

SALZBURG 13.–15.1.2011

IROS 2011

Interventionell Radiologisches Olbert Symposium

HAUPTPROGRAMM

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

Absolute Pro LL

Peripheral self-expanding stent system

Extending our legacy

Delivering Absolute Performance

- Clinically Proven for Long SFA Lesions[1-3]
- Superb Durability
- Uncompromised Deliverability



Now available in
120 mm & 150 mm
lengths

1 M. Schillinger et al. / NEJM Vol 354: 2003; 1879-1888 / Absolute Versus Trial
2 M. Schillinger / Circulation 2007; 115: 2745-2749
3 S. Saxon / J Endovasc Ther 2007; 14: 431-437

All illustrations included are artist's renditions. Illustrations are not drawn to scale. Please contact your local representative for more information. Abbott Vascular International BVBA, Park Lane, Culliganlaan 2B, 1831 Diegem, Belgium. Absolute Pro LL is a trademark of the Abbott Group of Companies. This product is 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 for distribution in Europe, Middle East and Africa 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 © 2010 Abbott Vascular. All rights reserved. 2-EH-0090-01 02/2010



Endovascular
Commitment

Abbott
Vascular

Inhalt

	Allgemeine Informationen	4
	Begrüßung	5
	Sitzungsarten	6
	DigiPoster	9
	Programmübersicht	10
	Donnerstag, 13. Januar 2011	13
	Freitag, 14. Januar 2011	17
	Samstag, 15. Januar 2011	21
	Abstracts der Free Paper Präsentationen	27
	CME & Bestätigungen	34
	Umgebungsplan	35
	Festabend	37
	Referenten	38
	Aussteller & Sponsoren	41
	Übersicht – Ausstellung & Vortragsräume	42
	Übersicht – Ausstellungsbereich	43



Allgemeine Informationen

TAGUNGSORT

Salzburg Congress
Auerspergstraße 6
5020 Salzburg, Österreich
Tel.: +43 (0)662 889870
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

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, 13. Januar 2011	09:30 – 18:00
Freitag, 14. Januar 2011	07:30 – 18:00
Samstag, 15. Januar 2011	07:30 – 15:30

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, 13. Januar 2011	09:30 – 18:00
Freitag, 14. Januar 2011	07:30 – 18:00
Samstag, 15. Januar 2011	07:30 – 15:30

Das Preview Center befindet sich im 1. Obergeschoss (siehe Übersicht auf den Seiten 42 und 43).



Sehr geehrte Kolleginnen,
Sehr geehrte Kollegen,

nach dem mit über 670 Teilnehmern bisher erfolgreichsten Interventionell Radiologischen Olbert Symposium, dem IROS 2010 in München, freuen wir uns, Sie anlässlich des dritten IROS in Salzburg begrüßen zu dürfen.

Die außerordentlich rege Beteiligung und die zahlreichen positiven Rückmeldungen haben gezeigt, wie wichtig eine intensiv geführte fachliche Diskussion auf den Gebieten der Gefäßmedizin und der interventionellen Onkologie ist. Der kontinuierliche Austausch von technischen Neuerungen und Entwicklungen ist dabei genauso bedeutend, damit sich der Interventionalist den sich ständig ändernden Herausforderungen stellen kann.

Wie im Vorjahr haben wir versucht, die vielen neuen Ideen und Anregungen, die uns von allen Seiten zugetragen wurden, umzusetzen und in ein spannendes Programm zu packen. Das überarbeitete Symposiumsformat mit den integrierten Aspekten der Fort- und Weiterbildung wird fortgesetzt. Plenarsitzungen und Schwerpunkt-Workshops werden wieder stattfinden, ebenso auf das "Fit für den Facharzt"-Programm abgestimmte Intensivkurse und speziell auf die Belange der medizinisch-technischen RadiologieassistentInnen zugeschnittene Workshops. Auch der Spezialkurs Interventionsradiologie für Ärzte in Ausbildung wird wieder angeboten. Trotz der teilweise kontroversen Kommentare haben wir die Live OP-Übertragungen beibehalten. Da sich die Abstimmung zwischen Live OP und Plenarsitzung sehr bewährt hat, haben wir natürlich auch diesen Aspekt wieder berücksichtigt.

Herzlich willkommen zu einem erfolgreichen IROS 2011 in Salzburg!

Thomas K. Helmberger
Präsident der DeGIR

Franz Karnel
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 2011 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.

Der Spezialkurs Interventionsradiologie wird in Kooperation mit der Strahlenschutzkursstätte Nürnberg-Erlangen durchgeführt und ist von der Bayrischen Landesärztekammer (BLÄK) anerkannt.

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

FFF – 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 folgenden beiden Sitzungen präsentiert:

Free Paper Session I
Samstag, 15. Januar 2011 (10:30–11:15)
Wolf-Dietrich-Saal

Free Paper Session II
Samstag, 15. Januar 2011 (11:30–12:15)
Wolf-Dietrich-Saal

Nähere Informationen zu den Abstracts finden Sie im chronologischen Programmteil (Seite 22 und 23) bzw. im Abstractteil (Seite 27–33).

HANDS-ON WORKSHOP „EMBOLISATION"

Der Hands-on Workshop „Embolisation" behandelt den Umgang mit gängigen Embolisaten wie Klebstoffen, 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:

- Basiswissen über Embolisation
- Wirkungsmechanismen verschiedener Embolisate
- Richtige Handhabung gängiger Embolisate
- Auswahl des geeigneten Embolisates

Der Workshop ist bereits ausgebucht. Sollten bereits vorregistrierte Personen nicht zur Veranstaltung erscheinen, haben andere Teilnehmer die Möglichkeit, auf "First come, first served"-Basis, deren Platz zu erhalten.

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

- AGA Medical
- Boston Scientific
- CeloNova
- COOK Medical
- ev3
- Terumo

LIVE OP-ÜBERTRAGUNG

Die Live OP-Übertragungen erfolgen aus dem **Katharinenhospital – Klinikum Stuttgart** und der **Medizinischen Universität Innsbruck** 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 können somit von den Erfahrungen ihrer Kollegen profitieren und wertvolle Tipps für die Praxis sammeln. Sie haben außerdem die Gelegenheit, sich mittels E-Voting aktiv an der Veranstaltung zu beteiligen.

Im Anschluss an die Vorträge wird der instruktivste Fall prämiert und mit einer **kostenlosen Kongressregistrierung für den IROS 2012** ausgezeichnet.

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.

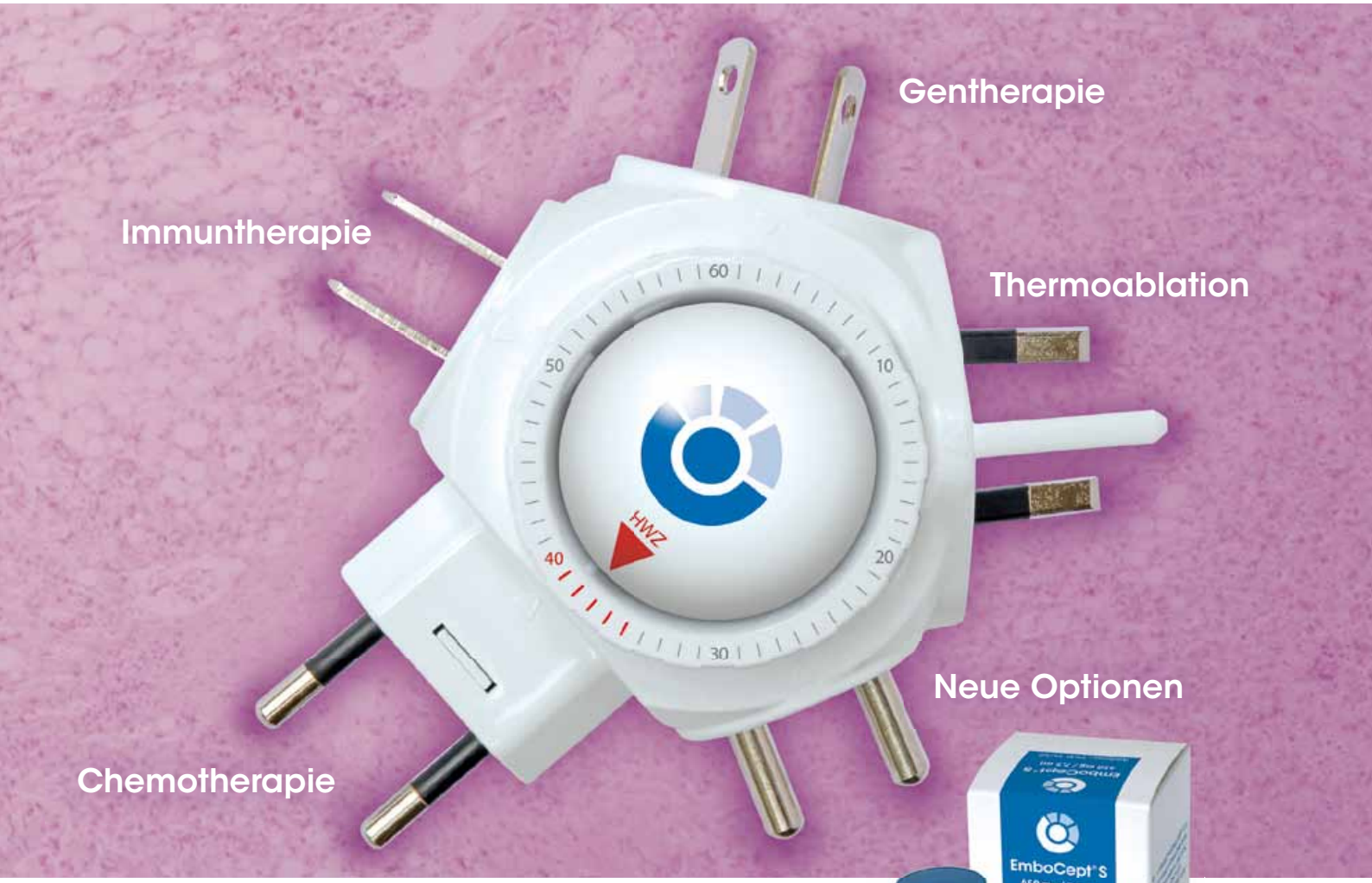
WORKSHOP

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

neoadjuvant - adjuvant - palliativ

EmboCept®S

das universale Kurzzeitembolisat



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

Ihr idealer Kombinationspartner zur Optimierung der lokoregionären Tumortherapie.

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 Injektionssuspension 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), vorüberbergehende 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 Embolisationseffekt 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

DigiPoster

Die folgenden DigiPoster können im DigiPoster-Corner im **1. Obergeschoss** (siehe Übersicht auf den Seiten 42 und 43) angesehen werden:

Mein bester Fall:

Abdomen – nonvaskulär:
- **Stereotaktische Radiofrequenzablation (SRFA) von Leberherden: Technische Effektivität, Komplikationsrate und Performerabhängigkeit**
  G. Widmann (Innsbruck/AT)

Aorta:
- EVAR in modifizierter Chimney-Technik zur Behandlung einer drohenden Aortenruptur bei einem Patienten mit Marfan Syndrom
  D. Ketelsen (Tübingen/DE)
- **Fenestrierung einer Dissektionsmembran mittels Outback-Katheter**
  A.-C. Stamm (Marburg/DE)
- Retrogrades Coiling der A. iliaca interna bei Typ 2 Endoleak nach monoiliakaler Aortenprothesenimplantation
  C. Vockelmann (Mühlheim an der Ruhr/DE)
- Ten-year mortality after elective endovascular abdominal aortic aneurysm repair: Evaluation of several risk scores
  R. Nolz (Wien/AT)

Extremitäten:
- Endovaskuläre Therapie eines echten Arteria glutea inferior-Aneurysmas assoziiert mit einer arteriovenösen Malformation der Beckenstrombahn
  S. Mangold (Tübingen/DE)
- Endovaskuläre Versorgung eines posttraumatischen tibialen Pseudoaneurysmas mit dem AMPLATZER Vascular Plug
  P. Wiggermann (Dresden/DE)

Mein kompliziertester Fall:

Abdomen – nonvaskulär:
- CT-gesteuerte Anlage einer perkutanen Jejunostomie
  C. Vockelmann (Mühlheim an der Ruhr/DE)

