

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΠΕΜΠΤΗ
12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**E-POSTERS
THURSDAY,
OCTOBER 12th 2023**

Ανάρτηση: 09:00 - 18:00

Post: 09:00 - 18:00

Παρουσίαση 15:00 - 16:00

Presentation: 15:00 - 16:00

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός I

Αρτηριακή υπέρταση

Επεμβατική καρδιολογία I

Καρδιακή ανεπάρκεια

Καρδιακή απεικόνιση

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός I**Πρόεδροι: **Στ. Παρασκευαΐδης** (Θεσσαλονίκη), **Α. Μάντζιαρη** (Θεσσαλονίκη)**AA001 | Επικαρδιακή έναντι ενδοκαρδιακής βηματοδότησης σε παιδιατρικούς ασθενείς με κολποκοιλιακό αποκλεισμό ή δυσλειτουργία του φλεβόκομβου: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση**
B. Πάτσιου¹, A. M. Χάιδιτς¹, A. Μπαρουτιδίου¹, A. Γιαννόπουλος¹, Γ. Γιαννακούλας¹¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση είχε ως στόχο να συγκρίνει άμεσα την επίπτωση των επιπλοκών που σχετίζονται με το καλώδιο του βηματοδότη (PM), τη θνησιμότητα, τον αιμοθώρακα και τη φλεβική απόφραξη μεταξύ επικαρδιακής (EPI) και ενδοκαρδιακής (ENDO) βηματοδότησης σε παιδιά με κολποκοιλιακό αποκλεισμό (AVB) ή δυσλειτουργία του φλεβόκομβου (SND). **Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE (μέσω PubMed), Scopus by ELSEVIER, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Web of Science και OpenGrey έως τις 25 Ιουνίου 2022. Πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις τυχαίων επιδράσεων για να εκτιμηθεί η επίδραση της μεθόδου βηματοδότησης στην αποτυχία των καλωδίων, στην αύξηση του κατωφλίου, στη λοίμωξη μετά την εμφύτευση και στην εξάντληση της μπαταρίας και δευτερευόντως στη συνολική θνησιμότητα, στον αιμοθώρακα και στη φλεβική απόφραξη. Πραγματοποιήθηκαν επίσης διάφορες αναλύσεις ευαισθησίας. **Αποτελέσματα:** Από τις 22 μελέτες που ανακτήθηκαν αρχικά, 18 κρίθηκαν κατάλληλες για συστηματική ανασκόπηση και 15 για μετα-ανάλυση. Από τους 1348 παιδιατρικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση EPI ή ENDO, 542 (40,2%) διαγνώστηκαν με συγγενή καρδιοπάθεια (CHD). Η EPI συσχετίστηκε με σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα αποτυχίας των καλωδίων του PM [συγκεντρωτική αναλογία πιθανοτήτων (pOR) 3,00, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 2,05-4,39, I²=0%]- ενώ η πιθανότητα αύξησης του ορίου, μόλυνσης μετά την εμφύτευση και εξάντλησης της μπαταρίας δεν διέφερε μεταξύ των τύπων PM. Όσον αφορά τη δευτερεύουσα έκβαση, τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ EPI και ENDO δεν διέφεραν. Στις αναλύσεις ευαισθησίας, τα αποτελέσματα ήταν συνεπή μεταξύ των δύο τύπων PM. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η EPI μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη αποτυχία των καλωδίων του PM σε σύγκριση με την ENDO, ενώ τα ποσοστά αύξησης του ορίου, μόλυνσης, εξάντλησης της μπαταρίας και θνησιμότητας δεν διέφεραν.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Table S2. Population baseline characteristics.

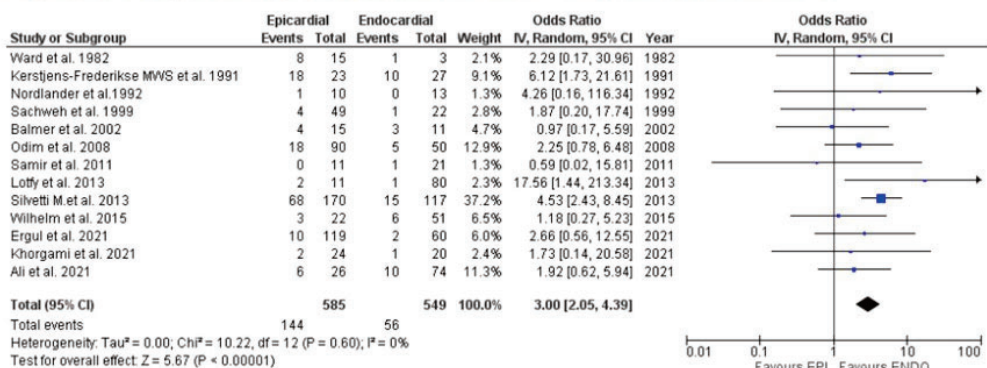
Study	Gender	Implantation mean weight(kg)		Implantation mean age(years)		CAVB	Acquired AVB	SND
		EPI	ENDO	EPI	ENDO			
	Male (%)							
Ward et al. 1982	NA	NA	NA	4(1-13)	11(10-13)	5	15	0
Kerstjens-Frederikens et al. 1991	NA	NA	NA	8.6 ± 4.8		5	18	27
Nordlander et al. 1991	11 (47.8)	NA	NA	4.8 (2 days-14 yrs)		5	13	5
Esperer et al. 1993	18 (54.5)	NA	NA	5 ± 4	12 ± 5	2	24	6
Sachweh et al. 1999	39 (54.9)	15.0 ±11.2	23.9 ±11.4	4.5±4.2	7.0 ± 3.6	22	49	0
Beaufort-Krol et al. 2000	20 (48.7)	NA	NA	7.6 ± 6.5	11.7 ± 4.7	23	9	0
Balmer et al. 2002	17 (53.1)	NA	NA	0.4(0-16.5)	7.3(0-16.5)	5	15	0
Udink et al. 2002	48 (50.5)	17.75	26.05	5.6	8.2	40	41	10
Odin et al. 2008	NA	19.7±17.6	38.1±18.1	5.5±5.3	11.0±4.3	41	71	36
Samir et al. 2011	18 (56.2)	21.6 ± 13.8		5.7 ± 3.8		13		3
Lotfy et al. 2013	59 (64.8)	12		2.3 (0.09-12)		31	54	6
Silveti et al. 2013	166 (57.8)	NA	NA	4 (1 – 9)	8 (3 – 14)	172	0	115
Wilhelm et al. 2015	46 (63.0)	10.6	26.5	2.2	8.3	32	41	0
Segar et al. 2018	15 (48.3)	42.2±27.5	40.0±21.9	13.8 ± 11	11.4± 9.4	5	0	26

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Khorgami et al. 2021	18 (40.9)	NA	NA	2 (0.1–2.41)	5 (1.2–15)	11	32	1
Ergul et al. 2021	96 (57.4)	14(2.7-85)	45 (21-76)	(0.3-18)	12.3 (5.3-18)	71	95	13
Ali et al. 2021	51 (51.0)	20.85 ± 4.81	56.77 ± 19.00	6.10 ± 2.23	14.85 ± 3.97	52	46	2
Dzhaffarova et al. 2022	NA	NA	NA	NA	NA	103	0	25

*±SD, NA: Not available

Figure S3. Primary outcome: pooled Odds ratio for PM lead failure between EPI and ENDO.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ002 | Η συσχέτιση μεταξύ αναίμακτων και επεμβατικών δεικτών σε ασθενείς με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια για τη διαστρωμάτωση του αρρυθμολογικού κινδύνου αιφνίδιου καρδιακού θανάτου: Μελέτη ReCONSIDER

Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Κ. Γκατζούλης¹, Χ. Κ. Αντωνίου², Π. Δηλαβέρης¹, Π. Αρσένος¹, Α. Ξηνταράκου¹, Α. Λαϊνά¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Δ. Τσιαχρής¹, Σ. Σιδεράς³, Θ. Κωλέττης⁴, Ε. Κανουπάκης⁵, Α. Σιδεράς⁶, Π. Φλεβάρη⁷, Β. Βασιλικός⁸, Ι. Χαβελές⁹, Θ. Μαούνης¹⁰, Α. Κατσιβάς¹¹, Α. Κωτσάκης¹², Χ. Κοσσυβάκης¹³, Γ. Λεβεντόπουλος¹⁴, Γ. Ευθυμιάδης¹⁵, Ν. Φραγκάκης⁸, Ε. Σημαντηράκης⁵, Π. Κοραντζόπουλος⁴, Π. Νταβλούρος¹⁴, Α. Κορδαλής¹, Γ. Οικονόμου¹, Π. Ηλιάκης¹, Κ. Λέτσας¹⁰, Ο. Καρίκη¹⁰, Α. Κωστοπούλου¹⁰, Ι. Σκιαδάς³, Ν. Μηλαράς³, Π. Μάργος¹², Σ. Παρασκευαΐδης¹⁵, Κ. Παραβολιδάκης¹², Δ. Κλέττας³, Σ. Μαυρογένη¹⁰, Κ. Λαζαρίδης¹⁶, Ε. Ηλιοδρομίτης⁷, Γ. Φιλίππατος⁷, Α. Δαμέλου¹⁷, Χ. Χασικίδης¹⁷, Κ. Πολυμερόπουλος¹⁸, Ι. Ζαρείφης¹⁸, Δ. Τούσουλης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

⁷ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹⁰ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁶ 417 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διαστρωμάτωση του κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε ασθενείς με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (dilated cardiomyopathy- DCM) αποτελεί μείζονα προτεραιότητα για την επίτευξη της έγκαιρης πρόληψης, μέσω εμφύτευσης καρδιακού απινιδωτή. Η πολυ-παραγοντική προσέγγιση των ασθενών καθίσταται αναγκαία ωστόσο, οι κλινικοί και επεμ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

βατικοί δείκτες για τη στοχευμένη αναγνώριση της ομάδας υψηλού κινδύνου, που θα λάβει τελικά σημαντικό όφελος από την εμφυτεύσιμη συσκευή, παραμένουν υπό διερεύνηση. **Στόχος - Μέθοδος:** Η πολυκεντρική μελέτη ReCONSIDER στοχεύει στη διαστρωμάτωση του αρρυθμολογικού κινδύνου σε ασθενείς με DCM. Μία στρατηγική δύο σταδίων εφαρμόστηκε περιλαμβάνοντας την αξιολόγηση μη επεμβατικών δεικτών κινδύνου (non-invasive risk factors - NIRFs) ως πρώτο βήμα και ως δεύτερο τη διενέργεια προγραμματισμένης κοιλιακής διέγερσης (Programmed Ventricular Stimulation-PVS). Στα πλαίσια της μελέτης οι ασθενείς ταξινομήθηκαν βάσει της συστολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας σε δύο ομάδες (ομάδα A: κλάσμα εξώθησης (KE) $35\% < KE \leq 50\%$, ομάδα B: $KE < 35\%$). Ασθενείς με τουλάχιστον ένα θετικό NIRF - ιστορικό συγκοπής, τελοδιαστολική διάμετρο αριστερής κοιλίας $>60\text{mm}$, έκτακτες κοιλιακές συστολές $>30/\text{ώρα}$, μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία (NSVT), θετικά όψιμα δυναμικά, παράταση QTc, μειωμένη διακύμανση καρδιακών παλμών, αυξημένη εναλλαγή του κύματος T και παρουσία ίνωσης (LGE) στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) - παραπέμπονται για PVS. Όλοι οι ασθενείς με επαγόμενη κοιλιακή ταχυαρρυθμία (VT ή VF) όπως και όλοι οι ασθενείς της ομάδας B λαμβάνουν καρδιακό απινιδωτή βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών. **Αποτελέσματα:** Σε χρονικό διάστημα 2 ετών από την έναρξη της μελέτης, συνολικά 159 ασθενείς (μέση ηλικία 58.7 ± 11.3 έτη - 50 γυναίκες) συμπεριλήφθηκαν (43,1% στην ομάδα A και 56,9% στην ομάδα B). Οι ασθενείς της ομάδας B παρουσίασαν συχνότερα διάταση της αριστερής κοιλίας $>60\text{mm}$ ($67.5\% \text{ vs } 37.5\%$, $\chi^2=11.8$, $p=0.001$). Κατά τη διενέργεια PVS η πρόκληση VT παρατηρήθηκε στο 57,9% των ασθενών με παρουσία κατακερματισμένων QRS (fQRS) επαρμάτων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα συγκριτικά με το 23,4% εκείνων χωρίς παρουσία fQRS ($\chi^2=8.06$, $p=0.004$). Τέλος, οι ασθενείς με παρουσία LGE στη CMR εμφάνισαν συχνότερα NSVT στο 24ωρο holter ρυθμού συγκριτικά με εκείνους χωρίς LGE (51,1% έναντι 21,7%, $\chi^2=5.4$, $p=0.020$), αλλά όχι πρόκληση VT κατά τη διενέργεια PVS. **Συμπεράσματα:** Στους ασθενείς με DCM η παρουσία LGE αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων NSVT ενώ η παρουσία fQRS σχετίζεται με την πρόκληση VT κατά τη διενέργεια PVS.

AA003 | Mechanical support in cardiogenic shock after synchronised electrical cardioversion**E. Βιτωράκης¹, Θ. Σινανης¹, Κ. Καυκαλά¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

This case report describes a rare complication following synchronized electrical cardioversion, which resulted in cardiogenic shock requiring mechanical circulatory support. The patient, a 53-year-old male with atrial fibrillation and a history of stroke, presented with worsening dyspnea and congestive heart failure symptoms. After three days of hospitalization, synchronized electrical cardioversion was performed to restore sinus rhythm. However, during the recovery phase, the patient rapidly developed shock and pulseless electrical activity, requiring resuscitation. Inotropic support and an intra-aortic balloon pump (IABP) were initiated to stabilize the patient's condition. After 72 hours, the patient no longer required inotropic support, and after seven days, he was successfully extubated and discharged. The case highlights the need

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

for performing electrical cardioversion in an intensive care unit with access to adequate supportive measures. It also suggests that IABP treatment may confer a clear mortality benefit in the absence of other circulatory support options like Impella or ECHMO. The report emphasizes the importance of patient selection, optimization of heart failure treatment, and considering potential complications associated with sedation. Aggressive medical therapy before cardioversion could potentially prevent adverse events.

