

## Noch präzisere Gefäßanpassung mit den neuen Stentgrößen von Supera™

ZUR BEHANDLUNG VON ATHEROSKLEROTISCHEN VERENGUNGEN ODER VERSCHLÜSSEN DER ARTERIA FEMORALIS UND POPLITEA WERDEN HÄUFIG SELBSTEXPANDIERENDE STENTS EINGESETZT. HIERBEI IST NEBEN DER STABILITÄT UND FLEXIBILITÄT DES STENTS AUCH DIE STENTGRÖSSE VON RELEVANZ. MIT DEN BEIDEN NEUEN DURCHMESSERN VON 5,0 UND 6,0 MM BIETET DER GEFLOCHTENE NITINOL-STENT SUPERA™ AB SOFORT NOCH BESSERE ANPASSUNGSMÖGLICHKEITEN AN DIE GEFÄSSANATOMIE.

---

**Wiesbaden, 29. Juli 2020.** Zur Behandlung atherosklerotischer Gefäßverengungen und -verschlüsse peripherer Gefäße werden Stents implantiert, die sich selbstexpandierend dem Gefäß angleichen. Klassische Nitinol-Stents, die mittels Laser aus einer Röhre ausgeschnitten werden, müssen jedoch meist aufgrund ihrer geringen radialen Stabilität im Verhältnis zur Zielarterie überdimensioniert werden. Die hieraus resultierende hohe chronische Reizung der Gefäßwände kann zu erhöhten Restenoseraten führen.<sup>1</sup> Dieses Risiko wird durch den Supera™-Stent minimiert.<sup>2</sup> Ermöglicht wird dies durch das mimetische Design des Stents, der aus sechs miteinander verwobenen Nitinoldrähten besteht, wodurch er trotz hohem Kompressionswiderstand bei gleichzeitig niedriger Chronic outward Force (CoF) ähnlich flexibel ist wie die femoralen und poplitealen Arterien.<sup>2,3</sup>

### **Individuelle Behandlungsoptionen durch neue Zwischengrößen**

Mit den neuen Durchmessern der Supera™-Stents von 5,0 und 6,0 mm können behandelnde Ärzte nun noch besser auf die individuelle Gefäßsituation eingehen. Durch die Wahl des jeweils am besten passenden Durchmessers kann ein angemessener Lumengewinn in Relation zur ermittelten Gefäßgröße erreicht werden. Mit den beiden neuen Stentdurchmessern stehen nun insgesamt weitere 26 Größen von Supera™ zur optimalen Behandlung der Patienten zur Verfügung. Die Zwischengrößen in 0,5-mm-Schritten können vor allem für kleinere Gefäße und bei langen Läsionen relevant sein.

### **Erfahrung als Basis für Zuverlässigkeit und Lebensqualität**

Die Implantation von Nitinol-Stents gehört zu den bewährten Eingriffen, um die Arterien der Oberschenkel und Kniekehlen vor einem Verschluss zu bewahren.<sup>3</sup> Im Falle der Supera™-Stents ist es dabei essentiell, die Läsion durch eine sorgfältige Ballondilatation auf die Implantation vorzubereiten und die Stentgröße so zu wählen, dass sie dem Gefäßdurchmesser entspricht. Dies ermöglicht eine optimale Expansion des Stents ohne Kompression oder Elongation. War dies der Fall, wurde unter anderem in der SUPERB-Studie nach einem Jahr eine primäre Offenheitsrate

von 91 % sowie eine Bruchrate von 0 % gezeigt.<sup>4,5</sup> Zudem waren 94 % der Patienten auch nach 3 Jahren frei von einer erneuten Behandlung der Zielläsion (Target Lesion Revascularisation, TLR).<sup>5</sup>

In zahlreichen klinischen Studien mit insgesamt mehr als 2.000 Patienten hat Supera™ gleichbleibend gute Ergebnisse hinsichtlich Sicherheit und Effektivität erzielt und sich damit für die Behandlung von peripheren Läsionen bewährt.<sup>3,5-20</sup> Auch im Langzeit-Follow-up bestätigt Supera™ seine Wirksamkeit mit hohen Offenheitsraten, die für die Lebensqualität der Patienten fundamental sind.<sup>21</sup>

Die neuen Supera™-Stents mit 5,0 und 6,0 mm Durchmesser sind ab sofort erhältlich.

