



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

**20ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

**12-14
ΜΑΪΟΥ 2022**

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ IONIAN BLUE
ΛΕΥΚΑΔΑ



Lipocomb
Rosuvastatin + Ezetimibe

NEO Cholzet
Ezetimibe + Atorvastatin

Για ένα μεγάλο
βήμα...



Ο σύμμαχός σας στη
συμμόρφωση των ασθενών



SERVIER HELLAS
Φραγκοκλησιάς 7, 15125 Μαρούσι
Τηλ. 210 9391000
www.servier.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ** τα Φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**KITPINH KAPTA**»

• Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή. • Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε τις ΠΧΠ των προϊόντων που διατίθενται από τον ΚΑΚ. **Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:** EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Kereszturi ut 30-38, Ουγγαρία. **Τοπικός αντιπρόσωπος και διανομέας:** Servier Hellas, Φραγκοκλησιάς 7, 15125 Μαρούσι, Τηλ. 210 9391000

Lipocomb 10mg/10mg ΑΤ: 23,95 € | **Lipocomb 20mg/10mg** ΑΤ: 25,45 € | **Cholzet 10mg/10mg** ΑΤ: 20,01 € | **Cholzet 10mg/20mg** ΑΤ: 22,22 € | **Cholzet 10mg/40mg** ΑΤ: 23,73 €



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητές, αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος διοργανώνει φέτος το 20^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο που θα πραγματοποιηθεί στις 12-14 Μαΐου 2022 στο ξενοδοχείο Ionian Blue στη Λευκάδα.

Το Συνέδριο αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Εταιρείας μας και απευθύνεται όχι μόνο σε καρδιολόγους αλλά και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται ή σχετίζονται με την καρδιολογία.

Η παρουσίαση των πλέον επικαιροποιημένων γνώσεων και πληροφοριών που αφορούν το σύνολο των επιμέρους τομέων της καρδιολογίας αποτελεί τον κύριο στόχο του Συνεδρίου.

Συμπεριλήφθηκε στο πρόγραμμα μεγάλος αριθμός Προέδρων και Εισηγητών από την περιφέρεια καθώς και νέων καρδιολόγων.

Σημαντική θέση στο Συνέδριο έχει η εκπαίδευση των ειδικευομένων Καρδιολόγων που μετέχουν με εισηγήσεις, παρουσιάσεις περιστατικών και με την παρακολούθηση των κλινικών φροντιστηρίων που θα πραγματοποιηθούν.

Η πραγματοποίηση του Συνεδρίου στην όμορφη Λευκάδα θα πραγματοποιηθεί κυρίως με τη φυσική παρουσία όλων όσων συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Η παράλληλη διαδικτυακή παρουσίαση του Συνεδρίου θα είναι ενεργή για όσους θελήσουν να παρακολουθήσουν-συμμετάσχουν στις εργασίες του.

Οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας όπως θα προβλέπονται από τις κείμενες οδηγίες και διατάξεις κατά τη διενέργεια του Συνεδρίου θα τηρηθούν με ιδιαίτερη προσοχή.

Ελπίζουμε στη θετική ανταπόκριση και ενεργό συμμετοχή σας στις εργασίες του Συνεδρίου και σας ευχόμαστε καλή διαμονή στην πανέμορφη Λευκάδα.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Γεώργιος Χ. Μπομπότης

Διευθυντής Επεμβατικός Καρδιολόγος

Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος



Πριν τη χορήγηση συμβουλευθείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος
που διατίθεται εδώ



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Chiesi Hellas A.E.B.E.
Πλ. Γερουλάνου & Ρένου Πόγγη 1,
17455 Άλιμος, Αττική
Αρ. ΓΕΜΗ 002669501000
Τηλ.: +30 210 6179763, Fax: 210 6179786,
email: chiesihellas@chiesi.com, www.chiesi.gr

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ-ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**Αντιπρόεδρος: **Ι. Ζαρίφης**Γενικός Γραμματέας: **Χ. Γραΐδης**Ειδικός Γραμματέας: **Α.-Δ. Μαυρογιάννη**Ταμίας: **Δ. Κρικήδης**Μέλη: **Ι. Κανονίδης, Ι. Στυλιάδης****ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Μέλη:

Δ. Αβραμίδης**Ι. Βογιατζής****Ρ. Βρετού****Γ. Γιαννακούλας****Γ. Γιαννόπουλος****Π. Γκελερής****Ν. Γκουζούμας****Χ. Γραΐδης****Τζ. Δαδούς****Σπ. Δευτεραίος****Γ. Δρόσος****Γ. Ευθυμιάδης****Η. Ζάρβαλης****Ι. Ζαρίφης****Α. Ζαχαρούλης****Β. Θανόπουλος****Γ. Καζινάκης****Β. Καμπερίδης****Ν. Καμπουρίδης****Ι. Κανονίδης****Γ. Καρακώστας****Θ. Καραμήτσος****Ι. Καραντουμάνης****Ε. Καραπατσούδη****Χ. Καρβούνης****Γ. Κατσέας****Στ. Λαμπρόπουλος****Α. Μανώλης****Α.-Δ. Μαυρογιάννη****Λ. Μιχάλης****Λ. Μόσιαλος****Θ. Μπελεβεσλής****Θ. Μπισχινιώτης****Π. Μπογιατζίδης****Ε. Νύχταρη****Κ. Οικονόμου****Σπ. Παπαϊωάννου****Στ. Παπαστεφάνου****Στ. Παρασκευαΐδης****Γ. Παρχαρίδης****Β. Πυργάκης****Β. Σαχπεκίδης****Γ. Σιάσιος****Γ. Σπυρομήτρος****Δ. Στάκος****Ι. Γ. Στυλιάδης****Α. Συνετός****Δ. Τζιακάς****Η. Τιτόπουλος****Κ. Τσιούφης****Ι. Τσούνος****Δ. Μ. Φαρμάκης****Γ. Χαλικιάς****Χ. Χατζηελευθερίου**



forxiga®

(dapagliflozin) 10mg



Forxiga F.C.Tab 10mg/tab Btx28

Κάθε δισκίο περιέχει μονοϋδρική δαπαγλιφλοζίνη με προπανοδιόλη ισοδύναμη με 10 mg δαπαγλιφλοζίνης.

Έκδοχο με γνωστές δράσεις:

Κάθε δισκίο περιέχει 50 mg άνυδρης λακτόζης.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατήστε **εδώ**.

AstraZeneca 

AstraZeneca A.E.,
Αγησιλάου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6871500, Fax: 210 6859195
www.astrazeneca.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ**
τα φάρμακα συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Forxiga F.C.Tab 10mg/tab Btx28
N.T. 28,33€ / Λ.Τ. 44,88€



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΜΑΪΟΥ 2022

08:00 – 09:45

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Β. Τζαλαμούρας, Γ. Καρακώστας**

09:45 – 11:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Πρόεδροι: **Ι. Στυλιάδης, Π. Κουνατιάδης**

Αξονική Στεφανιογραφία (CTCA)

Τ. Χριστοφορίδου

Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς

Ρ.-Α. Βρετού

Πυρηνική Καρδιολογία

Α. Δούμας

Σχολιαστές: **Λ. Ζιτιρίδου, Κ. Βολουδάκης, Ε. Κουλούρης**

11:00 – 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 – 12:45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πρόεδροι: **Δ. Κετίκογλου, Δ. Μ. Φαρμάκης**

3D ECHO

Κ. Παπαδόπουλος

Υπερηχοκαρδιογράφημα στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο

Β. Σαχπεκίδης

Σχολιαστές: **Δ. Κετίκογλου**

12:45 – 13:15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

**ΠΕΜΠΤΗ 12 ΜΑΪΟΥ 2022****13:15 – 15:00****ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**Πρόεδροι: **Ι. Στυλιάδης, Ι. Ζαρίφης**Στεφανιαία Νόσος
Σ. ΠαπαστεφάνουΒαλβίδες
Δ. ΒραχάτηςΚλινική γενετική στις Μυοκαρδιοπάθειες. Έμφαση στην Αρρυθμογόνιο
Διατακτική Μυοκαρδιοπάθεια
Γ. ΕυθυμιάδηςΑρρυθμίες
Η. ΖάρβαληςΚαρδιακή Ανεπάρκεια
Φ. Λαζαρίδου

Συζήτηση

15:00 – 15:15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15:15 – 16:30**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΕΚΤΙΜΗΣΗ–ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ**Πρόεδροι: **Γ. Καζινάκης, Λ. Μόσιαλος**Δοκιμασία κόπωσης
Μ. ΓιανναδάκηΔυναμική Μαγνητική Τομογραφία καρδιάς (STRESS MRI)
Κ. ΜιχαηλίδηςΔυναμική ηχοκαρδιογραφία (STRESS ECHO)
Ι. ΜποστανίτηςΠροσδιορισμός του κλάσματος στεφανιαίας εφεδρείας ροής (iFR /FFR)
Α. ΚαρακάναςΣχολιαστές: **Γ. Μαμαδάς, Α. Μοσχοβίτης, Γ. Παπανικολάου,
Δ. Παπακωνσταντίνου****16:30 – 16:45**

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Unidone[®]

δισκία
χλωροθαλιδόνη

Ισχυρό & μακράς διάρκειας δράσης,
διουρητικό θειαζιδικού τύπου¹



1. Redefining Diuretics Use in Hypertension: why select a thiazide like diuretic. Review, Journal of Hypertension 2019; 37: 1574-1586

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (S P C)

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: UNIDONE 25 mg/tab, δισκία. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg χλωροθαλιδόνης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** δισκία. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** Θεραπευτικές ενδείξεις: Το UNIDONE ενδείκνυται για τη θεραπεία της: αρτηριακής υπέρτασης, ιδιοπαθούς ή νεφρογενούς ή μεμονωμένες συστηματικής, χρόνιας σταθερής καρδιακής ανεπάρκειας ήπιου έως μέτριου βαθμού (κατηγορία II ή III σύμφωνα με την κατάταξη της NYHA). Οδηγία συγκεκριμένης προέλευσης: 1) Ασκήτης που οφείλεται σε κίρρωση του ήπατος σε σταθεροποιημένους ασθενείς υπό στενή παρακολούθηση. 2) Οδηγία λόγω νεφρωσικού συνδρόμου. Άποιοι διαβήτης. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Ενήλικες: Υπέρταση: Η συνιστώμενη δόση έναρξης είναι 25 mg/ημέρα. Σταθερή, χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA: λειτουργική κατηγορία II/III): Η συνιστώμενη αρχική δόση είναι 25 έως 50 mg/ημέρα, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να αυξηθεί έως και 100 με 200 mg/ημέρα. Οδηγία συγκεκριμένης προέλευσης: Συνιστάται οι δόσεις να μην υπερβαίνουν τα 50 mg/ημέρα. Άποιοι διαβήτης: Αρχικά χορηγούνται 100 mg δύο φορές ημερησίως, ενώ όποτε κρίνεται εφικτό προτιμάται μείωση της ημερήσιας δόσης συντήρησης σε 50 mg. **Αντενδείξεις:** Άνοια, σοβαρή ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης <30 mL/λεπτό), ανθεκτική υποκαλιαιμία ή καταστάσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα αυξημένη αποβολή καλίου, υπονατρίαμία και υπερασβεστιαμία, συμπτωματική υπερουριχαιμία, υπέρταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, νόσος του Addison που δεν έχει αντιμετωπισθεί και συγχορηγούμενη θεραπεία λιθίου. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το UNIDONE πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας ή προοδευτική ηπατική βλάβη, ασθενείς με βαριά νεφροπάθεια. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Πολύ συχνές (≥1/10): κυρίως σε υψηλότερες δόσεις, υποκαλιαιμία, υπερουριχαιμία και υπερλιπιδαιμία. Συχνές (≥1/100 έως <1/10): Υπονατρίαμία, υπομαγνησισμία και υπερηλικαιμία, ίληγος, ορθοστατική υπόταση, που μπορεί να επιδεινωθεί από ονόπνευμα, αναισθητικά ή κατασταλτικά, κνίδωση και άλλες μορφές εξανθήματος, στυτική δυσλειτουργία, αδυναμία.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".

Α.Τ. (Unidone): 1,61 €



Pharmaceutical Laboratories S.A.

14^ο χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210-80 72 512, e-mail: unipharma@uni-pharma.gr

www.uni-pharma.gr



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΜΑΪΟΥ 2022

16:45 – 18:15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Πρόεδροι: **Ι. Κανονίδης, Ι. Ζαρίφης**

Διαγνωστική προσέγγιση

Σ.-Α. Μουράτογλου

Αιμοδυναμική Προσέγγιση στην Πνευμονική Υπέρταση

Π. Θεοδώρου

Σταδιοποίηση Κινδύνου Και Φαρμακευτική Αγωγή Στην Πνευμονική
Αρτηριακή Υπέρταση

Χ. Φελουκίδης

Χρόνια Θρομβοεμβολική Πνευμονική Υπέρταση. Χειρουργική
Αντιμετώπιση

Ο. Ανανιάδου

Σχολιαστές: **Δ. Μ. Φαρμάκης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Ν. Παπαγιάννης,
Δ. Κρικήδης**

18:15-19:00

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Πρόεδροι: **Γ. Σιάσος, Γ. Μπομπότης**

Προσφωνήσεις

Βραβεύσεις Εργασιών

Ομιλία Τελετής Έναρξης

Νευροτροποποίηση και καρδιαγγειακές παθήσεις

Κ. Τσιούφης



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΜΑΪΟΥ 2022

19:00 – 20:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Πρόεδροι: **Ι. Στυλιάδης, Π. Γκελερής**

Παχυσαρκία και Υπέρταση

Β. Κώτσης

Έναρξη Φαρμακευτικής Αγωγής. Συνδυασμός Φαρμάκων σε όλους;

Ι. Ζαρίφης

Υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Ν. Καμπουρίδης

Υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Π. Ροδίτης

Σχολιαστές: **Γ. Μπούτος, Χ. Φωκάς, Π. Φαλιάγκας**

Pradaxa®

dabigatran etexilate



Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων στο ιατρικό τμήμα της εταιρείας Boehringer Ingelheim ή επισκεφθείτε τον ιστότοπο www.pradaxa.gr

Boehringer Ingelheim Ελλάς Μονοπρόσωπη Α.Ε.: Λεωφόρος Ανδρέα Συγγρού 340, 17673 Καλλιθέα, Αθήνα • Τηλ.: 210.89.06.300

Γραφείο Μακεδονίας-Θράκης: Αντώνη Τρίτση 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6, 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη • Τηλ.: 2310 424618

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «Κίτρινη Κάρτα»

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022**

08:00 – 09:45**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**Πρόεδροι: **Κ. Οικονόμου, Χ. Χατζηελευθερίου****09:45 – 11:00****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**Πρόεδροι: **Ε. Καραπατσούδη, Χ. Τσεβεκίδης**Απεικονιστικές μέθοδοι στην καρδιακή ανεπάρκεια
Η. ΚαπιτσίνηςΑπεικονιστικές μέθοδοι στην ισχαιμική καρδιακή νόσο
Δ. ΚρικίδηςΑπεικονιστικές μέθοδοι στη διάγνωση και εκτίμηση των
μυοκαρδιοπαθειών
Θ. ΓκόσιοςΑπεικονιστικές μέθοδοι στη διάγνωση και εκτίμηση του οξέος
θωρακικού άλγους
Ι. ΛαγόςΣχολιαστές: **Α. Σιαφάκας, Π. Ροδίτης, Ν. Καμπουρίδης, Ν. Γούλιαρος****11:00 – 11:30****ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ****11:30 – 12:00****ΔΙΑΛΕΞΗ**Πρόεδρος: **Αικ. Νάκα**Καρδιακή Ανεπάρκεια. Νεότερες εξελίξεις
Α. Μπεχλιούλης**12:00 – 12:30****ΔΙΑΛΕΞΗ**Πρόεδρος: **Ι. Ζαρίφης**Πρέπει να χειρουργούνται τα χαμηλά κλάσματα εξώθησης στη
στεφανιαία νόσο;
Γ. Δρόσος



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022

12:30 – 13:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ I

Πρόεδροι: **Ι. Βογιατζής, Ν. Καμπουρίδης**

Post-partum μυοκαρδιοπάθεια

Ν. Γούλιαρος

Διαβητική Μυοκαρδιοπάθεια. Προσέγγιση από την σκοπιά του καρδιολόγου

Χ. Χατζηελευθερίου

Αλκοολική Μυοκαρδιοπάθεια

Σ. Κατράνας

Σχολιαστές: **Ε. Τριχάκη, Δ. Τσιανάκας, Θ. Ζέγκος**

13:30 – 14:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ II

Πρόεδροι: **Μ. Γιανναδάκη, Γ. Σπυρομήτρος**

Αιμοσιδήρωση

Π. Κλειτσιώτη

Σαρκοείδωση

Ε. Κουλούρης

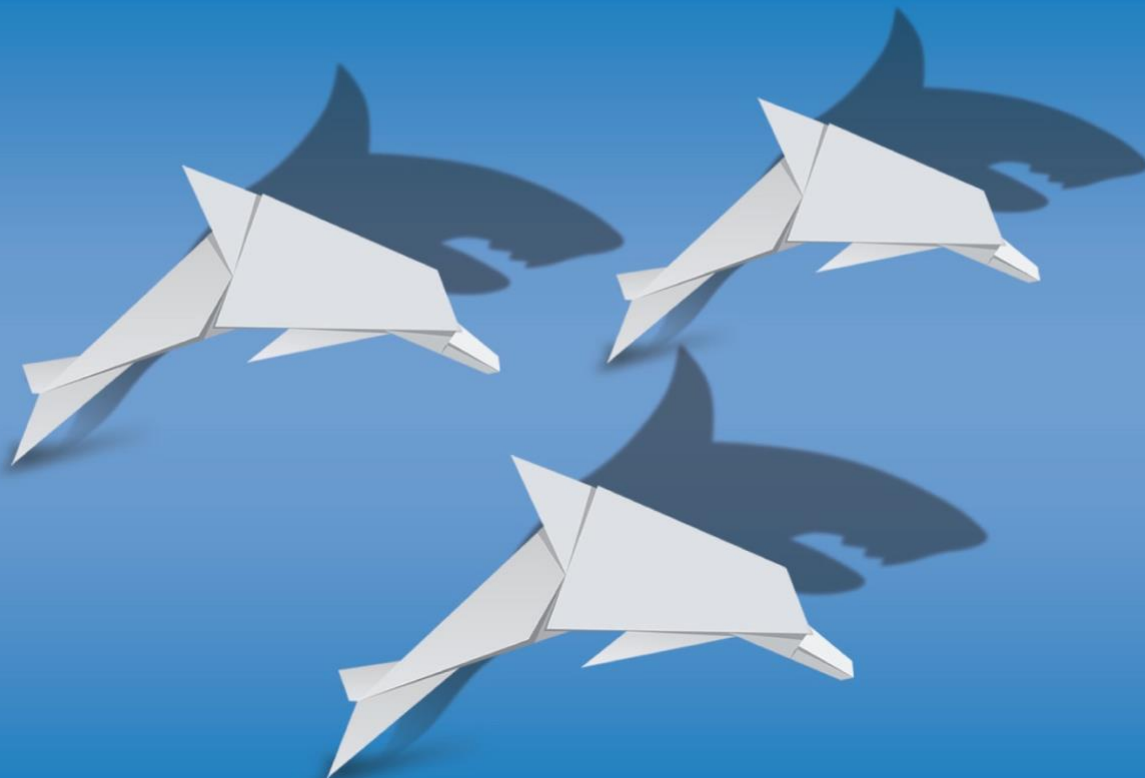
Αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια

Θ. Ζέγκος

Σχολιαστές: **Χ. Χατζηελευθερίου, Γ. Δημητριάδης, Ι. Λαγός**

Valsimia HCT[®]

αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη



ADRENALIN

VLM_HCT/DPW/BDC/01_2022/01

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Λιανική Τιμή
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	10,15€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,13€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	12,40€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	12,61€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	20,25€

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022

14:30 – 16:30

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Πρόεδροι: **Στ. Λαμπρόπουλος , Α. Ζαχαρούλης**

Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου»

Φ. Δημητριάδης

Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Φ. Μαλακούδη

Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Γ. Ζορμπάς

Γ.Ν. Κοζάνης Μαμάτσειο

Π. Ροδίτης

Γ.Ν. Κατερίνης

Ε. Παπαδοπούλου

Γ.Ν. Δράμας

Ε. Παστιρματζή

Γ.Ν. Βέροιας

Θ. Κωνσταντίνου

Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς»

Δ. Αβραμίδης

16:30 – 17:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022**

17:00 – 18:30**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΚΑΡΔΙΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**Πρόεδροι: **Χ. Λαφάρας, Δ. Δημητριάδης**

Καρδιοτοξικότητα αντineοπλασματικών φαρμάκων

Χ. Λαφάρας

Η επίδραση της θεραπευτικής ακτινοβολίας στο καρδιαγγειακό σύστημα

Ι. Καλαφάτης

Οξύ έμφραγμα σε ασθενή με νεοπλασματική νόσο

Γ. Δημητριάδης

Περικαρδίτιδα και νεοπλάσματα. Διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση

Γ. ΧαλικιάςΣχολιαστές: **Ι. Μποστανίτης, Ι. Λαγός, Α. Καρακάνας, Ν. Τσαναξίδης****18:30 – 20:00****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**Πρόεδροι: **Σπ. Δευτεραίος, Α. Τρίκας**

Κατάλυση σε παραπληρωματικά δεμάτια και σε ασθενείς με ιδιαίτερη ανατομία

Γ. Λεβεντόπουλος

Κολπικές ταχυκαρδίες. Σύγχρονες προκλήσεις

Κ. Πολυμερόπουλος

Ποιος ασθενής με συγκοπή πρέπει να εισαχθεί και ποιος ασθενής μπορεί να φύγει από τα εξωτερικά ιατρεία η το ιατρείο μας

Α. Μανώλης

Βηματοδότηση του ερεθισματοαγωγού συστήματος. Πότε και σε ποιους ασθενείς

Ε. ΣδόγκοςΣχολιαστές: **Γ. Μπαλτογιάννης, Χ. Τασσόπουλος Α. Βοσνακίδης****20:00-20:30****ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **ABBOT** (Σελ. 24)



PP-XAR-GR-0461-1
02.2022



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς
ABEE, Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858.