ΑΑ004 | Η επίδραση της θεραπείας καρδιακού επανασυγχρονισμού στην λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας

Γ. Σιδηρόπουλος¹, Α. Αντωνιάδης², Α. Σαπλαούρας³, Θ. Καραμήτσος⁴, Γ. Παννόπουλος², Ν. Φραγκάκης⁵

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη σχετικά με την επιβίωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ανεξάρτητα από την παρουσία δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με την επίδραση της θεραπείας καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) στην λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας είναι αντικρουόμενα. Στην παρούσα μετανάλυση ελέγχουμε την επίδραση του CRT στην λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας. **Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση των βάσεων δεδομένων MedLine και EMBASE από την έναρξη τους μέχρι τον Οκτώβριο 2021. Πραγματοποιήσαμε ποσοτική σύνθεση αναφορικά με τη διαφορά μεταξύ των τιμών των παραμέτρων λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας συμπεριλαμβανομένης της συστολικής μετατόπισης του τριγλωχνικού δακτυλίου (TAPSE), της συνολικής μέγιστης επιμήκους παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (RVGLS), της κλασματικής μεταβολής της επιφάνειας της δεξιάς κοιλίας (RVFAC), της μέσης πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας (SPAP), του δείκτη μυοκαρδιακής λειτουργίας (Tei index) και του S' προ και μετά την τοποθέτηση του CRT. Επιπλέον διενεργήθηκε ανάλυση υποομάδων με βάση το χρονικό διάστημα επανελέγχου (follow-up). **Αποτελέσματα:** Η μετανάλυση ανέδειξε σημαντική αύξηση των τιμών RVFAC, TAPSE και S' και σημαντική μείωση του Tei index και του SPAP μετά την τοποθέτηση του CRT, υποδεικνύοντας βελτίωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας. Τα ευρήματα σχετικά με την αύξηση του RVFAC και της ελάττωσης του SPAP επιβεβαιώθηκαν και στην ανάλυση υποομάδων για διαφορετικές χρονικές περιόδους επανελέγχου. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μετανάλυσης δείχνουν ότι η τοποθέτηση CRT βελτιώνει συγκεκριμένες

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους της δεξιάς κοιλίας. Η τρέχουσα έρευνα κατευθύνεται στην ανεύρεση υποψηφίων ασθενών που θα ωφεληθούν από το CRT και στη βελτιστοποίηση των στρατηγικών βηματοδότησης για βελτίωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας.

AA005 | Κρυσκατάλυση έναντι κατάλυσης με υψίσυχο ρεύμα σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή**Π. Μιληλής¹, Ο. Καρίκη¹, Α. Σαπλαούρας¹, Σ. Δράγας¹, Η. Πατσιώτης¹, Α. Χατζηαντωνίου¹, Α. Μαρτίνο¹, Α. Ζυγούρη¹, Κ. Λέτσας¹, Μ. Εφραιμίδης¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η επίτευξη ηλεκτρικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών (PVI) με διακαθετηριακές τεχνικές κατάλυσης είναι μια αποτελεσματική επεμβατική θεραπεία για τον έλεγχο ρυθμού σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή (εμΚΜ). Τα δεδομένα σχετικά με την επιλογή της κρυσκατάλυσης (CRYO) έναντι της κατάλυσης με υψίσυχο ρεύμα (RF) σε αυτό τον πληθυσμό είναι περιορισμένα. **Υλικό και μέθοδος:** Η παρούσα προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη σχεδιάστηκε για να συγκρίνει τις δυο τεχνικές κατάλυσης (RF, CRYO) ως προς την αποτελεσματικότητα τους στον έλεγχο ρυθμού σε ασθενείς με εμΚΜ. Οι συμμετέχοντες τυχαίοποιήθηκαν 2:1 σε δύο ομάδες: RF και CRYO. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ορίστηκε η υποτροπή της αρρυθμίας την πρώιμη (πρώτοι 3 μήνες) και την όψιμη μετεπεμβατική περίοδο (3 μήνες έως 1 χρόνο). Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ορίστηκαν ο χρόνος επέμβασης, η διάρκεια ακτινοσκόπησης και οι επιπλοκές. **Αποτελέσματα:** Τυχαίοποιήθηκαν 199 ασθενείς (133 RF, 66 CRYO). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς το πρωτογενές καταληκτικό σημείο (υποτροπές ≤ 3 μηνών: 35.5% RF έναντι 37.9% CRYO, $p = 0.755$, υποτροπές >3 μηνών: 26.3% RF έναντι 27.3% CRYO, $p = 0.999$). Από τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία, το σκέλος του CRYO είχε στατιστικά σημαντική μικρότερη διάρκεια επέμβασης (75.15 ± 17.21 min CRYO έναντι 136.6 ± 43.33 min RF, $p < 0.05$). **Συμπεράσματα:** Οι τεχνικές RF και CRYO είναι εξίσου αποτελεσματικές στον έλεγχο ρυθμού των ασθενών με εμΚΜ.

AA006 | Πρωτοεμφανιζόμενη, δυνατικά προαρρυθμική, ηλεκτροκαρδιογραφική εκδήλωση Brugada τύπου I σε 5 νεαρούς ασθενείς κατά τη διάρκεια νόσησης με Covid-19**Ε. Συμμεωνίδου¹, Κ. Παπαθανασίου¹, Γ. Δουμάνης¹, Σ. Αρμύλαγος¹, Α. Αντωνιάδου¹, Χ. Κρούπης¹, Γ. Φιλιππάτος¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Brugada (BS) είναι μία γενετική διαυλοπάθεια που χαρακτηρίζεται από δυναμική στο χρόνο (εμφανή ή αποκρυμμένη) ανάσπαση του διαστήματος ST (≥ 2 mm) στις δεξιές προκάρδιες απαγωγές του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) και συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο κακοήθων κοιλιακών αρρυθμιών. Ο όρος Brugada φαινοκόπια περιγράφει καταστάσεις που προκαλούν παρόμοιες με BS ΗΚΓ εκδηλώσεις χωρίς γενετική νόσο. Ο πυρετός οποιασδήποτε προέλευσης είναι ένας γνωστός πυροδότης ΗΚΓ Brugada (B) τύπου I μέσω απενεργοποίησης μεταλλαγμένων ή μη διαύλων νατρίου. Πρόσφατα εμφανίσθηκαν πολλά δεδομένα σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ του ιού SARS-COV-2 σχετιζόμενου πυρετού, ηλεκτρολυτικών διαταραχών και φλεγμονώδους αντίδρασης της λοίμωξης Covid-19 με αποκάλυψη μη γνωστού, σιωπηλού B ή παροδικών ΗΚΓ εκδηλώσεων παρόμοιων με BS. Σκοπός: Παρουσιάζουμε την πρώιμη εμπειρία μας στην ενδιαφέρουσα και πολύπλοκη διαδικασία διάγνωσης και αντιμετώπισης της από Covid-19 πρόκλησης BS ή μεμονωμένων ΗΚΓ εκδηλώσεων B τύπου I.

Μέθοδοι: Ο πληθυσμός μας αποτελείται από 5 προηγούμενα υγιείς νέους (4 αρ. και 1 θηλ.) (μέση ηλικία 30 ± 6) που νόσησαν με Covid-19 και ως νοσηλευόμενοι παρουσίασαν έντονη ΗΚΓ εικόνα τύπου I B (4) χωρίς γνωστό ιστορικό ενώ ο πέμπτος διακομίσθηκε από περιφερικό νοσοκομείο με αποτραπέντα αιφνίδιο θάνατο εκτός νοσοκομείου ενώ νοσούσε με Covid-19 και κατά την αποκατάσταση του ρυθμού με DC shock αποκαλύφθηκε BS. Μετά την αναγνώριση του ΗΚΓ εφορμήθηκε σε όλους άμεση επιθετική αντιπυρετική θεραπεία και ΗΚΓ συνεχής παρακολούθηση. Όλοι έλαβαν αντική αγωγή. Δεν εκδηλώθηκε αρρυθμία στη διάρκεια της νοσηλείας τους. **Αποτελέσματα:** Οι οξείες ΗΚΓ εκδηλώσεις αποκαταστάθηκαν με την παρέλευση της οξείας φάσης της νόσου. Οξεία μυοκαρδίτιδα αποκλείσθηκε σε όλους. Εμφυτεύθηκε ICD στον διασωθέντα από αιφνίδιο θάνατο, οφειλόμενο σε BS, αποκαλυφθέν από Covid-19. Οι 3 με προκληθέν από τον πυρετό ΗΚΓ B τύπου I υποβλήθηκαν σε MRI, Holter καταγραφή 48ώρου, δοκιμασία πρόκλησης με προκαϊναμίδη και ΗΦΕ, που βρέθηκαν φυσιολογικά. Ο γενετικός έλεγχος ήταν αρνητικός για τις μέχρι τώρα γνωστές μεταλλάξεις B στους 3, θετικός B σε 1 και θετικός για μυστονική δυστροφία σε 1. Όλοι παρακολουθούνται και έλαβαν οδηγίες προσαρμογής του τρόπου ζωής σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για BS. Επιπλέον οι 1ου βαθμού συγγενείς τους υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες αποκλεισμού BS. **Συμπεράσματα:**



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Επειδή ο πυρετός, ήδη αναγνωρισμένος πυροδότης BS, είναι συγχρόνως ένα από τα κύρια συμπτώματα COVID-19, είναι αντιληπτό ότι ένας σημαντικός αριθμός νέων ασθενών με ασυμπτωματικό συγγενές BS καθώς και Brugada φαινοκόπιες θα μπορούσαν να ταυτοποιηθούν κατά την πανδημία. Αν η οξεία ΗΚΓ εμφάνιση Brugada τύπου I είναι καλοήθης ή πυροδότης προαρρυθμικών συμβάντων θα πρέπει να διερευνηθεί. Επί του παρόντος σε όλους τους εμπύρετους ασθενείς με υποψία COVID-19 η πρώιμη αποκατάσταση του πυρετού μαζί με συνεχή καταγραφή ρυθμού είναι το ακρογωνιαίο μέτρο πρόληψης αρρυθμιολογικών συμβαμάτων στην οξεία φάση της νόσου.

AA007 | Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα ενδοφλέβιων αντιαρρυθμικών για την ανάταξη επεισοδίου κολπικής μαρμαρυγής πρόσφατης έναρξης. Ν. Χατζηγεωργίου¹, Σ. Παπαστεφάνου¹, Δ. Μπάνης¹, Α. Κατριβέσης¹, Γ. Διβιδής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή -Σκοπός: Η Φλεκαϊνίδη(Φ) και η Βερνακαλάντη (Β) είναι αντιαρρυθμικοί παράγοντες οι οποίοι χρησιμοποιούνται ενδοφλεβίως (iv) για την ανάταξη επεισοδίου κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) πρόσφατης έναρξης. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των ανωτέρω αντιαρρυθμικών ,καθώς και τον χρόνο ανάταξης της (ΚΜ) με (iv) χορήγηση (Φ) και (Β). **Υλικό μέθοδος:** Στην ανωτέρω μελέτη συμπεριλήφθησαν δύο ομάδες ασθενών, οι οποίοι έλαβαν (Φ) η (Β), σε τυχαία κατανομή .Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ήταν από 30 σε κάθε ομάδα ,32 άνδρες και 28 γυναίκες μέσου χρόνου ηλικίας $63\pm 3,1$ έτη με συμπτώματα ταχείας και άρρυθμης καρδιακής λειτουργίας πρόσφατης έναρξης (από 1 έως <8 ωρών). Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν στην Στεφανιαία Μονάδα (ΣΜ) και συνδέθηκαν σε monitor παρακολούθησης του καρδιακού ρυθμού και λοιπών βασικών παραμέτρων. Υπεβλήθησαν σε πλήρη Αιματολογικό, Βιοχημικό, Ορμονολογικό έλεγχο . Ακολούθησε μελέτη ECHO-TRIPLEX καρδιάς για έλεγχο δομικών , λειτουργικών καρδιακών παραμέτρων .Η δοσολογία της (iv) χορηγούμενης (Φ) και (Β) ανερχόταν στα 2mg/Kg και 3mg/Kg στα 10 λεπτά σε 100 ml ορού Δεξτρόζης 5% αντίστοιχα. Αποκλείσαμε από την μελέτη ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, μειωμένη συσταλτικότητα (EF<5%) ,Δομική καρδιοπάθεια, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, LBBB, Υπόταση, ασθενείς με σημαντικό βαθμού νεφρική ή ηπατική νόσο. **Αποτελέσματα:** Το ποσοστό επιτυχούς ανάταξης με (iv) χορηγούμενη (Φ)και (Β) σε φλεβοκομβικό ρυθμό (SR) κυμάνθηκε από 63,33% (19 ασθενείς) στα 10 λεπτά έως 83,33% (25 ασθενείς) στα 120 λεπτά στην ομάδα της (Φ), αντίστοιχα στην ομάδα της (Β) ήταν 56,66% (17 ασθενείς) και 78,66% (23 ασθενείς) αντίστοιχα. Από τους 12 ασθενείς που δεν ανατάχθηκαν, οι 7 είχαν παθολογικά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών, ενώ οι υπόλοιποι 5 είχαν πολλαπλά επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής οπότε κατευθύνθηκαν για Ηλεκτροφυσιολογική Μελέτη. Δεν παρατηρήθηκαν απειλητικές για την ζωή αρρυθμίες. **Συμπεράσματα:** Η (iv) χρήση τόσο της(Φ), όσο και της (Β) αποτελούν αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης πρόσφατης έναρξης επεισοδίου (AF),με ταχεία ανάταξη σε (SR). Ισχυρό πλεονέκτημα της (Φ) αποτελεί η εξαιρετικά χαμηλή τιμή. Το ιστορικό πολλαπλών υποτροπών (AF),φαίνεται να μειώνει την αποτελεσματικότητα της (Β),κατά συνέπεια απαιτείται σωστή επιλογή των ασθενών.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ008 | Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής με πολύ υψηλή ενέργεια σε μικρή διάρκεια: Αρχικά δεδομένα μετά από εφαρμογή σε πραγματικό πληθυσμό
Ο. Καρική¹, Π. Μιληλής¹, Α. Σαπταούρας¹, Σ. Δράγασης¹, Η. Πατσιώτης¹, Β. Χειλάς¹, Ι. Παναγιωτόπουλος¹, Ο. Καδδά¹, Κ. Λέτσας¹, Μ. Εφραιμίδης¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει δεδομένα εφαρμογής σε πραγματικό πληθυσμό, ενός νέου καθετήρα κατάλυσης που χορηγεί βλάβες με πολύ υψηλή ενέργεια σε μικρή διάρκεια (very high power-short duration, vHPSD) για την θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής. Ο vHPSD καθετήρας QDOT MICROT^M είναι ένας καθετήρας κατάλυσης με αίσθηση επαφής και έλεγχο θερμοκρασίας με μέτρηση θερμοκρασίας σε πραγματικό χρόνο. Επιπλέον επιτυγχάνει υψηλότερη ανάλυση σήματος μέσω τριών μικροηλεκτροδίων. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενείς με ένδειξη διακαθετηριακής απομόνωσης πνευμονικών φλεβών λόγω κολπικής μαρμαρυγής, υποβλήθηκαν σε κατάλυση με την τεχνική vHPSD με χορήγηση βλαβών 90W/4s. Η χαρτογράφηση του αριστερού κόλπου πραγματοποιήθηκε με τον πολυπολικό καθετήρα 48 ηλεκτροδίων OctarayTM. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ορίστηκε η υποτροπή της αρρυθμίας στους 3 και στους 6 μήνες μετά την κατάλυση. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ορίστηκαν η διάρκεια της κατάλυσης, η επίτευξη απομόνωσης χωρίς ανάγκη συμπληρωματικής χορήγησης βλαβών (first pass isolation), ο χρόνος ακτινοσκόπησης, η συνολικά χορηγούμενη ενέργεια και η εμφάνιση επιπλοκών. **Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 45 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (75.5% παροξυσμική, 24.5% εμμένουσα) με μέση ηλικία 61±10 έτη. Υποτροπή της αρρυθμίας καταγράφηκε σε 4 ασθενείς στην παρακολούθηση των 3 μηνών και σε 9 ασθενείς στην 6μηνη παρακολούθηση (20%). Η μέση διάρκεια κατάλυσης ήταν 13.24±8.55min, ο μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης 7.43±2.90min και η μέση τιμή της χορηγούμενης ενέργειας 43608±22868J. First pass isolation επιτεύχθηκε στο 75.6% των ασθενών. Σχετικά με τις επιπλοκές, καταγράφηκε μια μικρή ασυμπτωματική περικαρδιακή συλλογή που δεν χρειάστηκε αντιμετώπιση. **Συμπεράσματα:** Βάσει των παραπάνω παρατηρήσεων, ο νέος καθετήρας με κατάλυση vHPSD φαίνεται να επιτυγχάνει ικανοποιητικά χαμηλά ποσοστά υποτροπών στην παρακολούθηση 6μήνου με μειωμένο χρόνο κατάλυσης και σημαντικό ποσοστό επίτευξης first pass isolation κατά την επέμβαση.