Aorta:
- Pseudoaneurysma aufgrund eines traumatischen Interkostalarterienausrisses
  M. Küfner (Erlangen/DE)
- TEVAR nach Ascendens-Ersatz zur Behandlung eines Nahtaneurysmas
  K.F. Brechtel (Tübingen/DE)
- Versorgung eines symptomatischen, kombinierten Endoleaks (Typ I und III) bei Z.n. EVAR
  M. Burbelko (Marburg/DE)

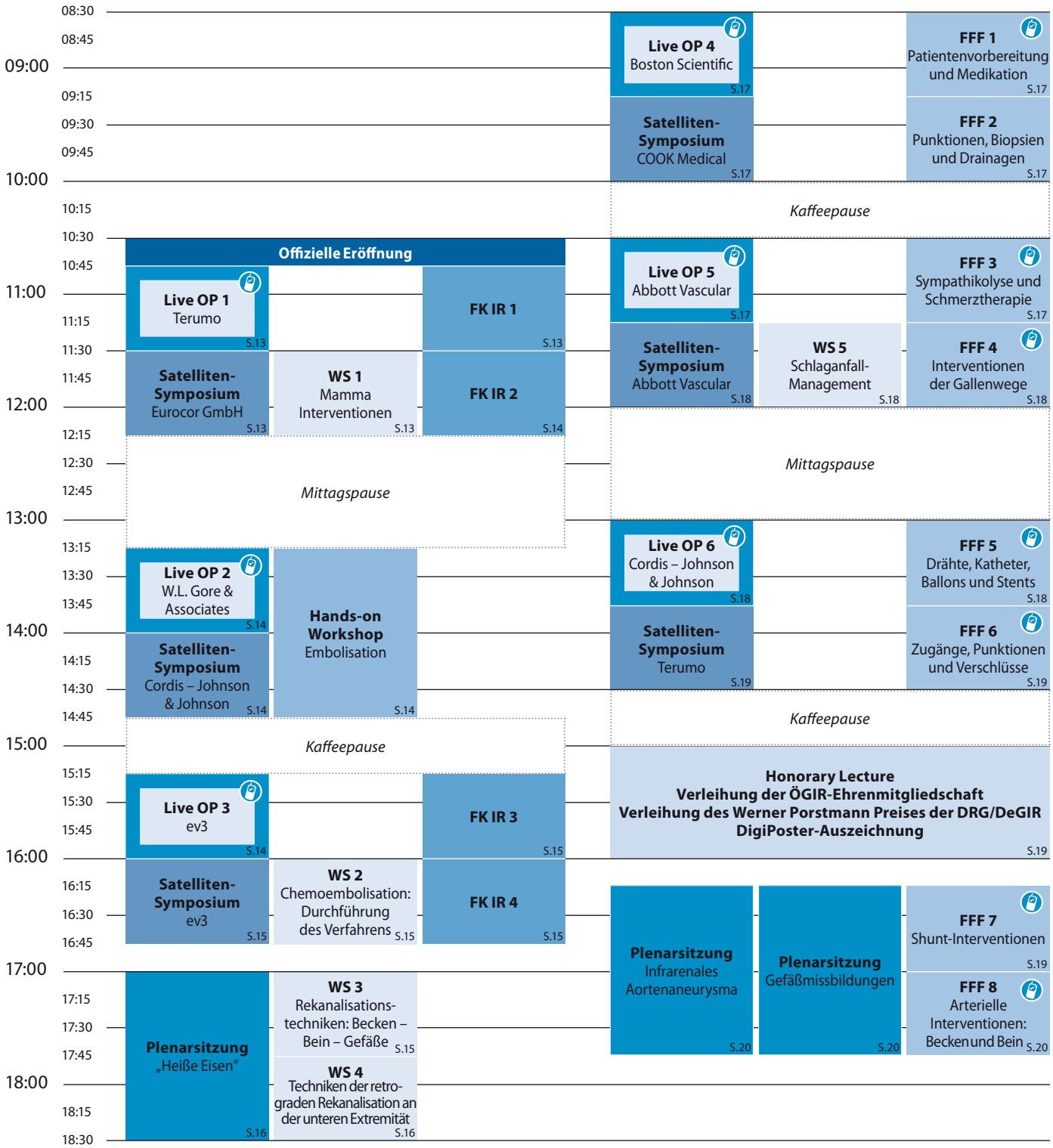
Kopf / Hals:
- **Rekonstruktion der Basilarisspitze durch Y-Stenting mit nachfolgendem Coiling eines großen Basilariskopfaneurysmas**
  M. Kaiser (Lünen/DE)

Niere / Retroperitoneum:
- Interventionelle Versorgung eines monströsen, rupturierten Nierenarterienaneurysmas
  C. Ritter (Würzburg/DE)

Die 3 besten DigiPoster werden im Anschluss an die Honorary Lecture ausgezeichnet.
Die Prämierung findet im Europa-Saal statt und wird von Herrn Dr. Karnel (ÖGIR), Herrn Prof. Helmberger (DeGIR) und Herrn Prof. Jacob (SSCVIR) vorgenommen.

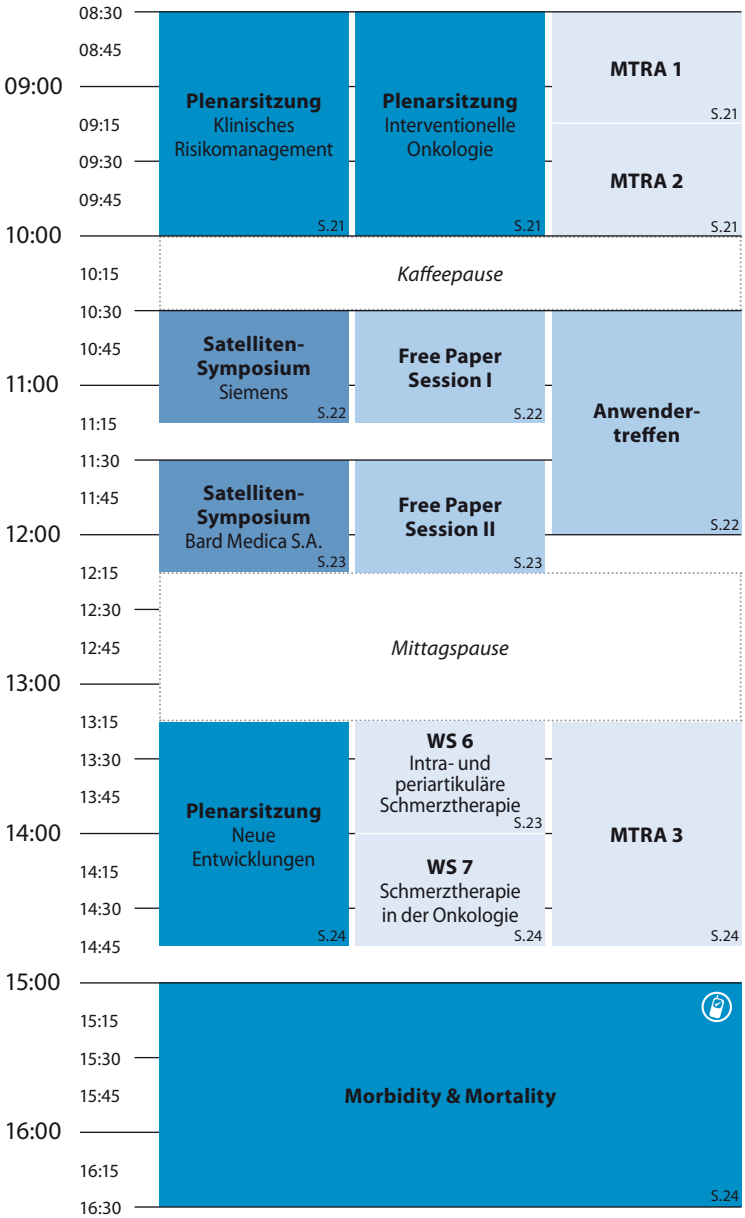
Programmübersicht

Donnerstag, 13. Januar 2011



Freitag, 14. Januar 2011

Samstag, 15. Januar 2011



FFF – *Fit für den Facharzt*

FK IR – *Fachkunde IR*

MTRA – *Workshops für medizinisch-technische RadiologieassistentInnen*

WS – *Workshop*

e-voting

Weitere Meetings – Freitag, 14. Januar 2011:

- **Jahreshauptversammlung der ÖGIR**, Paracelsus-Saal 12:15 – 13:15
- **Mitgliederversammlung der DeGIR**, Trakl-Saal 12:15 – 13:15

Die neue Generation ist da.

CONFORMABILITY WITHOUT COMPROMISE.



Optimierte 360° Apposition an die Aortenwand im abgewinkelten Aortenbogen ohne Widerhaken oder Bare Springs

Kompressionsresistent

Die einzige thorakale Endoprothese für Überdimensionierung von 6 – 33%

Große Bandbreite in der Behandlung von 16 – 42 mm Aortendurchmesser

Konisch zulaufende Prothesen

www.conformabletag.com

CONFORMABLE

GORE TAG®

THORACIC ENDOPROSTHESIS

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

PERFORMANCE by design

Je nach Stand der Zulassung sind die beschriebenen Produkte möglicherweise nicht in allen Ländern erhältlich. GORE®, PERFORMANCE BY DESIGN, TAG® und Bildzeichen sind Marken von W. L. Gore & Associates.
©2010 W. L. Gore & Associates, Inc. AP0089-DE1 FEBRUAR 2010

Donnerstag, 13. Januar 2011

10:30 – 10:45

Offizielle Eröffnung durch die Präsidenten der DeGIR, ÖGIR und SSCVIR — **Europa-Saal**

T.K. Helmberger (München/DE), F. Karnel (Wien/AT), A.L. Jacob (Basel/CH)

10:45 – 11:30

LIVE 101 **Live OP 1** — **Europa-Saal**

Terumo

Embolisationsprozess mit hydrogelbeschichteten Coils

Vorsitz: M. Gschwendtner (Linz/AT), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

Übertragung aus dem Katharinenhospital – Klinikum Stuttgart
Operateure: A. Hatopp, P. Kurz, G.M. Richter

FK 102 **Fachkunde IR 1** — **Paracelsus-Saal**

Spezialkurs Interventionsradiologie

102.1 Strahlenschutzmaßnahmen
M. Wucherer (Nürnberg/DE)

11:30 – 12:15

SY 201 **Satelliten-Symposium** — **Europa-Saal**

Eurocor GmbH

Drug-Eluting Balloons – Update 2011 und Perspektiven

Next Generation Coating

Vorsitz: J. Tacke (Passau/DE)

201.1 INTRODUCTION: DEB bei PAVK
J. Tacke (Passau/DE)

201.2 UPDATE: aktuelle DEB Studienergebnisse und zukünftige Projekte
G. Tepe (Rosenheim/DE)

201.3 PERSPECTIVE: Neue Indikationen für DEB bei PAVK Behandlung
J. Lammer (Wien/AT)

201.4 NEW COATING CONCEPT: "Das Coating macht den Unterschied",
Evaluierung von Schellack zur Beschichtung intravaskulärer Instrumente –
Testung der in vitro-Kompatibilität anhand von Endothel- und glatten Muskelzellen
K. Peters (Rostock/DE)

201.5 LIMITATION: Grenzen der herkömmlichen PTA Behandlung im Unterschenkel
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

201.6 DISCUSSION: F&A bezüglich DEB bei PAVK
J. Tacke (Passau/DE)

WS 202 **Workshop 1** — **Mozart-Saal**

Mamma Interventionen

Vorsitz: P. Landwehr (Hannover/DE)

202.1 Sonographische und stereotaktische Mammabiopsie
W. Heindel (Münster/DE)

202.2 MR-mammographisch gestützte Mammabiopsie
P. Landwehr (Hannover/DE)

Donnerstag, 13. Januar 2011

11:30 – 12:15

FK 203 **Fachkunde IR 2** — **Paracelsus-Saal**

Spezialkurs Interventionsradiologie

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

12:15 – 13:15

Mittagspause

13:15 – 14:00

LIVE 301 **Live OP 2** — **Europa-Saal**

W.L. Gore & Associates

C-TAG für ein modernes TEVAR Konzept

Vorsitz: M. Gschwendtner (Linz/AT), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

Übertragung aus dem Katharinenhospital – Klinikum Stuttgart
Operateure: A. Hatopp, T. Hupp, G.M. Richter