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπορώθησης



ΕΛΠΕΝ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269



Xarelto®
rivaroxaban

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2022**

08:00 – 09:45**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**Πρόεδροι: **Ι. Αλευρούδης, Ι. Καραντουμάνης****09:45 – 11:00****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ**Πρόεδροι: **Σ. Μπρίλη, Β. Θανόπουλος**Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στις συγγενείς καρδιοπάθειες
Ε. ΝύκταρηΟ ρόλος του καθετηριασμού στις συγγενείς καρδιοπάθειες
Β. ΘανόπουλοςΟ ρόλος των υπερήχων στις συγγενείς καρδιοπάθειες
Θ. ΚαρώνηςΣχολιαστές: **Α. Κουτσάκης, Ι. Ζαρίφης, Β. Σαχπεκίδης****11:00 – 11:30****ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **MENARINI** (Σελ. 24)**11:30 – 12:00****ΔΙΑΛΕΞΗ**Πρόεδροι: **Λ. Μιχάλης, Γ. Μπομπότης**Χρόνιες ολικές αποφράξεις στεφανιαίων αρτηριών. Παρόν και μέλλον
Α. Συνετός**12:00 – 12:30****ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **PFIZER** (Σελ. 24)

**ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2022****12:30 – 14:00****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**Πρόεδροι: **Β. Πυργάκης, Σπ. Παπαϊωάννου, Α. Παπαγεωργίου**

Κλινικά σύνδρομα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας

Α. Δικοφτσής

Ινóτροπη υποστήριξη στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια στη Στεφανιαία Μονάδα

Μ. Σιάρκος

Αντιμετώπιση της συμφόρησης στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

Δ. Ευστρατίου

Καρδιογενής καταπληξία –Επεμβατική αντιμετώπιση

Α. ΤάλεμπΣχολιαστές: **Ν. Μιχαηλίδης, Α. Παπαδόπουλος, Γ. Μπομπότης****14:00 – 14:30****ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **WINMEDICA** (Σελ. 24)**14:30 – 15:00****ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ****15:00 – 16:00****ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ι****ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ**Πρόεδροι: **Π. Γιαννακοπούλου, Β. Σαχπεκίδης, Β. Καμπερίδης**

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας

Χ. Γώγος

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας

Ν. Ιωακειμίδης

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της στένωσης της αορτικής βαλβίδας

Γ. ΣπάγοςΣχολιαστές: **Σ. Σωτηρίου, Λ. Τίκος, Π. Κλεισιώτη**

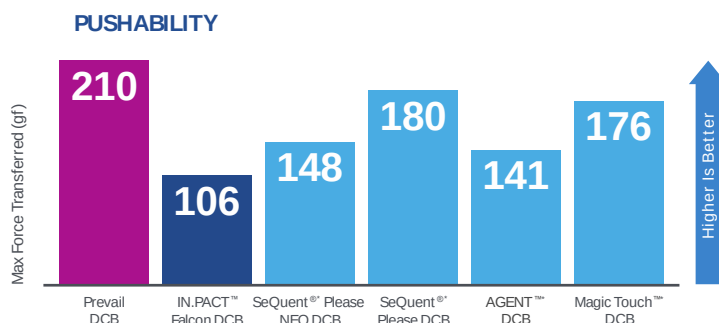
RIGHT CASE RIGHT TIME PREVAIL

Prevail™

Paclitaxel Coated PTCA Balloon Catheter

SUPERIOR DELIVERABILITY†2

PowerTrac™ technology and a hydrophilic coating facilitate superior deliverability and device performance.^{†2}



RAPID ABSORPTION OF PACLITAXEL¹

FreePac™ coating combines two proven components that work together.⁵

Paclitaxel — potent antirestenotic drug that remains in tissue throughout the healing process^{6,7}

Urea — biocompatible excipient that enables rapid drug delivery within 30–60 seconds^{1,3}

EXCELLENT SAFETY AND EFFICACY[†]

As demonstrated in the **IN.PACT Falcon clinical program:**



10 trials

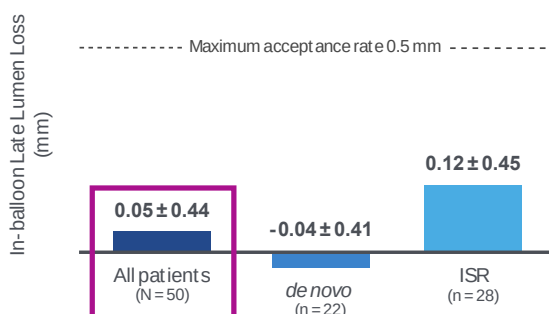


> 1400 patients

And confirmed in the **PREVAIL Study⁴:**

- Includes complex lesions
- 54.7% ISR
- 75% small vessel in *de novo* lesions

VERY LOW LATE LOSS IN ALL PATIENTS AT 6 MONTHS⁴



*Third-party brands are trademarks of their respective owners.

†Based on bench test data. Bench test data may not be indicative of clinical performance.

1 Prevail Instructions for Use.

2 Compared with IN.PACT Falcon DCB, SeQuent® Please NEO DCB, Agent™ DCB, and MagicTouch™ DCB. Deliverability defined as pushability. Based on bench test data, 2020.

3 Barrett BJ. Contrast nephrotoxicity. J Am Soc Nephrol. August 1994;5(2):125-137.

4 Latib A, et al. PREVAIL Study, presented at PCR2020, results through 12 months. IN.PACT Falcon DCB and Prevail DCB use the same FreePac™ coating. PREVAIL study did not have powered endpoints.

5 Virmani R. Arterial wall response to drug-coated balloons. Confluence Sept embol. 2016; 18: 15-19.

6 Cremers B, Clever Y, Schaffner S, Speck U, Böhm M, Scheller B. Treatment of coronary in-stent restenosis with a novel paclitaxel urea-coated balloon. Minerva Cardioangiol. October 2010;58(5):583-588.

7 PS762 preclinical study report: An Evaluation of the Medtronic Drug Coated IN.PACT™ Euphoro™ Coronary Balloon Catheter in a Porcine Artery Model 2016. On file at Medtronic.

See the device manual for detailed information regarding the instructions for use, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events. For further information, contact your local Medtronic representative and/or consult the Medtronic website at medtronic.eu.

UC202206331EE© 2021 Medtronic. All Rights Reserved.

Medtronic

**ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2022**

16:00 – 17:00**ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ II
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ**Πρόεδροι: **Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Θ. Μπελεβεσλής**Αγγειογραφικές προβολές στη στεφανιογραφία
Ι. ΠαπαδόπουλοςΔεξιός καρδιακός καθετηριασμός
Κ. ΣτάμοςΔιακαθετηριακές στεφανιαίες παρεμβάσεις. Ενδείξεις – επιπλοκές
Σ. ΣιδηρόπουλοςΣχολιαστές: **Ν. Παπαγιάννης, Φ. Οικονόμου, Γ. Μπομπότης****17:00 – 17:30****ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ****17:30 – 18:30****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΨΗΦΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ**Πρόεδροι: **Π. Μπογιατζίδης**Ψηφιακά εργαλεία και φορητές συσκευές στην υπηρεσία του
καρδιολογικού ασθενή**Δ. Τσιαχρής**Σχολιαστές: **Δ. Μ. Φαρμάκης, Γ. Τσιτσινάκης**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2022**

18:30 – 19:30**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ I**Πρόεδροι: **Στ. Παρασκευαΐδης, Τζ. Δαδούς**

Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή

Γ. Σταυρόπουλος

Διακαθετηριακή σύγκλειση ωτίου αριστερού κόλπου

Γ. Χαλκιάς

Θεραπεία ηλεκτρικής θύελλας κοιλιακής ταχυκαρδίας

Στ. ΠαρασκευαΐδηςΣχολιαστές: **Χ. Κασμερίδης, Ε. Τασίκα, Αικ. Μαχτοπούλου****19:30 – 20:30****ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ II**Πρόεδροι: **Α. Μανώλης, Ε. Καραπατσούδη**

Έλεγχος συχνότητας ή ablation στην κολπική μαρμαρυγή;

Μ. Κωνσταντινίδου

Αντιπηκτική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή

Σ. ΣωτηρίουΣχολιαστές: **Ε. Μαντζαλάρδας, Α. Σιδηρόπουλος****20:30 – 20:40****ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ****Γ. Μπομπότης**

Πρόεδρος ΚΕΒΕ

**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ****ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022**

20:00-20:30**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **ABBOT**
Πρόεδρος: **Ι. Στυλιάδης**

Τηλεϊατρική – παρακολούθηση ασθενών με εμφυτεύσιμες συσκευές
(Remote Monitoring)
Μ. Κωνσταντινίδου

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2022

11:00 – 11:30**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **MENARINI**
Πρόεδρος: **Μ. Δούμας**

Εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση-οδηγός στη
βελτιστοποίηση της θεραπείας των ασθενών με χρόνια στεφανιαία
σύνδρομα
Ι. Βογιατζής

12:00 – 12:30**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **PFIZER**
Πρόεδρος: **Γ. Ευθυμιάδης**

Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της καρδιακής
αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη
Δ. Παρχαρίδου

14:00 – 14:30**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **WINMEDICA**
Πρόεδρος: **Ι. Ζαρίφης**

Σταθεροί συνδυασμοί με βάση τον ανταγωνιστή ασβεστίου σαν
1ης γραμμής θεραπεία στην αντιμετώπιση της υπέρτασης
Ν. Καμπουρίδης

**ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ**

- Δ. Αβραμίδης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα
- Ι. Αλευρούδης** / MD, Ειδικός Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Β', Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ό. Ανανιάδου** / Χειρουργός Θώρακος - Καρδιάς, Επιμελήτρια Α' Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Βογιατζής** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Βέροιας
- Κ. Βολουδάκης** / MD, PhD, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ
- Α. Βοσνακίδης** / Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη
- Δ. Βραχάτης** / Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Ρ. Α. Βρεττού** / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
- Μ. Γιανναδάκη** / Καρδιολόγος, MPH, Επιμελήτρια Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Σερρών
- Π. Γιαννακοπούλου** / Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Π. Γκελερής** / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Θ. Γκόσιος** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ν. Γούλιανος** / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γενικό Νοσοκομείο Δράμας
- Χ. Γώγος** / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Τζ. Δαδούς** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Σπ. Δευτεραίος** / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
- Γ. Δημητριάδης** / MD, MSc, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης
- Δ. Δημητριάδης** / MD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη
- Φ. Δημητριάδης** / Ειδικευόμενος Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Δικοφτής** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Γ.Ν. Γιαννιτσών
- Α. Δούμας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ
- Μ. Δούμας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Γ. Δρόσος** / Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ**

Γ. Ευθυμιάδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δ. Ευστρατίου / Ειδικός Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η. Ζάρβαλης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Ζαρίφης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Α. Ζαχαρούλης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Θ. Ζέγκος / Επικουρικός Καρδιολόγος, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Λ. Ζιτιρίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γ. Ζορμπάς / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Β. Θανόπουλος / Επεμβατικός Παιδοκαρδιολόγος Συγγενών Καρδιοπαθειών, τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοκαρδιολογίας

Π. Θεοδώρου / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επικουρικός Ιατρός

Ν. Ιωακειμίδης / MD, MSc, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Φλώρινας "Ελένη Θ. Δημητρίου"

Γ. Καζινάκης / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Καλαφάτης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιο-ογκολογική Μονάδα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο", Θεσσαλονίκη

Β. Καμπερίδης / MD, MSc, PhD, FESC, FEACVI, Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ν. Καμπουρίδης / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας

Ι. Κανονίδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Η. Καπιτσίνης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Κιλκίς

Α. Καρακάνας / Επιμελητής Β', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γ. Καρακώστας / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κιλκίς

Ι. Καραντουμάνης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας, Διδάκτωρ Καρδιολογίας ΑΠΘ

Ε. Καραπατσούδη / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Πέλλας – Νοσοκομείο Έδεσσας

Θ. Καρώνης / Md, Ιδιώτης Καρδιολόγος, Εξειδικευμένος στις συγγενείς καρδιοπάθειες

Χ. Κασμερίδης / Καρδιολόγος, MSc

Σ. Κατρανάς / Διδάκτωρ Καρδιολογίας ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Καρδιολογικής Κλινικής ΑΧΕΠΑ και Μονάδας Νευρομυϊκών Παθήσεων Β' Παιδιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δ. Κετίκογλου / MD, PhD, FEACVI, FESC, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Π. Κλειτσιώτη / Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

Ε. Κουλούρης / MD MSc, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

**ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ**

- Π. Κουνατιάδης** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Α. Κουτσάκης** / Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός υπότροφος, Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Κρικήδης** / MD, M.Sc, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής Α.Π.Θ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη. Μέλος Δ.Σ Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος.
- Μ. Κωνσταντινίδου** / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Θ. Κωνσταντίνου** / Ειδικευόμενη Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν Βέροιας
- Β. Κώσης** / Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Λαγός** / MD PhDc FEBSC FEACVI, Καρδιολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Φ. Λαζαρίδου** / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Στ. Λαμπρόπουλος** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, «Μαμάτσειο» Γ.Ν. Κοζάνης
- Χ. Λαφάρας** / Καρδιολόγος, MD, PhD, Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Καρδιο-ογκολογική Μονάδα, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη
- Γ. Λεβεντόπουλος** / Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Πατρών "Παναγία η Βοηθεία", Πάτρα
- Φ. Μαλακούδη** / Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Μαμαδάς** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γενική Κλινική Euromedica, Θεσσαλονίκη
- Ε. Μαντζαλάρδας** / Ειδικός Καρδιολόγος
- Αθ. Μανώλης** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ», Αθήνα
- Α.-Δ. Μαυρογιάννη** / Επεμβατική Καρδιολόγος, Υπεύθυνη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Αικ. Μαχτοπούλου** / MD, MESC, Καρδιολόγος, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη
- Κ. Μιχαηλίδης** / Ακτινοδιαγνώστης Καρδιάς, Cardiac Intelligence
- Ν. Μιχαηλίδης** / Επιμελητής Β Κ.Υ Νεάπολης Θεσσαλονίκης
- Λ. Μιχάλης** / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Λ. Μόσιαλος** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α. Μοσχοβίτης** / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, Εκπαιδευτής EVK Hagen-Dortmund Germany
- Σ.-Α. Μουράτογλου** / Καρδιολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Αναισθησιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Μπαλτογιάννης** / Καρδιολόγος - Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολογός, Ιωάννινα - Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

**ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ**

Θ. Μπελεβεσλής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού 424 ΓΣΝΕ

Α. Μπεχλιούλης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Π. Μπογιατζίδης / Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, Διοικητής 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας (Υ.ΠΕ.), Θεσσαλονίκη

Γ. Μπομπότης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος

Ι. Μποσανίτης / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Γενικός Γραμματέας Ιατρικού Συλλόγου Πιερίας

Γ. Μπούτος / Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α', Θεσσαλονίκη

Σ. Μπρίλη / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

Αικ. Νάκα / Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Ε. Νύκταρη / Επιμελήτρια Α Καρδιολογίας, Advanced Cardiovascular Imaging, Μονάδα Μαγνητικής Καρδιάς Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Κ. Οικονόμου / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Πέλλας – Νοσοκομείο Έδεσσας

Φ. Οικονόμου / MD, PhD, FEAPCI, Αρχίατρος - Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Α. Παπαγεωργίου / Καρδιολόγος, Ναύπλιο

Ν. Παπαγιάννης / Επιμελητής Α', Επεμβατικός Καρδιολόγος, Σκυλίτσειο Γ.Ν. Χίου

Α. Παπαδόπουλος / Ειδικός Καρδιολόγος, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Παπαδόπουλος / MD, MSc, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Κ. Παπαδόπουλος / MD, PhD, FESC, FEACVI, Καρδιολόγος, Εργαστήριο υπερήχων καρδιάς, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Έ. Παπαδοπούλου / Νοσοκομείο Κατερίνης

Σπ. Παπαϊωάννου / MD, PhD, FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Δ. Παπακωνσταντίνου / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Γ. Παπανικολάου / Επιμελητής Α' Καρδιολογίας Γ. Ν. Κιλκίς

Σ. Παπαστεφάνου / Καρδιολόγος, MD, MSc, PhD, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Στ. Παρασκευαΐδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δ. Παρχαρίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Παστιρματζή / Ιατρός ειδικευόμενη καρδιολογίας

Κ. Πολυμερόπουλος / MD, PhD, FACC, FESC, Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας-Βηματοδότησης, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ**

- Β. Πυργάκης** / MD, FESC, FACC, Διευθυντής, Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα
- Π. Ροδίτης** / Καρδιολόγος, Γ.Ν. Κοζάνης "Μαμάτσειο"
- Β. Σαχπεκίδης** / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Σδόγκος** / Καρδιολόγος, Επιμελητής, Γ.Ν. Βέροιας
- Μ. Σιάρκος** / Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Σιάσος** / Καθηγητής, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Η ΣΩΤΗΡΙΑ", Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Α. Σιαφάκας** / Καρδιολόγος, Έδεσσα
- Α. Σιδηρόπουλος** / Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Σ. Σιδηρόπουλος** / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Σπαγος** / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Σπυρομήτρος** / FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης
- Κ. Στάμος** / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Σταυρόπουλος** / Καρδιολόγος, Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ι. Στυλιάδης** / Καρδιολόγος, αν. Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α. Συνετός** / MD, PhD, FESC, FACC Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- Σ. Σωτηρίου** / Ειδικός Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α. Τάλεμπ** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Σύμπλοκης Στεφανιαίας Νόσου, Δομικών Καρδιοπαθειών και Πνευμονικής Αγγειοπλαστικής Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- Ε. Τασίκα** / Καρδιολόγος, Σέρρες
- Χ. Τασσόπουλος** / Ειδικός Καρδιολόγος, Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκη
- Β. Τζαλαμούρας** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Λ. Τίκος** / Ειδικός Καρδιολόγος, Νάουσα
- Α. Τρίκας** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ελπίς», Αθήνα, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- Ε. Τριχάκη** / Καρδιολόγος, Καστοριά
- Ν. Τσαναξίδης** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Τσεβεκίδης** / Καρδιολόγος, Κοζάνη
- Δ. Τσιανάκας** / Καρδιολόγος, Κοζάνη
- Δ. Τσιαχρής** / Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθυντής Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας - Βηματοδότησης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα
- Κ. Τσιούφης** / Καθηγητής-Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα, President of the European Society of Hypertension (2017-19)



ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ/ΠΡΟΕΔΡΩΝ/ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Γ. Τσιτσινάκης** / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελητής Β',
Γ.Ν.Α "Σισμανόγλειο" Αθήνα
- Π. Φαλιάγκας** / Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Δ. Μ. Φαρμάκης** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Φελουκίδης** / Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α' Καρδιολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Χ. Φωκάς** / Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη
- Γ. Χαλικιάς** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Χ. Χατζηελευθερίου** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. Δράμας
- Τ. Χριστοφορίδου** / Ακτινοδιαγνώστης, Κλινική Euromedica - Κυανούς Σταυρός,
Θεσσαλονίκη



ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

20ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΚΕΒΕ)

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΜΑΪΟΥ 2022 08:00-09:45 | Πρόεδροι: Β. Τζαλαμούρας, Γ. Καρακώστας

OR.01 | ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΤΑΞΗΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Σ. Παπαστεφάνου, Α. Κατριβεσης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αγιος Παυλος», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Προσδιορισμός του χρόνου ανάταξης επεισοδίων Κολπικής Μαρμαρυγής πρόσφατης έναρξης με ενδοφλέβια χορήγηση βερνακαλάντης ή φλεκαϊνίδης.

Υλικό - Μέθοδοι: 61 αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς (37 άνδρες, ηλικία 57 ± 3 έτη) χωρίς ιστορικό πρόσφατης νοσηλείας (< 30 ημέρες) λόγω Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου ή οξείας απορρύθμισης Καρδιακής Ανεπάρκειας εισήχθησαν στη Στεφανιαία Μονάδα με συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης. Πριν τη θεραπευτική παρέμβαση, οι ασθενείς ελέγχθηκαν με Ηλεκτροκαρδιογράφημα και Υπερηχοκαρδιογράφημα (προς αποκλεισμό δομικής καρδιοπάθειας). 51 ασθενείς έλαβαν βερνακαλάντη (χορήγηση 3 mg/kg για 10', αναμονή για 15' και επί μη ανάταξης χορήγηση 2 mg/kg για 10') και 10 ασθενείς έλαβαν φλεκαϊνίδα (χορήγηση bolus δόσης 1-2mg/kg για 10', συνέχιση με 1,2-1,5 mg/kg την πρώτη ώρα και κατόπιν 0,12-0,15 mg/kg/h).

Αποτελέσματα: 36 από τους 50 ασθενείς (70,58%) που έλαβαν βερνακαλάντη ανατάχθηκαν επιτυχώς εντός κατά μέσο όρο 17 ± 4 λεπτών και 9 από τους 10 ασθενείς (90%) ανατάχθηκαν επιτυχώς με φλεκαϊνίδα με μέσο χρόνο ανάταξης 38 ± 2 λεπτά. Δεν παρατηρήθηκαν απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες με τη χορήγηση της βερνακαλάντης.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση της βερνακαλάντης και της φλεκαϊνίδης είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς μέθοδοι αντιμετώπισης επεισοδίου Κ.Μ. πρόσφατης έναρξης. Πλεονέκτημα αμφότερων αποτελεί η ταχεία ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό με μείωση της διάρκειας και του κόστους νοσηλείας.

OR.02 | ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ POST COVID ΑΣΘΕΝΗ

Α. Σαμαράς¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Ε. Σδόγκος¹, Ν. Ελευθεριάδης², Χ. Κασμερίδης¹,
Α. Σπαχίου¹, Ι. Βογιατζής¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Πτολεμαΐδας

Εισαγωγή: Η συνύπαρξη πνευμονικής εμβολής με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο δεν είναι απίθανη λόγω της δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου, του καταρράκτη των κυτοκινών και της υπερθρόμβωσης που παρατηρούνται σε ασθενείς που νοσούν ή νόσησαν από COVID.

Περιγραφή Περίπτωσης: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και πνευμονικής εμβολής σε 44χρονο καπνιστή άνδρα με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ένα μήνα μετά από λοίμωξη COVID. Ο ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ περιφερειακού νοσοκομείου λόγω στηθάγχης. Στο ΗΚΓ εμφάνιζε αρνητικά T και qS στις απαγωγές III και aVF, χωρίς σαφή εικόνα οξείας ισχαιμίας και μικρή κινητοποίηση τροπονίνης. Λόγω του ιστορικού της πρόσφατης λοίμωξης COVID και του πλευριτικού τύπου άλγους ετέθη η κλινική υποψία πνευμονικής εμβολής και υπεβλήθη σε CTPA που κατέδειξε θρόμβους σε τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας άμφω. Έγινε έναρξη αγωγής με NOAC σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ολιγοήμερης νοσηλείας του εμφάνισε νέα επεισόδια θωρακικής δυσφορίας χωρίς κινητοποίηση τροπονίνης και ΗΚΓ μεταβολές με σαφή εικόνα υποκινησίας στο βασικό και μέσο κατώτερο τοίχωμα στον υπέρηχο καρδιάς. Ετέθη η κλινική υποψία ενδεχόμενης συνύπαρξης και οξέως στεφανιαίου συνδρόμου στα πλαίσια γενικότερης δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου και αυξημένης θρομβωτικής διάθεσης μετά από COVID λοίμωξη και ο ασθενής διακομίσθηκε στο νοσοκομείο μας για καρδιακό καθετηριασμό. Λόγω διαγνωστικού προβλήματος και υποτροπής του άλγους υποβλήθηκε στο νοσοκομείο μας σε νέα CTPA που κατέδειξε υποτμηματικές πνευμονικές εμβολές άμφω, εικόνα ελαφρώς ηπιότερη σε σχέση με την προηγούμενη. Οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου διαπιστώθηκε φυσιολογική αριστερή στεφανιαία αρτηρία και θρομβωτική απόφραξη της επικρατούσας δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας πριν το crux cordis με παρουσία άφθονου θρόμβου χωρίς παλίνδρομη σκιαγράφηση από την αριστερή. Λόγω του υποτροπιάζοντος άλγους που θεωρήθηκε μετεμφραγματική στηθάγχη ακολούθησε εργώδης αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία παρά το ότι το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο εμφανίστηκε περισσότερο από 48 ώρες πριν. Τοποθετήθηκαν 3 DES με διάνοιξη του αγγείου και ροή TIMI III. Τελικώς έλαβε εξιτήριο μετά από 4 ημέρες ασυμπτωματικός και με αγωγή κλοπιδογρέλη και NOAC για 3 μήνες και μετά κλοπιδογρέλη και ασπιρίνη μέχρι τη συμπλήρωση 12μήνου.

Συμπεράσματα: Η πνευμονική εμβολή άμφω, σε τμηματικούς και υποτμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας, είναι ένα όχι ασυνήθιστο εύρημα ακόμα και μετά από ήπια COVID λοίμωξη, λόγω της αυξημένης θρομβωτικής διάθεσης που προκαλείται από τον κορωνοϊό. Η συνύπαρξη με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο δεν είναι απίθανη λόγω της δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου, του καταρράκτη των κυτοκινών και της υπερθρομβωτικής κατάστασης του COVID, όπως έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία.

OR.03 | ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ COVID – 19

Η. Καπιτσίνης¹, Γ. Παπανικολάου¹, Μ. Παπαδημητρίου¹, Η. Ζάρβαλης²,
Γ. Καρακώστας¹, Ι. Στυλιάδης²

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Κυκλίας

²Β' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής αποτελούν κλινική οντότητα με ποικίλη αιτιολογία και παθοφυσιολογία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εμφάνισή τους σε περιπτώσεις ασθενών με λοίμωξη Covid – 19.