ΑΑ009 | Το φαινόμενο της καθυστέρησης της κοιλιακής αίσθησης σε απινιδωτικά συστήματα

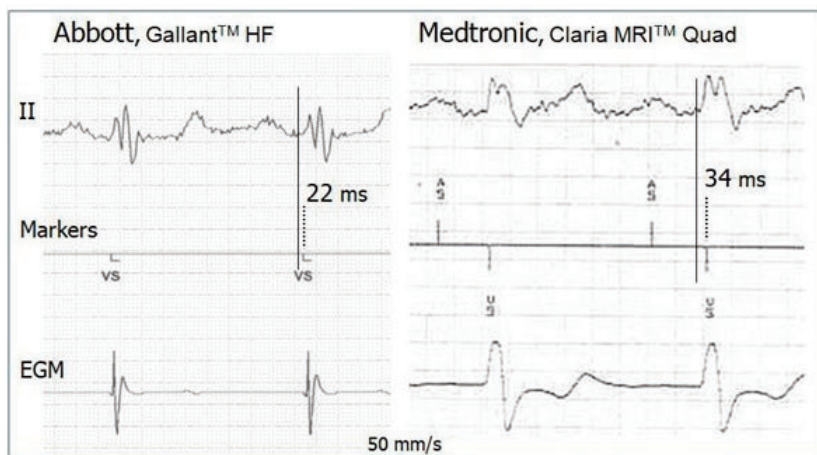
Φ. Ζάγκλη¹, Π. Χρονόπουλος¹, Ν. Καλοβρεντή¹, Ι. Χειλαδάκης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η λειτουργία της κοιλιακής αίσθησης εμφυτευμένων απινιδωτικών συστημάτων βασίζεται στην ανίχνευση του αυτόχθονου ηλεκτρικού σήματος (ενδοκαρδιακό ηλεκτρόγραμμα, EGM) που λαμβάνει το ηλεκτρόδιο από τη δεξιά κοιλία. Για τον χρόνο απόκρισής της, μεσολαβεί ένα αναπόφευχτο διάστημα χρονικής καθυστέρησης (ventricular sensing la-

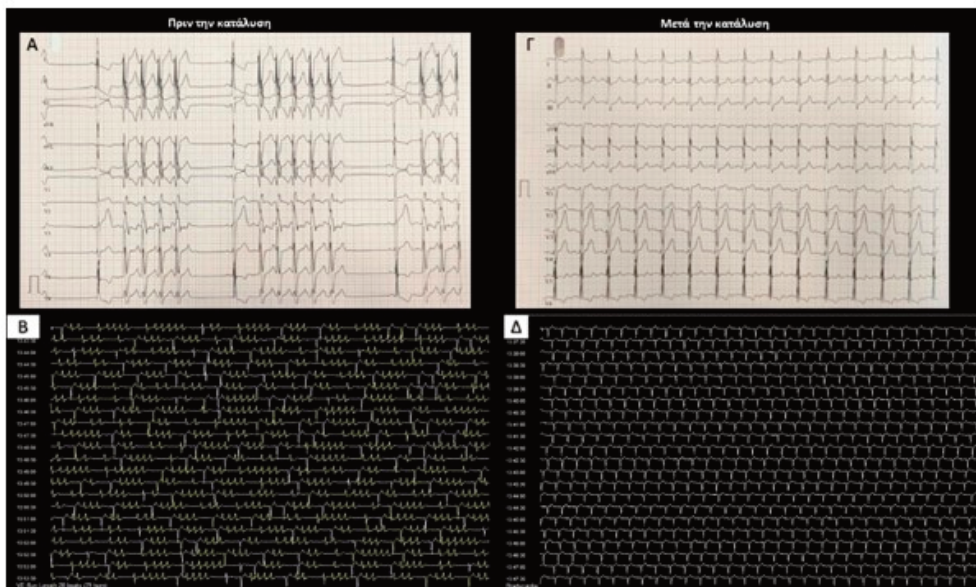
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

tency, VSL) που οφείλεται σε καθυστερήσεις λόγω της μετάδοσης και επεξεργασίας του EGM σήματος. Σκοπός της μελέτης μας ήταν ο προσδιορισμός του μεγέθους VSL απινιδωτικών συσκευών. **Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 112 ασθενείς (87 άνδρες, 25 γυναίκες, ηλικίας 68 ± 11 έτη) με οργανική καρδιοπάθεια (62% στεφανιαία νόσος) και συνολικό κλάσμα εξώθησης $36 \pm 10\%$, στους οποίους εμφυτεύτηκε διπλοεστιακό ή αμφικολιακό απινιδωτικό σύστημα δύο διαφορετικών εταιρειών, Medtronic (n=69) ή Abbott (n=43). Οι ασθενείς είχαν διατηρημένη κολποκοιλιακή αγωγή, και καρδιακή συχνότητα >45 bpm. Ως VSL προσδιορίστηκε σε πραγματικό χρόνο μετά την εμφύτευση της συσκευής το διάστημα Q-VS από την αρχή του QRS στο ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας μέχρι την εμφάνιση του δείκτη (VS marker) της κοιλιακής αίσθησης (εικόνα, VSL Abbott 22ms, VSL Medtronic 34ms). **Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν VSL δεδομένα από 43 ασθενείς με στενό QRS, και από 69 ασθενείς με ευρύ QRS (>120 ms), μορφολογίας μη ειδικής διαταραχής ενδοκοιλιακής αγωγής (IVCD, n=34), αποκλεισμού δεξιού σκέλους (RBBB, n=17), και αποκλεισμού αριστερού σκέλους (LBBB, n=18). Συνολικά, το διάστημα VSL των ασθενών με στενό QRS δεν διέφερε από εκείνους που είχαν ευρύ QRS (28 ± 15 ms και 33 ± 22 ms, αντίστοιχα, $p > 0.05$). Σε ασθενείς με στενό QRS, οι εταιρείες Medtronic και Abbott έδειξαν παρόμοια VSL (27 ± 22 ms και 28 ± 11 ms αντίστοιχα, $p > 0.05$). Συνολικά, ασθενείς με ευρύ QRS που έλαβαν Medtronic είχαν μεγαλύτερο διάστημα VSL συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν Abbott (26 ± 21 ms και 37 ± 22 ms, αντίστοιχα, $p = 0.03$) λόγω καταγραφής μεγαλύτερου διαστήματος VSL σε ασθενείς με RBBB ($p < 0.001$). Παρόμοια ευρήματα έδειξε η σύγκριση των αμφικολιακών συστημάτων των δύο εταιρειών ($p < 0.01$). **Συμπεράσματα:** (1) Οι εταιρείες Medtronic και Abbott εμφανίζουν παρόμοιο διάστημα VSL σε ασθενείς με στενό QRS. (2) Ασθενείς με ευρύ QRS και RBBB που έλαβαν Medtronic είχαν μεγαλύτερο διάστημα VSL συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν Abbott. (3) Τα ευρήματα αυτά μπορούν να βοηθήσουν τον προγραμματισμό για αποφυγή μη αναγκαίας κοιλιακής βηματοδότησης σε ασθενείς με διπλοεστιακό απινιδωτή, και για βελτίωση της βηματοδοτικής κοιλιακής σύλληψης σε ασθενείς με αμφικολιακό σύστημα.



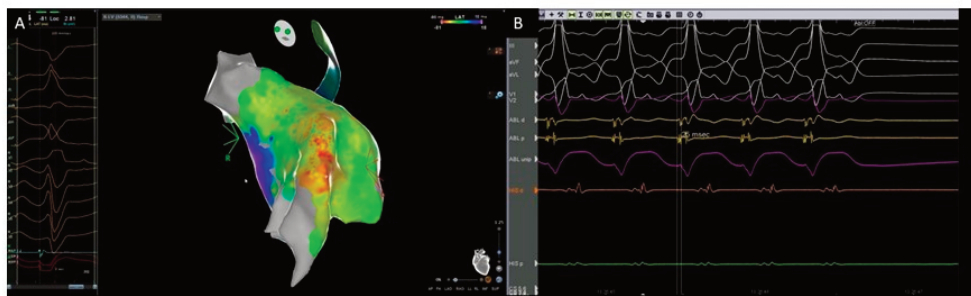
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023
ΑΑ010 | Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια και κοιλιακή ταχυκαρδία από θηλοειδή μυ, ένας σπάνιος συνδυασμός
**Κ. Π. Γκινή¹, Γ. Μανώλης¹, Ε. Τάτσης¹, Κ. Τζαβίδα¹, Α. Βάρος¹,
Δ. Οικονομίδης¹, Ι. Τσιαφούτης¹, Σ. Νικολιδάκης¹**
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Κοιλιακές αρρυθμίες προερχόμενες από τους θηλοειδείς μύες παρουσιάζονται με ή χωρίς υποκείμενη καρδιακή νόσο. Αποτελούν ~7% των ιδιοπαθών κοιλιακών αρρυθμιών. Λόγω της σύμπλοκης ανατομικής δομής τους η κατάλυση των αρρυθμιών είναι δυσχερής και σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής άρρεν 52 ετών με χρόνια λήψη αλκοόλ προσήλθε λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας από μηνός. ΗΚΓ: φλεβοκομβικός ρυθμός και μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία (ΚΤ). Μορφολογία έκτακτων κοιλιακών συστολών (ΕΚΣ) ως επί RBBB (εύρος QRS=160ms), κατώτερος ηλεκτρικός άξονας και ζώνη μετάπτωσης στην V5(εικ.1Α), ευρήματα συμβατά με αρρυθμογόνο εστία στον προσθιοπλάγιο θηλοειδή μυ. Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε διάταση της αριστερής κοιλίας με σημαντικά επηρεασμένη συστολική απόδοση. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Στο Holter ρυθμού 24ώρου καταγράφηκαν 90000 ΕΚΣ/24ώρο κυρίως με τη μορφή μη εμμένουσας ΚΤ(Εικ.1Β) Στη δοκιμασία κόπωσης κατά Bruce οι αρρυθμίες εξαφανίζονταν στο 2ο στάδιο με επανεμφάνιση στο 3ο της ανάνηψης. Έγινε προσπάθεια καταστολής της αρρυθμίας με διαδοχική χρήση β-αναστολέα, αναστολέα διαύλων ασβεστίου και αμιωδαρόνης δίχως αποτέλεσμα, καθιστώντας την κατάλυση τη μοναδική θεραπευτική επιλογή.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Από την χαρτογράφηση με CARTO-3 εντοπίστηκε ευρεία περιοχή με πρωιμότητα-20-25ms στο πρόσθιο τοίχωμα της μεσότητας της αριστερής κοιλίας με ύπαρξη προσυστολικού δυναμικού σε ορισμένα σημεία.(Εικ.2) Κατά την ανάδρομη προσπέλαση από την αορτή η σταθερότητα του καθετήρα ήταν ικανοποιητική όχι όμως και η δυνατότητα εφαρμογής δύναμης και τελικά επιλέχτηκε η διαμυτροειδική προσπέλαση μέσω διαφραγματοστομίας με χρήση πηδαλιουχόμενου θηκαριού. Χρησιμοποιήθηκε καθετήρας κατάλυσης ψυχόμενου άκρου 3,5mm με ενσωματωμένη τεχνολογία αίσθησης επαφής και πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές βλάβες (60-90s) σε όλη την περιοχή πρωιμότητας. Μετά το πέρας της κατάλυσης οι αρρυθμίες παρέμειναν. **Αποτελέσματα:** Την επόμενη μέρα διαπιστώθηκε πλήρης εξάλειψη αρρυθμιών στο ΗΚΓ(εικ.1Γ), πιθανώς ως καθυστερημένο αποτέλεσμα λόγω ενδοτοιχωματικής εντόπισης της εστίας. Ένα μήνα μετά, στο Holter ρυθμού δεν καταγράφηκαν αρρυθμίες.(εικ.1Δ) Η συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας ωστόσο δεν είχε βελτιωθεί παρά τη λήψη βέλτιστης αγωγής. Αναμένεται νέο υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς σε 3 μήνες. **Συμπεράσματα:** Η αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια με κοιλιακή ταχυκαρδία από τον αριστερό πρόσθιο θηλοειδή μυ είναι σπάνιος συνδυασμός. Η κατάλυση αρρυθμιών από τους θηλοειδείς μύες παρουσιάζει δυσκολίες. Μετά από επιτυχή κατάλυση, ενδεχόμενη βελτίωση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας μπορεί να παρουσιαστεί με σχετική καθυστέρηση.



