|
| Abbott Vascular | 19 |
| ab medica..... | 35 |
| amedo Smart Tracking Solutions | 23 |
| AngioDynamics | 8 |
| Angiopro | 7 |
| Atomed | 4 |
| Bard Medica | 25 |
| Biomedica | 2 |
| Biotronik..... | 12 |
| Böck Medizintechnik | 39a |
| Boston Scientific..... | 1 |
| CeloNova..... | 22 |
| Climed | 12b |
| Cook Medical | 14 |
| Cordis - Johnson & Johnson Medical Products | 20 |
| Covidien | 18 |
| D&S Biotrade..... | 6 |
| ev3 | 17 |
| IDev Technologies | 13 |
| iSYS Medizintechnik..... | 30 |
| Limbeck Medizinische Spezialartikel..... | 36 |
| Medicor..... | 11 |
| Medrad..... | 10 |
| Medtron..... | 32 |
| Medtronic | 38 |
| Merit Medical..... | 3 |
| Nordion..... | 40 |
| Novomed | 37 |
| OptiMed | 16 |
| Penumbra | 27 |
| PharmaCept | 24 |
| Philips Healthcare | 5 |
| Siemens | 28 |
| Sirtex..... | 26 |
| St. Jude Medical | 12a |
| Synthes..... | 31 |
| Terumo | 34 |
| TriVascular..... | 9 |
| Vidacare..... | 33 |
| W. L. Gore..... | 29 |
| Werfen..... | 21 |
| Zodl MTP / Jotec | 39 |

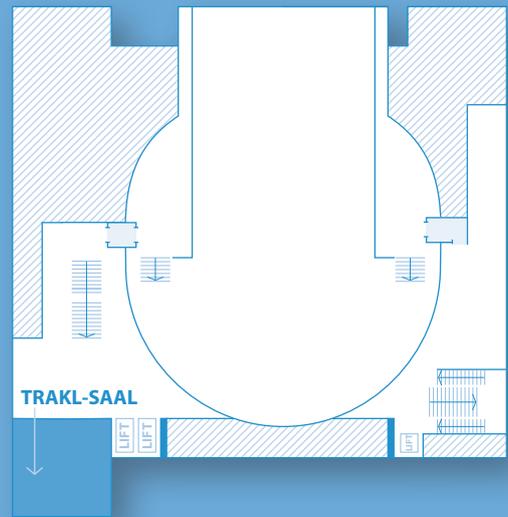
AUSSTELLER NUMERISCH

Stand Nr.

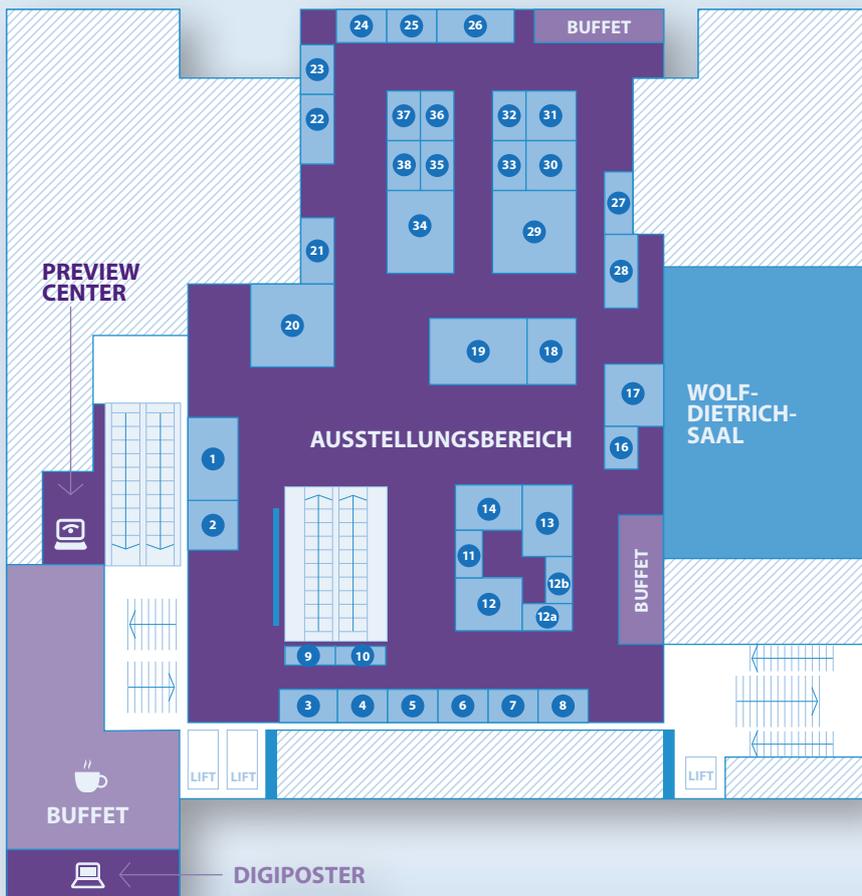
| | |
|---|-----|
| Boston Scientific..... | 1 |
| Biomedica | 2 |
| Merit Medical..... | 3 |
| Atomed | 4 |
| Philips Healthcare | 5 |
| D&S Biotrade..... | 6 |
| Angiopro | 7 |
| AngioDynamics | 8 |
| TriVascular..... | 9 |
| Medrad..... | 10 |
| Medicor..... | 11 |
| Biotronik..... | 12 |
| St. Jude Medical | 12a |
| Climed | 12b |
| IDev Technologies | 13 |
| Cook Medical | 14 |
| OptiMed | 16 |
| ev3 | 17 |
| Covidien | 18 |
| Abbott Vascular | 19 |
| Cordis - Johnson & Johnson Medical Products | 20 |
| Werfen..... | 21 |
| CeloNova..... | 22 |
| amedo Smart Tracking Solutions | 23 |
| PharmaCept | 24 |
| Bard Medica | 25 |
| Sirtex..... | 26 |
| Penumbra | 27 |
| Siemens | 28 |
| W. L. Gore..... | 29 |
| iSYS Medizintechnik..... | 30 |
| Synthes..... | 31 |
| Medtron..... | 32 |
| Vidacare..... | 33 |
| Terumo..... | 34 |
| ab medica..... | 35 |
| Limbeck Medizinische Spezialartikel..... | 36 |
| Novomed | 37 |
| Medtronic | 38 |
| Zodl MTP / Jotec | 39 |
| Böck Medizintechnik | 39a |
| Nordion..... | 40 |