Σκοπός: Στα πλαίσια της παρουσίας του περιστατικού θα εκτεθούν βιβλιογραφικά δεδομένα αιτιολογικής συσχέτισης περιστατικών με Covid πνευμονία και διαταραχών κολποκοιλιακής αγωγής.

Υλικά - Μέθοδοι: Ασθενής ετών 78 εισάγεται με πνευμονία Covid – 19. Τυχαία διαπίστωνονται χαμηλές σφύξεις ενώ νοσηλεύεται χωρίς ο ασθενής να περιγράφει σχετική συμπτωματολογία.

Αποτελέσματα: Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει 35 σφύξεις ανά λεπτό με 2:1 κολποκοιλιακό αποκλεισμό και στενά συμπλέγματα QRS. Ο ασθενής τίθεται σε ενδοφλέβια χορήγηση ισοπροτερενόλης με άνοδο των σφύξεων μέχρι 65 – 70. Δεν αναδεικνύεται οξεία ή χρόνια ισχαιμία ή λοιπά δευτεροπαθή αίτια της ανωτέρω διαταραχής. Μετά την αποθεραπεία του διακομίζεται στην καρδιολογική κλινική για την ολοκλήρωση του ελέγχου. Τίθεται η ένδειξη για μόνιμο βηματοδότη οπότε και διακομίζεται σε τριτοβάθμιο κέντρο όπου ακολουθεί επιτυχής εμφύτευση.

Συμπέρασμα: Στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις διαταραχών κολποκοιλιακής αγωγής μετά από Covid – 19 λοίμωξη. Προτείνονται υποθέσεις όπως η υποξεία μυοκαρδίτιδα, η λανθάνουσα ισχαιμία του μυοκαρδίου και η καρδιοτοξικότητα φαρμάκων όπως η ρεδεσιμβίρη. Τα στοιχεία που να τεκμηριώνουν τη μια ή την άλλη θεωρία είναι ακόμα ανεπαρκή. Απαιτείται εγρήγορση αναφορικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση των ασθενών αυτών. Οι ενδείξεις για την εμφύτευση μόνιμων βηματοδοτών δε φαίνεται προς το παρόν τουλάχιστον να διαφοροποιούνται σε σχέση με τους λοιπούς ασθενείς.

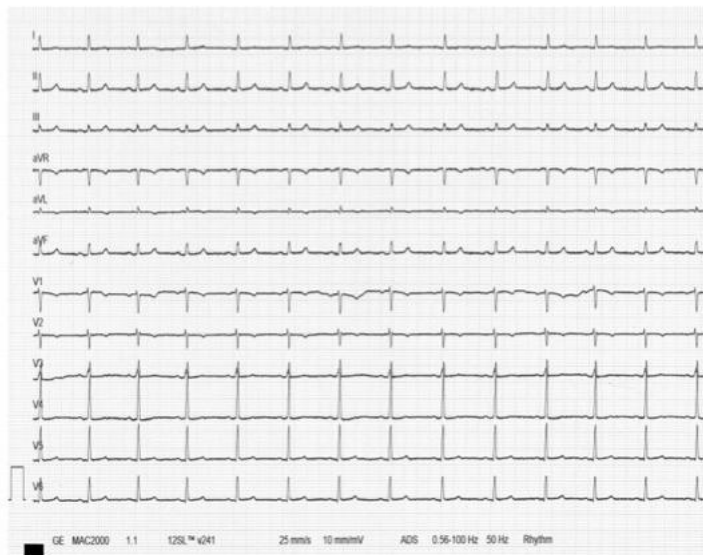
OR.04 | ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ TAKOTSUBO ΜΕ ΗΚΓ ΕΙΚΟΝΑ LAMBDA WAVES

Μ. Πιταροκοίλης, Δ. Κορέλα, Μ. Στρατινάκη, Σ. Σταυράκης, Σπ. Σταυράτης,
Ε. Παπαοικονόμου, Ε. Φουκαράκης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου Βενιζέλειο

Σκοπός: Ασυνήθης ΗΚΓ εκδήλωση μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo - εικόνα lambda waves.
Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 46 ετών, χωρίς ιστορικό από το καρδιαγγειακό, νοσηλευόμενη της Νευρολογικής κλινικής εμφανίζει εμπύρετο διαρροϊκό σύνδρομο. Αύξηση δεικτών φλεγμονής και τροπονίνης. ΗΚΓ εικόνα lambda waves. Υπερηχοκαρδιογράφημα ενδεικτικό μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo. InterTAK score:82 (υψηλή πιθανότητα διάγνωσης). Υποστήριξη σε ΜΕΘ με αγωγή Καρδιακής Ανεπάρκειας. ΗΚΓ αποκατάσταση εντός 24ωρου. Στεφανιογραφία: αγγεία χωρίς βλάβες. Επανεξέταση σε 30 μέρες με υπερηχοκαρδιογράφημα φυσιολογικό.
Αποτελέσματα: Η εικόνα Lambda wave / shark fin pattern / triangular QRS-ST-T waveform είναι σπάνιο, **παροδικό**, εύρημα που σχηματίζεται λόγω συγχώνευσης συμπλέγματος QRS, διαστήματος ST, κύματος T. Είναι ενδεικτική εμφράγματος με σημαντική στένωση στελέχους ή εγγύς προσθίου κατιόντα. Σχετίζεται με βαρύτερη πρόγνωση (καρδιογενές shock, PVF, 30d mortality). Ακόμα σπανιότερη είναι σε μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo με μελέτη 158 ασθενών (συχνότητα 3,2%, 100% γυναίκες και 100% πυροδοτούμενο από φυσικό στρεσογόνο παράγοντα). Ισχαιμία, αγγειοσύσπαση, υπερκατεχολαμιναιμία συνεισφέρουν στην ΗΚΓ εικόνα. Απαιτείται διαφορική διάγνωση από Tombstone pattern και J-wave syndromes (πρώιμη επαναπόλωση, Brugada syndrome). Είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης πρώιμης κοιλιακής μαρμαρυγής επί εμφράγματος (πριν την αγγειοπλαστική) και αυξημένης θνησιμότητας τις πρώτες 30 ημέρες.
Συμπεράσματα: Η εξοικείωση με ασυνήθεις ΗΚΓ εικόνες ενδεικτικές δυσμενούς πρόγνωσης βελτιώνει τη διαγνωστική ικανότητα και οδηγεί στη λήψη γρήγορων αποφάσεων προς όφελος του ασθενούς.

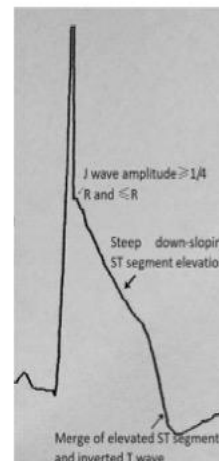


ΗΚΓ επόμενης ημέρας



LAMBDA WAVE

- Lambda wave / shark fin pattern / triangular QRS-ST-T waveform
- Σχετικά σπάνιο **-παροδικό** - ΗΚΓ εύρημα
- Συγχώνευση συμπλέγματος QRS, διαστήματος ST, κύματος T.
- Ενδεικτικό εμφράγματος με ολική/υφολική απόφραξη στελέχους, εγγύς προσθίου κατιόντα ή δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας επί απουσίας παράπλευρου δικτύου.
- Συσχέτιση με βαρύτερη πρόγνωση (καρδιογενές shock, καρδιακό arrest, PVF, 30d mortality)
- **Μελέτη 158 ασθενών με TTS**
 - 3,2% Lambda wave
 - Only women
 - Physical stressor 100%



Ann Noninvasive Electrocardiol.
2018;23:e12581

OR.05 | ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΕΡΚΕΙΑ ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΙΣΘΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Μποστανίτης, Α. Γεωργόπουλος, Μ. Καϊμακάμη, Τ. Ασκαλίδη, Π. Μουρβετίδης, Σ. Κουτσίδης, Β. Αζίδου, Μ. Σιάρκος, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Ι. Ζαρίφης
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η επαναστένωση του ισθμού της αορτής αποτελεί επιπλοκή που εμφανίζεται σε περίπου 10% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση στένωσης ισθμού αορτής σε βρεφική/νηπιακή ηλικία.

Παρουσιάζουμε περίπτωση άνδρα ασθενούς ηλικίας 42 ετών, με ατομικό αναμνηστικό χειρουργηθείσας στένωσης ισθμού αορτής σε ηλικία 2 ετών, ο οποίος εμφάνισε συμπτώματα συμφορητικής ανεπάρκειας από μηνός.

Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε αριστερή κοιλία αυξημένων διαστάσεων με σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα, δίπτυχη αορτική βαλβίδα και αυξημένη ταχύτητα ροής στην κατιούσα θωρακική αορτή. Ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία ανέδειξε στένωση του ισθμού της αορτής με διάμετρο 11-12 χιλιοστά και παρουσία θρόμβου εντός του αριστερού κόλπου. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με την διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος και μαγνητικής καρδιάς.

Είναι σαφές ότι η χρήση των μέσων απεικόνισης είναι καθοριστική. Η εφαρμογή τους σε σύμπλοκα περιστατικά είναι συμπληρωματική και συντελεί στην ακριβή διάγνωση και την στοχευμένη αντιμετώπιση.

OR.06 | ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΓΓΕΙΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Μ. Πιταροκοίλης, Σπ. Σταυράτης, Σ. Σταυράκης, Ε. Μπαχλιτζανάκη,
Ε. Χοντα, Γ. Αλετράς, Ε. Φουκαράκης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου Βενιζέλειο

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αυτόματου διαχωρισμού στεφανιαίου αγγείου ως αιτία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου.

Υλικό - Μέθοδοι: Γυναίκα 47 ετών, χωρίς παράγοντες για Στεφανιαία Νόσο προσέρχεται λόγω θωρακικού άλγους. ΗΚΓ εικόνα οξέος κατωτέρου, αληθώς οπισθίου STEMI. HS-Troponine: 42909 pg/mL. Στεφανιογραφία: εικόνα διαχωρισμού άπω τμήματος περισπώμενης. Αποκατάσταση ροής κατόπιν διέλευσης σύρματος αγγειοπλαστικής. Εξέρχεται ασυμπτωματική. ΗΚΓ αποκατάσταση.

Αποτελέσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίας αρτηρίας είναι οξεία ανάπτυξη ψευδοαυλού που επιβαρύνει τη στεφανιαία ροή μέσω συμπίεσης του αληθούς αυλού. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το φύλο και ινομυική δυσπλασία. 90% είναι γυναίκες. (πολυτοκες/θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής). Συσχέτιση με δράση ορμονών στην αγγειακή μικροκυκλοφορία. Εξασθένιση μέσου χιτώνα. Η ινομυική δυσπλασία είναι μη-αρτηριοσκληρωτική, μη-φλεγμονώδης νόσος αρτηριακού τοιχώματος. Προσβάλλει γυναίκες μέσης ηλικίας. Αφορά μέσου μεγέθους αγγεία προκαλώντας στενώσεις, διαχωρισμούς ή ανευρύσματα. Εκλυτικοί παράγοντες είναι Valsalva-like activities (εμετός, βήχας, τοκετός), μηχανικοί παράγοντες (παρατεταμένη ισομετρική άσκηση) και συναισθηματικό stress. Υπάρχουν 4 τύποι.

Αγγειογραφικά χαρακτηριστικά

- Συνήθως μέσα, άπω τμήματα αγγείων
- Συχνότερη προσβολή LAD
- Αγγεία με ελικώσεις
- Σπάνια αθηρωμάτωση

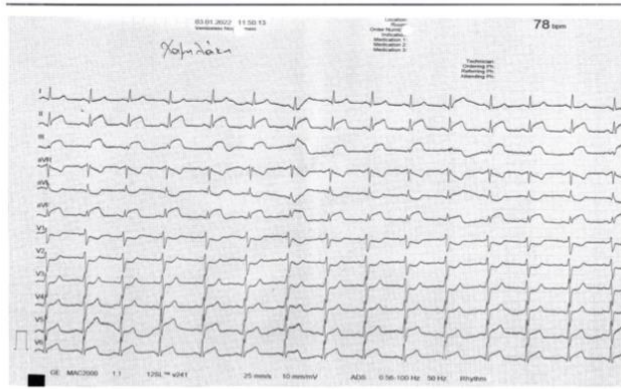
Συντηρητική/ επεμβατική αντιμετώπιση βάσει κριτηρίων

- Εντόπιση/ έκταση διαχωρισμού
- Αιμοδυναμική κατάσταση
- Έκταση μυοκαρδίου σε κίνδυνο
- Υποτροπή συμπτωματολογίας

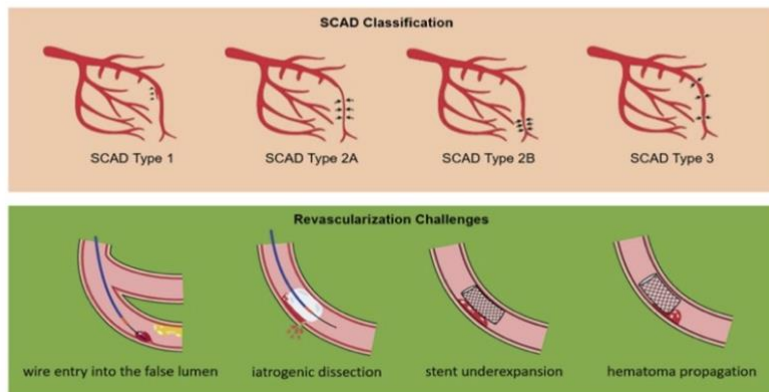
Αντένδειξη θρομβόλυσης. Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή επί αγγειοπλαστικής. Λοιπή αγωγή βάσει συμπτωμάτων

Συμπεράσματα: Η υποψία αυτόματου διαχωρισμού στεφανιαίας αρτηρίας συμβάλλει στη βέλτιστη αντιμετώπιση και στην αποφυγή περιττών και δυνητικά επιβλαβών φαρμακευτικών παραγόντων

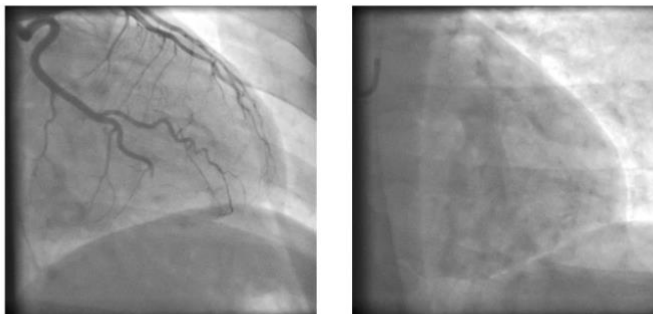
ΗΚΓ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ



ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ



OR.07 | ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ Ή ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ

Μ. Κωνσταντινίδου¹, Η. Καπιτσίνης², Η. Ζάρβαλης¹, Ι. Στυλιάδης¹

¹ Β' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Κιλκίς

Εισαγωγή: Στη σύγχρονη εποχή για ποικίλους λόγους είναι αυξανόμενος ο πληθυσμός των ασθενών που χρήζουν εμφύτευση ή αντικατάσταση καρδιακών βηματοδοτών ή απινιδωτών. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εμφυτευτής ιατρός αντιμετωπίζει προκλήσεις λόγω ανατομικών παραλλαγών και ιδιαιτεροτήτων των ασθενών.

Σκοπός: Η παρουσίαση δυο περιστατικών διαχείρισης ασθενών με καρδιακές συσκευές που παρουσιάζουν ειδικό ενδιαφέρον ως τη διαχείρισή τους.

Υλικά - Μέθοδοι: Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή που εισήχθη στο νοσοκομείο προγραμματισμένα για αντικατάσταση γεννήτριας βηματοδότη λόγω εξάντλησης. Από το ιστορικό επρόκειτο για την τρίτη κατά σειρά συσκευή που τοποθετήθηκε. Κατά την επέμβαση διαπιστώθηκε δυσλειτουργία ηλεκτροδίου και ανάγκη τοποθέτησης νέου. Πλην όμως στη διαδικασία της τοποθέτησης διαπιστώθηκε ακτινοσκοπικά η παρουσία 3 παλαιών ηλεκτροδίων με ανάδειξη εμμένουσας άνω κοίλης φλέβας και πορεία πιθανώς μέσω αριστεράς κοιλίας – στεφανιαίου κόλπου. Η δεύτερη περίπτωση αφορά ασθενή με ανάγκη εμφύτευσης διπλοεστιακού βηματοδότη και αδυναμία προσπέλασης από το αριστερό φλεβικό σύστημα λόγω στενώσεων στη συμβολή με την αριστερά υποκλείδιο φλέβα απότοκο λεφadenικού καθαρισμού στα πλαίσια παλαιάς φυματίωσης. Μετά από έλεγχο της βατότητας του δεξιού φλεβικού συστήματος με φλεβογραφία τοποθετήθηκε η συσκευή από το δεξιό σύστημα.

Συμπεράσματα: Τα περιστατικά καταδεικνύουν ότι η διαδικασία εμφύτευσης ή αντικατάστασης καρδιακών συσκευών μπορεί όχι σπάνια – ιδίως σε κέντρα με μεγάλο αριθμό περιστατικών – να αποτελέσει πρόκληση και προβληματισμό για τον εμφυτευτή ιατρό. Απαιτεί ετοιμότητα για τροποποίηση του σχεδιασμού της επέμβασης ή και αναβολής αφού προηγηθούν συμπληρωματικά επικουρικές εξετάσεις.

OR.08 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ TAKOTSUBO ΣΕ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Χ. Τσουμής, Ε. Κυπριτίδου,
Γ. Παπαγόρας, Π. Ξάρρας, Α. Παπανικολάου, Σ. Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Εισαγωγή: Η μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo είναι ένα σύνδρομο αναστρέψιμης συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και η επίπτωσή της υπολογίζεται στο 1-2% των ασθενών που αρχικά διαγιγνώσκονται ως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Εκλυτικός παράγοντας του συνδρόμου το έντονο στρες.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo, η παράθεση της κλινικής εικόνας, του ΗΚΓ, και των υπερηχογραφικών ευρημάτων της ασθενούς, η πορεία του συνδρόμου, η παρακολούθηση του, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η πρόγνωσή του.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 44 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, λόγω οξέος τυπικού προκάρδιου άλγους από 3ώρου, μετά από ενδοοικογενειακό διαπληκτισμό. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφερόταν αρτηριακή υπέρταση χωρίς φαρμακευτική αγωγή, ενώ η ασθενής ισχυρίστηκε ότι διένυε μία περίοδο έντονου στρες. Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Παρουσιάζονται τα ευρήματα του ΗΚΓ εισαγωγής και εξόδου (1,2,3), του διαθωρακικού ηχοκαρδιογραφήματος (μορφολογία apical ballooning) (1,2,3), της αιματηρής στεφανιογραφίας (1) και της MRI καρδιάς (1). Επιπλέον παρουσιάζεται συνοπτικά η θεραπευτική αντιμετώπιση και η κλινική πορεία της ασθενούς, με παράλληλη σύντομη αναφορά στα σχετικά με την περίπτωση δεδομένα της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας.

Συζήτηση: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων προσβάλλει μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στο υπερηχογράφημα καρδιάς χαρακτηριστικό εύρημα είναι η μορφολογία apical ballooning. Η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

OR.09 | ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΙΝΟΕΛΑΣΤΩΜΑ : ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ 3D ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Λ. Αποστολίδης, Α. Λουκαΐδη, Γ. Κωνσταντίνιδης, Ν. Γούλιαρος, Θ. Μπουγάς, Θ. Σέρτης, Θ. Τσελεμπής, Χ. Στεφανίδης, Χ. Χατζηελευθερίου
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με ισχαιμικό ΑΕΕ, στο οποίο καταδείχτηκε ευκίνητο μόρφωμα εντοπισμένο στην οπίσθια γλωχίνα της μιτροειδούς με χαρακτήρες υπέρ ινοελαστώματος.

Διαγνωστική προσέγγιση με διοισοφάγειο απεικόνιση, θεραπεία.

Υλικό-μέθοδος: Θήλυ ετών 59, καπνίστρια, προσκομίζεται λόγω αδυναμίας ΔΕ άνω άκρου, δυσαρθρία, έκπτωση μυϊκής ισχύος ΔΕ άνω άκρου, ΗΚΓ SR. CT εγκεφάλου : μικρής έκτασης ισχαιμικό έμφρακτο στο άνω τμήμα του ΔΕ παρεγκεφαλιδικού ημισφαιρίου μεγίστης διαμέτρου=14,2mm. 2D ΤΤΕ: LV:42 mm, EF:60 %, LA:40mm. Ευκίνητο μόρφωμα στην οπίσθια γλωχίνα της MV υποηχοϊκό μη προσλαμβάνον σκιαγραφικό μέσο αντίθεσης (sononue).

Αποτελέσματα: πραγματοποιήθηκε 3D-TOE για ακριβέστερη εκτίμηση, όπου επανελέγχεται το ωοειδές μόρφωμα διαστάσεων 6x6mm, στην κολπική επιφάνεια της οπίσθιας γλωχίνας της MV-P2(δεν προκαλεί στένωση/ίχνη ανεπάρκειας), με χαρακτήρες υπέρ ινοελαστώματος. Το ωτίο του LA ελέγχεται ελεύθερο θρόμβου. Ακέραιο μεσοκοιλιακό διάφραγμα (bubble test: αρνητικό).

Ελήφθησαν 4 ζεύγη αιμοκαλλιέργειών, οι οποίες απέβησαν αρνητικές.

Διενεργήθηκε MRI-MRA προς ακριβέστερη απεικόνιση της ισχαιμικής περιοχής- αποκλεισμό λοιπών αιτιολογικών παραγόντων για ΑΕΕ.

Θεραπεία: Καρδιοχειρουργική εκτίμηση για πιθανή χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος. Αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση αυτού με follow up της ασθενούς-ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου για αγγειακό επεισόδιο και εκ νέου επανεκτίμηση επί ενδείξεων/υποτροπής, χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής.

Συμπεράσματα: Τα ινοελαστώματα αποτελούν μορφώματα μέσου μεγέθους 9 mm(2-70mm). Σχεδόν καθολικά συναντώνται στις αριστερές κοιλότητες(>95%), ενώ η πλειοψηφία εντοπίζεται σε βαλβιδικές επιφάνειες. Ως αιτία πιθανολογείται η ανάπτυξη τους σε έδαφος τραυματισμένου βαλβιδικού ενδοθηλίου. Συχνότερες εκδηλώσεις αποτελούν τα αγγειακά εμβολικά επεισόδια. Η διαγνωστική μέθοδος εκλογής είναι το TOE ενώ η 3D απεικόνιση αποτελεί νέα απεικονιστική προσέγγιση καθώς τα αναδεικνύει ως ευκίνητα μικρού μεγέθους μορφώματα, με η χωρίς μίσχο, που συχνά προβάλλουν εντός των καρδιακών κοιλοτήτων κατά την συστολή/διαστολή. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ινοελαστωμάτων. Εντούτοις, σε ασθενείς που προηγήθηκε αγγειακό επεισόδιο συνιστάται χειρουργική εκτομή του μορφώματος. Σε συμπτωματικούς ασθενείς-μη υποψήφιους για χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται αντιπηκτική αγωγή εφόρου ζωής.

OR.10 | ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Μπουρδάκης², Δ. Κορέλα¹, Μ. Στρατινάκη¹, Γ. Αλετράς¹,
Ε. Ελευθεριάδου¹, Μ. Δετοράκη¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου Βενιζέλειο

² Καρδιολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ

Σκοπός: Ο προβληματισμός επιλογής επεμβατικής/συντηρητικής θεραπείας καρκινοπαθών με Στεφανιαία Νόσο. Επί ενεργού αιμορραγίας/αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου απαιτείται διακοπή διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής που είναι προϋπόθεση αγγειοπλαστικής.