AA011 | Κατάλυση παρασυμπαθητικών γαγγλίων σε ασθενείς με νευροκαρδιογενή συγκοπή: αρχική εμπειρία με παρουσίαση δύο περιστατικών

K. Λέτσας¹, A. Σαπλαούρας¹, Π. Μιληλής¹, Σ. Δράγασης¹, Η. Πατσιώτης¹, Ο. Καρίκη¹, Ο. Καδόδα¹, Γ. Κατσα¹, Γ. Μπαζούκης¹, Μ. Εφραιμίδης¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επίτευξη νευροκαρδιοτροποποίησης με διακαθετηριακή κατάλυση των παρασυμπαθητικών καρδιακών γαγγλίων (CNA) έχει προταθεί ως μια επεμβατική θεραπεία

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

αντιμετώπισης της βαγοτονικής συγκοπής. Η τεχνική αφορά καλά επιλεγμένους νέους ασθενείς με σοβαρά υποτροπιάζοντα επεισόδια βαγοτονικής συγκοπής που αποδεδειγμένα εκλύονται λόγω παθολογικής καρδιοανασταλτικής απάντησης (ασυστολίας), ενώ θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί τα συντηρητικά μέτρα, να έχει αποκλειστεί δομική αιτιολογία της νόσου και να υπάρχει θετική απάντηση σε τεστ ατροπίνης. **Υλικό και μέθοδος:** Το πρώτο περιστατικό αφορά μια γυναίκα 37 ετών με υποτροπιάζοντα σοβαρά επεισόδια συγκοπής από 10ετία με καρδιοανασταλτική απάντηση στο tilt test (37sec ασυστολία). Η ασθενής υποβλήθηκε σε CNA με αρνητική απάντηση στην ατροπίνη στο τέλος της επέμβασης (καταληκτικό σημείο κατάλυσης) και παραμένει χωρίς νέο επεισόδιο συγκοπής 3 μήνες μετά. Το δεύτερο περιστατικό αφορά έναν άνδρα 43 ετών με επαναλαμβανόμενα επεισόδια προσυγκοπής κατά την κατάποση με καταγραφή λειτουργικού κολποκοιλιακού αποκλεισμού στα επεισόδια σε καταγραφή Holter. Αφού επιβεβαιώθηκε η απουσία δομικής διαταραχής, ακολούθησε CNA. Κατά την κατάλυση στην πτυχή της κουμαδίνης και στην περιοχή του οπισθομέσου παρασυμπαθητικού γαγγλίου, εκλύθηκε λειτουργικός κολποκοιλιακός αποκλεισμός, ο οποίος τελικά λύθηκε με επίμονη χορήγηση ρεύματος στην περιοχή. Στο 3μηνο παρακολούθησης ο ασθενής έχει πλήρη ύφεση των επεισοδίων. **Αποτελέσματα:** Η αρχική εμπειρία του κέντρου μας με δυο περιστατικά που υποβλήθηκαν σε CNA είναι ενθαρρυντική, βάσει της αρχικής τους τρίμηνης παρακολούθησης. **Συμπεράσματα:** Η τεχνική CNA μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό νέων ασθενών με υποτροπιάζοντα σοβαρά επεισόδια βαγοτονικής συγκοπής λόγω ασυστολίας, όταν έχουν αποτύχει τα συντηρητικά μέσα και ο ασθενής δεν πληρεί κριτήρια για εμφύτευση βηματοδότη (ηλικία <40 ετών).

AA012 | **The effect of interventions aiming to reduce exposure to desert dust on AFEQT scores in atrial fibrillation patients: a two-site randomized trial**

**I. Αναστασίου¹, Π. Κουής², Α. Μαθαίου², Α. Μηχανικού²,
Π. Αναγνωστοπούλου², Π. Γιάλλουρος², Ε. Σημαντηράκης¹
Κάκκουρα³, Α. Παναγιώτου⁴, Ρ. Νικολάου⁵, Η. Παπασάββας⁵
Αβρααμίδης⁵, Σ. Παπαθεοδώρου⁶, Π. Κουτράκης⁶, Μ. Λεμονάρης²**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² University of Cyprus, Medical School, Nicosia, Cyprus

³ University of Oxford, Nuffield Department of Population Health, Oxford, UK

⁴ Cyprus University of Technology, Cyprus International Institute for Environmental & Public Health

⁵ Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Καρδιολογική Κλινική

⁶ Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, United States of America

Introduction: In the last decades, desert dust storm events (DDS) affecting Mediterranean countries are increasingly more frequent and more intense, and have been associated with increases in hospital admissions for cardiorespiratory causes. Short-term exposure to ambient air pollution is considered as a trigger for symptomatic exacerbations of paroxysmal atrial fibrillation (AF) and other types of cardiac arrhythmias; however, evidence regarding effective

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

strategies to mitigate the effect of DDS on cardiovascular morbidity is lacking. In this randomized study, which was conducted within the wider context of the EU-funded LIFE+MEDEA project, we sought to evaluate the efficacy of specific interventions aiming to reduce exposure to desert dust on quality of life in patients with paroxysmal AF. **Methods:** The study was conducted in 2 sites in Cyprus and Greece. Adults with known paroxysmal AF and a permanent pacemaker or implantable cardioverter/defibrillator were eligible for enrolment. In total, 78 patients to three parallel groups:a) No intervention (control group, N=24);b) Interventions to reduce outdoor exposure to desert dust (outdoor intervention group, N=24): At the onset of each DDS event, patients randomized to this group received automatic notifications via a web-based platform, prompting them to avoid unnecessary outdoor activities;c) Interventions to reduce both outdoor and indoor exposure to desert dust (combined intervention group, N=30): In addition to the intervention described, patients randomized in this group had an air-cleaning device installed in their home. In all three randomization groups, quality of life was assessed at enrolment and on monthly basis thereafter by completion of the validated Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-Life (AFEQT) questionnaire; changes in AFEQT scores from baseline to 1, 3 and 6 months post-randomization were compared between randomization groups. **Results:** Baseline clinical characteristics of enrolled patients did not differ significantly between randomization groups (Picture 1). Primary study results are summarized in Picture 2. By the completion of 3-month follow-up, a statistically significant difference in the degree of change in AFEQT scores (Δ AFEQT) from baseline was observable for both the outdoor and the com-

Variable	All participants (n=78)	No Intervention (n=24)	Outdoor Intervention (n=24)	Combined Intervention (n=30)	P value
Age*	73.05 (46.64-89.78)	74.09 (47.05-89.78)	73.96 (46.64-87.11)	72.09 (47.71-86.39)	0.648†
n (%) Female	31/78 (39-74%)	11/24 (45-83%)	9/24 (37-50%)	11/30 (36-67%)	0.763‡
Height (cm)	167 (150-183)	167 (150-178)	165 (150-183)	171 (150-185)	0.540†
Weight (kg)	78 (50-130)	78 (67-130)	80.5 (50-115)	80 (54-108)	0.575†
AFEQT (Baseline scores)					
Total	78.35 (22.5-100)	80 (22.5-100)	81.7 (40-100)	76.25 (32.5-95)	0.549†
Symptoms	89.58 (33.3-100)	87.5 (33.3-100)	93.75 (83.3-100)	87.5 (41.7-100)	0.617†
Daily Activities	85.2 (56.5-100)	82.85 (56.5-100)	86.55 (63.9-100)	85.65 (56.5-100)	0.676†
Treatment Compliance	88.9 (25-100)	93.05 (25-100)	88.9 (27.8-100)	86.1 (33.3-100)	0.284†
Treatment Satisfaction	91.7 (16.7-100)	91.7 (33.3-100)	100 (50-100)	83.3 (16.7-100)	0.056†
Follow – up ** (months)	5 (2-11)	5.5 (2-10)	7 (3-11)	4.5 (2-11)	0.167†

* Age at time of enrollment

† Kruskal-Wallis Test

‡ Pearson Chi Square Test

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

bined intervention groups (improvement), as compared to the control group (deterioration); difference in Δ AFEQT in the combined intervention group -as compared to the control group- remained statistically significant at 6 months post-enrolment. **Conclusions:** Our results indicate that interventions targeted to minimization of exposure to high desert dust concentrations may result in improved quality of life in patients with paroxysmal AF residing in regions regularly affected by DDS. Larger studies are required to investigate whether such approaches could also prevent emergency department presentations or hospitalizations.

Randomization group	Δ AFEQT 1 month (SD) (N=78)	P value	Δ AFEQT 3 months (SD) (N=59)	P value	Δ AFEQT 6 months (SD) (N=29)	P value
Control group	-2.79 (2.03)		-5.08 (2.38)		-3.33 (3.03)	
Outdoor intervention group	1.15 (1.93)	0.166	4.71 (2.19)	0.005	-3.01 (3.21)	0.945
Combined intervention group	2.11 (2.03)	0.094	3.62 (2.46)	0.015	4.28 (1.23)	0.044

Legend:

Δ AFEQT: Mean difference in AFEQT score from baseline; SD: Standard deviation; N: number of patients who completed 1-, 3-, and 6-month follow-up, respectively

AA013 | Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διαφλέβια εκφύτευση βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος λόγω λοίμωξης Μ. Σουβλάκη¹, Φ. Ζάγκλη¹, Σ. Σιδηρής², Σ. Ξυδώνας³, Σ. Ασημακόπουλος¹, Ι. Χειλαδάκης¹, Κ. Ασημακόπουλος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη εμφυτευμένου βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος σχετίζεται με σοβαρή νοσηρότητα και θνητότητα, και συνήθως απαιτεί πλήρη αφαίρεσή του. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και ειδικότερα της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης σε νοσηλευόμενους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκφύτευση μόνιμου βηματοδότη ή απινιδωτή λόγω επιμόλυνσης της θήκης της συσκευής ή γενικευμένη λοίμωξη. **Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 52 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε τρία τριτοβάθμια δημόσια νοσοκομεία της Αττικής και της επαρχίας για διαφλέβια εκφύτευση του βηματοδότη ή απινιδωτή, λόγω τοπικής φλεγμονής, εκροής πύου, διάβρωση δέρματος ή εξωτερική συσκευή της συσκευής, ή γενικευμένης κλινικής εκδήλωσης με θετικές αιμοκαλλιέργειες ή εκβλαστήσεις στο υπερηχογράφημα. Πλήρης αφαίρεση των ηλεκτροδίων και της γεννήτριας έγινε με απλή έλξη, ή χρησιμοποίηση στυλεών που κλειδώνουν «Lead Locking Devices» σε συνδυασμό με μηχανικά τηλεσκοπικά θηκάκια, ή TightRail περιστρεφόμενο θηκάρι με κόφτη. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν, εκτός από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, την ειδική κλίμακα άγχους και κατάθλιψης «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)». Τα αποτελέσματα της HADS σε ασθενείς με εμφυτευμένη συσκευή συγκρίθηκαν με

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

εκείνα αντίστοιχου αριθμού ομάδας ελέγχου ασθενών με εμφυτευμένη συσκευή χωρίς λοίμωξη. **Αποτελέσματα:** Αντιμετωπίστηκαν 37 άνδρες και 15 γυναίκες (ηλικία 71±12 έτη) με συνολική αφαίρεση 62 βηματοδοτικών και 7 απινιδωτικών ηλεκτροδίων και των αντιστοιχών γεννητριών, 8,1±6,5 χρόνια μετά από αρχική εμφύτευση ή αντικατάσταση του συστήματος. Η ομάδα των ασθενών με λοίμωξη εμφάνισε στατιστικά υψηλότερες τιμές HADS από την ομάδα ελέγχου, τόσο ως σύνολο όσο και στις υποκλίμακες της άγχους και κατάθλιψης ($p < 0.001$). **Συμπεράσματα:** Ασθενείς που υποβάλλονται σε διαφλέβια εκφύτευση μολυσμένου βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η κλίμακα HADS μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο στην αναγνώριση ασθενών με εμφυτεύσιμες συσκευές που απαιτούν πιο συστηματική ψυχιατρική προσέγγιση και φροντίδα.

Αρτηριακή υπέρταση

Πρόεδροι: **Ι. Σταμουλόπουλος** (Αθήνα), **Χ. Χατζηελευθερίου** (Δράμα)

AA014 | Τα επίπεδα του microRNA-21 περιφερικού αίματος ως ένας προβλεπτικός βιοδείκτης για την καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση
**Σ. Κασσωτάκης¹, Θ. Πατερομιχελάκης¹, Ο. Μαληκίδης¹,
 Ι. Φραγκιαδουλάκης¹, Ε. Σιδεράς¹, Ε. Σάββα¹, Σ. Ζερβάκης¹, Ε. Κλαδού¹,
 Ε. Καμπανιέρης¹, Α. Πλευριτάκη¹, Κ. Φραγκιαδάκης¹, Ε. Μπουρδάκης¹,
 Σ. Μαραγκουδάκης², Γ. Μπαντουβάς¹, Ε. Ζάχαρης¹, Ι. Κονταράκη¹,
 Γ. Κοχιαδάκης¹, Μ. Μαρκέτου¹, Δ. Βουγια¹, Ι. Λογκάκης¹, Π. Καλομοιράκης¹**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Η καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η επιδημιολογία και οι παράγοντες που προκαλούν την HFpEF δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, ενώ λείπουν ακριβείς προγνωστικοί βιοδείκτες. **Στόχος:** Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε εάν οι επίπεδα του microRNA-21 (miR-21) μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος, τα οποία παίζουν κρίσιμο ρόλο σε πολλούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της υπερτασικής καρδιοπάθειας, μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση της HFpEF σε ηλικιωμένους ασθενείς με τεκμηριωμένη αρτηριακή υπέρταση, καθώς και τη σχετιζόμενη νοσηρότητα και θνητότητα. **Μέθοδοι:** Εντάχθηκαν ασθενείς ηλικίας > 65 ετών από το εξωτερικό ιατρείο υπέρτασης. Όλοι είχαν τεκμηριωμένη αρτηριακή υπέρταση, αλλά δεν εμφάνιζαν συμπτώματα ή ενδείξεις καρδιακής ανεπάρκειας. Πάρθηκαν δείγματα αίματος για την αξιολόγηση των επιπέδων έκφρασης του miR-21 στα μονοπύρνα περιφερικού αίματος. **Αποτελέσματα:** Εντάχθηκαν αναδρομικά 151 ηλικιωμένοι ασθενείς (ηλικίας 67 ± 6 ετών) με τεκμηριωμένη αρτηριακή

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

υπέρταση, χωρίς όμως καρδιακή ανεπάρκεια. Κατά τη διάρκεια μέσης παρακολούθησης 8,2 ετών, 56 ασθενείς (37%) εμφάνισαν συμβάν. Τα επίπεδα του miR-21 στα μονοπύρνα του περιφερικού αίματος εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση της HFpEF. Συγκεκριμένα, η διάρκεια χωρίς HFpEF ήταν 110 μήνες για εκείνους με miR-21>1 και 114 μήνες για εκείνους με miR-21 <2,1. Επιπλέον, η πολυμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι το miR-21 (hazard ratio 11,14), ακολουθούμενο από την αιμοσφαιρίνη (Hg) (hazard ratio 0,56 για Hg>6 g/dL, μείωση κινδύνου 45%), ήταν ανεξάρτητοι και οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση της HFpEF. Συγκεκριμένα, υψηλές τιμές του miR-21 και χαμηλά επίπεδα Hb συνδέονταν με μεγαλύτερο κίνδυνο για HFpEF. **Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, τα επίπεδα του miR-21 στα μονοπύρνα του περιφερικού αίματος συνδέονται με την μελλοντική ανάπτυξη HFpEF. Τα ευρήματά μας μπορεί να αλλάξουν τα μοντέλα κινδύνου της HFpEF και να υποστηρίξουν ένα πλάσιο για περαιτέρω έρευνα για την ανάδειξη των miR ως βιοδεικτών και θεραπευτικών στόχων για την HFpEF.