13:15 – 14:45

HoW 401 **Hands-on Workshop** — **Wolf-Dietrich-Saal**

Embolisation

Koordinator: P. Waldenberger (Linz/AT)
Trainer: A. Chemelli (Innsbruck/AT), M.H.K. Hoffmann (Ulm/DE),
M. Pech (Magdeburg/DE), B.A. Radeleff (Heidelberg/DE),
P. Schneider (München/DE), N. Zorger (Regensburg/DE)

14:00 – 14:45

SY 501 **Satelliten-Symposium** — **Europa-Saal**

Cordis – Johnson & Johnson Medical Products GmbH

Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE), F. Karnel (Wien/AT)

501.1 ExoSeal™ Vaskuläres Verschlusssystem – Sharing Expertise
H. Lugmayr (Wels/AT)

501.2 Non-sense of low profile systems in the SFA, minimal is optimal?
J. Wiskirchen (Bielefeld/DE)

14:45 – 15:15

Kaffeepause

15:15 – 16:00

LIVE 601 **Live OP 3** — **Europa-Saal**

ev3

Interventionelle Behandlung komplexer Läsionen der Arterie Femoralis und Poplitea

Vorsitz: M. Gschwendtner (Linz/AT), D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

Übertragung aus dem Katharinenhospital – Klinikum Stuttgart
Operateure: A. Hatopp, P. Kurz, G.M. Richter

Donnerstag, 13. Januar 2011

15:15 – 16:00

FK 602 **Fachkunde IR 3** — **Paracelsus-Saal**

Spezialkurs Interventionsradiologie

602.1 Empfehlungen bei Interventionen
R.W. Loose (Nürnberg/DE)

16:00 – 16:45

SY 701 **Satelliten-Symposium** — **Europa-Saal**

ev3

Interdisziplinäres vaskuläres Update in der Peripherie

701.1 Onyx Malformationen
P. Waldenberger (Linz/AT)

701.2 Endoleaks and Special Cases
J.P. Schäfer (Kiel/DE)

701.3 Onyx Embolisationen von Malformationen bei Säuglingen und Kindern
W. Wohlgemuth (Augsburg/DE)

WS 702 **Workshop 2** — **Mozart-Saal**

Chemoembolisation: Durchführung des Verfahrens

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

702.1 Hepatozelluläres und cholangioläres Karzinom: Welche Chemotherapie? Welche Embolisation?
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

702.2 „Klassische" TACE versus neue Chemoembolisationstechniken beim HCC: Evidenzlage?
J. Lammer (Wien/AT)

702.3 Sind Empfehlungen für die Chemoembolisation bei Lebermetastasen möglich?
T.J. Vogl (Frankfurt/DE)

FK 703 **Fachkunde IR 4** — **Paracelsus-Saal**

Spezialkurs Interventionsradiologie

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

17:00 – 17:45

WS 801 **Workshop 3** — **Mozart-Saal**

Rekanalisationstechniken: Becken – Bein – Gefäße

Vorsitz: B.A. Radeleff (Heidelberg/DE)

801.1 Intraluminal oder subintimal?
M. Schoder (Wien/AT)

801.2 Universalführungsdraht, Spezialführungsdraht oder alles egal, Hauptsache durch?
S. Müller-Hülsbeck (Flensburg/DE)

Donnerstag, 13. Januar 2011

17:00 – 18:30

PL 901 **Plenarsitzung** **Europa-Saal**

„Heiße Eisen"

Vorsitz: C.A. Binkert (Winterthur/CH), M. Cejna (Feldkirch/AT)

901.1 Karotisstent
D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

901.2 Vertebroplastie
S. Thurnher (Wien/AT)

901.3 PTA der Nieren
M. Uder (Erlangen/DE)

17:45 – 18:30

WS 1001 **Workshop 4** **Mozart-Saal**

Techniken der retrograden Rekanalisation an der unteren Extremität

Vorsitz: H. Hoppe (Bern/CH)

1001.1 Warum retrograde Zugänge bei peripherer Angioplastie?
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

1001.2 Retrograde Zugänge transfemoral und transpopliteal
M.A. Funovics (Wien/AT)

1001.3 Retrograde Zugänge transcrural und transpedal
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

Freitag, 14. Januar 2011

08:30 – 09:15

LIVE 1101 **Live OP 4** — **Europa-Saal**

Boston Scientific

PERIPHERAL CUTTING BALLOON: Der Joker für den Shunt?

Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), W. Jaschke (Innsbruck/AT)

Übertragung aus der Medizinischen Universität Innsbruck (TILAK)
Operateur: M. Freund

FFF 1102 **FFF 1 – Fit für den Facharzt** — **Wolf-Dietrich-Saal**

1102.1 Patientenvorbereitung und Medikation
J. Tacke (Passau/DE)

09:15 – 10:00

SY 1201 **Satelliten-Symposium** — **Europa-Saal**

COOK Medical

Legtherapies-Produktkonzepte: Access - Target - Treat

Vorsitz: F. Karnel (Wien/AT)

1201.1 Einsatzgebiete des Micropuncture-Sets
F. Karnel (Wien/AT)

1201.2 Zilver PTX – Evolution oder Revolution?
M. Cejna (Feldkirch/AT)

1201.3 PTA der Unterschenkelarterien
D. Vorwerk (Ingolstadt/DE)

FFF 1202 **FFF 2 – Fit für den Facharzt** — **Wolf-Dietrich-Saal**

1202.1 Punktionen, Biopsien und Drainagen
G. Gruber (Wien/AT)

10:00 – 10:30

Kaffeepause

10:30 – 11:15

LIVE 1301 **Live OP 5** — **Europa-Saal**

Abbott Vascular

Unterschenkelintervention mit Armada 14 Ballonkatheter und HT Winn Führungsdraht

Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), W. Jaschke (Innsbruck/AT)

Übertragung aus der Medizinischen Universität Innsbruck (TILAK)
Operateure: A. Chemelli, M. Freund

FFF 1302 **FFF 3 – Fit für den Facharzt** — **Wolf-Dietrich-Saal**

1302.1 Sympathikolyse und Schmerztherapie
H.J. Latta (Wien/AT)

Freitag, 14. Januar 2011

11:15 – 12:00

SY 1401 **Satelliten-Symposium** **Europa-Saal**

Abbott Vascular

Vorsitz: M. Schillinger (Wien/AT)

1401.1 Was können wir endovaskulär am Unterschenkel heute erreichen – Update zur Datenlage
E. Minar (Wien/AT)

1401.2 Sind Drug eluting stents am Unterschenkel unsere DESTINY?
A. Rastan (Bad Krozingen/DE)

1401.3 Komplexe Rekanalisationstechniken im Unterschenkel – technische Spielerei oder Eckpfeiler des Beinerhaltes?
M. Schillinger (Wien/AT)

WS 1402 **Workshop 5** **Mozart-Saal**

Schlaganfall-Management

Vorsitz: T. Rand (Wien/AT)

1402.1 Innovative Behandlungsmethoden
H.-P. Haring (Linz/AT)

1402.2 Schlaganfall rund um die Uhr: Optimierung von Diagnostik und Therapie
G. Schroth (Bern/CH)

1402.3 Mechanische Rekanalisation
J. Trenkler (Linz/AT)

FFF 1403 **FFF 4 – Fit für den Facharzt** **Wolf-Dietrich-Saal**

1403.1 Interventionen der Gallenwege
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

12:00 – 13:00

Mittagspause

13:00 – 13:45

LIVE 1501 **Live OP 6** **Europa-Saal**

Cordis – Johnson & Johnson Medical Products GmbH

Das ABC in der Beckenintervention

Access mit Cordis – **B**est practice mit S.M.A.R.T.® Control™ – **C**losure mit ExoSeal™

Vorsitz: A.L. Jacob (Basel/CH), W. Jaschke (Innsbruck/AT)

Übertragung aus der Medizinischen Universität Innsbruck (TILAK)
Operateure: A. Chemelli, M. Freund

FFF 1502 **FFF 5 – Fit für den Facharzt** **Wolf-Dietrich-Saal**

1502.1 Drähte, Katheter, Ballons und Stents
M. Düx (Frankfurt a. Main/DE)

Freitag, 14. Januar 2011

13:45 – 14:30

SY 1601 **Satelliten-Symposium** **Europa-Saal**

Terumo

Neue Behandlungsoptionen von Lebermalignomen mit Drug Eluting Beads

Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE), H. Wilke (Essen/DE)

1601.1 Multidisciplinary Treatment of metastatic colorectal cancer:
The integration of chemoembolisation with DC Bead into the therapeutic landscape (DEBIRITUX)
D. Arnold (Hamburg/DE)

1601.2 Neue TACE bei Lebermetastasen: Rationale und aktuelle Studien
P. Pereira (Heilbronn/DE)

1601.3 DEBIRI bei Lebermetastasen kolorektaler Karzinome: Ergebnisse bei Verwendung von < 100 Beads
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

FFF 1602 **FFF 6 – Fit für den Facharzt** **Wolf-Dietrich-Saal**

1602.1 Zugänge, Punktionen und Verschlüsse
H.-J. Wagner (Berlin/DE)

14:30 – 15:00

Kaffeepause

15:00 – 16:00

HL 1701 **Honorary Lecture** **Europa-Saal**

Vorsitz: T.K. Helmberger (München/DE), A.L. Jacob (Basel/CH), F. Karnel (Wien/AT)
Laudatio: K.A. Hausegger (Klagenfurt/AT)

1701.1 Vaskuläre Intervention: Was brachte wirklich Fortschritt – wo vermissen wir Evidenz?
J. Lammer (Wien/AT)

Verleihung der ÖGIR-Ehrenmitgliedschaft

an Univ. Prof. Dr. Johannes Lammer (Universitätsklinik Wien)

Verleihung des Werner Porstmann Preises der DRG/DeGIR

an Dr. Christof M. Sommer (Universitätsklinikum Heidelberg)

DigiPoster-Auszeichnung

16:15 – 17:00

FFF 1801 **FFF 7 – Fit für den Facharzt** **Wolf-Dietrich-Saal**

1801.1 Shunt-Interventionen
P. Landwehr (Hannover/DE)

Freitag, 14. Januar 2011

16:15 – 17:45

PL 1901 **Plenarsitzung** **Europa-Saal**

Infrarenales Aortenaneurysma

Vorsitz: A. Chavan (Oldenburg/DE), W. Gross-Fengels (Hamburg/DE)

1901.1 Techniken der Stentgraft-Therapie
W. Gross-Fengels (Hamburg/DE)

1901.2 Indikation/Therapie: verzweigte und fenestrierte Endoprothesen
M.A. Funovics (Wien/AT)

1901.3 Rupturiertes AAA
M. Schoder (Wien/AT)

1901.4 Follow-up und Sekundäreingriffe
K.A. Hausegger (Klagenfurt/AT)

PL 1902 **Plenarsitzung** **Mozart-Saal**

Gefäßmissbildungen

Vorsitz: H.-P. Berlien (Berlin/DE), I.K. Tesdal (Friedrichshafen/DE)

1902.1 Materialien zur Therapie vaskulärer Malformationen
J. Kettenbach (Bern/CH)

1902.2 Embolisation intracerebraler Malformationen
C.P. Stracke (Essen/DE)

1902.3 Therapie peripherer high-flow Malformationen
P. Waldenberger (Linz/AT)

1902.4 Therapie venöser und lymphatischer Malformationen
W. Wohlgemuth (Augsburg/DE)

1902.5 Lasertherapie von Hämangiomen, etwas für Radiologen?
H.-P. Berlien (Berlin/DE)

17:00 – 17:45

FFF 2001 **FFF 8 – Fit für den Facharzt** **Wolf-Dietrich-Saal**

2001.1 Arterielle Interventionen: Becken und Bein
T. Rand (Wien/AT)

Samstag, 15. Januar 2011

08:30 – 09:15

MTRA 2101 **MTRA 1** **Wolf-Dietrich-Saal**

Vorsitz: P. Waldenberger (Linz/AT), M. Waser (Linz/AT)

2101.1 MR-Mammotomie: Möglichkeiten und Grenzen
M. Waser (Linz/AT)

2101.2 Strahlenschutz: Viel Lärm um nichts?!
P. Grafeneder (Linz/AT)

08:30 – 10:00

PL 2201 **Plenarsitzung** **Europa-Saal**

Klinisches Risikomanagement

Vorsitz: K. Hergan (Salzburg/AT), J.P. Schäfer (Kiel/DE)