Υλικό - Μέθοδος: Άντρας 61 ετών νοσηλεύεται λόγω απώλειας αίματος από το ορθό. Διαγιγνώσκεται με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου και δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Πριν ξεκινήσει χημειοθεραπεία (Leucovorin, Fluorouracil, Oxaliplatin) γίνεται Καρδιολογικός έλεγχος. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα φυσιολογικά. Στεφανιογραφία: υφολική στένωση 1^{ου} τριτημορίου προσθίου κατιόντα. Αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου (PRECISE-DAPT score:52). Απαιτείται 2πλη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή για 3 μήνες (IIa) ή 1 μήνα (IIb). Τα χημειοθεραπευτικά ενοχοποιούνται για καρδιοτοξικότητα, θρομβογένεση, σπασμό στεφανιαίων, ενεργοποίηση αιμοπεταλίων. Μελέτη βιβλιογραφίας για βέλτιστη αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Λαμβάνονται υπόψιν βαρύτητα Στεφανιαίας Νόσου και σταδιοποίηση καρκίνου Προβάδισμα η συντηρητική αντιμετώπιση. Επί εκτεταμένης νόσου προτιμάται αγγειοπλαστική έναντι αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Μετανάλυση 33175 ασθενών από 5 μελέτες (3323 καρκινοπαθείς) Οι τελευταίοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου και επανεμφράγματος. Επί αγγειοπλαστικής μεγαλύτερος κίνδυνος αιμορραγίας και επανεισαγωγής. Αυξημένος κίνδυνος νοσηλείας λόγω αιμορραγίας μετά αγγειοπλαστική. Προτιμάται η κερκιδική προσπέλαση. Εκτίμηση βαρύτητας στένωσης (FFR) ώστε εμφύτευση λιγότερων stents. Επιβεβαίωση έκπτυξης με IVUS, OCT. (Αυξημένος κίνδυνος θρόμβωσης σε καρκινοπαθείς). Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι αποδεκτή σε καρκίνους πρώιμου σταδίου. Αυξημένη ανάγκη αναπνευστήρα και τραχειστομίες.

Συμπεράσματα: Η επιβίωση από τον καρκίνο έχει αυξηθεί σημαντικά. Επί συνύπαρξης Στεφανιαίας Νόσου απαιτείται βέλτιστη αντιμετώπιση για μείωση καρδιαγγειακής θνησιμότητας.

OR.11 | ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ STRESS-ECHO ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Γ. Μαραθωνίτης, Ε. Ζαχαριόγλου, Γ. Μακαβός, Κ. Καλογεράς, Γ. Σιάσος,

Ε. Βαβουρανάκης

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με θετικό Stress-echo (φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης με δοβουταμίνη) που αποδόθηκε σε σπασμό του πρόσθιου κατιόντα κλάδου, ο οποίος δεν συνοδεύτηκε από σύμπτωμα ή ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για ασθενή άρρεν, 48 ετών, καπνιστή με δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή, ο οποίος προσήλθε για διενέργεια stress-echo στα πλαίσια διερεύνησης θωρακικού άλγους με φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη υπερηχογραφήματος ηρεμίας διαπιστώθηκε καλή συσταλτική λειτουργία αριστερής κοιλίας (ΚΕ: 60%) χωρίς τμηματικές υποκινησίες. Κατά τη μέγιστη φόρτιση της δοκιμασίας, παρατηρήθηκαν σοβαρές υποκινησίες στο πρόσθιο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και στην κορυφή της αριστερής κοιλίας, οι οποίες υποχώρησαν στο στάδιο της αποκατάστασης. Κατά τη δοκιμασία, δεν σημειώθηκε μεταβολή στην αρτηριακή πίεση, ενώ ο ασθενής δεν ανέφερε συμπτωματολογία. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις, ενώ παρατηρήθηκε έντονος σπασμός στον πρόσθιο κατιόντα που λύθηκε με χορήγηση νιτρωδών ενδοφλεβίως.

Συμπεράσματα: Η δοκιμασία stress-echo είναι μια πολύ ευαίσθητη μέθοδος ισχαιμίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, που αφορούν κυρίως καπνιστές, ο σπασμός μπορεί να αποτελέσει την αιτία για ένα ψευδώς-θετικό αποτέλεσμα.

OR.12 | ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΖΕΙΝΙΚΗΣ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΜΟΡΦΩΜΑ , CASEUS MITRAL ANNULAR CALCIFICATION/CMAC

Θ. Λύτρα, Ε. Ζαχαριόγλου, Γ. Μακαβός, Γ. Σιάσος, Ε. Βαβουρανάκης

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Η ανάδειξη σπάνιας περίπτωσης ασβέστωσης μιτροειδούς βαλβίδας που μιμείται μόρφωμα.

Υλικό - Μέθοδοι: Γυναίκα, 71 ετών, με ιστορικό αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, ΧΑΠ, καπνίστρια, εισήχθη στην καρδιολογική κλινική λόγω δύσπνοιας προσπαθείας από 3μήνου. Στα πλαίσια διερεύνησης, διενεργήθηκε ηχωκαρδιογράφημα, αξονική εγκεφάλου, θώρακος, άνω/κάτω κοιλίας, υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων, σπειρομέτρηση. Λόγω κλειστοφοβίας της ασθενούς αντί μαγνητικής καρδιάς, διενεργήθηκε FDG PET-CT. Στάλθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε πρωτοπαθείς καλοήθεις όγκους όπως μύξωμα, κακοήθεις όπως σάρκωμα, λέμφωμα, μεσοθηλίωμα, δευτεροπαθείς από μετασταστικούς καρκίνους άλλων οργάνων, CMAC.

Αποτελέσματα: Στο ηχωκαρδιογράφημα και στην αξονική θώρακος διαπιστώθηκε σταθερό ακίνητο μόρφωμα σε συνέχεια με τον οπίσθιο μιτροειδικό δακτύλιο, το οπίσθιο πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας και τον αριστερό κόλπο. Στο FDG PET-CT το μόρφωμα δεν παρουσίασε μεταβολική δραστηριότητα. Η δύσπνοια της ασθενούς αποδόθηκε σε παρόξυνση ΧΑΠ. Η διάγνωση που ετέθη ήταν CMAC.

Συμπεράσματα: Η CMAC πρόκειται για σπάνια μορφή ασβέστωσης της μιτροειδούς βαλβίδας που ομοιάζει με μόρφωμα και μπορεί να δυσχεραίνει την διάγνωση. Ο κλινικός ιατρός οφείλει να υποπτεύεται την CMAC για πρόπουσα παρακολούθηση του ασθενούς και πρόληψη τυχόν επιπλοκών.

OR.13 | ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΙΡΟΦΙΜΠΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θ. Κωνσταντίνου, Α. Σαμαράς, Ε. Σδόγκος, Χ. Κασμερίδης, Ι.Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή: Η θρομβοπενία που προκαλείται από φάρμακα είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων μετά τη χορήγηση μιας ποικιλίας φαρμάκων. Παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ηπαρίνη και η διάγνωσή της είναι περίπλοκη όταν συγχωρηγούνται περισσότερα από ένα πιθανά φάρμακα που την προκαλούν. Οι ασθενείς με θρομβοπενία μπορεί να παρουσιάσουν μικρές ή μεγάλες αιμορραγίες, ανάλογα με τη σοβαρότητα της έλλειψης των αιμοπεταλίων.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Αναφέρουμε εδώ μια ασυνήθιστη παρουσίαση οξείας θρομβοκυτταροπενίας που προκαλείται από αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa σε έναν άνδρα ηλικίας 50 ετών που υπέφερε από έμφραγμα του μυοκαρδίου και υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Οι διαδοχικές αίματος αίματος παρουσίασαν χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων. Τα αιμοπετάλια αυξήθηκαν μετά τη διακοπή του χορηγούμενου αναστολέα IIb/IIIa. Η ανάκαμψη ήταν άμεση, πλήρης και διαρκής με το πιο ελάχιστο κόστος, αυτό της αναγκαίας διακοπής του φαρμάκου.

Συμπέρασμα: Η παρούσα αναφορά περιστατικού υπογραμμίζει τη σημασία της άμεσης αναγνώρισης της σοβαρής θρομβοπενίας που προκαλείται από τους αναστολείς IIb/IIIa και συγκεκριμένα της τιροφιμπάνης με μέτρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων πριν και μετά την έναρξη της τιροφιμπάνης, καθώς μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα με τη διακοπή της έγχυσης και την έγκαιρη υποστηρικτική θεραπεία.

OR.14 | ΕΠΟΧΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΛΟΓΩ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**Ν. Ιωακειμίδης, Δ. Βαλασιάδης, Λ. Νάνης, Π. Κλιγκάτσης**

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου»

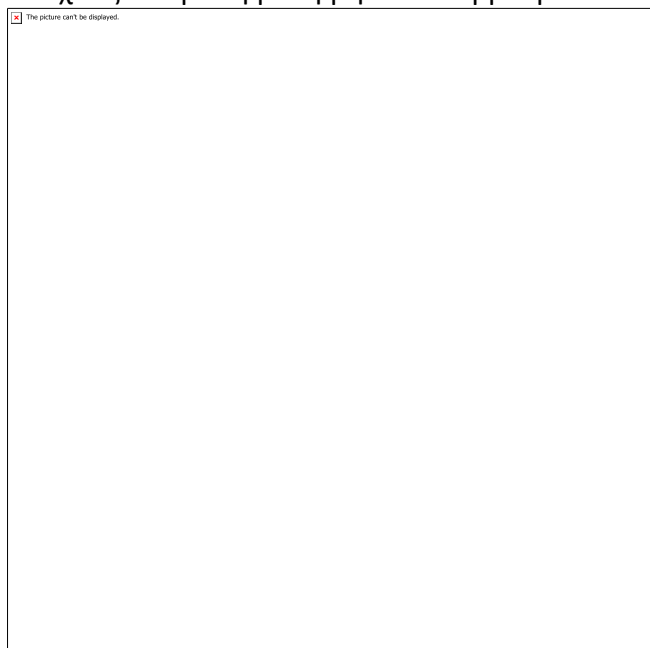
Εισαγωγή: Έχει τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία εποχική διακύμανση εκδήλωσης Παροξυσμικής Κολπικής Μαρμαρυγής (ΠΚΜ), με κορύφωση το χειμώνα και ελαχιστοποίηση το καλοκαίρι.

Σκοπός: Η παρούσα αναδρομική μελέτη διερευνά εποχικές τάσεις στις εισαγωγές λόγω ΠΚΜ στο δευτεροβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας και συσχετίσεις με θερμοκρασιακά δεδομένα.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε χρονικό ορίζοντα 10 ετών στη βάση δεδομένων εισαγωγών του νοσοκομείου, από 1 Απριλίου 2012 έως και 1 Απριλίου 2022. Ως όροι αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν οι κωδικοί κατά ICD-10: I48 (Κολπική Μαρμαρυγή και Πτερυγισμός), I48.0 (ΠΚΜ). Υπολογίστηκε ανά μήνα ο σταθμισμένος για κοινή διάρκεια μηνός αριθμός εισαγωγών ανά 50.000 κατοίκους $r_t = \frac{(\text{αριθμός μηνιαίων εισαγωγών})_t \times 50.000 \times (365,25 \div 12)}{(\text{πληθυσμός Νομού Φλώρινας})_t \times (\text{αριθμός ημερών έκαστου μήνα})}$, όπου t έκαστος μήνας κάθε έτους, στη βάση διεθνώς αποδεκτής μεθοδολογίας. Έπειτα υπολογίστηκε ο μέσος όρος μηνιαίων εισαγωγών ανά 50.000 κατοίκους ανά μήνα για το σύνολο των ετών της μελέτης. Η μέση μηνιαία θερμοκρασία για την περιοχή της Φλώρινας αντλήθηκε από την ιστοσελίδα της ΕΜΥ. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα IBM SPSS 25.

Αποτελέσματα: Οι εισαγωγές λόγω ΠΚΜ σημειώνουν αυξητική τάση κατά τους χειμερινούς μήνες με κορύφωση το Μάρτιο (μέσος αριθμός 7,3/50.000 κατοίκους) και πτωτική τάση κατά τους θερινούς με ελαχιστοποίηση τον Αύγουστο (μέσος αριθμός 3,8/50.000 κατοίκους). Ο μέσος αριθμός εισαγωγών ανά 50.000 κατοίκους για κάθε μήνα του συνόλου των ετών της μελέτης εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τη μέση μηνιαία θερμοκρασία (Pearson's $r=-0,678$, $p<0,05$).

Συμπεράσματα: Ο αριθμός εισαγωγών λόγω ΠΚΜ εμφανίζει εποχική διακύμανση και συσχετίζεται με τη μέση μηνιαία θερμοκρασία.



OR.15 | ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

**Β. Τζαλαμούρας, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Ι. Μποστανίτης, Π. Θεοδώρου,
Σ. Σιδηρόπουλος, Δ. Ευστρατίου, Χ. Μουμίν, Σ. Ξανθοπούλου, Α. Γεωργόπουλος,
Ι. Ζαρίφης**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των ασθενών που υπεβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική στελέχους τα έτη 2020-2022.

Υλικό - Μέθοδοι: Το χρονικό αυτό διάστημα πραγματοποιήθηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου 50 αγγειοπλαστικές στελέχους και πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους καθώς και των επιπλοκών τους.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που υπεβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική στελέχους ήταν 66.9 έτη και ο μέσος όρος Syntax score ήταν 24. Η τεχνική Provisional χρησιμοποιήθηκε στο 80% των περιπτώσεων ενώ στο υπόλοιπο 20% χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως Mini Crush, Cullote, TAP και Reverse Cullote. Το 40% των περιστατικών ήταν στα πλαίσια NSTEMI ή ασταθούς στηθάγχης, το 16% των περιστατικών ήταν σε έδαφος STEMI, ενώ τα υπόλοιπα αφορούσαν ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομο. Έγινε χρήση συσκευής τροποποίησης της αθηρωματικής πλάκας στο 16% των περιπτώσεων καθώς και ενδοστεφανιαία απεικόνιση με IVUS ή OCT στο 12% των περιστατικών. Τέλος η θνητότητα ήταν 6% και αφορούσε αγγειοπλαστικές διάσωσης.

Συμπεράσματα: Η αγγειοπλαστική στελέχους αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο επαναγγείωσης. Η provisional τεχνική εφαρμόστηκε στην πλειονότητα των περιστατικών και η συντριπτική πλειοψηφία των επεμβάσεων αφορούσε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

OR.16 | Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Χ. Τσουμής, Γ. Παπαγώρας, Ε. Κυπριτίδου, Α. Παπανικολάου, Στ. Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης

Εισαγωγή: Τα κρυπτογενή ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΚΙΑΕΕ) αποτελούν μια κλινική οντότητα αυξημένου ενδιαφέροντος και η διαγνωστική προσπέλαση τους προϋποθέτει τον αποκλεισμό της παρουσίας παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (ΠΚΜ).

Σκοπός: Η προγνωστική αξία της αυξημένης κολπικής δραστηριότητας (ΑΚΔ) στην μετέπειτα παρουσία κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με κρυπτογενές ΑΕΕ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 24 ασθενείς (ηλικίας $72, \pm 4,5$ ετών, 51,3% γυναίκες) με διάγνωση ΚΙΑΕΕ οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας κατά τα έτη 2018- 2021. Με βάση τον διαγνωστικό αλγόριθμο, στους ασθενείς τοποθετήθηκε Holter ρυθμού 24ωρου κατά τις 72 πρώτες ώρες της νοσηλείας τους για τον εντοπισμό ΠΚΜ.

Αποτελέσματα: Από τους 24 ασθενείς κανείς δεν είχε ιστορικό με αίσθημα παλμών, συγκοπτικού / προσυγκοπτικού επεισοδίου ή προηγούμενου εμφράγματος μυοκαρδίου. ΠΚΜ δεν διαγνώστηκε σε κανένα ασθενή (0,00%). Η μέση διάρκεια των επεισοδίων υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας που καταγράφηκαν ήταν $9,9 \pm 1,9$ sec και ο μέσος όρος ζευγών υπερκοιλιακών έκτακτων συστολών (ΥΕΣ) ήταν $56,7 \pm 11,2$ ενώ ο μέσος αριθμός ΥΕΣ ανά ώρα ήταν $96,3 \pm 24$ bpm.

Συμπεράσματα: Το Holter ρυθμού 24ωρου σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΚΙΑΕΕ έχει χαμηλή διαγνωστική αξία στην εντόπιση της ΠΚΜ.

OR.17 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η. Καπιτσίνης¹, Γ. Παπανικολάου¹, Μ. Παπαδημητρίου¹, Λ. Μόσιαλος², Γ.Καρακώστας¹, Ι. Γ. Στυλιάδης²

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Κιλκίς

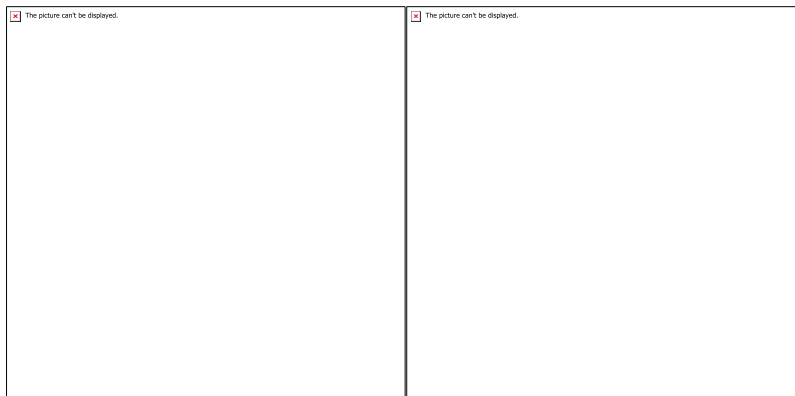
²Β' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με οξέα στεφανιαία σύνδρομα οφείλει να εξατομικεύεται. Ιδιαίτερη προσοχή στη διαχείριση ως προς το χρόνο λήψης απόφασης για διενέργεια καρδιακού καθετηριασμού αποτελεί η κατηγορία των NSTEMI οξέων στεφανιαίων συνδρόμων ανάλογα με την ταξινόμησή τους σε υψηλού μέτριου και χαμηλού κινδύνου.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με NSTEMI οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με ενδιαφέρουσα υποκείμενη ένοχη βλάβη και οι παράγοντες που καθόρισαν την απόφαση για πρώιμη επεμβατική αντιμετώπιση.

Υλικά - Μέθοδοι: Γυναίκα ετών 53 προσέρχεται με συμπτωματολογία ασταθούς στηθάγχης από δώρου. Η ασθενής είναι ελεύθερη παραγόντων κινδύνου. Από το ΗΚΓ και το υπερηχοκαρδιογράφημα εισαγωγής τίθεται υπόνοια ισχαιμίας στην κατανομή του πρόσθιου κατιόντα κλάδου. Η ασθενής τίθεται επιθετικά σε πλήρη φαρμακευτική αγωγή. Παρόλα αυτά εξακολουθεί να παραμένει έντονα συμπτωματική. Καταγράφεται υποτροπιάζουσα έκτοπη κοιλιακή δραστηριότητα εμφανίζει δε ταχεία αύξηση της υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης που εξαπλάσιάζεται σε ένα τετράωρο από την εισαγωγή της χωρίς σαφείς ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές. Ως εκ των ανωτέρω λαμβάνεται η απόφαση της πρώιμης επεμβατικής παρέμβασης. Η στεφανιογραφία αναδεικνύει φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία με διαχωρισμό στη μεσότητα του πρόσθιου κατιόντα κλάδου η οποία και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent.

Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων ταξινομείται σε 4 κύριους και έναν ενδιάμεσο τύπο. Η επίπτωση αφορά κυρίως γυναίκες στη δεκαετία των 40 με 50 ετών αλλά και σπανιότερα άντρες. Στη συντριπτική πλειοψηφία δεν υπάρχουν γνωστοί παράγοντες για στεφανιαία νόσο. Έχουν προταθεί ως προδιαθεσικοί παράγοντες το θήλυ φύλο, πρόσφατος τοκετός, νοσήματα του συνδετικού ιστού ή και άλλες παθήσεις των αγγείων (π. χ. ινομυοματώδης δυσπλασία), αρρύθμιστη αρτηριακή πίεση, χρήση κοκαΐνης. Το σύνδρομο συχνά υποδιαγιγνώσκεται και υποεκτιμάται η πραγματική του επίπτωση. Οι ενδαγγειακές τεχνικές απεικόνισης (ivus, ocl) βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση, την ταξινόμηση και τον τρόπο διαχείρισης αυτών των περιστατικών. Αποτελεί μια από τις αιτίες οξέων στεφανιαίων συνδρόμων οπότε απαιτείται κλινική υποψία ως προς το χρόνο διενέργειας καρδιακού καθετηριασμού



OR.18 | Η ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΜΙΑΣ ΑΠΑΤΗΛΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Ε. Κουλούρης¹, Π. Ξαρράς², Π.Καρυπίδου², Π. Ροδίτης³

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου»

² Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»

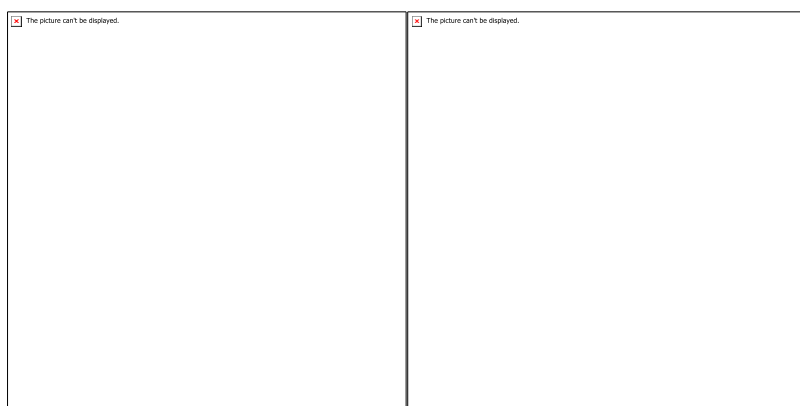
³ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Σκοπός: Η διαχείριση ασθενούς, κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19, που εμφάνισε πυρετό και δύσπνοια αρχικά και μετέπειτα οξεία καρδιακή ανεπάρκεια που οφείλετε σε λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα από αναερόβιο στρεπτόκοκκο (*Streptococcus Anginosus*).

Υλικό - Μέθοδοι: Γυναίκα 46 ετών, προσεκομίσθει στο Τ.Ε.Π., λόγω εμπύρετου και δύσπνοιας από τετραημέρου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία χωρίς ειδικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία κατέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα και εκτεταμένες, συρρέουσες αμφοτερόπλευρες πυκνωτικές περιοχές δίκην “θολής υάλου”. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία, θρομβοπενία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η ασθενής εμφάνισε επιδείνωση της δύσπνοιας με συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια και τέθηκε σε ινóτροπη ενδοφλέβια αγωγή. Αποφασίστηκε η διενέργεια υπερηχοκαρδιογραφήματος όπου κατέδειξε φυσιολογική συσταλτικότητα των καρδιακών κοιλιών χωρίς τμηματικές υποκινησίες των τοιχωμάτων τους αλλά αποκαλύφτηκε η παρουσία ευμεγέθους μάζας (εκβλάστηση) στην αορτική βαλβίδα, η οποία παρουσίαζε παλινδρόμηση και προκαλούσε σοβαρή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Η ασθενής διακομίστηκε σε Καρδιοχειρουργική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19, πρέπει να δοθεί έμφαση στην κλινική εξέταση και στην διενέργεια υπερηχοκαρδιογραφήματος σε ασθενείς με πυρετό και συνοδό δύσπνοια χωρίς υποκείμενα νοσήματα. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα από αναερόβια βακτήρια είναι μια σπάνια κατάσταση με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Απαιτείται υψηλός δείκτης καχυποψίας και επιθετική διαγνωστική προσέγγιση για να εξασφαλιστεί η έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία.