ΑΑ015 | ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΕ 12ΜΗΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Χ. Φραγκούλης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Πολύζος¹, Α. Μαουρουδής¹, Μ. Σταθουλοπούλου¹, Ε. Μαντά¹, Π. Ηλιάκης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Ι. Τσούμπου¹, Α. Σακαλίδης¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Ελάχιστα στοιχεία έχουν δημοσιευθεί σχετικά με τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με υπερτασικές κρίσεις (ΥΚ). Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών με επείγουσα υπέρταση (ΕΥ) και υπερεπειγούσα υπέρταση (ΥΥ) που αξιολογήθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) και των νέων καταληκτικών σημείων μετά 12μηνη παρακολούθηση. **Υλικό και μέθοδοι:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από ασθενείς που εισήχθησαν στο ΤΕΠ με οξεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) (συστολική ΑΠ≥180mmHg και/ή διαστολική ΑΠ≥120mmHg) και ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία οξείας βλάβης οργάνου-στόχου που προκαλείται από υπέρταση, χωρίστηκαν στην ομάδα ΥΥ και ΕΥ, αντίστοιχα. Σε όλους τους ασθενείς οι παράμετροι καταγράφηκαν για 12 μήνες με συνοδό παρακολούθηση 1 έτους για νέα τελικά σημεία. **Αποτελέσματα:** Από τους 38.589 ασθενείς που αξιολογήθηκαν στο ΤΕΠ κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 έτους, 353 (0,91%) είχαν ΥΚ, από τους οποίους 256 είχαν ΕΥ και 97 ΥΥ. Η μέση ηλικία όλων των ασθενών ήταν 67,4±12,9 έτη, το 49% ήταν άνδρες και το 80% είχαν ιστορικό υπέρτασης. Κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης της μελέτης 81 ασθενείς αποκλείστηκαν επειδή δεν ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση. Μετά διαστρωμάτωση του συνολικού πληθυσμού της ΥΚ κατά ηλικία χωρίστηκαν οι ασθενείς σε δύο ομάδες, ≥65 και <65 ετών, και εκτιμήθηκε το σύνθετο τελικό σημείο που αποτελείται από θανάτους ή νοσηλείες που προκαλούνται από καρδιαγγειακή νόσο. Οι ασθενείς ≥65 ετών παρουσίασαν πε-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ρισσότερα σύνθετα συμβάντα (36 έναντι 8, HR 2.68, 95% CI 1.18-6.12, $p=0.019$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης προσαρμόστηκε για την ηλικία, το φύλο, την καρδιαγγειακή και χρόνια νεφρική νόσο, τον σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα. **Συμπεράσματα:** Αυτή η καταγραφή υποδηλώνει ότι η ηλικία ≥ 65 ετών είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για θανάτους ή νοσηλείες καρδιαγγειακής αιτιότητας σε ασθενείς με ΥΚ. Υπάρχει ανάγκη για πιο στενή παρακολούθηση αυτών των ασθενών και περαιτέρω έρευνα αυτής της παθολογικής οντότητας.

AA016 | Αυξημένη ενεργοποίηση αιμοπεταλίων σε ασθενείς με μη ελεγχόμενη υπέρταση: Ο ρόλος του CHA2DS2-VASc score

Ε. Σάββα¹, Ε. Καμπανιέρης¹, Ε. Κλάδου¹, Ε. Μπουρδάκης¹, Σ. Ζερβάκης¹, Θ. Πατερομιχελάκης¹, Ο.Μαληκίδης¹, Σ. Κασσωτάκης¹, Κ. Φραγκιαδάκης¹, Α. Πλευριτάκη¹, Ι. Φραγκιαδουλάκης¹, Ε. Σιδεράς-Χαντάντ-Μάρακας¹, Γ. Μπαντουβάς¹, Ε. Ζάχαρης¹, Π. Σπαθαράκη¹, Ε. Νιότη¹, Π. Καλομοιράκης¹, Σ. Μαραγκουδάκης², Χ. Καλπαδάκη¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, Μ. Μαρκέτου¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η υπέρταση καθώς σχετίζεται με δυσλειτουργία των αγγείων και των ενδοθηλίων, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη προδιάθεση των αντιδραστικών αιμοπεταλίων για θρόμβωση. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση πολλαπλών μονοπατιών ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων σε υπερτασικούς ασθενείς με διαφορετικές τιμές αρτηριακής πίεσης και διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. **Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 50 ασθενείς με μη ελεγχόμενη υπέρταση (ΣΑΠ στο ιατρείο >140 mmHg και ΣΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας $>$ mmHg, 27 άνδρες, ηλικίας 58 ± 9 ετών) και 32 ασθενείς με καλά ελεγχόμενη υπέρταση (ΣΑΠ στο ιατρείο <0 mmHg και ΣΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας <5 mmHg, 21 άνδρες, ηλικίας 58 ± 8 ετών). Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 24 υγιείς (12 άνδρες, ηλικίας 53 ± 10 ετών). Δείγματα αίματος ελήφθησαν πριν και 48 ώρες μετά τη διαδικασία και ελέγχθηκε η πυκνότητα αιμοπεταλίων στο πλούσιο με αιμοπετάλια πλάσμα, μετά από ενεργοποίηση με αραχιδονικό οξύ (AA), διφωσφορική αδενοσίνη (ADP), κολλαγόνο (Col), επινεφρίνη (Epi), και ριστοσετίνη (Risto), χρησιμοποιώντας τον αναλυτή αιμοπεταλίων AggRAM. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με υπέρταση έδειξαν αυξημένη αντίδραση των αιμοπεταλίων σε όλα τα μονοπάτια ενεργοποίησής τους, σε σύγκριση με την ομάδα των νορμοτασικών ατόμων (AA: $89.8 \pm 8.8\%$ έναντι $79.5 \pm 7.3\%$, ADP: $96.8 \pm 19.1\%$ έναντι $71.5 \pm 7.7\%$, Col: $89.5 \pm 5.7\%$ έναντι $73.9 \pm 6.7\%$, Epi: $99.6 \pm 7.4\%$ έναντι $80.5 \pm 5.7\%$, Risto: $88.8 \pm 6.8\%$ έναντι $79.9 \pm 6.3\%$, $p < 0.05$). Τα μονοπάτια ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων Col, Epi, και Risto έδειξαν στατιστικά σημαντική αύξηση στους ασθενείς με μη ελεγχόμενη υπέρταση σε σύγκριση με την ομάδα με καλά ελεγχόμενη υπέρταση (AA: $94.8 \pm 10.1\%$ έναντι $93.1 \pm 7.1\%$, ADP: $93.8 \pm 4.9\%$ έναντι $88.5 \pm 5.7\%$, Col: $88.5 \pm 4.9\%$ έναντι

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

81.9±6.7%,Epi:89.6±9.4% έναντι 80.1±5.7%,Risto:94.8±3.8% έναντι 80.9±4.3%).Σημειώνεται ότι βρέθηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της ενεργοποίησης του μονοπατιού Col και του μονοπατιού Risto, των αιμοπεταλίων και του CHA2DS2-VASc score ($r=0.56,p<0.001$ και $r=0.60,p<0.001$,αντίστοιχα),σε ασθενείς με υπέρταση. **Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με μη ελεγχόμενη υπέρταση παρουσίασαν αυξημένη ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Οι ασθενείς με υψηλό CHA2DS2-VASc score, ακόμη και χωρίς κολπική μαρμαρυγή, πιθανώς φέρουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο θρόμβωσης, όπως υποδεικνύεται από την αυξημένη πήξη των αιμοπεταλίων σε συγκεκριμένα μονοπάτια ενεργοποίησης.

AA017 | Η χρησιμότητα της επιμήκουσ συστολικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας ως προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση

Κ. Φραγκιαδάκης¹, Ε. Καμπανιέρης¹, Σ. Μαραγκουδάκης², Α. Αλιφράγκη¹, Θ. Καραγκούνης¹, Ε. Ζάχαρης¹, Ι. Φραγκιαδουλάκης¹, Γ. Μπαντουβάς¹, Α. Πλευριτάκη¹, Θ. Πατερομιχελάκης¹, Γ. Ζαχαριουδάκη¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, Μ. Μαρκέτου¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ακριβής εκτίμηση της συστολικής λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας(RV) είναι σημαντική, καθώς είναι ένας καθιερωμένος προγνωστικός δείκτης στις καρδιακές παθήσεις. Η Speckle-tracking ηχοκαρδιογραφία είναι ένα ευαίσθητο εργαλείο για την ανίχνευση της υποκλινικής δυσλειτουργίας της RV στην ιδιοπαθή υπέρταση. Συσχετίσαμε τη λειτουργία της RV χρησιμοποιώντας την μέγιστη επιμήκη συστολική παραμόρφωση (GLS) σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν στο μέλλον καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως (HFpEF). **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης που περιλάμβανε 453 ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση (266 άνδρες, ηλικίας 63 ± 18 χρονών) και 175νορμοτασικούς (100 άνδρες, ηλικίας 66 ± 15 χρονών). Στην αρχική επίσκεψη πραγματοποιήθηκε μία βασική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη. Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε 2D speckle tracking ηχοκαρδιογραφία και εκτιμήθηκε η επιμήκης παραμόρφωση σε κάθε τμήμα της RV (βασικό : RVLS-B, μέσο: RVLS-M, κορυφαίο:RVLS-A) καθώς και η συνολική παραμόρφωση του ελευθέρου τοιχώματος της RV (RVLS-G). Εν τέλει, μελετήσαμε τις περιπτώσεις νεοεμφανιζόμενης HFpEF σε υπερτασικούς ασθενείς. **Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 85 μήνες (22-122). RVLS-G, RVLS-B και RVLS-M ήταν σημαντικά μειωμένα στους υπερτασικούς ασθενείς συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (RVLS-G: -16.1 ± 9.7 έναντι -20.0 ± 5.1, RVLS-B: -11.7 ± 3.7 έναντι -20.6 ± 3.3, RVLS-M: -16.3 ± 5.4 έναντι -20.7 ± 4.9, $p < 0.05$ για όλα). Καμία διαφορά δεν ανιχνεύθηκε για το RVLS-A (-20.1 ± 3.8 για τους υπερτασικούς έναντι -21.31 ± 6.5 για την ομάδα ελέγχου, $p=NS$). Τριάντα δύο υπερτασικοί ανέπτυξαν HFpEF (7%). Ένα όριο RVLS-G

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

χειρότερο από το -17 % συσχετίστηκε σημαντικά με την ανάπτυξη HFpEF ($p < 0.001$). Από την πολυπαραμετρική "Cox" ανάλυση παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι το RVLS-G έχει μία ανεξάρτητη και σημαντική προγνωστική αξία για την εμφάνιση HFpEF (HR: 10.5, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 7.3-25.4) **Συμπεράσματα:** Η ιδιοπαθής υπέρταση οδηγεί σε μείωση του RVLS-G που είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση HFpEF. Μελλοντικές μελέτες χρειάζονται ώστε να εκτιμηθεί η σημασία αυτών των αποτελεσμάτων και η επίδρασή τους στην θεραπεία.

AA018 | «Συγκριτική μελέτη της θεραπευτικής στρατηγικής βασιζόμενη στην επλερερόνη έναντι της βασιζόμενης στην ιρβεσαρτάνη για την μείωση της αρτηριακής πίεσης σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς (HEBRO study)»: Baseline χαρακτηριστικά των ασθενών και ομοιογένεια Π. Ηλιάκης¹, Σ. Δρογκάρης¹, Μ. Κουρεμέτη¹, Ε. Σιάφη¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Ι. Καχριμανίδης¹, Χ. Γράσσος², Μ. Μαρκέτου³, Ε. Γκαλιαγκουση⁴, Μ. Σταθουλοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος⁵, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

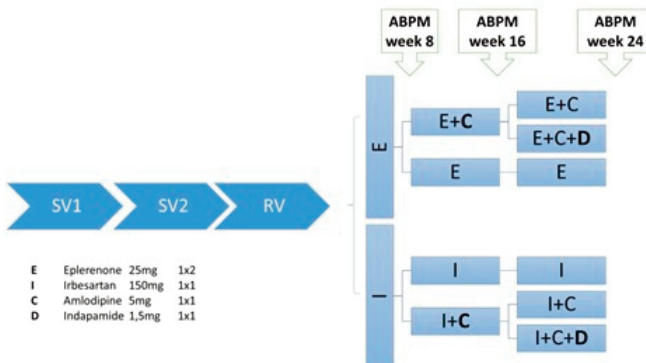
⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγόμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερερόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής. **Σκοπός** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερερόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς. **Μεθοδολογία** HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. iBesartan in hypeRtensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, ανοιχτή, μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ ≥ 30 kg/m²]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρού όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης. Κατόπιν, και αφού πληρούνταν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 25 mg επλερερόνης δύο φορές ή 150 mg ιρβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στην υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και τη λευκωματουρία μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης). Αποτελέσματα Κατά την αρχική ένταξη των ασθενών δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο συγκρινόμενων θεραπευτικών στρατηγικών όσον αφορά στο φύλο (άνδρες 54,3%, $p=1$), στην ηλικία (53.9 ± 9.9 στο σκέλος της επλερενόνης έναντι 56.1 ± 10.1 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης, $p=0.303$), στο ΔΜΣ (34.1 ± 3.3 έναντι 34.9 ± 3.5 , $p=0.253$, αντίστοιχα), στη νεφρική λειτουργία εκτιμώμενη από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης - eGFR (84.3 ± 16.6 έναντι 82.9 ± 13.2 , $p=0.661$, αντίστοιχα) και στην παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (10% έναντι 10,9%, $p=1$). Επιπλέον, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις μετρήσεις αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον ($143.8/88.9$ mmHg $\pm 8.9/7.2$ στο σκέλος της επλερενόνης έναντι $142.4/89.9$ mmHg $\pm 8.2/6.7$ στο σκέλος της ιβεσαρτάνης, $p=0.436$, $p=0.435$), στις μετρήσεις αρτηριακής πίεσης ιατρείου ($147.2/92.1$ mmHg $\pm 8.4/9.9$ έναντι $145.2/92.6$ mmHg $\pm 8.8/9.3$, $p=0.247$, $p=0.806$) και στις μετρήσεις 24ωρης περιπατητικής καταγραφής ΑΠ ($141.2/85.7$ mmHg $\pm 8.6/8.5$ έναντι $140.0/84.3$ mmHg $\pm 8.4/7.4$, $p=0.507$, $p=0.423$). Όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την αρτηριακή υπέρταση βλάβες σε όργανα στόχους, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας (110.1 g/m² ± 30.5 στο σκέλος της επλερενόνης έναντι 102.9 g/m² ± 18.1 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης, $p=0.237$), στη γεωμετρία του αριστερού κόλπου, εκτιμώμενη από τον όγκο του αριστερού κόλπου (30.4 mL/m² ± 10.5 vs. 30.8 mL/m² ± 16.1 , $p=0.9$), στη μικρολευκωματουρία (24.2 mg/dl ± 42.3 έναντι 40.5 mg/dl ± 90.5 , $p=0.271$) και στην αρτηριακή σκληρία (10.5 m/s ± 2.8 vs. 10.9 m/s ± 2.4 , $p=0.621$). **Συμπεράσματα** Συμπερασματικά, τα δύο σκέλη της μελέτης δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στα περισσότερα βασικά χαρακτηριστικά, υποδηλώνοντας πραγματική ομοιογένεια μεταξύ των σκελών σύγκρισης.