2201.1 Patientensicherheit – was gibt es Neues?
H. Härting (Wien/AT), N. Pateisky (Wien/AT)

PL 2202 **Plenarsitzung** **Mozart-Saal**

Interventionelle Onkologie

Vorsitz: T.J. Kröncke (Berlin/DE), P. Pereira (Heilbronn/DE)

2202.1 Der fokussierte Ultraschall
M. Matzko (Dachau/DE)

2202.2 Kombinationstherapien bei Lebertumoren
J. Kettenbach (Bern/CH)

2202.3 Blande vs. beladene Partikel zur TACE und TAE
C. Plank (Wien/AT)

2202.4 Update Lungenablation
C. Rosenberg (Greifswald/DE)

09:15 – 10:00

MTRA 2301 **MTRA 2** **Wolf-Dietrich-Saal**

Vorsitz: R. Graf (Wien/AT), M. Gschwendtner (Linz/AT)

2301.1 Dyna-CT, 3D-Rotationsangiographie – 3D-Applikationen in der Interventionellen Radiologie
M. Starkbaum (Wien/AT)

2301.2 IVUS – Intravaskulärer Ultraschall
R. Graf (Wien/AT)

2301.3 OCT – Optical Coherence Tomography: Einsatz in Kardiologie und Interventioneller Radiologie
B. Reiterer (Wien/AT)

10:00 – 10:30

Kaffeepause

Samstag, 15. Januar 2011

10:30 – 11:15

SY 2401 **Satelliten-Symposium** **Europa-Saal**

Siemens

Der Interventionelle OP – ein wichtiger Schritt zur sanften Behandlung mit minimal invasiven Techniken

Vorsitz: R.H. Portugaller (Graz/AT), G. Torsello (Münster/DE)

2401.1 Der Hybrid-Operationssaal – Planung, interdisziplinäre Nutzung und klinischer Alltag
D. Böckler (Heidelberg/DE)

2401.2 Der Hybrid-OP in einem nicht-universitären Krankenhaus
F. Karnel (Wien/AT)

2401.3 Der Interventionelle OP – vaskuläre und nicht-vaskuläre Therapien
C. Plank (Wien/AT)

FP 2402 **Free Paper Session I** **Wolf-Dietrich-Saal**

Vorsitz: D. Bilecen (Laufen/CH)

2402.1 Stereotaktische Radiofrequenzablation von kolorektalen Lebermetastasen
R. Bale (Innsbruck/AT)

2402.2 Mikrowellen-Ablation in Schweinenieren: Einfluss zweier unterschiedlicher Funktionsmodi („temperature control" und „power control") auf die prozeduralen Ergebnisse
C.M. Sommer (Heidelberg/DE)

2402.3 Software-unterstütztes Therapiemonitoring der MR gesteuerten RFA: erste klinische Ergebnisse in 28 malignen Lebertumoren
D. Schmidt (Tübingen/DE)

2402.4 DC Bead-TACE versus konventionelle TACE beim HCC im Stadium BCLC-B und C
M.B. Pitton (Mainz/DE)

2402.5 Pfortaderembolisation mit Histoacryl/Lipiodol vor Resektion des rechten Leberlappens
N. Bellemann (Heidelberg/DE)

2402.6 Klinischer Erfolg der Uterusarterienembolisation zur Therapie symptomatischer Gebärmuttermyome und Einfluss auf die krankheitsspezifische Lebensqualität im langfristigen Verlauf
C. Scheurig-Münkler (Berlin/DE)

2402.7 Evaluation des technischen Erfolgs und der Komplikationen der ultraschallgesteuerten Portkatheterimplantation bei 802 Patienten
D.-H. Chang (Köln/DE)

10:30 – 12:00

AT 2501 **Anwendertreffen** **Paracelsus-Saal**

2501.1 DeGIR-Software: Interaktives Anwendertreffen
D.F.B. Morhard (München/DE)

Samstag, 15. Januar 2011

11:30 – 12:15

SY 2601 **Satelliten-Symposium** **Europa-Saal**

Bard Medica S.A.

Der Dialysepatient

Vorsitz: M. Gschwendtner (Linz/AT)

2601.1 Die interventionellen Therapien zur Shuntrevision
M. Cejna (Feldkirch/AT)

2601.2 Prä-, peri- und postprozedurales Management von AV Shunt Patienten – was ist optimal?
H. Lösel-Sadée (Düsseldorf/DE)

2601.3 Dialysekatheter – Komplikationsmanagement
B. Gebauer (Berlin/DE)

FP 2602 **Free Paper Session II** **Wolf-Dietrich-Saal**

Vorsitz: R. Dorffner (Eisenstadt/AT)

2602.1 Einführung einer Sicherheitscheckliste Interventionsradiologie (SCIR)
A.E.E. Steinmetz (Darmstadt/DE)

2602.2 Beeinträchtigung der Nierenfunktion nach EVAR durch das Überstenten von Nierenpolarterien
H. Strube (München/DE)

2602.3 Langzeitergebnisse nach Stentangioplastie der Arteria carotis (CAS)
C. Vockelmann (Mülheim an der Ruhr/DE)

2602.4 Mechanische Aspirationsthrombektomie im akuten Schlaganfall
R. Salman (Ingolstadt/DE)

2602.5 Retrospektiv EKG-getriggerte und nicht getriggerte 64-Zeilen CT-Angiographie der thorakalen Aorta: Einfluss der Triggerung auf Bewegungsartefakte und diagnostische Konfidenz bei gleichbleibender Strahlendosis
R. Schernthaner (Wien/AT)

2602.6 Indikationen und Ergebnisse der CT-gesteuerten Drainagenanlage
K. Matyssek (Bochum/DE)

2602.7 Klinisches Outcome und Kostenanalyse bei Patienten mit kritischer Unterschenkelischämie in einer universitären Einrichtung der Maximalversorgung im Zeitraum 2005 bis 2010
T.A. Sandner (München/DE)

12:15 – 13:15

Mittagspause

13:15 – 14:00

WS 2701 **Workshop 6** **Mozart-Saal**

Intra- und periartikuläre Schmerztherapie

Vorsitz: R. Hügli (Bruderholz/CH)

2701.1 Lokale Schmerztherapie der großen Gelenke und der Wirbelsäule
M.C. Wick (Innsbruck/AT)

2701.2 Periphere periartikuläre therapeutische Konzepte: Bewährtes und Neues in der Sonographie
A.S. Klauser (Innsbruck/AT)

Samstag, 15. Januar 2011

13:15 – 14:45

PL 2801 **Plenarsitzung** — **Europa-Saal**

Neue Entwicklungen

Vorsitz: T. Rand (Wien/AT), M. Uder (Erlangen/DE)

2801.1 Flow Diverter
D.A. Rüfenacht (Zürich/CH)

2801.2 RFA der Nierenarterien
A. Schmid (Erlangen/DE)

2801.3 Venous coupling bei COPD
R. Adamus (Nürnberg/DE)

2801.4 10 Jahre Erfahrung in einem Hybrid-OP – vom Polytrauma zur Aortenklappe
R. Hügli (Bruderholz/CH)

MTRA 2802 **MTRA 3** — **Wolf-Dietrich-Saal**

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

2802.1 "No risk, no fun?" Das Basler Projekt zum Risikomanagement im Katheterlabor
S. Dziergwa (Basel/CH), A.L. Jacob (Basel/CH), R. Jantschke (Basel/CH)

14:00 – 14:45

WS 2901 **Workshop 7** — **Mozart-Saal**

Schmerztherapie in der Onkologie

Vorsitz: S. Thurnher (Wien/AT)

2901.1 CT-gezielte Neurolyse des Plexus coeliacus
S. Thurnher (Wien/AT)

2901.2 Vertebroplastie/Osteoplastie und Thermoablation maligner Knochenläsionen
J. Hierholzer (Potsdam/DE)

15:00 – 16:30

MM 3001 **Morbidity & Mortality** — **Europa-Saal**

Vorsitz: K.A. Hausegger (Klagenfurt/AT), P. Reimer (Karlsruhe/DE)

3001.1 Fallpräsentation 1: Portalvenöse Gasembolie nach konventioneller transarterieller Chemoembolisation eines HCC
P.E. Huppert (Darmstadt/DE)

3001.2 Fallpräsentation 2: Gallenblasennekrose nach Chemoembolisation mit Stärkepartikeln
R.H. Portugaller (Graz/AT)

3001.3 Fallpräsentation 3: Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung: Erfolge und Grenzen
J. Berkefeld (Frankfurt a. Main/DE)

3001.4 Fallpräsentation 4: Stent-PTA der Beckenarterien: Immer total easy…!?
P. Landwehr (Hannover/DE)

3001.5 Fallpräsentation 5: Vermeidbare Komplikation einer CT-gezielten Pankreas-Biopsie
F. Wolf (Wien/AT)

3001.6 Fallpräsentation 6: Perkutane Nephrostomie und antegrade Ureterschienung mit Folgen
T. Roeren (Aarau/CH)

Im Anschluss erfolgt die Prämierung des instruktivsten Falles.
Der Vortragende des instruktivsten Falles erhält eine kostenlose Kongressregistrierung für den IROS 2012.

September 10 – 14
Munich, Germany

CIRSE 2011

INNOVATION
EDUCATION
INTERVENTION

CIRSE 2011, 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 biggest CIRSE exhibition ever.

www.cirse.org

MAIN TOPICS

- Vascular Interventions
- Transcatheter Embolization
- Non-Vascular Interventions
- Interventional Oncology
- Neuro Interventions
- Clinical Practice
- Imaging

Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

CIRSE

HANDS-ON WORKSHOP:

EMBOLISATION

Donnerstag, 13. Januar 2011 • 13:15 - 14:45



EMBOZENE® MICROSPHERES

Embozene®
Color-Advanced
Microspheres

Embozene® Microspheres:

The Embolization Platform Designed for Innovation

- Wide range of distinct sphere sizes
- Tight calibration
- Color-coded particles

Embozene® Color-Advanced Microspheres are available in the following sizes:

40µm	*75µm	100µm	250µm	400µm
500µm	700µm	900µm	*1100µm	*1300µm

*The 75µm, 1100µm and 1300µm are not yet available in the United States.

CeloNova BioSciences, Inc.
401 Westpark Court, Suite 100
Peachtree City, GA 30269
USA

www.celonova.com
+1.770.632.2450 Telephone
+1.888.388.3888 Toll free
info@celonova.com

CeloNova BioSciences of Europe B.V.
Utrechtsestraat 38f
6811 LZ Arnhem
The Netherlands

CELO NOVA®

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2402.1 **Stereotaktische Radiofrequenzablation von kolorektalen Lebermetastasen**

R. Bale, G. Widmann, P. Schullian, M. Haidu, W. Jaschke; Innsbruck/AT

Zielsetzung: In früheren Studien hat sich gezeigt, dass mittels stereotaktischer Radiofrequenzablation (SRFA) niedrige Lokalrezidivraten bei der Behandlung von Lebertumoren erzielt werden. Diese prospektive Studie wurde zur Evaluierung der Langzeitüberlebensraten von Patienten nach SRFA von kolorektalen Lebermetastasen durchgeführt.

Material & Methodik: Zwischen Juli 2003 und Juli 2010 wurden 62 Patienten mit 193 kolorektalen Lebermetastasen mittels SRFA therapiert. Die Lokalrezidivrate, das Gesamtüberleben und die progressionsfreie Zeit wurden statistisch analysiert.

Ergebnis: Die Lokalrezidivrate war 8.8 % bei einem medianen Follow-up von 11.7 Monaten. Das mediane Gesamtüberleben war 35.6 Monate ab dem Zeitpunkt der SRFA und 60 Monate ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung der Lebermetastasen. Die entsprechenden 3-Jahresüberlebensraten waren 49% und 80%, und die 5-Jahresüberlebensraten 40% und 66%. Interessanterweise wurde das Gesamtüberleben nicht von der Tumorgröße beeinflusst. Signifikante prognostische Faktoren waren die Anzahl der Tumore (p=0.039), Resektabilität (p=0.049), Alter (p=0.044) und der CEA Wert (p=0.007). 15 (15.3%) Komplikationen erforderten eine Intervention, die periinterventionelle Mortalität lag bei 0%.