OR.19 | ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Β. Τζαλαμούρας, Ι. Μποστανίτης, Π.-Ρ. Ηλιάδης, Λ. Τσιγκρίκη, Ε. Ντάντου, Σ. Αλ. Καγιέτ, Π. Θεοδώρου, Μ. Σιάρκος, Ι. Ζαρίφης
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αξιολόγηση των ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων με επεμβατικές λειτουργικές δοκιμασίες, κατά τη διάρκεια της στεφανιογραφίας, είναι καθοριστική προκειμένου να ληφθεί η απόφαση διενέργειας αγγειοπλαστικής. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή μειζόνων και ελασσόνων συμβαμάτων, μετά την έξοδο, σε ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

Υλικό - Μέθοδοι: Η καταγραφή των περιστατικών προέρχεται από το αρχείο του αιμοδυναμικού εργαστήριου του Γ.Ν. Παπανικολάου και περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λειτουργική εκτίμηση των βλαβών ενδιάμεσης βαρύτητας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριο το 2021 έως Μάρτιο του 2022. Συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς με αρνητικό FFR ($>0,8$) ή IFR ($>0,89$) σε οξύ ή χρόνια στεφανιαίο σύνδρομο καθώς και πολυαγγειακή ή μονοαγγειακή νόσο.

Αποτελέσματα: Επί συνόλου 45 ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, λόγω φυσιολογικού IFR ή FFR, δεν καταγράφηκαν συμβάματα. Καταγράφεται ένα περιστατικό νοσηλείας για άτυπο θωρακικό άλγος χωρίς να τεκμηριώνεται ΟΣΣ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Συμπεράσματα: Η λειτουργική εκτίμηση με FFR ή IFR των ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων συνιστά πρακτική η οποία συστήνεται από τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες. Οι σύγχρονες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την υπεροχή της συντηρητικής αντιμετώπισης των ασθενών με φυσιολογικές τιμές FFR ή IFR. Τα αποτελέσματα στο κέντρο μας, ταυτίζονται με τη διεθνή βιβλιογραφία καθώς οι ασθενείς με φυσιολογικό FFR ή IFR δεν εμφάνισαν συμβάματα καθ' όλο το διάστημα παρατήρησης.

OR.20 | Η ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ STEMI

Π. Θεοδώρου, Σ. Σιδηρόπουλος, Ι. Μποστανίτης, Μ. Καϊμακάμη, Δ. Ευστρατίου, Σ. Ξανθοπούλου, Γ. Μαλίγκος, Ε. Τσιτιρίδης, Κ. Τσορμπατζόγλου, Β. Αζίδου, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Άνδρας 46 ετών με εικόνα προσθίου εμφράγματος υποβλήθηκε σε άμεσο στεφανιογραφικό έλεγχο. Η αγγειογραφική εικόνα που λάβαμε από την σκιαγράφιση του αριστερού στεφανιαίου δικτύου ήταν η πλήρης απόφραξη του προσθίου κατιόντα κλάδου (LAD), στο εγγύς τμήμα αυτού και συγκεκριμένα στο ύψος του πρώτου διαγωνίου κλάδου (D1). Η απόφραξη του αγγείου ήταν σαφές ότι οφειλόταν στην παρουσία υψηλού θρομβωτικού φορτίου.

Η αγγειοπλαστική που ακολούθησε πραγματοποιήθηκε με την προώθηση συρμάτων στην περιφέρεια του LAD και του D1. Ακολούθησε προώθηση μικροκαθετήρα στην περιφέρεια της απόφραξης του LAD και σκιαγράφιση, διαμέσου του μικροκαθετήρα, περιφερικότερα της απόφραξης. Με τον συγκεκριμένη τεχνική επιβεβαιώθηκε η παρουσία του σύρματος εντός του αγγείου και ταυτόχρονα αποφεύχθηκε η προδιάταση μπαλονιού ώστε να αποκαλυφθεί η περιφέρεια του αγγείου και συνεπώς ο πιθανός εμβολισμός υλικού περιφερικότερα. Ο χειρισμός αυτός επέτρεψε παράλληλα τον ακριβή προσδιορισμό του μήκους της βλάβης και συνεπώς την χρήση του απαιτούμενου μήκους του stent.

Η απευθείας εμφύτευση stent σε πρωτογενείς αγγειοπλαστικές προλαμβάνει την κατακερμάτιση του θρόμβου και την πρόκληση non reflow φαινομένου και περιφερικής εμβολής. Η χρήση του μικροκαθετήρα παρέχει τη δυνατότητα του ασφαλούς υπολογισμού του μήκους της βλάβης και συνεπώς της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης.

OR.21 | Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΕΙΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI)

Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Β. Τζαλαμούρας, Ι. Μποστανίτης, Μ. Καϊμακάμη, Ε. Ντάντου, Λ. Τσιγκρίκη, Γ. Σπάγος, Μ. Καλαϊτζόγλου, Φ. Δημητριάδης, Α. Τσαουσίδης, Μ. Σιάρκος, Π. Γιαννακοπούλου, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η καταγραφή της πορείας των ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση TAVI κατά το χρονικό διάστημα 2017 – 2021.

Υλικό και μέθοδοι: Στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Θ.Γ.Παπανικολάου, έχουν διενεργηθεί συνολικά 61 επεμβάσεις TAVI κατά το χρονικό διάστημα από το 2017 έως το 2021. Πραγματοποιήσαμε καταγραφή των δεδομένων δημογραφικών, κλινικών καθώς και επιπλοκών αυτών.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση TAVI ήταν τα 82 έτη, το μέσο euro score ήταν 9.17% ενώ ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 10,4 ημέρες, εκ των οποίων 4 ημέρες στη στεφανιαία μονάδα. Οι αγγειακές επιπλοκές, όπως τρώση των αγγείων προσπέλασης ή αιματώματα των σημείων παρακέντησης ήταν ελάχιστες, δηλαδή 14,7%. Οι ασθενείς που εμφάνισαν πτώση του αιματοκρίτη κυμάνθηκαν σε 24,5%, ενώ ποσοστό 11,4% υποβλήθηκε σε μετάγγιση. Η εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης, καταγράφηκε στο 14,7% των ασθενών και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενυδάτωση στο 8,1% , ενώ το 6,5% υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση. Η αναγκαιότητα εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη κυμάνθηκε στο 11,4%, ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα καταγράφηκε στο 4,9%.

Συμπεράσματα: Η εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας διακαθετηριακά αποδεικνύεται ασφαλής μέθοδος με ελάχιστα ποσοστά θνητότητας και επιπλοκών, που συνάδουν με τα καταγεγραμμένα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η συσσώρευση εμπειρίας στο κέντρο μας αποτυπώνεται με την προοδευτική μείωση των ήδη περιορισμένων επιπλοκών διαχρονικά.

OR.22 | ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ (SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION - SCAD) .Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Ι. Μποστανίτης, Τ. Ασκαλίδη, Β. Τζαλαμούρας, Π. Θεοδώρου, Σ. Κουτσίδης, Π. Μουρβετίδης, Γ. Σπάγος, Ε. Τσιτιρίδης, Α. Τσαουσίδης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των περιστατικών με SCAD που διαπιστώθηκαν στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας.

Υλικό - Μέθοδος: Οι ασθενείς που στεφανιογραφήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2019 έως και τον Μάρτιο του 2022 και εμφάνιζαν αγγειογραφική εικόνα διαχωρισμού των στεφανιαίων καταγράφηκαν και μελετήθηκαν ως προς τα επιδημιολογικά, δημογραφικά και ανατομικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Στο εργαστήριο μας καταγράψαμε 12 ασθενείς με SCAD με μέση ηλικία τα 51 έτη. Από αυτούς οι 8 ήταν γυναίκες. Στις περισσότερες περιπτώσεις το ένοχο αγγείο ήταν ο LAD και οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Αγγειοπλαστική πραγματοποιήθηκε σε δύο ασθενείς εκ των οποίων ο ένας λόγω επέκτασης του διαχωρισμού στο στέλεχος και ο άλλος λόγω αιμοδυναμικής και ηλεκτρικής αστάθειας.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του SCAD είναι μια σχετικά σπάνια αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ). Αφορά νέα άτομα, κατά κύριο λόγο γυναίκες. Το αγγείο το οποίο πλήττεται κυρίως είναι ο LAD και η αντιμετώπιση είναι συντηρητική στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Σε επαναιμάτωση υποβάλλονται ασθενείς που εμφανίζουν αιμοδυναμική, ηλεκτρική αστάθεια ή ο διαχωρισμός αφορά το στέλεχος και τα εγγύς τμήματα των αγγείων.

OR.23 | ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Ι. Μποστανίτης, Φ. Δημητριάδης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Π. Κλειτσιώτη,
Γ. Σιδηρόπουλος, Μ. Καλαϊτζόγλου, Γ. Μαλίγκος, Π. Γιαννακοπούλου,
Κ. Τσορμπατζόγλου, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Παραθέτουμε την αντιμετώπιση δυσλειτουργίας προσθετικής βαλβίδας, στην θέση της μιτροειδούς.

Ασθενής ηλικίας 70 ετών υποβλήθηκε σε αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας με μεταλλική και ταυτόχρονη αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 7μήνου. Λάμβανε ως αντιθρομβωτική αγωγή ασενοκουμαρόλη και ακετυλοσαλικυλικό οξύ, με μηνιαίο έλεγχο των τιμών INR, οι οποίες διαπιστώθηκε ότι κυμαίνονταν σε υποθεραπευτικά επίπεδα ($INR < 1,5$) σε όλο το διάστημα της μετεγχειρητικής πορείας.

Ο ασθενής εμφάνισε συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας με δύσπνοια στην ήπια κόπωση και ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε ήπια επηρεασμένη συσταλτικότητα ($EF=45\%$) αρ. κοιλίας. Η προσθετική βαλβίδα εμφάνιζε περιορισμό της διάνοιξης και αυξημένη κλίση πίεσης. Τα ευρήματα δυσλειτουργίας της βαλβίδας επιβεβαιώθηκαν με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα (TOE), το οποίο αποκάλυψε καθήλωση του ενός φύλλου της μεταλλικής βαλβίδας (θέση οπίσθιας γλωχίνας) και ευρήματα μετρίου βαθμού στένωσης ($MVA=1.2cm^2$, $meanPG=6.88mmHG$).

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εικοσιτετράωρη ενδοφλέβια χορήγηση μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης, με στενή παρακολούθηση των επιπέδων aPTT και στόχο 1,5 – 2 φορές του χρόνου μάρτυρα. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επανέναρξη ασενοκουμαρόλης με στόχο $INR=3.5 - 4.5$ και στενή παρακολούθηση ώστε να επιβεβαιώνεται η επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου. Η επανεκτίμηση με TOE της λειτουργίας της βαλβίδας αποκάλυψε την αποκατάσταση της λειτουργίας αυτής, με φυσιολογική κινητικότητα και των δύο φύλλων αυτής.

OR.24 | ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΦΥΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Β. Μοσχοβίδης, Κ. Στάμος, Ν. Τσαναξίδης, Ν. Μιχαηλίδης, Χ. Γώγος,

Α. Καρακάνας, Κ. Ρώσσιος, Π. Προύσαλης, Λ. Μόσιαλος, Ι.Στυλιάδης

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών αποτελούν σπάνιες συγγενείς ανατομικές παραλλαγές που χαρακτηρίζονται από ανώμαλη έκφυση ή πορεία των στεφανιαίων αγγείων, με δυνητικά αυξημένο κίνδυνο μυοκαρδιακής ισχαιμίας και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, ιδιαίτερα σε νεαρά αθλούμενα άτομα. Η συχνότητά τους στον γενικό πληθυσμό με βάση παλαιότερες αγγειογραφικές και νεκροτομικές μελέτες εκτιμόταν μεταξύ 1% και 5,6%, ενώ νεότερες μελέτες με την χρήση αξονικής στεφανιογραφίας έχουν αναδείξει υψηλότερα ποσοστά έως και 7,9%.

Η ανώμαλη έκφυση αποτελεί σημαντική κατηγορία ανωμαλιών των στεφανιαίων αγγείων. Η έκφυση (ενός ή δύο αγγείων) γίνεται συχνότερα από έκτοπη θέση στην αορτική ρίζα ή από το στέλεχος έτερου στεφανιαίου αγγείου ($\leq 1\%$) και σπανιότερα από το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας (0,01%). Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία αποτελεί σπάνια ανωμαλία, στην οποία το μυοκάρδιο αρδεύεται από ένα και μόνο αγγείο (0,02-0,07%).

Ορισμένες ανωμαλίες σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο ισχαιμίας και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (π.χ. έκφυση της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία), ενώ ορισμένα ανατομικά χαρακτηριστικά (υψηλή έκφυση ή έκφυση με οξεία γωνία, στενό στόμιο, διέλευση μεταξύ των μεγάλων αγγείων) αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου για μείζονα καρδιακά συμβάματα.

Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αποτελούν συνήθως τυχαίο εύρημα και λιγότερο συχνά διαγιγνώσκονται στα πλαίσια διερεύνησης μυοκαρδιακής ισχαιμίας ή ανακοπής. Η διαχείριση των ασθενών βασίζεται κυρίως στην ύπαρξη συμπτωμάτων-επιπλοκών, προκλητής ισχαιμίας σε λειτουργικές απεικονιστικές δοκιμασίες καθώς και στην παρουσία ανατομικών χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου.

Παρουσιάζουμε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με ανώμαλη έκφυση στεφανιαίων αγγείων που αντιμετωπίσαμε στο αιμοδυναμικό μας εργαστήριο.

OR.25 | ΣΟΒΑΡΗ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γ. Κωνσταντινίδης, Π. Θεοδωρίδου, Λ. Αποστολίδης, Ε. Παστιρματζή, Α. Λουκαΐδη, Χ. Μπακόπουλος, Χ. Στεφανίδης, Χ. Χατζηελευθερίου
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού βαριάς παγκρεατίτιδας και η πιθανή συσχέτιση της με την χορήγηση φουροσεμίδης, σε ασθενή με νοσηλεία για απορρόθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής άρρεν 82 ετών, με ιστορικό πρόσφατης περικαρδίτιδας, HFmrEF, αρτηριοσκληρωτικής καρδιακής νόσου, εισάγεται εξαιτίας ορθόπνοιας και οιδημάτων κάτω άκρων. Τίθεται σε ενδοφλέβια χορήγηση φουροσεμίδης (120mg/ημερησίως, 540mg συνολικά), σπειρονολακτόνη, καρβεδιλόλη, εναλαπρίλη, ΗΧΜΒ και αντιβιοτική αγωγή με αμπικιλίνη. Εργαστηριακό προφίλ εισόδου: SGOT:17U/L, SGPT:17U/L, αμυλάση:29 U/L, ολική χολερυθρίνη:0,93 mg/dl, Creat:0.87mg/dl, Urea: 29mg/dl, NT-proBNP:3298pg/ml, τριγλυκερίδια: 69mg/dl, ασβέστιο:8,5 mg/dl

U/S καρδιάς: EF:45%, LV:50mm, υπερτροφία (LVH) 1ου βαθμού, LA:54mm IVC:28mm, MR:1+, VmaxTV:2,8 m/s ΗΚΓ: κολπική ταχυκαρδία, strain LV.

Την πέμπτη μέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε κοιλιακό άλγος, με συνοδό μετεωρισμό κοιλίας και αναστολή αποβολής αερίων-κοπράνων. Υπήρξε ραγδαία επιδείνωση της κλινικής εικόνας, με ανθεκτική στην χορήγηση υγρών υπόταση, oligουρία και συγχυτική κατάσταση. Διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου-κοιλίας, με ανάδειξη οιδηματώδους απεικόνισης του παγκρέατος συμβατή με οξεία παγκρεατίτιδα, χωρίς εικόνα λιθίασης χοληδόχου. Η παγκρεατίτιδα πληρούσε τα κριτήρια σοβαρής βαρύτητας (BISAPscore 4/5) και προκάλεσε σηπτική καταπληξία, με αποτέλεσμα την ανάγκη για επιθετική ενυδάτωση και χρήση ινóτροπης αγωγής με ντοπαμίνη (3 mcg/kg/min).

Εργαστηριακό προφίλ: SGOT:155U/L, SGPT:128U/L, Creat:2,69 mg/dl, Urea:120mg/dl, CK:2019U/L, CRP:259 mg/L, αμυλάση 461U/L

Συζήτηση: Η ανάπτυξη παγκρεατίτιδας αποδίδεται στην χορήγηση υψηλών δόσεων φουροσεμίδης, η οποία δυνητικά προκαλεί παγκρεατική υποάρδευση μέσω διούρησης και ελάττωσης του ενδοαγγειακού όγκου. Η ακριβής παθοφυσιολογία είναι ασαφής και άλλοι πιθανοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν την εξωκρινή διέγερση του παγκρέατος και την αυτοάνοση υπερευαισθησία. Η σχετιζόμενη με φουροσεμίδα παγκρεατίτιδα διακρίνεται χρονικά στην 1. πρώιμη (ανάπτυξη σε 24 ώρες), 2. ενδιάμεση (1 μέρα – 1 μήνα), 3. όψιμη (>1 μήνα).

Συμπέρασμα: Η χορήγηση φουροσεμίδης ειδικά σε υψηλές δόσεις μπορεί σπανίως να οδηγήσει σε πολυπαραγοντική ανάπτυξη παγκρεατίτιδας, ιδίως σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, με συνοδές καρδιαγγειακές συννοσηρότητες με κύριο μηχανισμό αυτόν της υποάρδευσης. Η συνολική πρόγνωση είναι καλή μετά την διακοπή του φαρμάκου.

OR.26 | ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Β. Βασιλακόπουλος, Σ.Θεοδωρίδου, Π. Ροδίτης, Χρήστος Τσουμής, Ε. Κυπριτίδου, Γ. Παπαγόρας, Π. Ξάρρας, Α.Παπανικολάου, Σ. Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Εισαγωγή- Σκοπός: της παρούσας προοπτικής μελέτης ήταν η συγκριτική μελέτη των ορολογικών επιπέδων βιταμίνης D (vit.D) σε ασθενείς με αθηρωματική νόσο και σε αντίστοιχο πληθυσμό ελεύθερο αθηρωματικών βλαβών (ΑΒ).

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκε ένα σύνολο 124 ασθενών με τεκμηριωμένη αθηρωματική νόσο (στεφανιαία νόσο, περιφερική αποφρακτική νόσο, αθηρωμάτωση καρωτιδικών αρτηριών, εγκεφαλικών αγγείων, αορτής ή/και μειζόνων λοιπών αρτηριών), οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα ασθενών (ΟΑ). Ακολούθως, ένα ισάριθμο δείγμα, στερούμενο των προαναφερθέντων ΑΒ, προσαρμοσμένο ως προς το φύλο, ηλικία, δείκτη μάζας σώματος κι επιμέρους νοσήματα, αποτέλεσε την ομάδα μαρτύρων (ΟΜ).

Αποτελέσματα: Οι 86 (67,18%) ήταν άνδρες και οι 42 (32,82%) θήλεις. Οι μέσες τιμές vit.D στην ΟΑ ήταν $19,2 \pm 9,4$ ng/ml και στην ΟΜ $26,4 \pm 12,5$ ng/ml ($p < 0.003$). Ο επιπολασμός ανεπάρκειας ή έλλειψης vit.D αφορούσε το 69,7% του δείγματος. Ορισμένοι παράγοντες όπως ο δείκτης μάζας σώματος ($r = 0.81 - p < 0.002$), ο βαθμός αστικοποίησης ($r = 0.74 - p < 0.03$), φάνηκε ότι παρουσιάζουν ποικίλη θετική γραμμική συσχέτιση με τα χαμηλά επίπεδα τιμών vit.D. Επίσης, θετική συσχέτιση ($r = 0.66 - p < 0.04$) διαπιστώθηκε μεταξύ βαρύτητας των ΑΒ και έλλειψης vit.D. **Συμπεράσματα:** Οι τιμές vit.D στον πληθυσμό που μελετήθηκε καταγράφηκαν γενικότερα χαμηλές, σημαντικότερα ανεπαρκείς στην ΟΑ. Χαμηλές τιμές vit.D υπαινίσσονται σύνδεση κατά κάποιο τρόπο με την παθογένεση των αθηρωματικών αγγειοπαθειών σε διάφορα στάδια. Ωστόσο, απαιτούνται μεγάλης κλίμακας μελέτες ώστε να διερευνηθεί ενδελεχώς αυτή η υπόθεση.

OR.27 | ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ STEMI

Σ. Μαδυτινού, Ι. Στρατάκης, Ν. Καμπουρίδης, Ν. Παπουλίδης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας

Σκοπός: Η ανάδειξη της δυσκολίας στην διαχείριση περιστατικών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε νοσοκομείο χωρίς αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 46 ετών (καπνίστρια, παχύσαρκη, με ατομικό ιστορικό πρωτοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης και ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό) διακομίζεται από ΚΥ του νομού λόγω εμφάνισης προκάρδιου άλγους συσφικτικού χαρακτήρα με αντανάκλαση στην ράχη από μισής ώρας. Στο ΤΕΠ διαπιστώνονται ανασπάσεις του διαστήματος ST στις απαγωγές Ι, aVL, V2-V4 και διεύρυνση του QRS με μορφολογία υπέρ LBBB. Εισάγεται στην στεφανιαία μονάδα, λαμβάνει φόρτιση με κλοπιδογρέλη και ασπιρίνη, ενοξαπαρίνη, στατίνη και διαπιστώνεται άρση των ανασπάσεων και υποχώρηση του άλγους οπότε δεν χορηγείται θρομβολυτικός παράγοντας. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα παρατηρείται υποκινησία της κορυφαίας μοίρας του πρόσθιου τοιχώματος και του πρόσθιου μεσοκοιλιακού διαφράγματος και από τον εργαστηριακό έλεγχο κινητοποίηση μυοκαρδιακών ενζύμων (αρχική τιμή hsTrop 506 pg/ml). Κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας της εμφανίζει προκάρδιο άλγος χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις με συνοδό υπερτασική αιχμή και πολλαπλά επεισόδια NSVT επομένως τίθεται σε εσμολόλη και χορηγείται αναλγητική αγωγή. Έπειτα παραμένει ασυμπτωματική και αιμοδυναμικά σταθερή καθ όλη την νοσηλεία της οπότε λαμβάνει εξιτήριο και παραπέμπεται για αιμοδυναμικό έλεγχο, όπου διαπιστώνεται αυτόματος διαχωρισμός στην μεσότητα του πρόσθιου κατιόντα κλάδου.

Συμπεράσματα: Παρόλα τα εργαστηριακά και απεικονιστικά μέσα, η διάγνωση του αυτόματου διαχωρισμού των στεφανιαίων αγγείων δεν δύναται να αποκλεισθεί σε νοσοκομείο χωρίς αιμοδυναμικό εργαστήριο. Ως εκ τούτου ελλοχεύει ο κίνδυνος χορήγησης θρομβολυτικού παράγοντα που αντενδείκνυται στην θεραπεία της νόσου.

OR.28 | «ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΚΡΥΟΚΑΤΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ»

Σ. Γιωτάκη¹, Κ. Παπαθανασίου¹, Δ. Βραχάτης¹, Χ. Κοσσυβάκης², Γ. Γιαννόπουλος³, Κ. Ραϊσάκης², Α. Καούκης², Γ. Δευτεραίος², Α. Θεοδωράκης⁴, Δ. Αβραμίδης⁵, Γ. Σιάσος⁶, Σπ. Δευτεραίος¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν «Αττικόν», Καρδιολογική Κλινική

² Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

³ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁴ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσολογίου

⁵ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

⁶ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή - Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της μακροχρόνιας κλινικής έκβασης ασθενών που υποβάλλονται σε κρυοκατάλυση για την αντιμετώπιση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής συγκριτικά με κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα.