HEBRO flow chart



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA019 | Η προγνωστική αξία του δείκτη Fatty Liver Index στην εξέλιξη των βλαβών οργάνων στόχων σε υπερτασικούς ασθενείς
Ε. Σιάφη¹, Ι. Ανδρίκου¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Ν. Κακούρη¹, Φ. Τατάκης¹, Α. Σακαλίδης¹, Π. Ηλιάκης¹, Σ. Δρογκάρης¹, Κ. Γρηγορίου¹, Ι. Τσουμπού¹, Ε. Κουλλιάς², Χ. Φραγκούλης¹, Μ. Καριώρης³, Μ. Σταθουλοπούλου¹, Ι. Κοσκίνας², Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Θωμόπουλος³, Κ. Τσιούφης¹

¹ Μονάδα Υπέρτασης, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ιπποκράτειο Αθηνών

² Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιπποκράτειο Αθηνών

³ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Έλενα Βενιζέλου Αθηνών

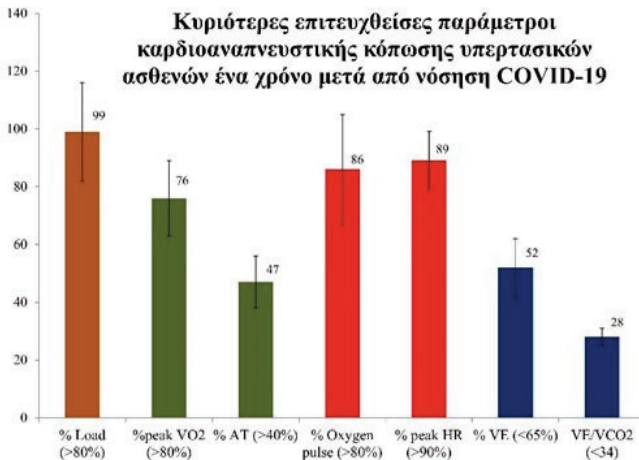
Εισαγωγή/Σκοπός: Ο δείκτης Fatty Liver Index (FLI) αποτελεί μία εύκολη και γρήγορη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου της μη αλκοολική λιπώδους νόσου του ήπατος (ΜΑΛΝΗ). Η ΜΑΛΝΗ προσβάλλει το 32-40% του πληθυσμού παγκοσμίως, ενώ κύρια αιτία θανάτου των ασθενών είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της εξέλιξης των βλαβών οργάνων στόχων σε υπερτασικούς ασθενείς με και χωρίς ΜΑΛΝΗ χρησιμοποιώντας το δείκτη FLI. **Υλικό και μέθοδος:** 60 υπερτασικοί ασθενείς χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (μέση ηλικία 52 έτη, 55% άνδρες) με αρτηριακή πίεση ιατρείου 145/92 mmHg ετέθησαν σε παρακολούθηση για 1 έτος. Στην έναρξη της παρακολούθησης υπολογίστηκε στο σύνολο του πληθυσμού ο FLI βάσει ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών και βιοχημικών αναλύσεων αίματος. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες βάσει του FLI (FLI ≥ 60 αυξημένου κινδύνου για ΜΑΛΝΗ). Σε όλους τους ασθενείς ετέθη 24-ωρη Περιπατητική Καταγραφή Αρτηριακής Πίεσης (ABPM), υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), ο λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνη (ACR) σε τυχαίο δείγμα ούρων, έγινε μέτρηση της καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας μετάδοσης σφυγμικού κύματος (PWV) και τριχοειδοσκόπηση στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης. **Αποτελέσματα:** Στο baseline οι ασθενείς με FLI ≥ 60 (n=32) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου διέφεραν ως προς το ACR (26.5 \pm 5.7mg/g vs 9.6 \pm 6.3 mg/g, p=0.02) και τον αριθμό των τριχοειδών (75 \pm 18cap/mm² vs 86 \pm 12cap/mm², p=0.002), ενώ δεν διέφεραν ως προς το LVMI και το PWV. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης οι ασθενείς με FLI ≥ 60 είχαν υψηλότερες τιμές ACR (12.6 \pm 11.9 mg/g vs 6.8 \pm 5.3 mg/g p=0.025), PWV (9.9 \pm 2m/sec vs 8.8 \pm 1.3 m/sec, p=0.02), LVMI (81.4 \pm 13.2 g/m² vs 72.5 \pm 13.2 g/m², p=0.02) και μικρότερο αριθμό τριχοειδών (65.1 \pm 8.8 cap/mm² vs 79.6 \pm 7.5 cap/mm², p<0.001). Σε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης φάνηκε πως το FLI ≥ 60 είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του ACR, LVMI, PWV και του αριθμού των τριχοειδών στο follow up. **Συμπεράσματα:** Τιμές δείκτη FLI ≥ 60 μπορούν να επηρεάσουν την πρόοδο των βλαβών οργάνων στόχων σε υπερτασικούς ασθενείς.

AA020 | Εκτίμηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση μέσω της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης υπερτασικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη νόσηση από COVID-19. Μία πιλοτική μελέτη
Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Α. Φάμπρη¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή: Η πρόσφατη πανδημία COVID-19 έχει δημιουργήσει πολλά ερωτηματικά ως προς τη μακροπρόθεσμη επίδραση του ιού SARS-CoV-2 στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) είναι σε θέση να αξιολογήσει την αερόβια ικανότητα για άσκηση ενός εξεταζόμενου και να δώσει πληροφορίες για τη σωστή λειτουργία και συνεργασία του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος. Νεότεροι υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (MDI) είναι σε θέση να αξιολογήσουν λεπτομερέστερα την καρδιακή λειτουργία. Σκοπός της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση μέσω της CPET και του MDI υπερτασικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη νόσηση από COVID-19. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήσαμε 20 υγιείς μη διαβητικούς ασθενείς με ρυθμισμένη αρτηριακή υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή [55±8 έτη, δείκτη μάζας σώματος (BMI)=29±3, 17 άνδρες, 7 καπνιστές, 100% εμβολιασθέντες έναντι COVID-19], οι οποίοι υποβλήθηκαν σε CPET σε εργομετρικό ποδήλατο προς εκτίμηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση και σε υπερηχοκαρδιογράφημα αμέσως πριν και στο μέγιστο της άσκησης για τον υπολογισμό της επιμήκους μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (GLS) ως MDI της αριστερής κοιλίας. **Αποτελέσματα:** Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε πλήρη CPET [respiratory exchange ratio (RER)=1.23±0.1] ανεπίπλεκτα, τα αποτελέσματα της οποίας κινήθηκαν σε σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα [%Load=99±17%, %μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου (peakVO2)=76±13%, peak VO2/kg=20±4ml/min/kg, %anaerobic threshold (AT)=47±9, μέγιστη συστολική αρτηριακή πίεση (peak SBP)=185±24 mmHg, %μέγιστη καρδιακή συχνότητα (peak HR)=89±10, %Oxygen pulse=86±19, Circulatory power=3751±1033mm*ml/min/kg, %ventilation (VE)=52±10, VE/VCO2 slope=28±3, μέγιστη τελοεκπνευστική πίεση διοξειδίου του άνθρακα (peak PETCO2)=35±4 mmHg, Ventilatory power=6.6±1 mm]. Τέλος διαπιστώθηκε βελτίωση του GLS στο μέγιστο της άσκησης (-22±2 έναντι -24±2, p<0.001). **Συμπεράσματα:** Οι υπερτασικοί ασθενείς ένα χρόνο μετά την νόσηση από COVID-19 δείχνουν να διατηρούν μία σχεδόν φυσιολογική ικανότητα προς άσκηση και άριστη καρδιακή λειτουργία. Η μελέτη μας αποτελεί την πρώτη πιλοτική μελέτη αξιολόγησης της τυχόν μακροπρόθεσμης επίδρασης του ιού SARS-CoV-2 στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα υπερτασικών ασθενών.



ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA021 | **Ευρήματα από τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και την παραμόρφωση του αριστερού κόλπου σε υγειονομικούς με πρωτοδιαγνωσθείσα αρτηριακή υπέρταση**
Γ. Τρίκας¹, Γ. Μίχας¹, Κ. Παμπόρης¹, Π. Κουβάτσος¹, Κ. Ευδωρίδης¹, Α. Τρίκας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) προκαλεί διαστολική δυσλειτουργία και υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ) που εκτιμώνται με το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα. Ασθενείς με ΑΥ έχουν υποκλινική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου ακόμη και πριν την εμφάνιση ΥΑΚ. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης στο υγειονομικό προσωπικό δύο νοσοκομείων της Αθήνας καθώς και η συσχέτιση του με διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, σκοπός ήταν να εκτιμηθεί η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) και του αριστερού κόλπου (ΑΚο) με τη βοήθεια της επιμήκου παραμόρφωσης (strain) στους υγειονομικούς με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΥ. **Υλικό και μέθοδος** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 8 υγειονομικοί με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΥ που ανευρέθηκαν ανάμεσα στους 25 που εξετάστηκαν στο υπερτασικό ιατρείο της Καρδιολογικής Κλινικής του ΓΝΑ «Η Ελπίς» μέσα σε τρεις μήνες. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: ηλικία >65 ετών, πρωτοπαθής υπέρταση υπό αγωγή, δευτεροπαθής υπέρταση, στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια, αιμοδυναμικά σημαντική βαλβιδοπάθεια, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, ενεργό νεόπλασμα, χημιο- ή/και ακτινοθεραπεία. Οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης και διαθωρακικό υπερηχογράφημα.

Αποτελέσματα από τους 8 συμμετέχοντες με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΥ, 3 (37,5%) ήταν άνδρες και 5 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας $51 \pm 12,1$ έτη. Επτά είχαν αυξημένο σωματικό βάρος με μέσο όρο δείκτη μάζας σώματος $29 \pm 3,5$ kg/m² (4 υπέρβαροι, 3 παχύσαρκοι). Τέσσερις ήταν καπνιστές και 5 ανέφεραν τουλάχιστον μέτρια κατανάλωση άλατος. Πέντε δεν ασκούσαν καθόλου, ενώ 6 είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΑΥ. Από τους 8 ασθενείς με ΑΥ σύμφωνα με την 24ωρη καταγραφή, μόνο 4 ήταν υπερτασικοί με βάση τη μέτρηση στο ιατρείο. Επιπρόσθετα, 3 είχαν συγκαλυμμένη ΑΥ, 3 είχαν νυχτερινή ΑΥ και ένας υπέρταση λευκής μπλούζας. Κανένας δεν είχε επηρεασμένη συστολική λειτουργία και υπερτροφία της ΑΚ, ενώ 6 είχαν επηρεασμένο GLS (<-18%) και 5 παράταση χάλασης. Επιπρόσθετα, μόνο ένας από τους ασθενείς είχε αυξημένες διαστάσεις του ΑΚο, ενώ 4 εμφάνιζαν μειωμένο reservoir strain αυτού (<-36%).