Schlussfolgerung: Die SRFA bei Patienten mit kolorektalen Lebermetastasen führte zu einem hervorragenden Langzeitüberleben und einer im Vergleich zur Resektion geringeren Morbidität und Mortalität. Die SRFA ist somit eine attraktive Alternative zur Resektion.

2402.2 **Mikrowellen-Ablation in Schweinenieren: Einfluss zweier unterschiedlicher Funktionsmodi („temperature control" und „power control") auf die prozeduralen Ergebnisse**

C.M. Sommer, V. Koch, B. Pap, T. Gehrig, C. Mogler, M. Holzschuh, N. Bellemann, J. Senf, F. Arnegger, U. Stampfl, H.-U. Kauczor, B. Radeleff; Heidelberg/DE

Zielsetzung: Beschreibung des Einflusses zweier unterschiedlicher Funktionsmodi („temperature control" und „power control") eines Mikrowellen-Systems auf die prozeduralen Ergebnisse in Schweinenieren.

Material & Methodik: Das verwendete Mikrowellen-System (Avecure Microwave Generator, 16G Avecure Microwave Probe; MedWaves, San Diego, USA) bietet die Möglichkeit, zwei unterschiedliche Funktionsmodi für die Mikrowellen-Ablation zu nutzen: „temperature control" und „power control". Bei 8 Schweinen wurden Ober- und Unterpol beider Nieren abladiert. Auf der einen Seite wurde als Funktionsmodus „temperature control" gewählt (60s Ablationszeit, 96°C Ablationstemperatur) (Gruppe I), auf der kontralateralen Seite „power control" (60s Ablationszeit, 24W Ablationsleistung) (Gruppe II). Die prozeduralen Ergebnisse beider Funktionsmodi wurden verglichen: 1. technische Ergebnisse (z.B. Systemfehler, totale Ablationsdauer), 2. pathologische Ergebnisse (z.B. Geometrie der Ablationen).

Ergebnis: In Gruppe I gab es keinen Systemfehler (0%) und die durchschnittliche totale Ablationsdauer lag bei 60s. In Gruppe II gab es zwei Systemfehler (13%) und die durchschnittliche totale Ablationsdauer lag bei 104s. In Gruppe I betrug die lange und kurze Achse der Ablationen 20,3±4,6mm und 10,3±2,0mm. In Gruppe II betrug die lange und kurze Achse der Ablationen 19,8±3,5mm und 10,5±2,4mm.

Schlussfolgerung: Mikrowellen-Ablationen, die mit dem Funktionsmodus „temperature control" durchgeführt wurden, zeigten weniger Systemfehler während der Ablation und dauerten kürzer. Beide Funktionsmodi unterschieden sich bezüglich der Geometrie der entstandenen Ablationen nicht.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2402.3 **Software-unterstütztes Therapiemonitoring der MR gesteuerten RFA: erste klinische Ergebnisse in 28 malignen Lebertumoren**

D. Schmidt[1], S. Clasen[1], H.-J. Rempp[1], A. Weihusen[2], C.D. Claussen[1], P. Pereira[2]; [1]Tübingen/DE, [2]Bremen/DE

Zielsetzung: Evaluierung der Machbarkeit und Effektivität des software-unterstützten Therapiemonitoring der MR gesteuerten RFA maligner Lebertumore.

Material & Methodik: MR gesteuerte RFA von n=10 primären und n=18 sekundären malignen Lebertumoren wurde bei 20 Patienten in einer interventionellen MRT Einheit durchgeführt (Magnetom Espree 1.5T, Siemens Medical Solutions, Forchheim). Tumorgröße betrug zwischen 10 mm und 60 mm. MR kompatible intern gekühlte RF Elektroden wurden verwendet (Valleylab, Cool-tip, Burlington, MA und Celon AG, ProSurge, Teltow). Therapiemonitoring wurde unterstützt durch eine Software (MeVisSAFIR, FraunhoferMeVis, Deutschland), die den Tumor sowie den Ablationsstatus mit einem Sicherheitssaum von 0,5 cm in 2D/3D Visualisierung darstellt. Follow-up erfolgte in 4 und 12 Monaten.

Ergebnis: Software-unterstützte MR gesteuerte RFA war in 20/20 (100%) Patienten technisch erfolgreich. Komplette Ablation wurde in 27/28 Tumoren von der Software festgestellt. In 1/28 Tumoren war eine zweite Sitzung für eine komplette Ablation notwendig. MeVisSAFIR war hilfreich bei überlappenden Ablationen von größeren Tumoren (> 30 mm). Lokalrezidive wurden im Follow-up nicht festgestellt.

Schlussfolgerung: Software-unterstützte MR gesteuerte RFA maligner Lebertumore ist machbar und effektiv, insbesondere für das Therapiemonitoring maligner Lebertumore größer als 30 mm.

2402.4 **DC Bead-TACE versus konventionelle TACE beim HCC im Stadium BCLC-B und C**

M.B. Pitton, M. Skowasch, J. Schneider, S. Herber, G. Otto, M. Schuchmann, C. Dueber; Mainz/DE

Zielsetzung: Analyse der klinischen und radiologischen Ergebnisse der DC Bead-TACE und der konventionellen TACE beim HCC im intermediären und fortgeschrittenen Stadium BCLC-B und C im nicht-randomisierten Vergleich.

Material & Methodik: 199 Patienten mit HCC im Stadium BCLC-B und -C wurden mittels konventioneller TACE (Gruppe I, cTACE, n=149, Mitomycin C (10mg) + Lipiodol) und alternativ mittels Drug eluting Bead-TACE (Gruppe II, Bead-TACE, n=50, DC Beads, Doxorubicin 150 mg) behandelt. Das kumulative Überleben und die Ein- und Zweijahres Überlebensraten wurden analysiert.

Ergebnis: In Gruppe I betrug der Anteil der Patienten im Stadium Child-A und Child-B 76% und 24%, der Anteil der Patienten mit Tumorvolumen >50% oder Pfortaderthrombose lag bei 17% bzw. 30%. In Gruppe II lagen die entsprechenden Anteile bei 64% und 33% beziehungsweise bei 28% und 20%. Das mediane Überleben nach Bead-TACE und cTACE betrug 25,1 versus 18,3 Monate. Die Überlebensraten nach ein und zwei Jahren betrugen 66,6% und 45,2% (Gruppe II, DC Bead-Tace) versus 53,6% und 24,6% (Gruppe I, cTACE) mit signifikanten Unterschieden zwischen Respondern und Non-Respondern in beiden Gruppen.

Schlussfolgerung: Die Bead-TACE führt in diesem nicht-randomisierten Gruppenvergleich zu einer Verlängerung des medianen Überlebens und zu höheren Überlebensraten nach ein und zwei Jahren.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2402.5 **Pfortaderembolisation mit Histoacryl/Lipiodol vor Resektion des rechten Leberlappens**

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

Zielsetzung: Ziel dieser retrospektiven Studie war die Evaluation der Sicherheit und Effektivität der transhepatischen rechtsseitigen Pfortaderembolisation mit einer Mischung aus Histoacryl und Lipiodol zur Induktion einer linksseitigen Leberhypertrophie vor (erweiterter) Hemihepatektomie bei Patienten mit primär nicht resezierbaren Lebertumoren.

Material & Methodik: Bei 21 Patienten, 17 mit Lebermetastasen (kolorektal n=12, Pankreas n=3, renal n=1 und Gastrinom n=1) und 4 mit Gallengangstumoren (Klatskin-Tumore Bismuth IIIb-IV) mit zu kleinem verbleibendem Leberanteil wurde eine Embolisation der rechtsseitigen Pfortader durchgeführt. Lebervolumetrie, Komplikationsraten, relevante Laborparameter und Dauer des Krankenhausaufenthaltes wurden dokumentiert.

Ergebnis: Bei 21/21 Patienten (100%) konnte eine rechtsseitige Pfortaderembolisation mit einer 1:4 Mischung aus Histoacryl und Lipiodol (n=20) bzw. mit zusätzlichen Mikrocoils (n=1) durchgeführt werden. Hierbei wurde eine durchschnittliche Menge von 6,6±4,1 ml Histoacryl/Lipiodol verwendet. Es wurden weder Angiographie-assoziierte Komplikationen noch das postinterventionelle Auftreten eines akuten Leberversagens beobachtet. Das Volumen des linken Leberlappens stieg signifikant (p<0.0001) mit 28% im Durchschnitt von 549 ml (296-1029 ml) auf 709 ml (380-1517 ml) an. 18/21 Patienten (85,7%) wurden in die Operabilität überführt und bei 13/18 (72,3%) Patienten konnte die geplante Resektion durchgeführt werden.

Schlussfolgerung: Die präoperative rechtsseitige Pfortaderembolisation mit einem Histoacryl/Lipiodol-Gemisch ist eine sichere und effektive Methode, um eine Hypertrophie des linken Leberlappens zu erreichen.

2402.6 **Klinischer Erfolg der Uterusarterienembolisation zur Therapie symptomatischer Gebärmuttermyome und Einfluss auf die krankheitsspezifische Lebensqualität im langfristigen Verlauf**

C. Scheurig-Münkler, T.J. Kröncke; Berlin/DE

Zielsetzung: Prospektive Kohortenstudie zur Beurteilung der krankheitsspezifischen Lebensqualität nach Uterusarterienembolisation (UAE) im langfristigen Verlauf.

Material & Methodik: 82 Frauen vervollständigten vor UAE den validierten UFS-QOL (uterine fibroid symptom and quality of life) Fragebogen und wurden eingeschlossen. Erhoben wurden kurz- sowie langfristige klinische Verlaufskontrollen nach im Median 8 Monaten (Spannweite: 3-20), bzw. 6,3 Jahren (Spannweite: 5-7,6). Zusätzlich wurden Menstruationsstatus und notwendige Folgeeingriffe erfasst.

Ergebnis: 78/82 Frauen nahmen an der Langzeitkontrolle teil. Die Therapieversagerquote lag bei 17%. Aufgrund eines Therapieversagens war bei elf Patientinnen nach im Median 13 Monaten ein chirurgischer oder erneuter endovaskulärer Eingriff notwendig. Weitere zwei Patientinnen berichteten ein klinisches Therapieversagen, unterzogen sich jedoch keiner weiteren Therapie. Die übrigen 65 Frauen berichteten von einer deutlichen Beschwerdebesserung und gesteigerten Lebensqualität. Der Score für die Symptomschwere sank von im Median 37,50 (Quartile Q:28,13-53,13) auf 0 (Q:0-10,94) (P<0,001), der Gesamtscore der Lebensqualität hingegen stieg von im Median 64,66 (Q:46,34-79,10) auf 100 (Q:96,12-100) (P<0,001). Beide Scores zeigten auch eine signifikante Verbesserung vom kurz- zum langfristigen Verlauf (P=0,006 und P=0,041). Fünf Patientinnen zeigten eine permanente Amenorrhoe im Median 18 Monate nach UAE bei einem medianen Patientenalter von 52 Jahren.

Schlussfolgerung: Die UAE zeigt im langfristigen Verlauf eine nachhaltige Beschwerdebesserung mit begleitend normalisierter Lebensqualität bei der überwiegenden Mehrzahl der betroffenen Frauen.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2402.7 **Evaluation des technischen Erfolgs und der Komplikationen der ultraschallgesteuerten Portkatheterimplantation bei 802 Patienten**

D.-H. Chang; Köln/DE

Zielsetzung: Evaluation der Erfolgs- und Komplikationsraten der ultraschallgesteuerten Portkatheterimplantation mit Zugang über die Vena subclavia.

Material & Methodik: Zwischen dem 01.12.2004 und dem 23.01.2009 wurde bei 802 Patienten eine Portkatheterimplantation mit sonographisch gesteuertem Zugangsweg über die laterale Vena subclavia durchgeführt. Zur Evaluation der Erfolgsraten und der Akutkomplikationsraten erfolgte eine retrospektive Auswertung der Interventionsprotokolle.

Ergebnis: Bei 8 Patienten gelang die sonographisch assistierte Punktion der Vena subclavia nicht. Bei 4 Patienten kam es zu einer Nachblutung, die bei 2 Patienten revisionsbedürftig war. Bei einem Patienten kam es zu einer arteriellen Fehlpunktion der Arteria subclavia. Bei 4 Patienten wurde in der postinterventionellen Röntgenkontrolle ein Pneumothorax diagnostiziert, wovon 2 mittels Thoraxdrainage versorgt werden mußten. Bei einem Patienten trat eine postinterventionelle Infektion auf.