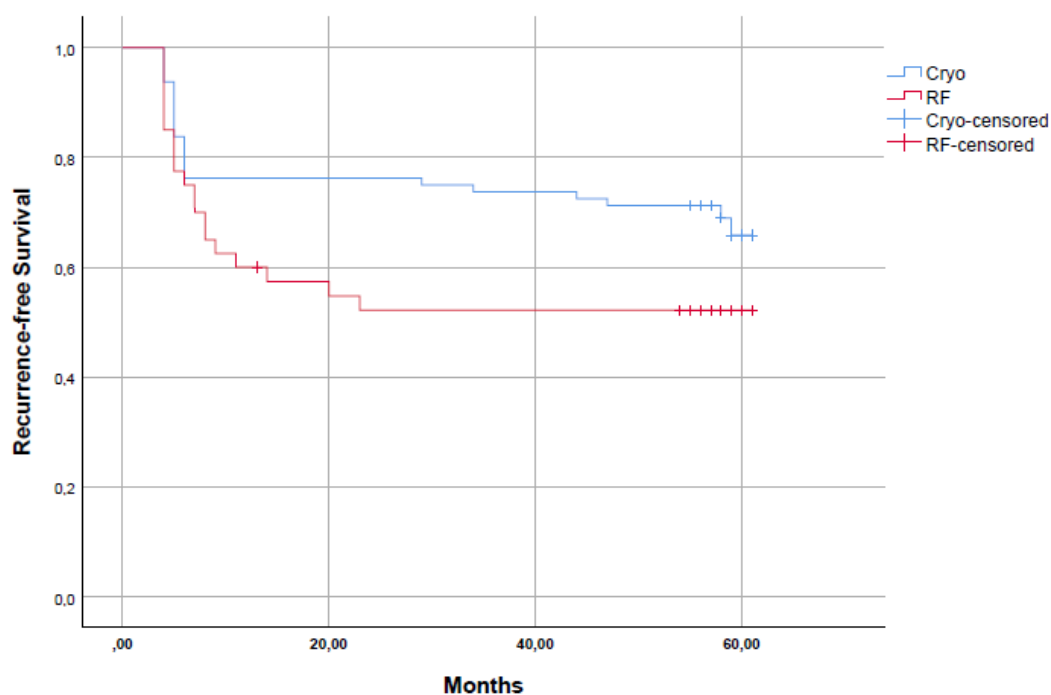
Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη παρακολούθησης 120 ασθενών. Κριτήρια εισαγωγής αποτέλεσαν, ηλικία >18 έτη, τουλάχιστον δύο συμπτωματικά επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής κατά τους τελευταίους 12 μήνες, και αποτυχία τουλάχιστον ενός αντιαρρυθμικού φαρμάκου τάξης I ή III. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν, προηγηθείσα επέμβαση κατάλυσης στον αριστερό κόλπο, διάμετρος αριστερού κόλπου >50 mm, βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή, ενεργή λοιμώδης ή κακοήθης νεοπλασματική νόσος, σοβαρή νεφρική ή/και ηπατική δυσλειτουργία.

Αποτελέσματα: Από τους 120 ασθενείς (54.2 % άνδρες), 80 υποβλήθηκαν σε κρυοκατάλυση και 40 σε κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα. Τα κλινικά δεδομένα συννοσηροτήτων, όπως στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης και αρτηριακή υπέρταση, παρουσίαζαν μη στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες σύγκρισης (Πίνακας 1). Ελεύθεροι αρρυθμίας ανευρέθησαν το 63.3% των ασθενών συνολικά, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο θεραπευτικές μεθόδους (68.8% έναντι 52.5%, odds ratio 1.99, 95% CI 0.91-4.34, p=0.08) (Σχήμα 2). Κατ'άπολυτο αριθμό το διάστημα ελεύθερο αρρυθμιών ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα της κρυοκατάλυσης (46 μήνες, 95% CI 41-52) έναντι της ομάδας της κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα (36 μήνες, 95% CI 27-44). Το μέσο χρονικό διάστημα χωρίς υποτροπή στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης ήταν 43 μήνες με 95% διάστημα εμπιστοσύνης, 38-47 μήνες.

Συμπέρασμα: Η διακαθετηριακή κατάλυση της συμπτωματικής παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, ανεξαρτήτως μεθόδου, προσδίδει στους ασθενείς κατά μέσο όρο 43 μήνες χωρίς υποτροπή της αρρυθμίας.

Μεταβλητή	Σύνολο (n=120)	CBA (n=80)	RFA (n=40)	p-value
Φύλο (άνδρες)	54.2%	53.8%	55%	0.89
Κάπνισμα	50.8%	55%	42.5%	0.2
Αρτηριακή Υπέρταση	49.2%	51.2%	45%	0.52
Σακχαρώδης Διαβήτης	12.5%	11.3%	15%	0.55
Καρδιακή Ανεπάρκεια	3.3%	2.5%	5%	0.47
Στεφανιαία Νόσος	6.7%	7.5%	5%	0.6

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης. CBA: cryoablation, κρυοκατάλυση, RFA: RF ablation, κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα.



Σχήμα 1: Οι καμπύλες Kaplan-Meier διαστημάτων χωρίς υποτροπή αρρυθμίας για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρυοκατάλυση (μπλέ) και κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα (κόκκινο) δε διέφεραν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0.071$).

OR.29 | ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Λ. Λάκκας¹, Ο. Καρδακάρη¹, Χ. Μπάλλας¹, Π. Καλογεράς¹, Η. Στάμου¹,
Β. Μπουρατζής¹, Σ. Σιώρος¹, Σ. Γιάννου¹, Α.Κ. Νάκα¹, Α. Κωσταντινίδης²,
Λ.Κ. Μιχάλης¹, Χ. Κατσούρας¹

¹ Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

² Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Σκοπός: Αξιολόγηση για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Οξεία Πνευμονική Εμβολή (ΟΠΕ), με το ερωτηματολόγιο PEmb-QoL (Pulmonary Embolism Quality of life questionnaire) και συσχέτιση της με βιοχημικούς και νεότερους υπερηχογραφικούς δείκτες εκτίμησης της δεξιάς κοιλίας.

Υλικό - Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε διαδοχικούς ασθενείς με διάγνωση ΟΠΕ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Κατά τη νοσηλεία, καταγράφηκαν υπερηχογραφικοί δείκτες εκτίμησης της δεξιάς κοιλίας και βιοχημικοί δείκτες. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε δύο χρονικές περιόδους μετά την ΟΠΕ (1 και 3 μήνες).

Αποτελέσματα: Εκατό διαδοχικοί ασθενείς εισήχθησαν μελέτη. Εξαιρέθηκαν 14 ασθενείς (12 πέθαναν στο τρίμηνο και 2 χάθηκαν στην παρακολούθηση). Το δείγμα μας αποτέλεσαν 86 άτομα (47 γυναίκες) με μέση ηλικία 69.7 ($\pm$ 13.4) έτη. Στο σύνολο του πληθυσμού, οι διαφορές μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$) σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Στο τρίμηνο, υψηλότερο ποσοστό βελτίωσης παρουσίασαν: η κλίμακα των κοινωνικών περιορισμών και της έντασης των ενοχλήσεων. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των τιμών του συνολικού επιμήκους strain της δεξιάς κοιλίας (RV GLS) με τις τιμές των τριών από τις έξι διαστάσεις του PEmb-QoL. Υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου Β (BNP), μετρούμενου στην νοσηλεία για ΟΠΕ, και της διάστασης «ένταση παραπόνων» στους τρεις μήνες στους ασθενείς η πνευμονική εμβολή εκδηλώθηκε, κατά την νοσηλεία τους για άλλο αίτιο.

Συμπεράσματα: Ο RV GLS συσχετίζεται με την πρόγνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΟΠΕ. Το BNP σχετίζεται με την «ένταση παραπόνων» στους ασθενείς που η ΟΠΕ εκδηλώνεται κατά τη νοσηλεία τους για άλλη αιτία.

OR.30 | ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΟΝΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ: ΤΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ, ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ «GREECE» ΑΠΟ ΤΑ 9 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΚΕΝΤΡΑ (COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDED INVASIVE CORONARY ANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH A PREVIOUS CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY TRIAL)

Φ. Τουλγαρίδης², Γ. Τσίγκας¹, Α. Αποστολός⁵, Γ. Βασιλάγκος¹, Α. Μούλιας¹, Α. Παπανικολάου¹, Π. Σπυροπούλου¹, Δ. Δ. Χλωρογιάννης¹, Μ. Χαμακιώτη¹, Ε. Σπανού¹, Ν. Κάρτας¹, Ν. Βυθούλκας¹, Λ. Παππάς², Α. Ζαχαρούλης², Α. Σιδέρης², Π. Κορκονικήτας³, Σ. Πατσιλινάκος³, Δ. Φαγκρέζος³, Χ. Μάντης³, Α. Παππάς³, Δ. Αλεξόπουλος⁴, Σ. Αργέντος⁴, Ι. Ξενογιάννης⁴, Κ. Τσιούφης⁵, Κ. Τούτουζας⁵, Α. Συνετός⁵, Γ. Λάτσιος⁵, Ι. Τσιαφούτης⁶, Μ. Κουτούζης⁶, Α. Σακελλαροπούλου⁶, Α. Ζιάκας⁷, Γ. Σιάνος⁷, Α. Κουπαράνης⁷, Ε. Καραγιαννίδης⁷, Σ. Δάιος⁷, Γ. Κοχιαδάκης⁸, Μ. Χαμηλός⁸, Ε. Κλάδου⁸, Ι. Κανακάκης⁹, Δ. Παπουτσής⁹, Ε. Σερτεδάκης⁹, Π. Νταβλούρος¹

¹Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών «Παναγιά Η Βοήθεια»

²Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

³Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα»

⁴Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

⁵Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

⁶Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α.ΕΕΣ. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο»

⁷Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «Αχέπα»

⁸Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

⁹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Σκοπός – Εισαγωγή: Η επεμβατική στεφανιογραφία (ICA) αποτελεί την πρώτη επιλογή για την απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων, ενώ η αξονική στεφανιογραφία (cCTA) χρησιμοποιείται ως μια εναλλακτική διαγνωστική προσέγγιση, καθώς είναι μια μη-επεμβατική, αξιόπιστη και σύντομη εξέταση. Η διαγνωστική της ακρίβεια είναι εφάμιλλη της ICA, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προηγηθέν χειρουργείο αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) και ενδείκνυται κυρίως για την απεικόνιση των μοσχευμάτων και δευτερευόντως των γηγενών αγγείων. Σκοπός της παρούσας πολυκεντρικής μελέτης είναι να συγκριθεί η διενέργεια cCTA πριν την ICA σε σύγκριση με τη διενέργεια μόνο ICA.

Υλικά - Μέθοδοι: Διαδοχικοί, αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς, χωρίς υψηλού κινδύνου οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (GRACE ACS-Score<140) και χωρίς σημαντική νεφροπάθεια (eGFR Cockcroft-Gault>30ml/min/1.73m²) οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε CABG και έχουν ένδειξη για στεφανιογραφία, τυχαιοποιούνται (1:1) είτε στη διενέργεια μόνο ICA (ομάδα ελέγχου), είτε στη διενέργεια cCTA και ICA (ομάδα παρέμβασης). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο είναι ο συνολικός όγκος σκιαγραφικού που χορηγήθηκε στον ασθενή. Τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία περιλαμβάνουν το συνολικό όγκο του σκιαγραφικού που δαπανήθηκε μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς, δηλαδή χωρίς να πραγματοποιηθεί αγγειοπλαστική (PCI) στον ασθενή, τη συνολική διάρκεια της επέμβασης και αντίστοιχα μόνο της ICA και της PCI, τη χρονική διάρκεια που απαιτήθηκε για να πραγματοποιηθεί μόνο η διάγνωση, το συνολικό αριθμό των καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν, τον αριθμό των καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τη διάγνωση, το συνολικό χρόνο της ακτινοσκόπησης και αντίστοιχα μόνο της ICA-χωρίς την PCI, τη συνολική ακτινοβολία, τη διαγνωστική ακρίβεια της cCTA ιδίως στην απεικόνιση των μοσχευμάτων, την οξεία νεφρική ανεπάρκεια-επαγόμενη από τη χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα (CIN), τις άμεσες πιθανές περιεπεμβατικές επιπλοκές (εντός 1-6 ωρών μετά την ICA) καθώς και τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα τις πρώτες 5 και 30 ημέρες του επανελέγχου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Από το Νοέμβριο του 2020 ως και τον Ιανουάριο του 2022, συνολικά 113 ασθενείς (41.24%, n=274) έχουν τυχαιοποιηθεί (1:1) στα 9 συμμετέχοντα κέντρα της μελέτης, με 56 να τυχαιοποιούνται στην ομάδα παρέμβασης (40.87%, n=137) και 57 στην ομάδα ελέγχου (41.60%, n=137).

Τα αποτελέσματα σε σχέση με το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, το συνολικό όγκο του σκιαγραφικού που χορηγήθηκε σε κάθε ασθενή, μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου δείχνουν μια ανωτερότητα υπέρ της ομάδας ελέγχου, το οποίο δε διέφερε στατιστικώς σημαντικά (διάμεση τιμή σκιαγραφικού: 152ml στην ομάδα ελέγχου έναντι 188,6ml στην ομάδα παρέμβασης, p=0.002). Εντούτοις αναφορικά με τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία της μελέτης, η νέα πειραματική πρόταση σχετίζεται με στατιστικώς σημαντικά λιγότερο επεμβατικό χρόνο (22 λεπτά έναντι 38 λεπτά, p= 0,016) και στατιστικώς σημαντικά μειωμένη συχνότητα εμφάνισης μείζονων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων στις 5 και 30 ημέρες του επανελέγχου (MACEs)(3 έναντι 10, p=0,042), υπέρ της ομάδας παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη, η διενέργεια cCTA προ της ICA σε ασθενείς με προηγηθέν CABG δεν υπερέχει στατιστικώς σημαντικά έναντι απευθείας της ICA, αναφορικά με το συνολικό χορηγούμενο όγκο σκιαγραφικού. Εντούτοις, φαίνεται πως η μελέτη μπορεί να αποβεί χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πράξη, καθώς εκτός της μη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στο συνολικό σκιαγραφικό, διαφαίνεται ότι ευνοεί και στα δευτερογενή καταληκτικά σημεία, μειώνοντας τη συνολική διάρκεια της επέμβασης, το συνολικό χρόνο ακτινοσκόπησης και ενδεχομένως τις επιπλοκές σε σχέση με το σκέλος των ασθενών που τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης. Τα πρώτα αυτά συμπεράσματα μένουν να αποδειχθούν στο μέλλον με τη συνέχιση και ολοκλήρωση της μελέτης από το σύνολο των 9 συμμετεχόντων κέντρων.

OR.31 | ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ EUCALIMUS SIROLIMUS ELUTING STENT ΜΕ ΒΙΟΔΙΑΣΠΩΜΕΝΟ ΠΟΛΥΜΕΡΕΣ

Δ. Παπακωνσταντίνου¹, Γ. Μπάμπας², Σ. Παπαζαχαρίου¹, Α. Μοσχοβίτης¹,

Π. Τσαλουκας¹, Κ. Παπακωνσταντίνου³, Σ. Παπαστεφανου¹

¹ Καρδιολογικό, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Καρδιολογικό, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

³ Αναισθησιολογικό, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα στεντ με βιοδιασπώμενο πολυμερές έχουν δείξει ελαττωμένο βαθμό επαναστένωσης και θρόμβωσης. Θελήσαμε να επιβεβαιώσουμε τα παραπάνω σε μια αναδρομική μελέτη πραγματικού κόσμου στη χώρα μας.

Μέθοδος : Μελετήσαμε αναδρομικά, για $27,8 \pm 5,2$ μήνες, 196 ασθενείς που προσήλθαν σε 2 αιμοδυναμικά κέντρα της πόλης μας, σε διάστημα 2 ετών, από τον Φεβρουάριο 2016 έως τον Σεπτέμβριο 2018. Ο πρωταρχικός σκοπός της μελέτης ήταν ο καθορισμός του Target Lesion Failure (TLF) οριζόμενου ως το άθροισμα των καρδιακών θανάτων, των εμφραγμάτων μυοκαρδίου σχετιζόμενα με το αγγείο στόχο, και το TLR. Δευτερεύων στόχος ήταν η καταγραφή των MACE οριζόμενα ως το άθροισμα της ολικής θνητότητας, εμφραγμάτων και επαναγγείωσης. Μελετήθηκε επίσης η θρόμβωση των στεντ όπως αυτή ορίζεται από το Academic Research Consortium.

Αποτελέσματα: Επιτυχής αγγειοπλαστική σε όλους με κανένα ενδονοσοκομειακό MACE. Το σύνθετο TLF στον επανέλεγχο βρέθηκε 4% ενώ το MACE ανήλθε στο 8,6% περιλαμβανόμενου μη καρδιακού θανάτου (2%) και εμφραγμα μυοκαρδίου μη σχετιζόμενο με το αγγείο στόχο (1%). Καταγράφηκε 1 μόνο υποξία θρόμβωση του στεντ ενώ δεν υπήρξαν περιπτώσεις καθυστερημένης και πολύ καθυστερημένης θρόμβωσης.

Συμπεράσματα: Ο χαμηλός ρυθμός MACE, TLF όπως και θρόμβωσης που καταγράφηκε στη πραγματικού κόσμου μελέτη μας, επιβεβαιώνει την ασφάλεια του eucalimus stent, καθιστώντας το ικανή εναλλακτική επιλογή.

OR.32 | ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ. ΠΟΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΩΝ;

Ι. Βογιατζής, Ε. Σδόγκος, Α. Παπαδόπουλος, Α. Σπαχίου, Θ. Κωνσταντίνου, Χ.Κασμερίδης, Π. Θεοδοσίου, Μ.Γουμενάκης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή: Η πρόσφατης έναρξης Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι συχνή αιτία προσέλευσης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για αντιμετώπιση. Η ταχεία ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό, με αντιαρρυθμικά φάρμακα, ελαττώνει τον κίνδυνο αιμοδυναμικής αστάθειας, νοσηλείας και αναδιαμόρφωσης του κολπικού μυοκαρδίου.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της από του στόματος χορήγησης αντιαρρυθμικών Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα στο ΤΕΠ της καρδιολογικής κλινικής είναι η φλεκαϊνίδα και η προπαφαινόνη.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 84 ασθενείς (60 άνδρες – 24 γυναίκες), με πρόσφατης έναρξης ΚΜ, που προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου και αποφασίστηκε να γίνει ανάταξη της αρρυθμίας. Η προσπάθεια έγινε με τη χορήγηση προπαφαινόνης p.os. (600 mgr συνολικά, Ομάδα Α – 42 ασθενείς, 32 άνδρες – 10 γυναίκες, μέσης ηλικίας $64,81 \pm 6$ χρόνων) και φλεκαϊνίδης p.os. (300 mgr συνολικά, Ομάδα Β – 42 ασθενείς, 28 άνδρες – 14 γυναίκες, μέσης ηλικίας $61,62 \pm 8,4$ χρόνων). Εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής στις 24 ώρες και η παρουσία ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

Αποτελέσματα: Τα βασικά χαρακτηριστικά ήταν όμοια στους ασθενείς των δύο ομάδων. Στις 24 ώρες είχαν αναταχθεί 25 ασθενείς (59,52%) της Ομάδας Α και 27 ασθενείς (64,28%) της Ομάδας Β ($p=0.8$). Από τους ασθενείς που ανατάχθηκαν, το 58,4% της Ομάδας Α και το 56,4% της Ομάδας Β συνέβη στο πρώτο τρίωρο. Ο συνολικός χρόνος για την ανάταξη ήταν $156,7 \pm 98,3$ min για την προπαφαινόνη και $168,85 \pm 78,8$ min για τη φλεκαϊνίδα. Ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν αξιοσημείωτα βραχύς. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα συμβάματα από τη χορήγηση των φαρμάκων.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με πρόσφατης έναρξης ΚΜ, η χορήγηση p.os. προπαφαινόνης ή φλεκαϊνίδης είναι αποτελεσματική και ασφαλής, με βραχύ χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο. Αποτελεί μία σημαντική και «ευκίνητη» εναλλακτική λύση.

OR.33 | ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΑΣΥΣΤΟΛΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΝΑΚΛΙΣΕΩΣ

Ε. Σδόγκος, Χ. Κασμερίδης, Α. Σπαχίου, Α. Παπαδόπουλος, Ζ. Σταλίδου,

Ι. Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή: Η δοκιμασία ανακλίσεως χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και εκτίμηση ασθενών με βαγοτονική συγκοπή.

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασθενών με συνεχή και συχνά συγκοπικά επεισόδια, με τραυματισμούς, στους οποίους η διάγνωση τέθηκε με τη δοκιμασία ανακλίσεως.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 67 χρόνων και γυναίκα 74 χρόνων με πολλαπλά συγκοπικά επεισόδια κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών προσέρχονται για εκτίμηση. Και οι δύο είχαν τραυματισμούς για τους οποίους νοσηλεύτηκαν. Οι λοιπές εξετάσεις, τα ΗΚΓ και τα υπερηχογραφήματα ήταν φυσιολογικά. Οι ασθενείς οδηγήθηκαν στη μονάδα συγκοπής και υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες ανακλίσεως.

Αποτελέσματα: Η δοκιμασία έγινε υπό γωνία 75 μοιρών. Σε χρόνο 12-15 min προκλήθηκε ασυστολία 12-15 sec που συνοδεύθηκε με υπόταση και απώλεια των αισθήσεων. Αποκαταστάθηκαν πλήρως με την επάνοδο σε ύπτια θέση μετά από 25 sec περίπου. Στους ασθενείς εμφυτεύθηκαν βηματοδότες (διπλοεστιακό στον ένα και μονοεστιακό στη γυναίκα λόγω χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής). Κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης δεν αναφέρθηκε μείζων σύμβαμα.

Συμπέρασμα : Η δοκιμασία ανάκλισης είναι χρήσιμη μέθοδος στη διερεύνηση ασθενών με συγκοπικά επεισόδια και την ανίχνευση αυτών που ευνοούνται από την πιθανή εμφύτευση βηματοδότη. Όμως η μικρή αναπαραγωγικότητα της μεθόδου περιορίζει την ευρεία εφαρμογή της.

OR.34 | ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΦΥΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ι. Μποστανίτης, Π.-Ρ. Ηλιάδης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Β. Τζαλαμούρας, Λ. Τσιγκρίκη, Ε. Ντάντου, Γ. Σιδηρόπουλος, Π. Κλειτσιώτη, Σ. Αλ Καγιέτ, Χ. Μουμίν, Π. Θεοδώρου, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός Εργασίας: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση τριών περιστατικών που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική λόγω STEMI και από το στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ανώμαλη έκφυση στεφανιαίων.

Υλικό - Μέθοδοι: Καταγράφηκαν αναδρομικά από το αρχείο του αιμοδυναμικού εργαστηρίου μας τρία περιστατικά με ανώμαλη έκφυση στεφανιαίων που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική το έτος 2021.

Αποτελέσματα: Η εικόνα της στεφανιογραφίας των ασθενών που περιγράφονται, κατέδειξε ανώμαλη έκφυση της αριστερής στεφανιαίας από το RCC, μετά από STEMI κατωτέρου τοιχώματος στον πρώτο ασθενή, έκφυση της RCA από το στέλεχος της LCA μετά από STEMI κατωτέρου τοιχώματος στο δεύτερο ασθενή και έκφυση της RCA από το LCC μετά από STEMI κατωτέρου τοιχώματος στον τρίτο ασθενή.

Συμπεράσματα: Η ανώμαλη έκφυση των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί σπάνια ανατομική παραλλαγή. Η συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου με την εκδήλωση οξέων στεφανιαίων συνδρόμων αποτελεί πρόκληση, δεδομένου ότι η επίτευξη πρόσβασης στο αγγείο και η διενέργεια αγγειοπλαστικής είναι δυσχερέστερη.