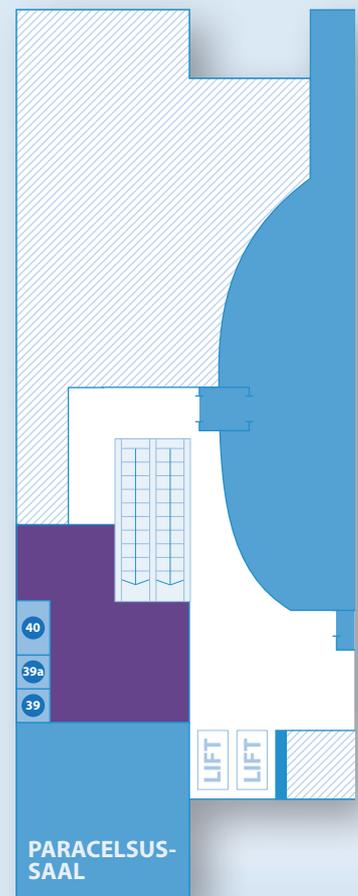
2. OG



3. OG



1. OBERGESCHOSS



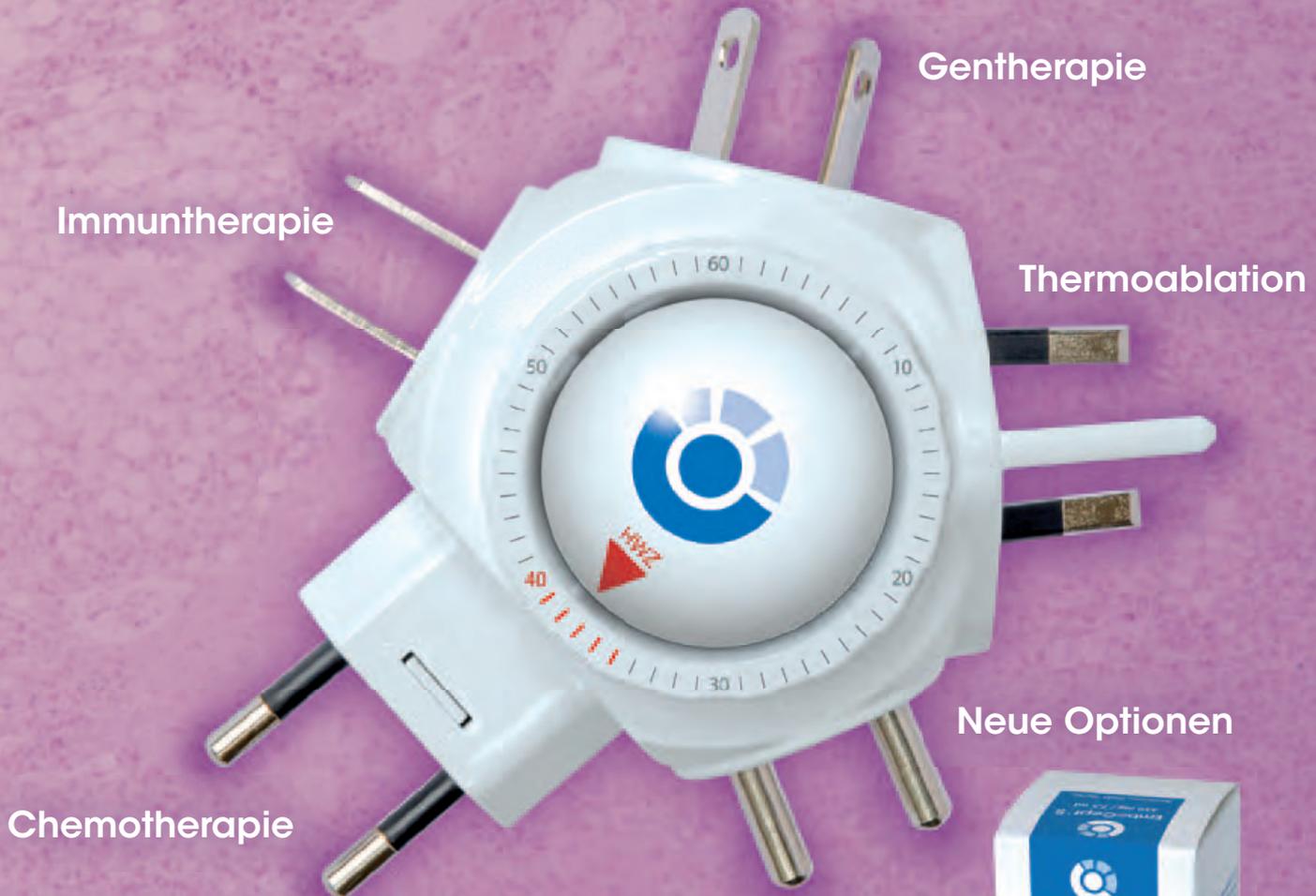
2. OBERGESCHOSS



neoadjuvant - adjuvant - palliativ

EmboCept® S

das universale Kurzzeitembolisat



- universale Zulassung
- optimale Abbaupzeit (HWZ 35 min)
keine Kollateralgefäßbildung
- nachgewiesene klinische Wirksamkeit
- preisgünstig



Ihr idealer Kombinationspartner zur Optimierung der lokoregionären Tumorthherapie.

EmboCept®S 900 mg/15 ml, EmboCept®S 450 mg/7,5 ml. Zusammensetzung: Amilomer, DSM 35/50 (Degradable Starch Microspheres), isotonische Natriumchloridlösung. **Anwendungsgebiete:** Chemoembolisat, EmboCept®S Injektions suspension ist ein Adjuvans bei der intraarteriellen Therapie von Tumoren in Kombination mit Zytostatika und anderen Wirkstoffen. **Gegenanzeigen:** EmboCept®S darf bei Gefäßanomalien im Zielorgan, wie z. B. Shunts (> 30%), bei Verschluss der Arterie, Pfortaderthrombose, portaler Hypertension, Pfortadereinbruch sowie schwerer Leberinsuffizienz nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Schmerzen im Bereich des Zielorgans durch Gefäßverschlüsse (lässt gewöhnlich nach ca. 30 – 60 min. nach und verschwindet nach ca. 1 Std.), Oberbauchbeschwerden (Ischämieschmerz), vorübergehende Funktionsstörungen im Zielorgan (z. B. erhöhte Leberwerte), Dyspnoe (selten und nach ca. 35 min. reversibel). Durch die Kombination mit Zytostatika: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schleimhautentzündungen, Fieber, Schüttelfrost, Husten, Ulcera im oberen Magen-Darm-Trakt (eine direkte Zuordnung zur Embolisation nicht möglich). **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Durch den Embolisierungseffekt von EmboCept®S kommt es zu einer lokalen Konzentrationserhöhung des mitapplizierten Wirkstoffes. Dies kann die Höchstmenge des Wirkstoffes, welcher mit EmboCept®S angewandt wird, begrenzen. **Warnhinweise:** entfällt. **Dauer der Haltbarkeit:** 24 Monate. **Besondere Lager- und Aufbewahrungshinweise:** keine. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Injektionsflaschen mit 7,5 und 15 ml. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information:** April 2010 **Pharmazeutischer Unternehmer:** PharmaCept GmbH, Berlin



PharmaCept
www.pharmacept.com