Schlussfolgerung: Die ultraschallgesteuerte Punktion der lateralen Vena subclavia erlaubt im Rahmen unserer Auswertung einen sicheren Zugang zur Implantation zentralvenöser Portkatheter mit einer technischen Erfolgsrate von 99% und einer Akutkomplikationsrate von 1,4%.

2602.1 **Einführung einer Sicherheitscheckliste Interventionsradiologie (SCIR)**

A.E.E. Steinmetz, P.E. Huppert; Darmstadt/DE

Zielsetzung: Zur Steigerung der Patientensicherheit sollte in unserem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie die Einführung einer Sicherheitscheckliste erfolgen. Zweck war die Minimierung fehlerproduzierender Bedingungen im Rahmen von interventionsradiologischen Eingriffen.

Material & Methodik: Die Patientensicherheit beeinflusst alle Dimensionen der klinischen Qualität. Im Rahmen der Offensive „Safe surgery saves life" der World Health Organisation (WHO) erfolgte 2008 die Einführung einer Sicherheitscheckliste Chirurgie. In einer internationalen Studie konnte eine signifikante Senkung der Major-Komplikationen bewiesen werden. Es wurde eine Modifikation der WHO-Checkliste für die Interventionsradiologie erarbeitet, um möglichst viele fehlerproduzierende Bedingungen abzudecken.

Ergebnis: Die Sicherheitscheckliste Interventionsradiologie (SCIR) ist nah an der WHO-Vorlage orientiert, um bei Hybrideingriffen oder Interventionen unter Anästhesiebeteiligung einen Wiedererkennungswert zu gewährleisten. Besonderes Gewicht hat die standardisierte Prüfung der Patientenidentität sowie der Richtigkeit der Seitenangabe, die Korrektheit der klinischen Angaben sowie das Vorhandensein von Einwilligung, Laborwerten sowie des benötigten Materials. Auch die Besonderheiten in Verbindung mit Kontrastmittelgabe wurden berücksichtigt. Abgerundet wird die Checkliste durch Items, die den Informations- und Arbeitsfluss verbessern sollen. Im Rahmen der Einführung der SCIR erfolgt die Ausarbeitung einer SOP sowie die Schulung der betroffenen Mitarbeiter.

Schlussfolgerung: Durch die Einführung der Sicherheitscheckliste erwarten wir – korrespondierend zu den Ergebnissen aus der Chirurgie – eine Steigerung der Patientensicherheit, der Patientenzufriedenheit sowie der allgemeinen klinischen Qualität.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2602.2 Beeinträchtigung der Nierenfunktion nach EVAR durch das Überstenten von Nierenpolarterien

H. Strube, M. Treitl, M.F. Reiser, M. Sadeghi-Azandaryani; München/DE

Zielsetzung: Zusätzliche Nierenpolarterien (NPA) kommen mit einer Häufigkeit von bis zu 30% in der Normalbevölkerung vor. Bei der endovaskulären Ausschaltung (EVAR) eines Bauchaortenaneurysmas müssen untere Polarterien prozeduralbedingt überstentet werden. Unser Ziel ist es, die Auswirkungen auf die Nierenfunktion nach Überdeckung unterer Nierenpolarterien zu evaluieren.

Material & Methodik: Serum-Kreatinin-Werte und biphasische Computertomographiescans (CT) von 129 EVAR-Patienten wurden präoperativ, 1d postoperativ, vor stationärer Entlassung und während des Follow-ups erfasst. Die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) wurde entsprechend der vereinfachten MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)-Formel geschätzt. Die CTs wurden hinsichtlich Niereninfarkten, Kaliber und Offenheit der Polarterien bewertet.

Ergebnis: 34 Nierenpolarterien bei 31 Patienten wurden im Rahmen einer EVAR überstentet. Postoperativ zeigten 17 NPA-Patienten Niereninfarkte, alle Nierenpolarterien waren kontrastiert. Kein Nierenversagen mit Dialyse-Notwendigkeit wurde beobachtet. Postoperativ war die GFR bei 19 NPA-Patienten (61%) um durchschnittlich 19,3±10,2 ml/min/1,73m^2 und 27 Patienten (27%) um 15,3±10,6 ml/min/1,73m^2 der Kontrollgruppe reduziert. Bei einer Größenrelation von NPA zu Hauptarterie <0,5 verschlechterte sich die GFR um 4,7±18,5 ml/min/1,73m^2, bei einer Größenrelation >0,5 um 13,0±12,7 ml/min/1,73m^2. Nach ersten Ergebnissen bleibt eine Nierenfunktionseinschränkung bestehen. Es wurde keine Korrelation mit Niereninfarkten oder der applizierten Kontrastmittelmenge beobachtet.

Schlussfolgerung: Überstenten von NPA im Rahmen von EVAR führt zu einer deutlichen GFR-Einschränkung. Dieser Effekt nimmt mit der Größenrelation von Nierenpolarterie zu Nierenarterie zu.

2602.3 Langzeitergebnisse nach Stentangioplastie der Arteria carotis (CAS)

C. Vockelmann[1], K. Matyssek[2], E. Demirel[2], K. Mathias[2]; [1]Mülheim an der Ruhr/DE, [2]Dortmund/DE

Zielsetzung: Wir untersuchten die Restenoserate 6 Monate nach CAS.

Material & Methodik: Ausgewertet wurden Untersuchungen von 100 Patienten, die sich in einem Zeitraum von 5 bis 7 Monaten nach Durchführung einer Carotisstentangioplastie einer Angiographie der supraaortalen Gefäße unterzogen haben. Die Angiogramme der A. carotis wurden von 2 Radiologen nach der NASCET-Methode ausgewertet und der Restenosegrad bestimmt. Wir überprüften weiterhin, ob eine Abhängigkeit des Restenosegrades vom Geschlecht, einer TEA ipsilateral oder einer Radiatio in der Anamnese bestand.

Ergebnis: 89 Patienten wiesen einen Restenosegrad von weniger als 30% auf. Bei 10 Patienten bestand eine Restenose zwischen 30% und 69%. Ein Patient wies eine hochgradige Restenose von 90%. Ein Verschluss zeigte sich bei keinem der untersuchten Patienten. Der mittlere Restenosegrad lag bei etwa 10%. Es bestand keine Korrelation zwischen dem Restenosegrad und dem Geschlecht, einer ipsilateralen TEA oder einer Radiatio. Es zeigte sich ein tendenziell höherer Restenosegrad nach einer Radiatio im Kopf-Hals-Bereich (9,7% vs. 26%).

Schlussfolgerung: Das Auftreten einer interventionsbedürftigen Restenose nach CAS kommt 6 Monate nach Stentangioplastie in etwa 1% der Fälle vor. In 10% der Fälle tritt eine mittelgradige, nicht interventionsbedürftige Stenose auf. Es bestanden in unserem Kollektiv tendenziell höhere Restenosegrade nach einer Radiatio in der Anamnese, hier sind jedoch weitere Untersuchungen in größeren Kollektiven notwendig.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2602.4 **Mechanische Aspirationsthrombektomie im akuten Schlaganfall**

R. Salman, D. Vorwerk, R. Dabitz; Ingolstadt/DE

Zielsetzung: Die akute Rekanalisation proximaler Arterienverschlüsse beim akuten Schlaganfall ist lebensrettend. Zunehmend werden hier mechanische Rekanalisationsverfahren eingesetzt. Je proximaler der Verschluss lokalisiert ist, umso schwieriger wird eine schnelle Rekanalisation.

Material & Methodik: 8 Patienten (6 männlich und 2 weiblich) mit akutem Schlaganfall wurden mit einer manuellen Aspirationsthrombektomie mit Hilfe eines flexiblen Führungskatheters behandelt. Bei 7 von ihnen handelte es sich um akute Verschlüsse im Carotis-T oder im M1 Segment, bei einer Patientin um einen Verschluss der A. vertebralis und A. basilaris. Bei 6 Patienten wurde ein 6F Katheter (Neuron, Penumbra) eingesetzt, bei einer Patientin kam der H1 Katheter als Aspirationskatheter zum Einsatz.

Ergebnis: In 6 Fällen erfolgte eine komplette Rekanalisation (TIMI 3) mit einem normalen postinterventionellen angiographischen Befund, in den restlichen 2 Fällen fand eine partielle Rekanalisation (TIMI 2) statt.

Schlussfolgerung: Bei proximalen Verschlüssen der hirnversorgenden Arterien ist die manuelle Aspiration über flexible Katheter eine schnelle, effektive und kostengünstige Maßnahme.

2602.5 **Retrospektiv EKG-getriggerte und nicht getriggerte 64-Zeilen CT-Angiographie der thorakalen Aorta: Einfluss der Triggerung auf Bewegungsartefakte und diagnostische Konfidenz bei gleichbleibender Strahlendosis**

R. Schernthaner, A. Stadler, P. Homolka, M. Weber, J. Lammer, C. Loewe; Wien/AT

Zielsetzung: Vergleich retrospektiv EKG-getriggerter und ungetriggerter CTA der thorakalen Aorta bezüglich Bewegungsartefakten und diagnostischer Konfidenz bei gleichbleibender Dosis

Material & Methodik: 60 konsekutive, prospektiv in 2 Gruppen randomisierte Patienten erhielten eine 64-Zeiler-CTA der gesamten Aorta mit oder ohne EKG-Triggerung aufgrund einer der folgenden Indikationen: Aneurysma oder vorangegangene Operation der Aorta ascendens, Typ-A Dissektion oder Aortenisthmusstenose. Die retrospektiv EKG-getriggerten Untersuchungen wurden mit automatischer Dosismodulation durchgeführt. Bewegungsartefakte und diagnostische Konfidenz wurden jeweils auf einer 4-Punkt Skala erfasst. Die effektive Dosis wurde näherungsweise aus dem Dosislängenprodukt berechnet.

Ergebnis: Die retrospektiv EKG-getriggerte CTA hatte signifikante Vorteile gegenüber der ungetriggerten CTA bezüglich Bewegungsartefakten und diagnostischer Konfidenz (jeweils $p<0,001$) im Bereich der Aortenklappe, bei den Koronararterienabgängen und bei Dissektionsmembranen. Die Bewegungsartefakte der Aortenwand waren bei der EKG-getriggerten CTA signifikant geringer ($p<0,001$), die diagnostische Konfidenz war jedoch hier bei beiden Methoden ähnlich ($p=0,137$). Keine signifikanten Unterschiede bezüglich Bewegungsartefakten und diagnostischer Konfidenz gab es bei den Abgängen der supraaortalen Arterien ($p=0,861$ und $p=1,88$) und der Aorta descendens ($p=0,526$ und $p=0,728$). Es gab keinen signifikanten Unterschied ($p=0,051$) zwischen der effektiven Dosis der EKG-getriggerten (durchschnittlich 23,24mSv) und der ungetriggerten CTA (durschschnittlich 24,28mSv).

Schlussfolgerung: Die retrospektiv EKG-getriggerte, dosis-modulierte CTA ermöglicht ohne Anstieg der Strahlendosis eine Darstellung der gesamten Aorta mit geringeren Bewegungsartefakten und einer höheren diagnostischen Konfidenz.

Abstracts der Free Paper Präsentationen

2602.6 **Indikationen und Ergebnisse der CT-gesteuerten Drainagenanlage**

K. Matyssek[1], C. Vockelmann[2], K. Mathias[3]; [1]Bochum/DE, [2]Mülheim an der Ruhr/DE, [3]Dortmund/DE

Zielsetzung: Wir berichten über Indikationen und Ergebnisse der CT-gesteuerten Drainagenanlage in einem Krankenhaus der Maximalversorgung.

Material & Methodik: Untersucht wurden die von Januar 2008 bis Juli 2009 CT-gesteuert implantierten Drainagen. Erhoben wurden neben Drainagengröße und verwendeter Technik auch die Art des Aspirats, die Indikation und auftretende Komplikationen.