OR.35 | ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΜΥΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

N. Ιωακειμίδης¹, Α. Πίτσης², Δ. Ντέλιος³, Θ. Ζέγκος³, Τ. Κέλπης², Θ. Παπαμήτσου¹, Δ. Παρχαρίδου³, Γ. Ευθυμιάδης³, Σ. Μεδίτσκου¹

¹ Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ

² Καρδιοθωρακοχειρουργικό Τμήμα, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

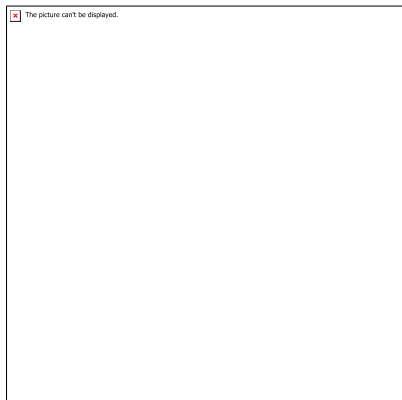
³ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη περιγράφει ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά της αποφρακτικής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (ΥΜΚ) σε δείγμα μυεκτομών μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ) και συσχετίσεις αυτών με δημογραφικά και υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη ασθενών του μητρώου της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ και του Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος της Κλινικής «Άγιος Λουκάς» υποβληθέντων σε μυεκτομή ΜΚΔ κατά τα έτη 2007 έως 2017. Τα παρασκευάσματα μελετήθηκαν με χρώσεις αιματοξυλίνης - ηωσίνης και τρίχρωμης Masson. Κάθε ιστοπαθολογική παράμετρος εκτιμήθηκε ημιποσοτικά ως απούσα, ήπια, μέτρια, σοβαρή.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 39 ασθενείς, με μέση ηλικία $53,9 \pm 16,7$ έτη, διάμεση τιμή λειτουργικής κατηγοριοποίησης κατά NYHA την κλάση III και μέση τιμή ΚΕΑΚ 72,37%. Η διάμεση τιμή του πάχους του ΜΚΔ ήταν 2,08 εκατοστά. Η μέση τιμή της μέγιστης κλίσης πίεσης στο ΧΕΑΚ ήταν $104,88 \pm 44,2$ mmHg. Η διάμεση τιμή έκαστης ιστοπαθολογικής παραμέτρου ήταν: μέτρια υπερτροφία μυοκαρδιακών κυττάρων, ήπια κενотоπίωση κυτταροπλάσματος, μέτρια υπενδοκαρδιακή ίνωση, μέτρια διάμεση ίνωση, ήπια περιοχική ίνωση, μέτρια μυοκαρδιακή αποδιοργάνωση (disarray) και ήπια νόσος μικρών αγγείων. Η υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων συσχετίστηκε θετικά με το πάχος του ΜΚΔ ($p=0,002$). Η περιοχική ίνωση συσχετίστηκε θετικά με τη βαρύτητα της νόσου μικρών αγγείων ($p=0,004$). Το ΚΕΑΚ συσχετίστηκε αρνητικά με την έκταση της διάμεσης ίνωσης ($p=0,035$) και με την έκταση της μυοκαρδιακής αποδιοργάνωσης ($p=0,034$).

Συμπεράσματα: Ο ιστοπαθολογικός φαινότυπος των ασθενών με ΥΜΚ αποδεικνύεται μοναδικός για κάθε ασθενή, ανεξάρτητος από το φύλο και την ηλικία.



OR.36 | ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΝ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Γ.Χ. Μπομπότης, Α.Ι. Καρακάνας, Μ.Ι. Μελετίδου, Β.Η. Μοσχοβίδης ,
Β.Α. Κρητικός ,Β.Μ. Σαχπεκίδης, Δ.Μ.Φαρμάκης, Ι.Γ. Στυλιάδης

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας: Οι Χρόνιες Ολικές Αποφράξεις(CTO) ανευρίσκονται στο ένα τέταρτο περίπου των ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφικό έλεγχο και συχνά αποτελούν την αιτία που δεν πραγματοποιείται Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση. Με δύο πρόσφατα περιστατικά, που έγιναν στο Εργαστήριο μας, αναδεικνύουμε τις νεώτερες επιστημονικές εξελίξεις στη διάνοιξη των Χρόνιων Ολικών Αποφράξεων.

Υλικά - Μέθοδοι: Δύο άνδρες , με συμπτώματα θωρακικής δυσφορίας στην κόπωση ο πρώτος και θετικές λειτουργικές δοκιμασίες και οι δύο,υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Στη στεφανιογραφία το πρώτο περιστατικό ανέδειξε δύο Χρόνιες Ολικές Αποφράξεις στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και το δεύτερο περιστατικό ανέδειξε μία Χρόνια Ολική Απόφραξη στη μεσότητα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με παράπλευρο δίκτυο από την αριστερή στεφανιαία αρτηρία.

Αποτελέσματα: Στο πρώτο περιστατικό έγινε αρχικά επιτυχής ορθόδρομη(antegrade) διάνοιξη της Χρόνιας Ολικής Απόφραξης της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και μετά τη διάνοιξη αναδείχτηκαν παράπλευρα προς τον χρονίως αποφραγμένο πρόσθιο κατιόντα κλάδο. Στον ίδιο χρόνο έγινε μέσω των παράπλευρων αντίδρομη (retrograde) προσπέλαση της χρόνιας απόφραξης του προσθίου κατιόντα κλάδου και εξωτερίκευση του οδηγού σύρματος διά του οδηγού καθετήρα του και ακολούθως επιτυχής διενέργεια της επέμβασης συμπεριλαμβανομένης και μίας όλως περιφερικής απόφραξης του προσθίου κατιόντα κλάδου, η οποία αντιμετωπίσθηκε επίσης επιτυχώς στον ίδιο χρόνο ορθόδρομα.

Στο δεύτερο περιστατικό (αποφραγμένη δεξιά στεφανιαία αρτηρία) έγινε προσπάθεια ορθόδρομης προσπέλασης ανεπιτυχώς. Αμέσως μετά έγινε επιτυχής αντίδρομη προσπέλαση διά της απόφραξης και στη συνέχεια έγινε εξωτερίκευση του οδηγού σύρματος διά της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και του οδηγού καθετήρα της και η επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς. Και στα δύο περιστατικά χρησιμοποιήθηκε και η αριστερά άπω κερκιδική αρτηρία (IdRA)

Συμπεράσματα: Νεότερες και απαιτητικές τεχνικές για τη διάνοιξη Χρονίων Ολικών Αποφράξεων έχουν πλέον πρωτεύοντα ρόλο στα Αιμοδυναμικά Εργαστήρια. Οι τεχνικές αυτές προϋποθέτουν γνώσεις, εμπειρία και δεξιότητα καθώς και συνεχή ενημέρωση για τις ταχέως εξελισσόμενες τεχνολογίες στο τομέα αυτό. Η επιτυχής διάνοιξη των Χρόνιων Ολικών Αποφράξεων βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενδεχομένως και την μακροπρόθεσμη επιβίωση, όπως φαίνεται από μελέτες παρατήρησης και πολλές φορές αποτρέπει ένα χειρουργείο καρδιάς.

OR.37 | «ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΚΡΥΟΚΑΤΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ»

Κ. Παπαθανασίου¹, Σ. Γιωτάκη¹, Δ. Βραχάτης¹, Χ. Κοσσυβάκης², Γ. Γιαννόπουλος³, Κ. Ραϊσάκης², Α. Καούκης², Γ. Δευτεραίος², Δ. Αβραμίδης², Γ. Σιάσος⁴,

Β. Λαμπαδιάρη⁵, Σπ. Δευτεραίος¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ,

Π.Γ.Ν «Αττικόν», Καρδιολογική Κλινική

² Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

³ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ,

Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁴ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ ,

Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»,

⁵ Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν «Αττικόν»

Εισαγωγή - Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της κλινικής έκβασης παχύσαρκων ασθενών που υποβάλλονται σε κρυοκατάλυση συγκριτικά με ασθενείς φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος (BMI).

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη παρακολούθησης 34 ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση κρυοκατάλυσης. Κριτήρια εισαγωγής αποτέλεσαν, ηλικία >18 έτη, συμπτωματική παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και αποτυχία τουλάχιστον ενός αντιαρρυθμικού φαρμάκου. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν, βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή, ενεργή λοιμώδης ή κακοήθης νεοπλασματική νόσος, σοβαρή νεφρική ή/και ηπατική δυσλειτουργία.

Αποτελέσματα: Από τους 34 ασθενείς (50% γυναίκες, μέση ηλικία τα 61,3 έτη), 21 ήταν παχύσαρκοι με BMI>30, και 13 είχαν φυσιολογικό BMI. Οι συννοσηρότητες (σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία και στεφανιαία νόσος) καθώς και τα σκορ CHA₂DS₂-VASc και HASBLED δε διέφεραν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις ομάδες σύγκρισης (**Πίνακας 1**). Υποτροπή της αρρυθμίας στους έξι μήνες μετά την επέμβαση παρατηρηρήθηκε σε 3 ασθενείς με φυσιολογικό BMI έναντι 4 παχύσαρκων ασθενών (p=0,778). Οι δύο ομάδες παρουσίασαν παρόμοια επεισόδια υποτροπής της αρρυθμίας στους τρεις μήνες (1 έναντι 5, p=0,231) καθώς και παρόμοιες νοσηλείες για κολπική μαρμαρυγή στους έξι μήνες (1 έναντι 2, p=0,855). Ο συνολικός χρόνος της επέμβασης αν και κατ' απόλυτο αριθμό αυξημένος στους παχύσαρκους ασθενείς (96,14 min έναντι 81,92 min για την ομάδα σύγκρισης) δε διέφερε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p=0,652), το ίδιο φάνηκε και για το χρόνο ακτινοσκόπησης (p=0,555). Τέλος ενώ η συνολική ακτινοβολία που δέχθηκαν οι ασθενείς με αυξημένο BMI ήταν περισσότερη έναντι της ομάδας σύγκρισης (p=0,003), το γινόμενο δόσης επιφανείας δε διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών (p=0,170) (**Πίνακας 2**).

Συμπέρασμα: Τα μεσοπρόθεσμα δεδομένα υποτροπής της αρρυθμίας και το γινόμενο δόσης επιφανείας δε διαφέρουν ανάμεσα σε ασθενείς με αυξημένο και φυσιολογικό BMI, και υποδεικνύουν ότι η επέμβαση κρυοκατάλυσης της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής είναι ασφαλής και αποτελεσματική ανεξαρτήτως BMI.

Μεταβλητή	Σύνολο ασθενών (N=34)	Φυσιολογικό BMI (N=13)	Παχύσαρκοι ασθενείς (N=21)	p-value
Ηλικία (έτη)	61,32	62,62	60,52	0,559
Φύλο (Γυναίκες)	17 (50%)	6 (46.2%)	11 (52.4%)	0,724
Στεφανιαία νόσος	2 (5.9%)	2 (15.4%)	0	0,064
Σακχαρώδης Διαβήτης	5 (14.7%)	1 (7.7%)	4 (19%)	0,364
Αρτηριακή Υπέρταση	20 (58.8%)	7 (53.8%)	13 (61.9%)	0,643
Κάπνισμα	21 (61.8%)	7 (53.8%)	14 (66.7%)	0,455
Δυσλιπιδαιμία	16 (47.1%)	7 (53.8%)	9 (42.9%)	0,533
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	1 (2.9%)	0	1 (4.8%)	0,425
Καρδιακή Ανεπάρκεια	1 (2.9%)	0	1 (4.8%)	0,425
Διάρκεια Κολπικής Μαρμαρυγής (έτη)	6,15	6,75	5,81	0,605
CHA ₂ DS ₂ -VASC score	1,71	1,54	1,81	0,598
HASBLED score	1,12	1,31	1	0,422
LVEF (%)	57,79	61,25	56,06	0,121

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης. BMI; δείκτης μάζας σώματος, LVEF; κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας.

Αποτέλεσμα	Σύνολο ασθενών (N=34)	Φυσιολογικό BMI (N=13)	Παχύσαρκοι ασθενείς (N=21)	p-value
Υποτροπή αρρυθμίας στους 6 μήνες	7	3	4	0,778
Νοσηλεία για κολπική μαρμαρυγή στους 6 μήνες	3	1	2	0,855
Υποτροπή αρρυθμίας στους 3 μήνες	6	1	5	0,231
Συνολικός χρόνος επέμβασης (min)	90,97	81,92	96,14	0,053
Χρόνος ακτινοσκόπησης (min)	31,07	28,56	32,74	0,466
Συνολική δόση ακτινοβολίας (mGy)	794,96	514,00	975,57	0,001
Γινόμενο δόσης επιφανείας (mGy*cm ²)	96377,40	85648,67	103529,89	0,558

Πίνακας 2: Κύρια κλινικά αποτελέσματα μελέτης.

OR.38 | ΑΝΟΙΚΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;

N. Σχίζας¹, Γ. Νάζου², Η. Σαμιώτης¹, Ι. Αναγνωστόπουλος³, Μ.Κούστα³, Φ.Τουλγαρίδης⁴, Α. Ζαχαρούλης⁴, Μ. Αργυρίου¹

¹ Χειρουργική Θώρακος - Καρδιάς - Αγγείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

² Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

³ Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

⁴ Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η διαμηριαία προσπέλαση είναι η επικρατέστερη για την διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI). Χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως ο βαθμός ασβέστωσης και η διάμετρος της μηριαίας αρτηρίας αποτελούν βασικές παραμέτρους για την επιλογή της ανοικτής παρασκευής ή της διαδερμικής προσπέλασης για τη διενέργεια της επέμβασης.

Υλικό – Μέθοδος: Η μελέτη είναι αναδρομική και περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε TAVI στο ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» από τον Ιούνιο του 2017 έως τον Δεκέμβριο του 2021. Συνολικά 147 TAVI διενεργήθηκαν αυτή την περίοδο και συλλέχθηκαν δεδομένα από τις προεγχειρητικές αξονικές τους. Πιο συγκεκριμένα έγιναν μετρήσεις των διαμέτρων των μηριαίων αρτηριών και υπολογίστηκε ο βαθμός της επασβέστωσης τους. Παράλληλα καταγράφηκαν οι αγγειακές επιπλοκές σύμφωνα με τα κριτήρια του Valve Academic Research Consortium-2 και πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις με την προεγχειρητική κατάσταση των αγγείων.

Αποτελέσματα: Στους 147 ασθενείς τοποθετήθηκαν οι εξής βιοπροσθέσεις: Accurate-neo 38, Accurate-ne2 9, Evolut-R 33, Evolut-Pro 6, Portico 31, Sapien XT 5, Sapien 3 18, Myval 7. Το 30,6% (45 βιοπροσθέσεις) πραγματοποιήθηκαν με ανοικτή διαμηριαία προσπέλαση, 2% (3) με διακορυφαία προσπέλαση και το 67,3% (99 βιοπροσθέσεις) με διαδερμική διαμηριαία προσπέλαση. Αξίζει να σημειωθεί ότι 18 από τους 45 ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανοικτή παρασκευή της μηριαίας αρτηρίας αν και αρχικά έγινε προσπάθεια για διαδερμική προσπέλαση (crossover). Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ανοικτή παρασκευή της μηριαίας αρτηρίας ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία (82,7 +/- 7,5 έναντι 78,8 +/- 7,5 έτη, $p < 0.001$), είχαν μικρότερη διάμετρο μηριαίας (7,1 +/- 1,5 mm έναντι 8,5 +/- 1,5 mm. $p < 0,032$) και πιο αυξημένο βαθμό επασβεστώσεων (19,5% έναντι 6%, $p < 0,001$). Παρατηρήθηκε λιγότερη χρήση σκιαγραφικού στους ασθενείς με ανοικτή προσπέλαση (112,5 +/- 17,5ml) έναντι της διαδερμικής (135,8 +/- 18,1ml) ($p < 0,001$). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη διάρκεια της επέμβασης μεταξύ των δύο ομάδων (ανοικτή 57,8 +/- 35,1min έναντι 64,2 +/- 28,7min για την διαδερμική). Οι αγγειακές επιπλοκές για την ομάδα ανοικτής παρασκευής ήταν 2,2%(1), ενώ η ομάδα της διαδερμικής προσπέλασης παρουσίασε αγγειακές επιπλοκές στο 12,1% των ασθενών (12/99 ασθενείς). Διαπύση του χειρουργικού τραύματος παρατηρήθηκε σε 1 ασθενή που υπεβλήθη σε ανοικτή παρασκευή (2,2%). Οι θνητότητα 30 ημερών, τα μείζονα δυσμενή συμβάντα και οι ημέρες νοσηλείας ήταν παρόμοια και ανεξάρτητα από την τεχνική αγγειακής προσπέλασης.

Συμπεράσματα: Σε περιπτώσεις ασθενών με αυξημένες επασβεστώσεις ή με μικρής διαμέτρου μηριαίες αρτηρίες, η επιλογή της ανοικτής παρασκευής της μηριαίας αρτηρίας μπορεί να μειώσει την εμφάνιση αγγειακών επιπλοκών.

OR.39 | Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Παντέρης¹, Ό. Δέδα¹, Ε. Καραγιαννίδης², Α. Παπάζογλου², Θ. Λιαπικός³,

Γ. Σιάνος², Γ. Γιαννακούλας², Γ. Θεοδωρίδης³, Ε. Γκίκα¹

¹ Τμήμα Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, ΑΠΘ

² Α' Καρδιολογική κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³ Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, ΑΠΘ

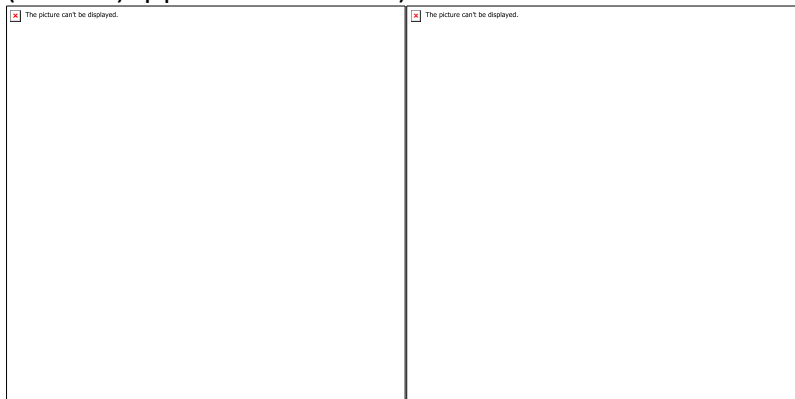
Σκοπός εργασίας: Η δημιουργία προβλεπτικού αλγορίθμου για την ανάπτυξη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου με τη χρήση μεταβολομικών δεδομένων υπό το πρίσμα της τεχνητής νοημοσύνης.

Υλικό - Μέθοδοι: Στο πλαίσιο της μελέτης CorLipid (NCT04580173), μελετήθηκαν με καινοτόμες μεθόδους μεταβολομικής ανάλυσης τα επίπεδα ορού νέων βιοδεικτών (κεραμιδίων, ακυλοκαρνιτινών, λιπαρών οξέων) σε 1065 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ. Η σοβαρότητα της στεφανιαίας νόσου αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό του SYNTAX σκορ, ενώ για την ανάπτυξη του αλγορίθμου πρόβλεψης χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος μηχανικής μάθησης XGBoost.

Αποτελέσματα: Η αξιοποίηση της μηχανικής μάθησης οδήγησε στην επιτυχή δημιουργία ενός προβλεπτικού αλγορίθμου, χωρίς την ανάγκη υποθετικής συμπλήρωσης ελλειπόντων στοιχείων, που λαμβάνει υπόψιν του 72 παραμέτρους (κλινικές και μεταβολομικές) για τον διαχωρισμό των ασθενών σε δύο ομάδες (SYNTAX=0 ή ≥ 1). Η προβλεπτική του ικανότητα ήταν καλή (AUC= 0.72 (95% CI: 0.68 – 0.75)).

Συμπεράσματα: Συνεπώς, η χρήση δεδομένων μεταβολομικής ανάλυσης από μεγάλα δείγματα ασθενών σε συνδυασμό με αλγορίθμους τεχνητής νοημοσύνης μπορούν να βοηθήσουν στον διαχωρισμό των ασθενών ανάλογα με την πολυπλοκότητα της στεφανιαίας νόσου αυτών.

Υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης ΕΡΕΥΝΩ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΩ – ΚΑΙΝΟΤΟΜΩ και συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) της Ε.Ε. και εθνικούς πόρους μέσω του Ε.Π. Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα & Καινοτομία (ΕΠΑνΕΚ) (κωδικός έργου: Τ1ΕΔΚ-04005)



OR.40 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (CASES SERIES) ΜΕ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΟ ΘΡΟΜΒΟ ΤΥΠΟΥ Α ΕΝΤΟΣ ΤΩΝ ΔΕΞΙΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ

Α. Λουκαΐδη, Α. Αποστολίδης¹, Ε. Παστιρματζή, Π. Θεοδωρίδου,
Γ. Κωνσταντινίδης, Δ.Τούμπανος, Ν. Γούλιανος, Χ. Χατζηελευθερίου
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός: Παρουσίαση τεσσάρων περιστατικών με τύπου Α θρόμβο εντός των καρδιακών κοιλοτήτων σε έδαφος πνευμονικής εμβολής

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζουμε σειρά τεσσάρων περιστατικών με παρουσία θρομβωτικού υλικού εντός των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων καταγραφόμενων στην κλινική μας εντός των τελευταίων 3 ετών. Ευρήματα πνευμονικής εμβολής από CTPA ανευρέθηκαν στο 100% των περιστατικών. Ευρήματα DVT απεικονίζονται στο 75% των περιστατικών. Δύο εκ των τεσσάρων (2/4,50%) διαγιγνώσκονται με πνευμονική εμβολή σε έδαφος γνωστής νεοπλασίας.

Αποτελέσματα: Εκ της 2D-TTE μελέτης καταδεικνύονται σημεία πνευμονικής συμφόρησης (3/4,75%) με αιμοδυναμική επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας (4/4,100%), διάταση της βασικής διαμέτρου της δεξιάς κοιλίας (3/4,75%), παράδοση κίνηση IVS (3/4,75%) και πνευμονική υπέρταση (2/4,50%), ανεπάρκεια της TV: 2/4,50%, McConnells sign: 1/4,25%. Παρουσία ιδιαιτέρως ευκίνητου υπερηχοϊκού υλικού εντός των δεξιών κοιλοτήτων εκφυόμενο από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα (3/4,75%) και επεκτεινόμενο εντός της κάτω κοίλης φλέβας (3/4,75%). Μορφολογικώς, ο θρόμβος παρουσιάζεται με οφιοειδή όψη (wormlike). Από τον Ε/Ε παρατηρείται ήπια κινητοποίηση hs-Trop (100%), αύξηση δ-διμερών (4/4,100%), αύξηση δεικτών φλεγμονής (3/4,75%), διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (2/4,50%), αύξηση NT-proBNP (4/4,100%). Η αντιμετώπιση που επιλέχθηκε ήταν η ΧΜΒΗ σε θεραπευτική δόση: τινζαπαρίνη (1/4,25%), φονταπαρινούξη (2/4,50%). Οι ασθενείς κατατάχθηκαν ως intermediate low (2/4,50%) και intermediate high risk (2/4,50%) κατά PESI score-κρίνονται ως αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου και έτσι δεν υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 50%, με τους 2 επιζώντες να παρουσιάζουν πλήρη λύση του θρομβωτικού υλικού.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα θρόμβων στις Δε κοιλότητες επί εδάφους οξείας πνευμονικής εμβολής κυμαίνεται από 4-18% με θνητότητα που ανέρχεται όσον αφορά τους θρόμβους τύπου Α από 28-44% με θεραπεία και 100% χωρίς θεραπεία. Τα διαθέσιμα δεδομένα για αυτήν την οντότητα ασθενών παραμένουν σπάνια, ενώ απουσιάζουν επίσημες οδηγίες σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση των. Η παρουσία θρόμβου εντός των δεξιών κοιλοτήτων αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα που αυξάνει περαιτέρω την θνητότητα στην πνευμονική εμβολή. Η θεραπευτική προσέγγιση παραμένει επίμαχη, ενώ συμπεριλαμβάνει την χειρουργική/διαδερμική θρομβεκτομή, θρομβόλυση και ΗΧΜΒ.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2022 | Πρόεδροι: **Χ. Γραϊδης, Α. Ζαχαρούλης**

01 | ΑΡΡΥΘΜΙΟΓΟΝΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΑΜΔΚ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑΤΟΣ

Φ. Δημητριάδης, Κ. Πολυμερόπουλος, Α. Σταυράτη, Α. Τσαουσίδης, Π. Γιαννακοπούλου, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Ασθενής 59 ετών με ιστορικό Σκληροδέρματος και Πνευμονικής Αρτηριακής Υπέρτασης (ΠΑΥ) από δετίας, διεκομίσθη από Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στην Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, λόγω μονόμορφης Κοιλιακής Ταχυκαρδίας (ΚΤ) με εικόνα προέλευσης από την Δεξιά Κοιλία (ΔΚ), αυτόματα αναταχθείσας. Η ασθενής ελάμβανε Μακιτεντάνη και Αζαθειοπρίνη. Παρακολουθείτο σε τακτική βάση από καρδιολόγο, πνευμονολόγο και ρευματολόγο.