Συμπεράσματα Ο επιπολασμός αυξημένου σωματικού βάρους είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε υγειονομικούς με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΥ. Η 24ωρη καταγραφή ανίχνευσε 50% επιπρόσθετους υπερτασικούς, αναδεικνύοντας πάλι τη σπουδαιότητά της. Σε υγειονομικούς με αυξημένο σωματικό βάρος και πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΥ τόσο το strain της ΑΚ όσο και του ΑΚο, αλλά και οι πρώιμοι διαστολικοί δείκτες, ανιχνεύουν υποκλινική βλάβη όταν ακόμη το κλάσμα εξωθήσεως και το πάχος τοιχωμάτων της ΑΚ και οι διαστάσεις του ΑΚο είναι εντός φυσιολογικών ορίων.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ022 | Κατανομή των κλασμάτων της HDL χοληστερόλης σε υπερτασικούς ασθενείς με υψηλά επίπεδα HDL

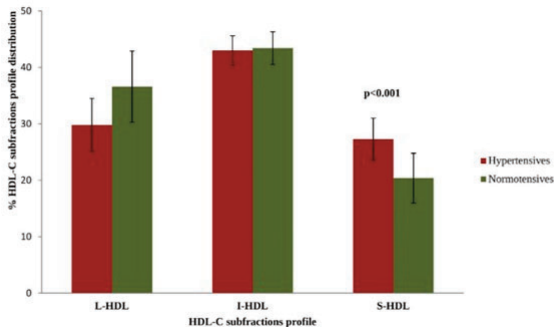
Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Α. Φάμπρη¹, Κ. Τελλής², Α. Τσελέπης², Ε. Ηλιοδρομίτης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Atherothrombosis research center, Biochemistry department, University of Ioannina

Εισαγωγή: Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVR) στους υπερτασικούς περιλαμβάνει τη μέτρηση της λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL-C), ενός προστατευτικού παράγοντα CVR. Δεν είναι γνωστός ο ακριβής ρόλος των HDL-C κλασμάτων στην αθηροσκλήρυνση όταν HDL-C >60 mg/dl. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των HDL-C κλασμάτων επί υψηλών επιπέδων HDL-C σε υπερτασικούς ασθενείς. **Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 74 υπερτασικούς ασθενείς (60+13 ετών, 62 γυναίκες) και 24 υγιή νορμοτασικά άτομα (49+14 ετών, 22 γυναίκες) με HDL-C ≥55 mg/dl. Τα κλάσματα HDL-C πλάσματος διαχωρίστηκαν και εκτιμήθηκαν με ηλεκτροφόρηση (Liporprint HDL Subfractions Kit). Η αρτηριακή σκληρία (PWV) και η κεντρική αρτηριακή πίεση (cBP) υπολογίστηκαν μέσω της καρωτιδο-μηνιαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος. **Αποτελέσματα:** Οι υπερτασικοί ασθενείς είχαν υψηλότερη ηλικία, BMI, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση (SBP/DBP) και PWV συγκρινόμενοι με τα νορμοτασικά άτομα και παρόμοια HDL-C και LDL-C. Κατά την ηλεκτροφόρηση διαχωρίστηκαν 10 κλάσματα HDL βάσει μεγέθους σε Large HDL-C (L-HDL), Intermediate HDL-C (I-HDL) και Small HDL-C (S-HDL). Διαπιστώθηκε ότι η L-HDL ήταν χαμηλότερη στους υπερτασικούς ($p < 0.001$) ενώ η S-HDL ήταν αυξημένη ($p < 0.001$). Επίσης στις προεμμηνοπαυσιακές υπερτασικές γυναίκες ($n=26$) διαπιστώσαμε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της L-HDL και SBP ($r=-0.58$, $p=0.01$) και cBP ($r=-0.60$, $p=0.01$). **Συμπεράσματα:** Τα κλάσματα L-HDL, τα πιο αντιαθηρωγόνα κλάσματα, ήταν μειωμένα στους υπερτασικούς με αυξημένη HDL-C σε σχέση με τα υγιή νορμοτασικά άτομα, αναδεικνύοντας ότι αυτοί οι ασθενείς πιθανά προστατεύονται λιγότερο από καρδιαγγειακά συμβάματα παρά τα παρόμοια επίπεδα HDL-C και LDL-C. Ο προσδιορισμός των κλασμάτων HDL-C θα μπορούσε να αντικαταστήσει την απλή μέτρηση της HDL-C ως πιθανά καλύτερος βιοδείκτης CVR σε υπερτασικούς ασθενείς, ιδίως στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

The plasma HDL-subfraction profile in hypertensive patients with high HDL-cholesterol levels



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA023 | **Η επίδραση της 3-ετούς πανδημίας COVID-19 στους υπερτασικούς ασθενείς ενός Ευρωπαϊκού Αντιυπερτασικού Κέντρου Αριστείας**
Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Α. Φάμπρη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Δ. Καββαθάς², Ε. Ηλιοδρομίτης¹

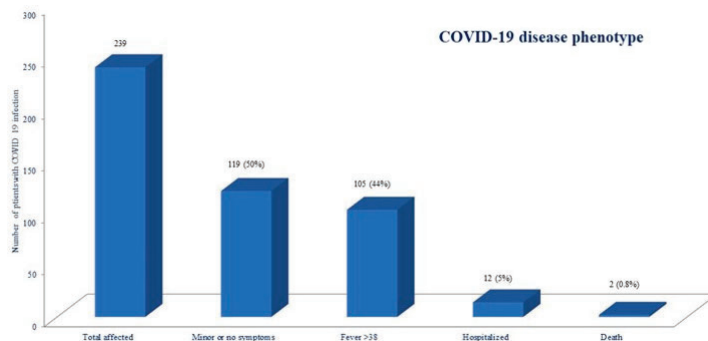
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η 3-ετής πανδημία COVID-19 αποτέλεσε αίτιο αύξησης νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με καρδιαγγειακή (CV) νόσο. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η ανάδειξη της επίπτωσης της πανδημίας COVID-19 στον υπερτασικό πληθυσμό ενός Ευρωπαϊκού Αντιυπερτασικού Κέντρου Αριστείας. **Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε αναδρομικά 426 υπερτασικούς ασθενείς (61+14 έτη, 48% άρρενες) που επισκέφτηκαν το Ιατρείο μας (Μάρτιο 2020-Νοέμβριος 2022) ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά, τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τις συννοσηρότητες. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε τηλεφωνική συνέντευξη αναφορικά με τη νόσηση τους από COVID-19 κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2022. **Αποτελέσματα:** Το 55% υπερτασικών μολύνθηκαν από τον ιό SARS-CoV-2 (Ομάδα Α, 58+14 έτη, 48% άρρενες) και 43% δε μολύνθηκαν (Ομάδα Β, 65+14 έτη, 50% άρρενες). Οι ασθενείς της Ομάδας Α ήταν νεότεροι ($p < 0.001$), ενώ δε διέφεραν ως προς BMI, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση, LDL-χοληστερόλη, το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, κολλαγνώσεων και καρκίνου σε σχέση με την Ομάδα Β. Το 82% του πληθυσμού είχαν εμβολιαστεί με >2 δόσεις. Όσον αφορά στη νοσηρότητα και θνητότητα στην Ομάδα Α, 12 ασθενείς (5%) νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας από SARS-CoV-2 και μόνο 2 ασθενείς (0.8%) απεβίωσαν. Θεωρούμε ότι οι ασθενείς μολύνθηκαν από υπότυπους Omicron (74%), Delta (13%) και Alpha (13%). **Συμπεράσματα:** Ο μισός υπερτασικός πληθυσμός (οι νεότεροι ασθενείς) μολύνθηκε από τον ιό SARS-CoV-2, κυρίως από τον υπότυπο Omicron ενώ ένα μικρό ποσοστό αυτών νοσηλεύτηκαν ή πέθαναν. Οι υπερτασικοί ασθενείς τηρώντας τα μέτρα απομόνωσης και εμβολιασμού, προστατεύτηκαν ικανοποιητικά έναντι της νόσου COVID-19, ενώ οι παράγοντες κινδύνου και οι συννοσηρότητες δεν έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη μόλυνση από τον ιό SARS-CoV-2.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023
ΑΑ024 | ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ
Α. Καραμάνου¹, Μ. Παπαβασιλείου², Σ. Πατσιανής³, Γ. Μουστάκας¹, Δ. Αραβαντινός³
¹ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ² METROPOLITAN GENERAL HOSPITAL³ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή: Ο προγνωστικός ρόλος της ομοκυστεΐνης στην καρδιαγγειακή εκβαση δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί και γι αυτό δεν υπάρχουν και σαφείς οδηγίες όσον αφορά τη διαχείριση ασθενών με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης. **Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης και της προγνωστικής σημασίας των επιπέδων της ομοκυστεΐνης σε μικτό πληθυσμό υπερτασικών και μη, ως προς τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα. **Υλικό και Μέθοδος:** Προοπτική ανάλυση που συμπεριέλαβε 140 υπερτασικούς ασθενείς (θεραπευόμενους ή μη) και υγιή άτομα, άνδρες (47,8%) και γυναίκες (52,2%), μέσης ηλικίας 57.2 ±13,0 έτη, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική πάθηση κατά την ένταξη στην μελέτη, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι) 152,2±19.3/91.6±13,1 mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι): 75,8±12,1 σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ) 28.1±5, κ/μ² και μέσης περιμέτρου περιφέρειας μέσης (ΜΠΜ) 96.1 ±12.9 εκ. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 7,5 έτη. Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης αίματος μετρήθηκαν κατά την ένταξη στην μελέτη (μέση τιμή:14,5±8,4). Στο χρονικό διάστημα παρακολούθησης καταγράφηκαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα: έμφραγμα μυοκαρδίου, ασταθής στηθάγχη, παροδικό ή ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειοχειρουργική επέμβαση, καρδιακή ανεπάρκεια. Εκτιμήσαμε την προγνωστική σημασία των επιπέδων της ομοκυστεΐνης με την ανάλυσηCoxproportionalhazardmodel **Αποτελέσματα:** Διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 7.5 έτη. Καταγράφηκαν 35 μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (ΜΚΣ) στο τέλος της μελέτης και η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε ότι τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης ήταν ισχυρός προγνωστικός δείκτης (HR: 1,054 95%ci: 1,025-1,084 pvalue<0.001) **Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης πλάσματος έχουν σημαντική προγνωστική αξία για τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα σε υπερτασικά και μη άτομα.

Πίνακας

Προγνωστική αξία (Hr) για την ομοκυστεΐνη πλάσματος για τα ΜΚΣ			
	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
ομοκυστεΐνη(μmol/L)	1,05	1,025 – 1,084	0,000

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

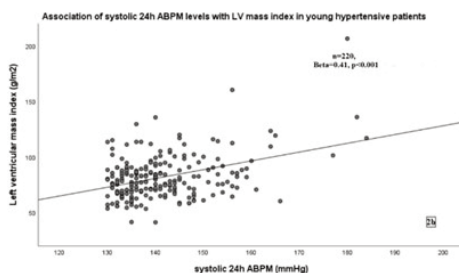
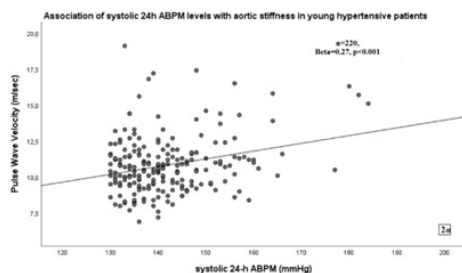
AA025 | Η αυξημένη αρτηριακή σκληρία αποτελεί κυρίαρχο μηχανισμό σχετιζόμενης με υπέρταση βλάβης οργάνων στόχων σε νέους ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα συστολική αρτηριακή υπέρταση χωρίς θεραπεία

Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Α. Φάμπρη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Α. Σχοινάς¹, Ι. Θυμής¹, Γ. Κωστέλλη¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η πρώιμη εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης (ΑΗ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Σε κάθε υπερτασικό ασθενή θα πρέπει να εκτιμάται η παρουσία βλαβών οργάνων-στόχων (ΗΜΟΔ) με σκοπό τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVR). Ο σκοπός της μελέτης αφορά στη διερεύνηση της επίπτωσης ΗΜΟΔ σε νεαρούς υπερτασικούς ασθενείς ως μία προσπάθεια αναγνώρισης εκείνων των ασθενών, που παρουσιάζουν αυξημένο CVR. **Υλικό-Μέθοδοι:** Σε 220 ασθενείς <50 ετών με πρωτοδιαγνωσθείσα συστολική αρτηριακή υπέρταση (ISH), επιβεβαιωμένη μέσω 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης, προσδιορίστηκαν καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου [κάπνισμα, παχυσαρκία (BMI), δυσλιπιδαιμία] και 5 ΗΜΟΔ [αρτηριακή σκληρία (PWV), διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (E/Ea), υπερτροφία αριστερής κοιλίας (LVMI), στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) και πάχος του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων (cIMT)] πριν από την έναρξη της αντιυπερτασικής θεραπείας. **Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε αυξημένη επίπτωση καπνίσματος (40%) και παχυσαρκίας [BMI=30(26-32) kg/m²] στους νέους υπερτασικούς ασθενείς. ΗΜΟΔ ανευρέθηκαν στο 50% των υπερτασικών (>1 ΗΜΟΔ) ενώ σε ποσοστό 10% οι υπερτασικοί είχαν >2 ΗΜΟΔ. Διαπιστώθηκε αυξημένο cIMT (32%), PWV (19%), LVH (9%), μειωμένη CFR (6%) και E/Ea (1%). Οι PWV (beta=0.27, p<0.001) και LVMI (beta=0.41, p<0.001) σχετίστηκαν με το φορτίο της συστολικής ΑΠ. Οι υπερτασικοί με >2 ΗΜΟΔ ήταν μεγαλύτεροι με αυξημένες τιμές ΑΠ, μη ευνοϊκό λιπιδαιμικό προφίλ και αυξημένες τιμές LVMI, PWV, CFR και cIMT σε σύγκριση με υπερτασικούς με <1 ΗΜΟΔ. **Συμπεράσματα:** Η παρουσία >2 οποιουδήποτε ΗΜΟΔ (PWV, LVMI, cIMT, E/Ea, CFR) σε νέους υπερτασικούς ασθενείς χαρακτηρίζει έναν πραγματικά “υπερτασικό πληθυσμό αυξημένου CVR”. Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί την κυρίαρχη ΗΜΟΔ στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης και στην υποομάδα αυξημένου CVR.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**ΑΑ026 | Καρδιοαναπνευστική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σε υπερτασικούς ασθενείς με ή χωρίς ανάγκη για νοσηλεία λόγω λοίμωξης από Sars Cov 2****Μ. Καριώρη¹, Χ. Φραγκούλης¹, Χ. Χρυσοχόου¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Ι. Ανδρίκου¹, Π. Ηλιάκης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Π. Τσιούφης¹, Ε. Μαντά¹, Ε. Σιάφη¹, Α. Σακαλίδης¹, Θ. Καλός¹, Κ. Γρηγορίου¹, Κ. Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα δεδομένα που έχουν μελετήσει την επίπτωση της λοίμωξης από SARS-Cov-2 στην καρδιοαναπνευστική λειτουργικότητα και στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσει αν η νοσηλεία λόγω COVID19 επηρεάζει τη λειτουργικότητα των περτασικών ασθενών χρησιμοποιώντας παραμέτρους κρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης και διαθωρακικού υπερηχογραφήματος 3 μήνες μετά την έναρξη της συμπτωματολογίας. **Υλικό και μέθοδος:** Άτομα που νοσηλεύτηκαν με λοίμωξη λόγω Covid-19 χωρίστηκαν σε δύο ομάδες βάσει της ανάγκης για νοσηλεία ή μη. Όλοι υπεβλήθησαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης με τροποποιημένο ή μη πρωτόκολλο Bruce για εκτίμηση όλων των παραμέτρων. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα συμπεριλαμβανομένης της συστολικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το κατάλληλο λογισμικό πρόγραμμα. **Αποτελέσματα:** Εξήντα δύο υπερτασικοί ασθενείς (61±10 ετών, 58.1% άρρενες) εκτιμήθηκαν 3 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Ιστορικό στεφανιαίας νόσο καταγράφηκε στο 16.1% αυτών. Στους νοσηλευόμενους ασθενείς η ηλικία (63±8 vs. 52±11 years, p<0.001) ήταν μεγαλύτερη. Η ανάλυση των καρδιοαναπνευστικών παραμέτρων έδειξε σημαντικά επηρεασμένες τιμές της κατανάλωσης οξυγόνου τόσο στο μέγιστο της κόπωσης (21±4 vs. 23.5±4, p: 0.01), όσο και κατά το 1 ο λεπτό της αποκατάστασης (15.5±2 vs. 21±25, p: 0.02), του VO2_AT (17±4 vs. 27.5±32) και του PETCO2 (39±4 vs. 38±19 mmHg, p: 0.03) στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς. Όσον αφορά στις υπερηχογραφικές παραμέτρους η διάμετρος του αριστερού κόλπου ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς (41±6 vs. 38±5 mm, p: 0.02). Επιπλέον, η απόλυτη τιμή της συστολικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (13±8% vs. 23±3%, p:0.04) ήταν σημαντικά επηρεασμένη παρά το γεγονός ότι το κλάσμα εξώθησης δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση με γραμμική παλινδρόμηση προσαρμοσμένη για την ηλικία, το φύλο και την ανάγκη για νοσηλεία (p: 0.01), η τελευταία αποδείχθηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ΣΠΔΚ στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς. **Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η μελέτη μας ανέδειξε την αρνητική επίδραση της νοσηλείας λόγω λοίμωξης από Sars-Cov-2 στην ικανότητα για άσκηση καθώς και στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας, υποδεικνύοντας τη σοβαρότητα της νόσου ως αρνητικό προγνωστικό παράγοντα στους υπερτασικούς ασθενείς.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023AA027 | **Συσχέτιση των επιπέδων Lp(a) αίματος με προθρομβωτικούς παράγοντες****A. Καραμάνου¹, Μ. Παπαβασιλείου², Δ. Αραβαντινός³, Σ. Πατσιανης³, Γ. Μουστάκας¹**¹ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ,² METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή Είναι γνωστή η συσχέτιση των επιπέδων της Lp(a) με την αθηρωμάτωση, την φλεγμονή και θρόμβωση των αγγείων και ως εκ τούτου η σημασία της στην καρδιαγγειακή έκβαση. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η τυχόν συσχέτιση των επιπέδων της Lp(a) του αίματος στο γενικό πληθυσμό καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών. Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1116 άτομα (που προσήλθαν στο ιατρείο) υπερτασικοί ασθενείς, άνδρες και γυναίκες (54% γυναίκες), υπό αντιύπερτασική αγωγή (56%), ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, ή υγιή άτομα μέσης ηλικίας (ΜΗ) 56,7±13.9 έτη, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική νόσο κατά την ένταξη στην μελέτη, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι) 143,9±21.4/89.6±13,3 mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι): 75,5±10,9 σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ) 27.9±4,9 κ/μ2 και μέσης περιμέτρου περιφέρειας μέσης (ΜΠΜ) 96.1 ±12.9 εκ. Μετρήθηκαν τα επίπεδα της Lp(a), του ινωδογόνου και των d-dimers και συσχετίστηκαν μεταξύ τους κατά Pearson