Ergebnis: Wir implantierten 81 Drainagen mit Größen zwischen 8,4 und 14F. Bei 35% der Patienten lag ein Malignom vor. Die häufigsten Malignome in unserem Patientenkollektiv waren Ösophagus-Carcinom und Pankreas-Carcinom. In 50% erfolgte die Drainagenanlage zur Entlastung eines postoperativen Flüssigkeitsverhaltes oder Abszesses. 7 Abszesse lagen im Musculus Psoas. In 11 Fällen lag eine Pankreatitis vor. 63% der Drainagen lagen intraabdominell, jeweils 13% thorakal und retroperitoneal. Die Drainagenanlage erfolgte in 75% in Trokartechnik, in 25% in Seldingertechnik. In einem Fall wurde von Trokar- zur Seldingertechnik gewechselt. 60% der Drainagen lagen in Abszessen mit Aspiration von Pus. In den meisten anderen Fällen wurden hämorrhagische Flüssigkeiten bzw. Serome entlastet. Zweimal lag eine Fistel zum Colon mit Entlastung von Luft und stuhligem Sekret vor. Ernsthafte Komplikationen traten nicht auf. In einem Fall wurde ein Pneumothorax bei einer transpleural vorgeführten, intraabdominell platzierten Drainage beobachtet.

Schlussfolgerung: Die CT-gesteuerte Drainagenanlage ist ein sicher anzuwendendes Verfahren, das abdominell, thorakal und retroperitoneal eingesetzt werden kann.

2602.7 **Klinisches Outcome und Kostenanalyse bei Patienten mit kritischer Unterschenkelischämie in einer universitären Einrichtung der Maximalversorgung im Zeitraum 2005 bis 2010**

T.A. Sandner, C. Degenhart, J. Becker-Lienau, M.F. Reiser, M. Treitl; München/DE

Zielsetzung: Die Datenlage sowohl zum klinischen Erfolg als auch zu den Therapiekosten Perkutaner Endovaskulärer Interventionen (PEI) bei kritischen Unterschenkelischämien ist nur unzureichend. Im Folgenden präsentieren wir unsere Ergebnisse an einer universitären Einrichtung der Maximalversorgung.

Material & Methodik: Wir führten eine retrospektive Analyse aller Patienten durch, bei denen im Zeitraum 2005 bis 2010 aufgrund einer kritischen Extremitätenischämie eine PEI der Unterschenkelgefäße durchgeführt wurde. Primärer Endpunkt war der Erhalt der Extremität. Sekundäre Endpunkte waren technischer Erfolg, Verbesserung des Rutherford-Stadiums, Heilung von Ulcera, Gesamtüberleben und Auftreten von Rezidiven & Komplikationen. Zudem wurden der Materialverbrauch und die entsprechenden Kosten analysiert.

Ergebnis: Bei 191 Patienten wurden 486 PEI durchgeführt. Bei Erstvorstellung zeigten 120 Patienten (62,8%) eine infrapopliteale Eingefäßversorgung und 42 Patienten (22,0%) einen Komplettverschluss aller Unterschenkelgefäße. Die mittlere Follow-up-Zeit lag bei 6,5 Monaten. 17 Patienten gingen während der Nachsorge verloren. Technisch erfolgreich waren 81,1% der Interventionen (394 von 486), ein Extremitätenerhalt konnte bei 71,7% (123 von 174 Patienten) erreicht werden. Insbesondere bei Diabetikern war die Rezidivrate hoch. Die Mortalitätsrate lag bei 5,2%, gravierende Komplikationen traten in 7,3% auf. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient und Intervention lagen bei 1.118,02±309,42 € und bei 2.381,76±518,41 € für den gesamten Krankenhausaufenthalt.

Schlussfolgerung: PEI sind insbesondere bei multimorbiden Patienten, bei denen die Möglichkeiten einer chirurgischen Bypassanlage begrenzt sind und die ansonsten amputiert werden müssten, eine wertvolle Behandlungsoption. Zieht man die längere Hospitalisierung bei chirurgischem Vorgehen und eine höhere perioperative Komplikationsrate in Betracht, dann sind PEI auch aus wirtschaftlicher Sicht vorteilhaft.

CME & Bestätigungen

CME der UEMS

Der IROS 2011 wurde für das Fortbildungsprogramm der UEMS eingereicht und akkreditiert:

The "IROS 2011 – 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.

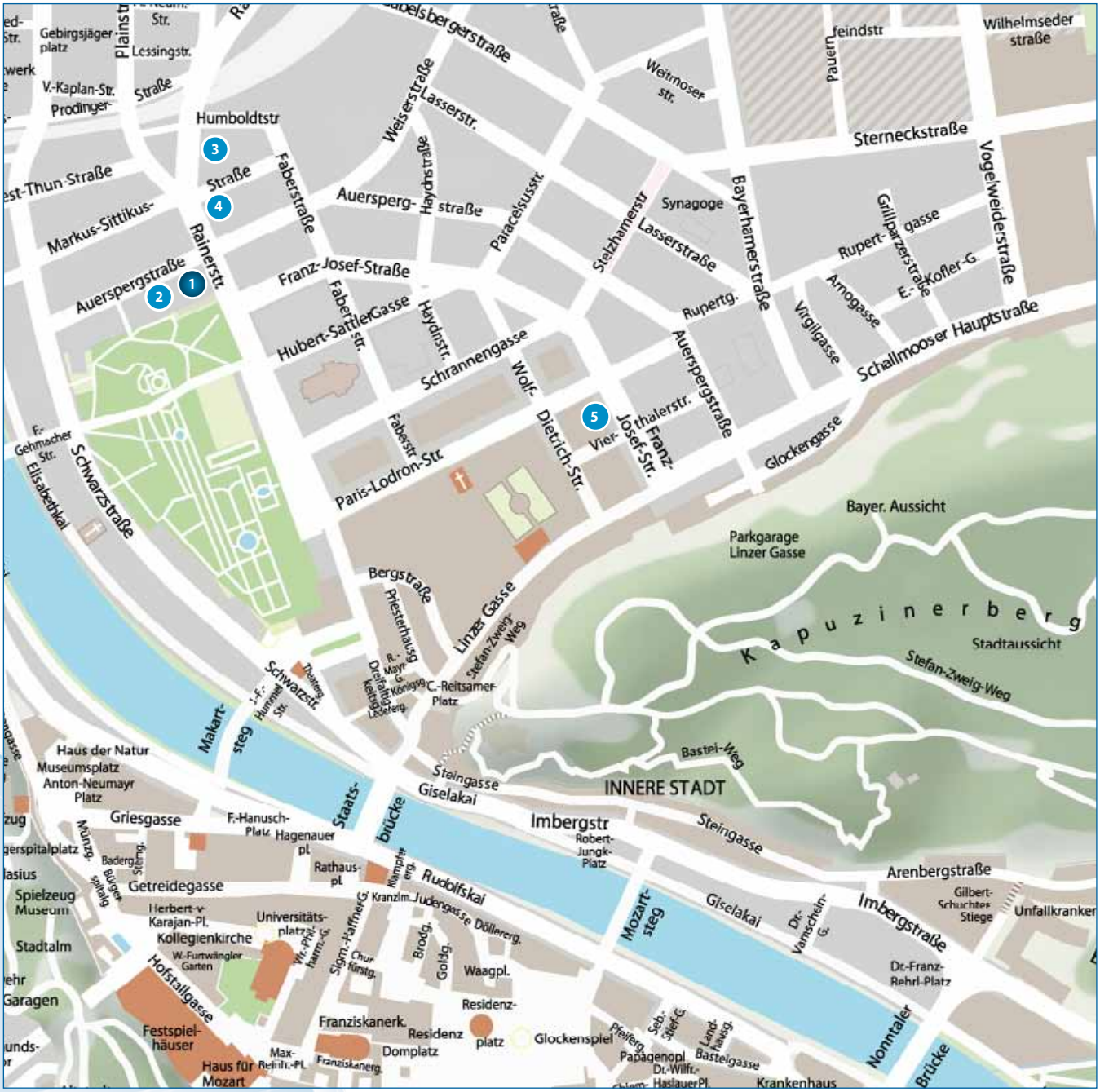
The "IROS 2011 – Interventionell Radiologisches Olbert Symposium" is designated for a maximum of 17 hours of European external CME credits. Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.

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. Auf der Bestätigung erscheinen auch Ihre CME-Punkte.

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

Umgebungsplan



1	**Salzburg Congress**
2	**Sheraton Salzburg Hotel**
3	**Best Western Hotels IMLAUER & StieglBräu**
4	**Crowne Plaza Salzburg – The Pitter**
5	**NH – Salzburg City**

Medtronic

Valiant® Captivia

Thoracic Stent Graft Delivery System

Conformability delivered

Tip capture at your fingertips for precise stent graft delivery and placement.
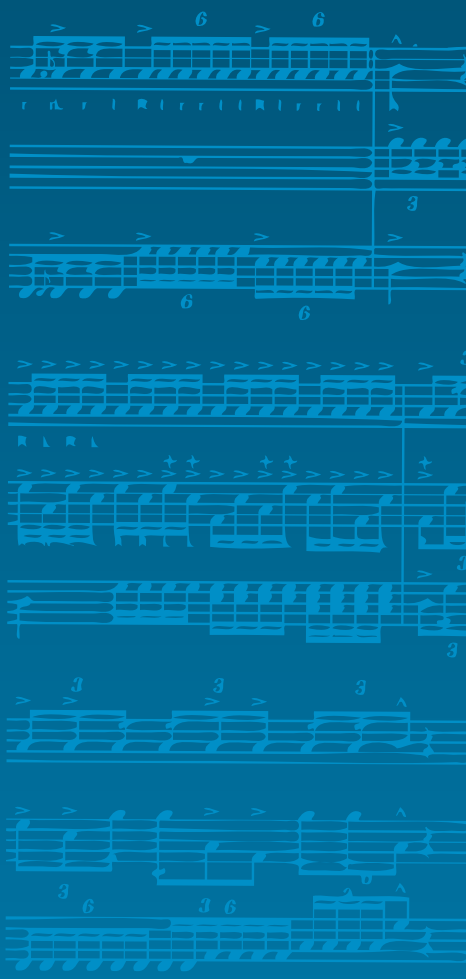


The future is in your hands

UC201001485EE © 2009, Medtronic, Inc. All Rights Reserved. Not for distribution in the USA. Printed in Europe.

Festabend

Der Festabend des **IROS 2011** steht ganz im Zeichen von Kunst und Kulinarium!



Wir laden Sie am **Freitag, 14. Januar 2011**, herzlich zu einem **Privatkonzert von Mitgliedern der Berliner Philharmoniker** ein. Im Anschluss daran erwartet Sie ein legeres Kaffeehausdinner im ältesten „original Wiener Kaffeehaus" Österreichs, dem traditionsreichen **Café Tomaselli**.

18:00	Transfer vom Hotel Sheraton zum Festspielhaus.
18:30	Empfang im Festspielhaus.
19:00	Kleines Privatkonzert von Mitgliedern der Berliner Philharmoniker – in Kooperation mit den Osterfestspielen Salzburg. *Ein Mitglied der Osterfestspiele wird durch das Programm führen.*
anschl.	Dinner im Café Tomaselli.

Die Teilnehmerzahl für den Festabend ist leider begrenzt. 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.

Die Osterfestspiele Salzburg

Die Osterfestspiele, die von Herbert von Karajan als privates Festival ins Leben gerufen wurden, gelten als eines der renommiertesten und exklusivsten Klassik-Festivals weltweit. Den von ihrem Gründer erhobenen bedingungslosen Anspruch nach höchster künstlerischer Qualität erfüllen sie seit jeher ungebrochen, was nicht zuletzt der seit 1967 bestehenden Zusammenarbeit mit den Berliner Philharmonikern und ihrem jeweiligen künstlerischen Leiter zu verdanken ist.

Die wahre Besonderheit der Osterfestspiele Salzburg liegt jedoch in der einzigartigen Möglichkeit, die Berliner Philharmoniker neben ihren zahlreichen Auftritten im Konzertsaal auch als Opernorchester zu erleben.