Υπεβλήθη άμεσα σε Στεφανιογραφία, χωρίς ανάδειξη κριτικών αλλοιώσεων. Έγινε έναρξη συστηματικής χορήγησης Μετοπρολόλης. Διενεργήθη Υπερηχογράφημα Καρδιάς με ανάδειξη ήπιας διάτασης, ήπια επηρεασμένη συστολική λειτουργία (υποκινησία βασικού-μέσου τοιχώματος) και πάχυνσης τοιχωμάτων ΔΚ, μέτριας περικαρδιακής συλλογής σε δεξιό Κόλπο (ΔΚ), ΔΚ, και πλάγιο τοίχωμα Αριστερής Κοιλίας (ΑΚ). Αποφασίστηκε η διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς (ΜΤΚ) όπου ανεδείχθη εικόνα Αρρυθμιογόνου Μυοκαρδιοπάθειας Δεξιάς Κοιλίας (ΑΜΔΚ).

Παρά την κλινική σταθεροποίηση της ασθενούς, εμφανίστηκε νέο επεισόδιο ΚΤ, το οποίο ανατάχθηκε ηλεκτρικά. Στην αγωγή προστέθηκε Αμιωδαρόνη και έγινε εμφύτευση Αυτόματου Απινιδωτή (ICD). Παρά την ενίσχυση της αντιαρρυθμικής αγωγής, εμφάνισε εκ νέου επεισόδιο VT και υπεβλήθη σε Κατάλυση με Καθετήρα (Ablation).

Η νόσος του Σκληροδέρματος, πέρα από το δέρμα, προσβάλλει και την καρδιά, με επιπλοκές από το μυοκάρδιο, το περικάρδιο και το ερεθισματοαγωγό σύστημα, αποτέλεσμα της ίνωσης και της ενδοθηλιακής βλάβης. Η ΑΜΔΚ αποτελεί κλινική οντότητα με αρρυθμίες προερχόμενες από την ΔΚ και αντικατάσταση του μυοκαρδίου από ουλώδη ιστό. Παρά την εμφάνιση ΚΤ σε ασθενείς με σκληρόδερμα, δεν έχει παρατηρηθεί συσχέτιση της νόσου με την ΑΜΔΚ. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει παρατηρηθεί η παρουσία ελάχιστων περιστατικών ασθενών με Σκληρόδερμα στους οποίους διεγνώσθη και ΑΜΔΚ. Αναζητείται η πιθανή συσχέτιση των δύο νόσων βάσει κοινού παθογενετικού μηχανισμού.

02 | ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ “ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ” ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΙΜΗ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ

Φ. Μαλακούδη, Β. Σαχπεκίδης, Α. Καρακάνας, Θ. Καραμήτσος, Κ. Ρώσσιος, Χ. Αποστόλου, Β. Κρητικός, Ο. Κακοσημίδης, Γ. Μπομπότης, Ι. Στυλιάδης
‘Β Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός εργασίας: Παρουσίαση περιστατικού με πρωτοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια αγνώστου αιτιολογίας.

Υλικό – Μέθοδοι: Άρρεν 28 ετών διακομίζεται από περιφερικό νοσοκομείο για διερεύνηση πρωτοδιαγνωσθείσας καρδιακής ανεπάρκειας με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης. Αναφέρει ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ιστορικό.

Από την κλινική εξέταση: εικόνα περιφερικής συμφόρησης (οιδήματα κάτω άκρων, διάταση σφαγίτιδων).

Εργαστηριακός έλεγχος: αυξημένη τιμή BNP, οριακή αύξηση High sensitive troponin, τρανσαμινασαιμία, πολύ αυξημένη τιμή φερριτίνης (8565 ng/ml).

Διαθωρακικό υπερηχογράφημα: αριστερή κοιλία αυξημένων διαστάσεων με σοβαρά επηρεασμένη συνολική συσταλτικότητα.

Στεφανιογραφικός έλεγχος: χωρίς αλλοιώσεις στεφανιαίων αγγείων.

c-MRI: ευρήματα συμβατά με iron overload μυοκαρδιοπάθεια.

Ο ασθενής ετέθη σε πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και συχνές αφαιμάξεις.

Έχει σταλεί γονιδιακός έλεγχος (γονίδια φερροπορτίνης και νεανικής αιμοχρωμάτωσης) - τα αποτελέσματα εκκρεμούν.

Αποτελέσματα: Η καρδιακή ανεπάρκεια αποδόθηκε σε κληρονομική αιμοχρωμάτωση. Παρατηρήθηκε άμεση βελτίωση της κλινικής του εικόνας και αποκατάσταση του κλάσματος εξώθησης 60 ημέρες μετά την εισαγωγή του.

Συμπεράσματα: Η συμπερίληψη τιμών φερριτίνης στη διερεύνηση καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με ελεύθερο ιστορικό θα μπορούσε να βοηθήσει στην διάγνωση περιπτώσεων κληρονομικής αιμοχρωμάτωσης. Στην πλειοψηφία των φορών η ανταπόκριση των ασθενών στην θεραπευτική αντιμετώπιση είναι άριστη με πλήρη αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας.

03 | ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΦΟΡΗ ΕΚΦΟΡΤΙΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ. Η ΚΡΙΣΙΜΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ?

Γ. Ζορμπάς¹, Γ. Σταυρόπουλος¹, Γ. Δαδούς¹, Σ. Αλεξίου¹, Α. Μπούλμπου², Ι. Κανονίδης¹

¹Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή – Σκοπός: Η βέλτιστη χρονική στιγμή για τη διενέργεια επέμβασης κατάλυσης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενείς με ισχαιμική και μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια δεν είναι σαφώς καθορισμένη. Σύμφωνα με τις παρούσες οδηγίες, σαφής ένδειξη δίνεται μόνο στις περιπτώσεις ηλεκτρικής θύελλας-ακατάπαυστης κοιλιακής ταχυκαρδίας, στις οποίες οι ασθενείς παρουσιάζουν ήδη προχωρημένη καρδιακή νόσο, συχνά αιμοδυναμική αστάθεια, και απαιτούνται ινότροπη υποστήριξη, συσκευές υποστήριξης και διασωλήνωση, αυξάνοντας τις τεχνικές απαιτήσεις και το βαθμό δυσκολίας της επέμβασης. Σε ασθενείς με εμφυτευμένο απινιδωτή, έχουν ήδη προηγηθεί πολλαπλές εκφορτίσεις, με αρνητική επίδραση στην καρδιακή νόσο αλλά και την ολική επιβίωση. Στην περίπτωση μας, παρουσιάζεται η διαχείριση ασθενούς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, με εμφυτευμένο απινιδωτή και πρόσφορη θεραπεία, λόγω κοιλιακής ταχυκαρδίας.

Υλικό – Μέθοδος: Άνδρας ασθενής, 75 ετών, με ιστορικό ισχαιμικής Μυοκαρδιοπάθειας, παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου το 1998, αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο τον 10ο 2021, εμφύτευση απινιδωτή τον 11ο 2021 για δευτερογενή πρόληψη. Πρόσφορη εκφόρτιση του απινιδωτή τον 1ο 2022.

Σύμφωνα με την πρόσφατα ανακοινωθείσα μελέτη PARTITA (ACC 2022), η διενέργεια κατάλυσης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενείς που φέρουν απινιδωτή, μετά την πρώτη πρόσφορη εκφόρτιση, προκάλεσε σημαντικό όφελος όσον αφορά τη μη υποτροπή της ταχυκαρδίας αλλά και στην επιβίωση, λειτουργώντας η πρόσφορη εκφόρτιση του απινιδωτή σαν προγνωστικός παράγων για μελλοντικά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας-ηλεκτρική θύελλας. Ακολουθώντας το σκεπτικό της PARTITA, υποβάλαμε τον ασθενή σε επέμβαση, με την τεχνική της κατάλυσης του αρρυθμικού υποστρώματος (substrate abolition), επί φλεβοκομβικού ρυθμού. Πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατος χάρτης υποστρώματος (voltage map) πολύ υψηλής πυκνότητας, που αποκάλυψε εκτεταμένη περιοχή χαμηλού Voltage (ουλή) στο βασικό κατώτερο πλάγιο, τοίχωμα. Εντός αυτής της περιοχής, μια ζώνη σχετικά διατηρημένου voltage, που τη διέσχιζε παράλληλα με το μιτροειδικό δακτύλιο, εντός της οποίας καταγράφονται όψιμα και επί ταχυκαρδίας, μεσοδιαστολικά δυναμικά. Ο χάρτης οψίμων δυναμικών, έδειξε ότι στην ίδια περιοχή αντιστοιχεί ζώνη οψίμων δυναμικών και ο χάρτης χρονικής ενεργοποίησης, ισθμό βραδείας αγωγής, υπεύθυνο πιθανότατα για την εμφάνιση και διατήρηση της ταχυκαρδίας. Στην περιοχή αυτή εφαρμόστηκαν βλάβες 35W/43°C, διάρκειας ενός λεπτού, με αποτέλεσμα να μην προκαλείται πλέον η εύκολα προκλητή κατά την αρχική μελέτη κοιλιακή ταχυκαρδία. Κατ'αυτό τον τρόπο επετεύχθησαν τα προτεινόμενα από τους συγγραφείς της PARTITA καταληκτικά σημεία:

1. Μη προκλησιμότητα
2. Κατάλυση του αρρυθμικού υποστρώματος

Μετά από δύο μήνες παρακολούθηση ο ασθενής παραμένει ελεύθερος ταχυκαρδιών.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με απινιδωτή που δέχονται πρόσφορη θεραπεία λόγω κοιλιακής ταχυκαρδίας, είναι πιθανόν οι ασθενείς που παρουσιάζουν ενεργό αρρυθμικό υπόστρωμα, και υψηλή πιθανότητα εμφάνισης μελλοντικών επεισοδίων κοιλιακής ταχυκαρδίας και ηλεκτρικής θύελλας. Η κατάλυση σε αυτό το χρονικό σημείο, μπορεί να αποτρέψει τα μελλοντικά επεισόδια και να βελτιώσει το προσδόκιμο των ασθενών αυτών.

04 | ΈΝΑ ΠΟΛΥ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Π. Ροδίτης, Β. Βασιλακόπουλος, Σ. Θεοδωρίδου, Ε. Κυπριτίδου, Γ. Παπαγόρας, Χ. Τσουμής, Α. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 76 ετών, άνδρας, προσήλθε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας αναφέροντας επεισόδιο οπισθοστερικού άλγους διάρκειας 30' που είχε υφεθεί προ της προσέλευσης. Ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου με PCI στον LAD και RCA το 2019 στα πλαίσια NSTEMI, τοποθέτηση ICD για δευτερογενή πρόληψη (ηλεκτρική θύελλα - 2019), σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Κατά την άφιξη του στο ΤΕΠ ήταν ασυμπτωματικός και αιμοδυναμικά σταθερός. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα του παρουσίαζε μορφολογία γνωστή ως "triangular QRS-ST-T waveform" με εμφανή βηματοδοτικά spikes, ανασπάσεις στην II, III, aVF και κατασπάσεις σε V2-V6. Από παλαιότερο καρδιογράφημα υπήρχε RBBB με αρνητικά T στο πρόσθιο. Η τιμή της hsTnI την ώρα προσέλευσης ήταν φυσιολογική (24,4 με όριο 34). Παρόλο που η διαφοροδιάγνωση εμπεριείχε εναλλακτικές διαγνώσεις όπως βηματοδοτικός ή κοιλιακός ρυθμός, η μορφολογία του ΗΚΓ σε συνδυασμό με το ιστορικό του ασθενή (παλαιά PCI στην RCA, ΣΔ2 και ηλικία) έθεσε σαν πρώτη διάγνωση το STEMI κατώτερου - οπίσθιου τοιχώματος. Έγινε τροποποίηση της αγωγής του (συμπλήρωση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, enoxaparin) και έλαβε θρομβολυτική θεραπεία με Reteplase. Μετά από 40' παρουσίασε κριτήρια επιτυχούς επαναϊμάτωσης. Την επόμενη μέρα μεταφέρθηκε προς στεφανιογραφικό που ανέδειξε στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία 90% στένωση εγγύς του παλιού stent άπω και μέτρια υπερπλασία κεντρικότερα πιθανώς στα πλαίσια ατελούς έκπτυξης. Συμπέρασμα: Η μορφολογία ΗΚΓ τύπου "Shark fin" γνωστό και σαν "triangular QRS-ST-T" είναι μία ιδιαίτερη και πολύ επικίνδυνη μορφή ΗΚΓ με την οποία μπορεί να εμφανιστεί ένα STEMI. Συνήθως προβλέπει απόφραξη στο εγγύς τμήμα του αγγείου και είναι κακός προγνωστικός δείκτης γιατί συνοδεύεται τις περισσότερες φορές από αιμοδυναμική αστάθεια και κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες. Η αναγνώριση του θα πρέπει να είναι άμεση και η αντιμετώπιση επιθετική με άμεση αντιμετώπιση είτε με primary PCI είτε με θρομβόλυση. Σε περίπτωση αιμοδυναμικής αστάθειας μπορεί να απαιτηθεί LV assist device.

05 | ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

Ε. Παπαδοπούλου, Γ. Σπυρομήτρος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης

Ο θωρακικός πόνος αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο προσέλευσης των ασθενών στα επείγοντα καρδιολογικά ιατρεία. Το 95% των ασθενών που προσέρχονται με θωρακικό άλγος και αυξημένες τιμές τροπονίνης, αφορά ασθενείς με οξεία πλήρη ή υφολική απόφραξη ενός ή περισσότερων στεφανιαίων αγγείων. Τι συμβαίνει όμως στην περίπτωση που η στεφανιογραφία δεν αναδεικνύει κάποια βλάβη ύποπτη, που να εξηγεί την συμπτωματολογία του ασθενούς; Αυτοί οι ασθενείς εντάσσονται στο υπόλοιπο ~5% που αφορά περιστατικά με μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο (MINOCA). Σε αυτήν την περίπτωση αναδύονται επίσης κάποια περαιτέρω ερωτήματα που αφορούν την διαγνωστική προσέγγιση και την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, τα οποία επιλύονται με σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους (cMR, C/A) που οδηγούν στην αιτιολογία της νόσου και στην κατάλληλη θεραπεία προς όφελος του ασθενούς.

Η παρουσίαση αυτή αφορά ένα κλινικό περιστατικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας στα πλαίσια μη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (MINOCA) σε γυναίκα ασθενή 57 ετών, η οποία παρουσίασε 2 επεισόδια σε διάστημα 5 χρόνων.

Με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, η μη αποφρακτική στεφανιαία νόσος αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό και παρουσιάζει παρόμοια συμπεριφορά με την αποφρακτική στεφανιαία νόσο όσον αφορά την εμφάνιση νέων συμβάντων και επιπλοκών.

06 | MITRAL STENOSIS/ LEFT ATRIAL THROMBOSIS

Ε. Παστιρματζή¹, Χ. Στεφανίδης¹ Χ. Χατζηγελευθερίου¹, Ν. Μιχαήλ², Γ. Δρόσος²

¹Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

²Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς βαλβίδος επιπλεγμένο με θρόμβωση αυτής και καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Ασθενής θήλυ 66 ετών με γνωστή στένωση μιτροειδούς μετρίου βαθμού, χρόνια κολπική μαρμαρυγή υπο αγωγή με απιξαμπάνη 5mgx2 (Wilkins score: 2, - αδυναμία ρύθμισης ικανοποιητικού INR, πιθανή ανθεκτικότητα εις VKA) προσέρχεται με εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος. Ιστορικό πολλαπλών εμφράκτων σπληνός-νεφρών προ 2ετίας, παροδικών TIA.

Από νεο επικαιροποιημένο US καρδιάς προκύπτει σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς βαλβίδος (Wilkins score:4, MVarea:0,8cm²)EF διατηρημένο, σοβαρή διάταση αριστερού κόλπου, παρουσία ευκίνητου θρόμβου σε επαφή με τις γλωχίνες της μιτροειδούς. Λόγω των παραπάνω ευρημάτων διενέργεια TEE με εικόνα smoke εις LA και αριστερό ωτίο με χαμηλές ταχύτητες ροής και πιθανή παρουσία θρόμβου στη βάση αυτού με επιβεβαίωση της ύπαρξης ευμεγέθους θρόμβου επι των γλωχίνων της MV. Παραπομπή για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση.

Στεφανιογραφικός έλεγχος χωρίς ευρήματα. Χειρουργική παρέμβαση με αντικατάσταση MV με μηχανική, αφαίρεση των θρόμβων και απολίνωση αριστερού ωτίου. Ωμαλή μετεγχειριστική πορεία και επανέλεγχος με ικανοποιητική λειτουργικότητα της βαλβίδας.

07 | ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (IVUS) ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ (iFR) ΣΕ ΝΟΣΟ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Θ. Κωνσταντίνου

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν Βέροιας

Εισαγωγή: Η στεφανιογραφία αποτελεί εξέταση gold standard για την απεικόνιση των στεφανιαίων αρτηριών. Παρ' όλα αυτά σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, η χρήση επιπρόσθετων εξετάσεων όπως η ενδοστεφανιαία απεικόνιση με υπέρηχο (Intravascular ultrasound - IVUS) καθώς και η μελέτη της φυσιολογίας της στεφανιαίας ροής με τη χρήση μεθόδων όπως το iFR μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για την θεραπεία ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 55 ετών προσεκομίσθη από γειτονικό νοσοκομείο λόγω παρουσίας εμφράγματος χωρίς ανάρση του ST (NSTEMI) με Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα στο πλάγιο τοίχωμα. Υπεβλήθη σε στεφανιογραφία με δεξιά κερκιδική προσπέλαση. Κατά τον αριστερό καθετηριασμό με τη χρήση διαφόρων καθετηρών διαπιστώθηκε ύποπτη βλάβη προκαλούσα στένωση του αυλού έως 50% λίγο μετά το στόμιο σε σημείο ανάκαμψης του σχετικά μεγάλου μήκους στελεχούς. Ο πρόσθιος κατιών και η περισπωμένη δεν παρουσίαζαν αποφρακτικές βλάβες άνω του 50% ενώ η υπερεπικρατούσα δεξιά στεφανιαία (RCA) παρουσίαζε 70% στένωση εγγύς του στομίου της.

Λόγω της κλινικής και αιμοδυναμικής σταθερότητας δεν αποφασίστηκε περαιτέρω ad hoc παρέμβαση αλλά συντηρητική αντιμετώπιση. Ο υπολογισμός του syntax score δεν προέτρεπε σε χειρουργική αντιμετώπιση. Δυο μέρες αργότερα ο ασθενής παρουσίασε επεισόδιο στηθάγχης με συνοδές άτυπες ΗΚΓ μεταβολές χωρίς κινητοποίηση τροπονίνης. Έτσι αποφασίστηκε η λεπτομερέστερη μελέτη των δύο σημαντικών βλαβών : IVUS στο στέλεχος όπου παρά την αρχική υποψία σημαντικής βλάβης, διαπιστώθηκε MLA= 7.4 mm² στη στένωση του στελέχους με ινώδη αθηρωματικά στοιχεία χωρίς ιδιαίτερη ασβέστωση που είναι συμβατή με αιμοδυναμικά μη σημαντική βλάβη. Στην RCA που αρχικώς κρίθηκε ως μη ένοχη για το ΟΣΣ, ακολούθησε iFR που βρέθηκε 0.65 δηλαδή σαφώς παθολογικό, και ακολούθησε αγγειοπλαστική με νέο iFR φυσιολογικό.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός της πιο κατάλληλης μεθόδου για κάθε μία από τις δύο βλάβες (IVUS στο στέλεχος και φυσιολογίας στη δεξιά) έδωσε οριστική διάγνωση και θεραπεία στον ασθενή που απέφυγε μια περιττή αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή/και ένα κατώτερο έμφραγμα από την υπερεπικρατούσα δεξιά. Η ενδιάμεσης βαρύτητας βλάβες σε ένα ΟΣΣ πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται με κριτική σκέψη.

08 | ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΤΗΘΑΓΧΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ – ΖΗΤΗΘΗΚΕ ΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΝΩΜΗ

Δ. Αβραμίδης¹, Σ. Αράπη¹, Ε. Βιδαλάκης²

¹Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

²Metropolitan General

Άνδρας 73 ετών, παραπέμπεται από συγγενή του συνάδελφο ακτινολόγο για 2^η γνώμη, πριν προχωρήσει σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας. Δεν αναφέρει παράγοντες κινδύνου για Στεφανιαία Νόσο. Έχει γνωστή ανευρυσματική διάταση ανιούσας αορτής 42 χιλιοστά. Σε διαγνωστικό έλεγχο υποβλήθηκε για επεισόδια συμβατά με στηθάγχη προσπαθείας από 5ετίας, CCS II, ίσως κάπως συχνότερα και πιο έντονα κατά το τελευταίο εξάμηνο. Έχει συστολικό φύσημα 3-4/6, ακουστό και στον τράχηλο, με ευκρινή τον S2 στην εστία ακρόασης της αορτικής, ίσως κάπως εξασθενημένο. Προσκομίζει: α) ΗΚΓ με ΦΚΒ 65/λεπτό, χωρίς υπερτροφία, χωρίς strain, χωρίς φόρτιση αριστερού κόλπου. β) Triplex με ΚΕ 60-65%, πάχος τοιχωμάτων 9/9, ΤΔΔΑΚ 56, αριστερό κόλπο 40, ανιούσα αορτή 43, Αορτική βαλβίδα τρίπτυχη, με ασβέστωση των πτυχών της, Vmax 3.03, PGmax 36.6, PGmean 21.2, AVA: 1.2 cm² (0.6/m²) και διάγνωση: μετρίου βαθμού στένωση, χωρίς ανεπάρκεια. γ) Στεφανιογραφία: χωρίς σημαντικές στενώσεις. Του δόθηκε σύσταση για Καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση, με διάγνωση: Μέτρια προς Σοβαρή, Συμπτωματική Στένωση της Αορτικής Βαλβίδας. Έχοντας επιφυλάξεις για την ορθότητα της σύστασης αυτής, προχωρήσαμε σε περαιτέρω έλεγχο με αξονική τομογραφία για εκτίμηση του φορτίου ασβεστίου και σε νέο υπερηχογράφημα καρδιάς. Η συνέχεια επί της οθόνης....



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

20ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

12-14
ΜΑΪΟΥ 2022

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ IONIAN BLUE
ΛΕΥΚΑΔΑ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε για τη στήριξη τους στο Συνέδριο τις παρακάτω Φαρμακευτικές Εταιρίες:



Medtronic





Eliquis[®] apixaban

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.



PFIZER Ελλάς Α.Ε.

Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51, Αθήνα, Ελλάδα
Τηλ. επικοινωνίας: 210 67 85 800, Αριθ. Γ.Ε.Μ.Η. 000242901000

Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch)

Λεωφ. Αθαλάσσης 26, 2018, Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 817690

PP-ELI-GRC-0627-JUL21

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε**

**ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα**

Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»