### **Über Supera™**

Supera™-Stents wurden speziell für die besonderen Anforderungen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) entwickelt. Da sie aus sechs miteinander verflochtenen Nitinol-Drähten hergestellt werden, sind sie im Gegensatz zu herkömmlichen gestanzten Stents in der Lage, den natürlichen Bewegungen der Oberschenkel- und der Kniearterie flexibel zu folgen, ohne den auf sie einwirkenden Kompressionskräften nachzugeben. Hierdurch sind selbst anspruchsvolle Bewegungen der Beine wieder schmerzfrei möglich. Darüber hinaus können auch lange Verschlüsse, die bislang in einer großen Operation durch einen Bypass überbrückt werden mussten, mit dem Supera™-Stent schonend behandelt werden.

### **Über Abbott**

Abbott ist ein weltweit führendes Gesundheitsunternehmen, das Menschen in allen Lebensphasen zu einem vitaleren, gesünderen Leben verhilft. Daran arbeiten täglich mehr als 107.000 Mitarbeiter in 160 Ländern. Das Portfolio umfasst lebensverändernde Technologien aus den Bereichen Diagnostik, Medizinprodukte, Ernährung und Markengenerika.

In Deutschland ist Abbott seit über 50 Jahren mit einer breiten Palette an Healthcare-Produkten und -Dienstleistungen vertreten, unter anderem in den Bereichen Diagnostika und Medizinprodukte. Das Unternehmen beschäftigt in der Bundesrepublik über 3.500 Mitarbeiter an neun Standorten. Unter anderem verfügt Abbott über Produktionsstätten in Wiesbaden und Neustadt am Rübenberge. Am Hauptstandort in Wiesbaden befindet sich darüber hinaus das European Distribution Center.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.de.abbott](http://www.de.abbott), auf LinkedIn unter [www.linkedin.com/company/abbott-/](http://www.linkedin.com/company/abbott-/), auf Facebook unter [www.facebook.com/Abbott](http://www.facebook.com/Abbott) und auf Twitter [@AbbottNews](https://twitter.com/AbbottNews) und [@AbbottGlobal](https://twitter.com/AbbottGlobal).

---

### **Abbott Media:**

Astrid Tinnemans, [astrid.tinnemans@abbott.com](mailto:astrid.tinnemans@abbott.com), 06122-58 3036

---

Quellen:

1. Zhao HQ et al. Cardiovasc Intervent Radiol. 2009;32(4):720–6.
2. Test(s) performed by and data on file at Abbott.
3. Chan YC et al. J Vasc Surg. 2015 Nov;62(5):1201–9.
4. Garcia L et al. Circ Cardiovasc Interv. 2015; 8: e000937.
5. Garcia L et al. Catheter Cardiovasc Interv. 2017 Jun 1;89(7):1259–67.
6. Brescia AA et al., J Vasc Surg. 2015 Jun;61(6):1472–8.
7. Dumantepe M et al. Vasc Endovascular Surg. 2017 Jul;51(5):240–6.
8. George JC et al. J Vasc Interv Radiol. 2014 Jun;25(6):954–61.
9. Goltz JP et al. J Endovasc Ther. 2012 Jun;19(3):450–6.
10. León LR et al. J Vasc Surg. 2013 Apr;57(4):1014–22.
11. Montero-Baker M et al. J Vasc Surg. 2016 Oct;64(4):1002–8.
12. Myint M et al. J Endovasc Ther. 2016 Jun;23(3):433–41.
13. Palena LM et al. J Endovasc Ther. 2018 Oct;25(5):588–91.
14. Scheinert D et al. JACC Cardiovasc Interv. 2013 Jan;6(1):65–71.
15. Scheinert D et al. J Endovasc Ther. 2011 Dec;18(6):745–52.
16. Steiner S et al. J Endovasc Ther. 2016 Apr;23(2):347–55.
17. Werner M et al. EuroIntervention. 2014 Nov;10(7):861–8.
18. San Norberto EM et al. Ann Vasc Surg. 2017 May;41:186–95.
19. Teymen B et al. Vascular. 2018 Feb;26(1):54–61.
20. Bhatt H et al. Cardiovasc Revasc Med. 2018 Jul;19(5 Pt A):512–15.
21. Chan YC et al. J Vasc Surg. 2020 Jun;71(6):2048–55.