OSTERFESTSPIELE SALZBURG

Referenten

Adamus, Dr. Ralf	Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE
Berkefeld, Prof. Joachim	Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. Main/DE
Berlien, Prof. Hans-Peter	Evangelische Elisabeth Klinik, Berlin/DE
Chemelli, Prof. Andreas	Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT
Düx, Prof. Markus	Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a. Main/DE
Dziergwa, Severine	Universitätsspital Basel, Basel/CH
Funovics, Dr. Martin A.	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Graf, Roland	Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien/AT
Grafeneder, Petra	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Linz/AT
Gross-Fengels, Prof. Walter	Asklepios Klinik Harburg, Hamburg/DE
Gruber, OA Dr. Gerhard	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Wien/AT
Härting, Capt. Hans	Austrian Airlines, Wien/AT
Haring, Univ.Doz.Dr. Hans-Peter	Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, Linz/AT
Hausegger, Prof. Klaus A.	LKH Klagenfurt, Klagenfurt/AT
Heindel, Prof. Walter	Universitätsklinikum Münster, Münster/DE
Hierholzer, Prof. Johannes	Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam/DE
Hoffmann, Prof. Martin H.K.	Unikliniken Ulm, Ulm/DE
Hügli, PD Dr. Rolf	Kantonsspital Bruderholz, Bruderholz/CH
Huppert, Prof. Peter E.	Klinikum Darmstadt, Darmstadt/DE
Jacob, Prof. Augustinus L.	Universitätsspital Basel, Basel/CH
Jantschke, Robert	Universitätsspital Basel, Basel/CH
Kettenbach, Prof. Joachim	Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH
Klauser, Prof. Andrea S.	Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT
Lammer, Prof. Johannes	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Landwehr, Prof. Peter	Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover/DE
Latta, OA Dr. Hans J.	Orthopädisches Spital Speising, Wien/AT
Loose, Prof. Reinhard W.	Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE
Matzko, Dr. Matthias	Klinikum Dachau, Dachau/DE
Morhard, OA Dr. Dominik F.B.	Kreiskrankenhaus München-Pasing, München/DE
Müller-Hülsbeck, Prof. Stefan	Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, Flensburg/DE
Pateisky, Prof. Norbert	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Pech, PD Dr. Macjei	Universitätsklinikum Magdeburg, Magdeburg/DE
Plank, Dr. Christina	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Portugaller, Prof. Rupert H.	Medizinische Universität Graz, Graz/AT
Radeleff, PD Dr. Boris A.	Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg/DE
Rand, Prof. Thomas	Krankenhaus Hietzing, Wien/AT
Reiterer, Birgit	Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien/AT
Roeren, Prof. Thomas	Kantonsspital Aarau, Aarau/CH
Rosenberg, Dr. Christian	Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald/DE

Rüfenacht, Prof. Daniel A.	Klinik Hirslanden, Zürich/CH
Schmid, Dr. Axel	Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen/DE
Schneider, Dr. Philipp	Klinikum Bogenhausen, München/DE
Schoder, Prof. Maria	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Schroth, Prof. Gerhard	Inselspital – Universitätsspital Bern, Bern/CH
Starkbaum, Mag. Maria	Siemens AG Österreich, Wien/AT
Stracke, Dr. Christian P.	Alfried Krupp Krankenhaus, Essen/DE
Tacke, Prof. Josef	Klinikum Passau, Passau/DE
Thurnher, Prof. Siegfried	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien/AT
Trenkler, Prim.Dr. Johannes	Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, Linz/AT
Uder, Prof. Michael	Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen/DE
Vogl, Prof. Thomas J.	Klinikum der Goethe-Universität, Frankfurt/DE
Vorwerk, Prof. 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, Margot	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Linz/AT
Wick, Dr. Marius C.	Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck/AT
Wohlgemuth, OA Dr. Walter	Klinikum Augsburg, Augsburg/DE
Wolf, OA Dr. Florian	Universitätsklinik Wien, Wien/AT
Wucherer, Dr. Michael	Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg/DE
Zorger, PD Dr. Niels	Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg/DE

CIRSE Patienteninformationen

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



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

Die Patienteninformations-Broschüren werden CIRSE Mitgliedern gratis zur Verfügung gestellt. Für weitere Informationen oder Bestellungen wenden Sie sich bitte an Frau Nadja Alomar, alomar@cirse.org.

CIRSE Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

Mit offizieller Unterstützung von:

DeGIR Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie

ÖGIR österreichische gesellschaft für interventionelle radiologie

SSCVIR Swiss Society of Cardiovascular and Interventional Radiology

Aussteller & Sponsoren

Abbott Vascular

AGA Medical

AngioDynamics

Angiopro

Bard Medica

Biomedica

Biotronik

Boston Scientific

BY WASS

CeloNova

CLIMED Medizinische Produkte

COOK Medical

Cordis – Johnson & Johnson Medical Products

CROSSTEC

Eurocor

ev3

IDev Technologies

Krauth

Limbeck Medizinische Spezialartikel

Medicor

Medrad

MEDTRONIC

Merit Medical

Novomed Medizinprodukte

OptiMed

PharmaCept

Philips Healthcare

Schiller

Siemens

SIRTEX

St. Jude Medical

Synthes

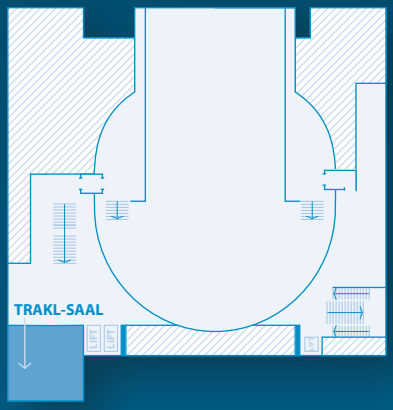
TERUMO

WERFEN Austria

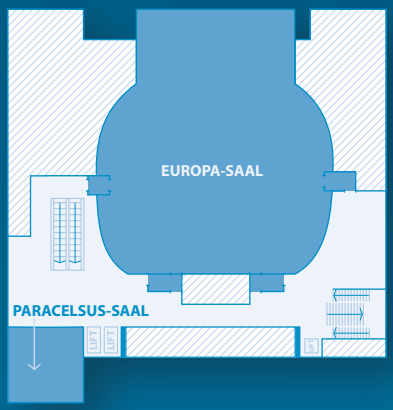
W.L. Gore

Übersicht – Ausstellung & Vortragsräume

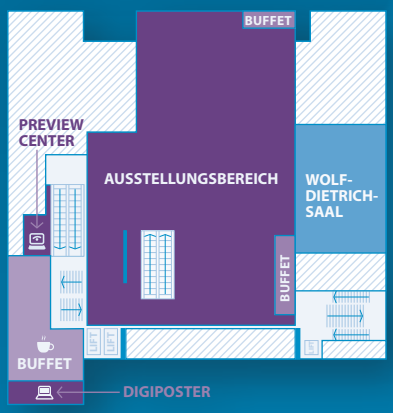
3. Obergeschoss



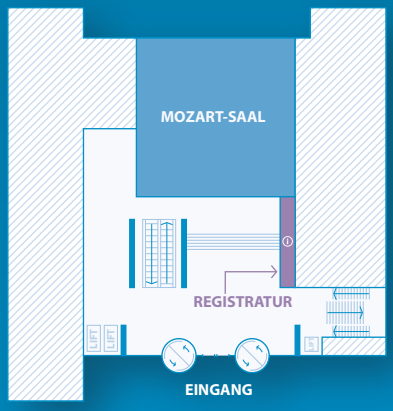
2. Obergeschoss



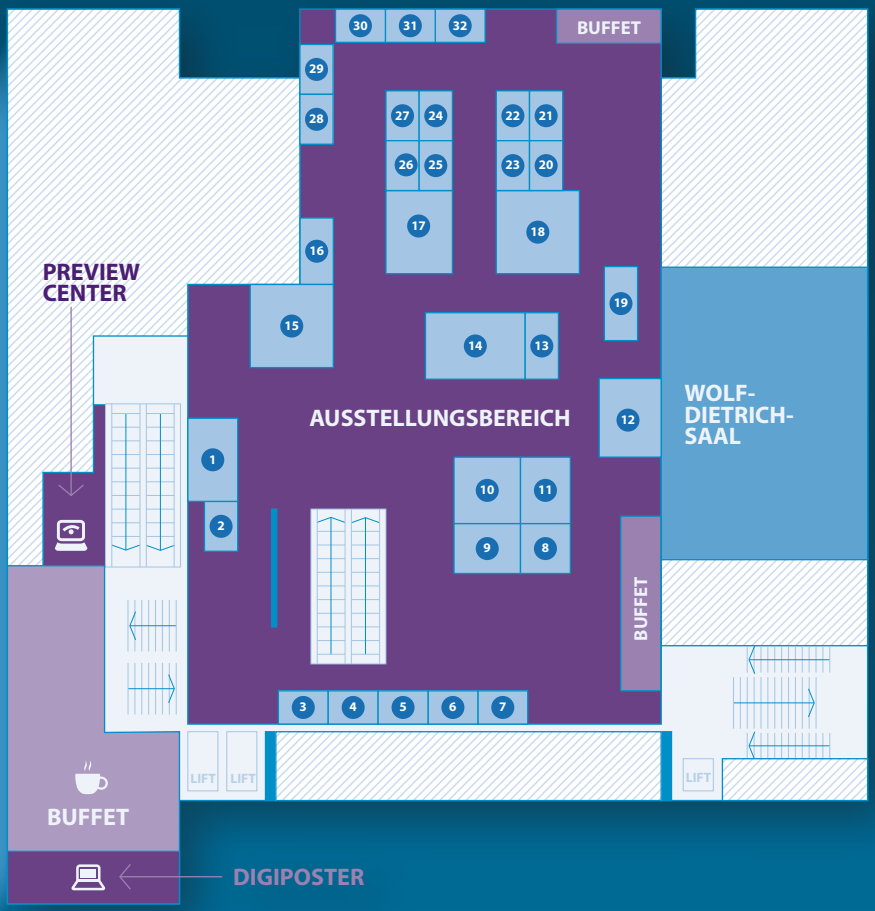
1. Obergeschoss



Erdgeschoss



Übersicht – Ausstellungsbereich



AUSSTELLER NUMMERISCH	Stand Nr.
Boston Scientific	1
Merit Medical	2
IDev Technologies	3
Biomedica	4
Philips Healthcare	5
St. Jude Medical	6
Schiller	7
Medrad	8
Biotronik	9
ev3	10
Synthes	11
COOK Medical	12
CeloNova	13
Abbott Vascular	14
Cordis – Johnson & Johnson Medical Products	15
WERFEN Austria	16
CROSSTEC	17
TERUMO	17
BY WASS	18
W.L. Gore	18
SIRTEX	19
AGA Medical	20
Limbeck Medizinische Spezialartikel	21
OptiMed	22
Medicor	23
Eurocor	24
CLIMED Medizinische Produkte	25
AngioDynamics	26
Angiopro	27
PharmaCept	28
Novomed Medizinprodukte	29
MEDTRONIC	30
Krauth	31
Bard Medica	32

AUSSTELLER ALPHABETISCH	Stand Nr.
Abbott Vascular	14
AGA Medical	20
AngioDynamics	26
Angiopro	27
Bard Medica	32
Biomedica	4
Biotronik	9
Boston Scientific	1
BY WASS	18
CeloNova	13
CLIMED Medizinische Produkte	25
COOK Medical	12
Cordis – Johnson & Johnson Medical Products	15
CROSSTEC	17
Eurocor	24
ev3	10
IDev Technologies	3
Krauth	31
Limbeck Medizinische Spezialartikel	21
Medicor	23
Medrad	8
MEDTRONIC	30
Merit Medical	2
Novomed Medizinprodukte	29
OptiMed	22
PharmaCept	28
Philips Healthcare	5
Schiller	7
SIRTEX	19
St. Jude Medical	6
Synthes	11
TERUMO	17
WERFEN Austria	16
W.L. Gore	18

Wirbelkörperfrakturen perkutan behandeln. Mit Vertecem V+ und VBS.



Vertebroplastie mit Vertecem V+
- Ready-to-use PMMA Knochenzement
- Lange Arbeitszeit (27 min bei 21°C)
- Sicherheit durch kontrollierte Zementinjektion und seitlich geöffnete Nadeln (8–12G)



Vertebral Body Stenting – VBS
- Sichere Zementierung durch kontrollierte Hohlraumschaffung
- Wiederherstellung der Wirbelkörperhöhe
- Erhalt der Reposition durch Stentoplastie
- Mit Vertecem V+ kombinierbar

SYNTHES®

Instrumente und Implantate geprüft und freigegeben von der AO Foundation

Für weitere Informationen freuen wir uns, Sie am Synthes Stand begrüssen zu dürfen. Workshops zu unseren Produkten finden jeweils in den Pausen statt.
www.synthes.com