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1: Συσχέτιση κατά Pearson των επιπέδων Lp(a) με τα επίπεδα ινωδογόνου και d-dimers αίματος

	Lp(a)	
Ινωδογόνο	r=0.88	p=0,011
d-dimers	r=0.146	p=0,05

Lp(a)= Λιποπρωτείνη α

d-dimers=Δ διμερή

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της Lp(a) σχετίζονται σημαντικά και θετικά με τα επίπεδα του ινωδογόνου και των d-dimers, σε ένα δείγμα πληθυσμού, δείχνοντας την σημασία των επιπέδων της Lp(a) στην διαμόρφωση του προθρομβωτικού status αυτών των ασθενών.

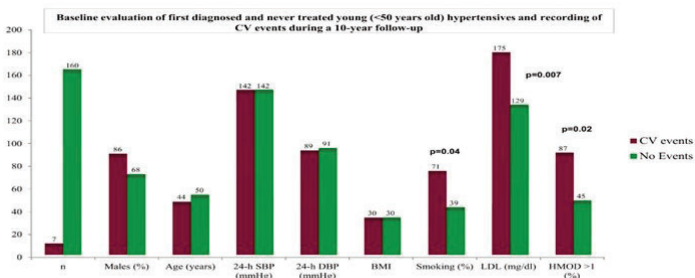
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA028 | **Δεκαετής μελέτη επανεκτίμησης νέων ασθενών με πρωτοδιαγνωσθείσα μη θεραπευόμενη αρτηριακή υπέρταση ως προς τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τα καρδιαγγειακά συμβάντα**

Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Α. Φάμπρη¹, Κ. Σιούλα¹, Δ. Μπίρμπα¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

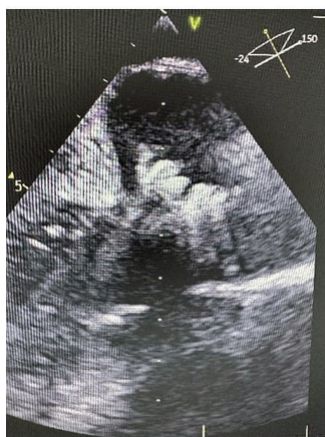
Εισαγωγή: Η πρώτη εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης (ΑΗ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και απαιτεί συμμόρφωση σε αλλαγές του τρόπου ζωής/φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της μακροχρόνιας συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή νέων πρωτοδιαγνωσθέντων υπερτασικών ασθενών και νοσηρότητας/θνητότητας λόγω καρδιαγγειακού συμβάντος. **Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 220 νέους ασθενείς (<0 ετών, 70% άρρενες), με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΗ χωρίς αγωγή. Αρχικά εκτιμήθηκε η ύπαρξη βλάβης οργάνου στόχου (ΗΜΟΔ) όπως ΡWV, LVH, CFR. Η επαναξιολόγηση μετά 10+4 έτη ως προς την συμμόρφωση στη λαμβανόμενη αγωγή και το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης (καρδιαγγειακή θνητότητα, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) έγινε με νέα επίσκεψη/τηλεφωνική επικοινωνία. **Αποτελέσματα:** 191/220 (87%) υπερτασικοί συμμετείχαν στο follow-up, 79% είχαν ρυθμισμένη ΑΠ (<0/90 mmHg) και 9% διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή. Διαπιστώθηκε ότι 7/191 (4%) υπερτασικοί παρουσίασαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στα 6+4 έτη μετά την έναρξη της αγωγής, ενώ 1/191 (0.5%) ασθενής απεβίωσε από καρκίνο του πνεύμονα. Οι ασθενείς με ΟΕΜ ήταν καπνιστές ($p=0.04$), με υψηλή LDL-χοληστερόλη ($p=0.007$) και ΗΜΟΔ >1 ($p=0.02$) κατά την αρχική αξιολόγηση ($p=0.02$) συγκρινόμενοι με τον υπόλοιπο πληθυσμό της μελέτης. **Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε 90% συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια 10ετούς παρακολούθησης. Ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού (4%), κυρίως καπνιστές, με αυξημένη LDL-χοληστερόλη και βλάβη οργάνου στόχου >1, υπέστη ΟΕΜ παρά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Η αντιυπερτασική θεραπεία νέων ασθενών, ιδιαίτερα όταν είναι υψηλού κινδύνου, πρέπει να περιλαμβάνει την τροποποίηση του τρόπου ζωής (κυριότερα τη διακοπή του καπνίσματος) και τη συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή (αντιυπερτασική/αντιλιπιδαιμική) με σκοπό την πρόληψη μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**Επεμβατική καρδιολογία I**Πρόεδροι: **A. Νταλιάνης** (Αθήνα), **Λ. Μόσιαλος** (Θεσσαλονίκη)**AA029 | Transapical mitral valve implantation for treatment of symptomatic mitral valve disease****D. Alexiou¹, D. Miliopoulos¹, I. Kosmas¹ E.s Leontiadis¹, I. Iakovou¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Mitral valve regurgitation (MR) is the most prevalent valvular disorder among elderly population with Transcatheter mitral valve replacement (TMVR) being an emerging technology with numerous devices in development. Although the first transcatheter mitral valve implantation (TMVI) was performed in 2012, it was until January 2020 when Tendyne™ received CE approval. Tendyne™ is a fully repositionable and retrievable transcatheter mitral valve replacement device composed of three porcine pericardial leaflets sewn into two self-expanding stents available in three available sizes. **Υλικό και μέθοδος:** We present 2 patients with severe mitral valve regurgitation and high or prohibitive surgical risk, where TMVI was performed with Tendyne™ system. One procedure was performed in a female 80 year-old-patient with history of aortic valve replacement (AVR), atrial fibrillation, pulmonary hypertension, partial rupture of chordae tendineae and normal ejection fraction (EF). Under general anesthesia, surface transthoracic echo (TTE) identifies 6th intercostal space as the optimal entry point and surgical extension of the parietal pleural and intercostal muscles was performed. After administration of heparin to achieve an activated clotting time > seconds, an apical puncture using pledgeted sutures follows with a guidewire being inserted in the left atrium (LA) via the left ventricle. With transesophageal and radiosopic guidance, the Tendyne™ SP-33M delivery system was partially

unsheathed in the LA and retracted until the device cuff rests on the LA floor. The remainder of the prosthesis is deployed within the annulus and secured with a tether attached to an epicardial pad. The second patient is a 72-year-old female with rheumatic mitral valve disease, diabetes mellitus, pulmonary hypertension and a slightly decreased EF (~45%). In this patient a Tendyne™ LP-29L system was deployed in a similar fashion through transapical access. **Αποτελέσματα:** TMVI was technically successful in all procedures with functional improvement of at least one NYHA class after procedure while no patient-prosthesis mismatch, LVOT obstruction or left ventricle collapse occurred after TMVI. **Συμπεράσματα:** Early clinical results of the Tendyne system demonstrate efficacy and safety including successful deployment, little procedural complications and high device stability. Although the device remains in the early stages of clinical investigation, it has emerged as a promising technology in mitral valve surgery.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ030 | Προγνωστική αξία ασυμφωνίας μεταξύ απλής στεφανιογραφίας και quantitative flow ratio (QFR) στην καθοδήγηση επαναγγείωσης Δ. Οικονόμου¹, Κ. Π. Γκινή¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Ι. Δήμα¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επαναγγείωση βασισμένη στη λειτουργική εκτίμηση των βλαβών των στεφανιαίων αγγείων έχει συσχετιστεί με λιγότερα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα συγκριτικά με την επαναγγείωση βασισμένη στην αγγειογραφική εκτίμηση. Το Quantitative Flow Ratio (QFR) έχει αποδειχθεί αξιόπιστος δείκτης για τη λειτουργική εκτίμηση των στενώσεων των στεφανιαίων αγγείων. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του εύρους ασυμφωνίας μεταξύ απλής στεφανιογραφίας και QFR στην καθοδήγηση της επαναγγείωσης.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε υπολογισμό του QFR σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Ασθενείς που παραπέμφθηκαν για αορτοστεφανιαία παράκαμψη μετά την εξέταση αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Όλα τα αγγεία με υπολογισμένο QFR χωρίστηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με το αν πραγματοποιήθηκε ή όχι διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) και με το αποτέλεσμα του QFR (ουδός ένδειξης επαναγγείωσης $\leq 0,8$): Ομάδα Α (PCI -, QFR > 0,8), ομάδα Β (PCI +, QFR $\leq 0,8$), ομάδα Γ (PCI+, QFR > 0,8) και ομάδα Δ (PCI -, QFR $\leq 0,8$). Οι ασθενείς με τουλάχιστον ένα αγγείο να συγκαταλέγεται στις ομάδες αναντιστοιχίας (ομάδες Γ και Δ) συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα ασυμφωνίας, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα συμφωνίας. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν το σύνθετο καταληκτικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου, του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της επαναγγείωσης λόγω ισχαιμίας.

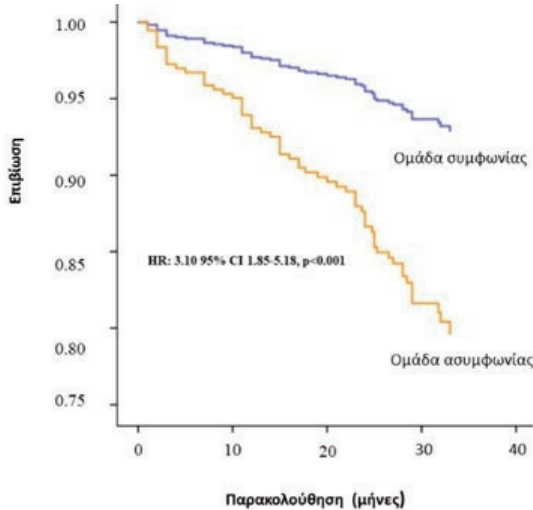
Αποτελέσματα: Στη μελέτη εντάχθηκαν 549 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν 65 (± 11) και το 79% των ασθενών ήταν άνδρες. Συνολικά 145 ασθενείς (26,4%) παρουσίασαν αναντιστοιχία των μεθόδων σε τουλάχιστον ένα αγγείο και συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα ασυμφωνίας. Οι ασθενείς της ομάδας ασυμφωνίας είχαν μεγαλύτερη ηλικία, σοβαρότερη στεφανιαία νόσο και υψηλότερο SYNTAX score συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας συμφωνίας. Η διάμεση περίοδος παρακολούθησης ήταν 30,5 (26,4-33,7) μήνες. Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, η παρουσία αναντιστοιχίας μεταξύ των δύο μεθόδων προέβλεψε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό κινδύνου για την εμφάνιση του καταληκτικού σημείου (HR: 3,10 95% CI 1,85-5,18, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Ασυμφωνία μεταξύ απλής αγγειογραφίας και QFR αναφορικά με την απόφαση για επαναγγείωση βρέθηκε σε σημαντικό ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία και συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα.

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Χαρακτηριστικά ασθενών				
	Συνολικά n=549	Συμφωνία n=404	Ασυμφωνία n=145	p-value
Κλινικά				
Ηλικία, μέση τιμή (SD)	65 (11)	64 (10,9)	66 (11)	0,040
Ανδρες, n (%)	435 (79,2)	314 (77,7)	121 (83,4)	0,145
Σαχαρώδης διαβήτης, n (%)	148 (27)	102 (25,2)	46 (31,7)	0,132
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	371 (67,6)	266 (80,4)	105 (78,6)	0,147
Λυσλιπιδαιμία, n (%)	439 (80)	325 (66,4)	114 (66,9)	0,638
Κάπνισμα, n (%)	389 (70,9)	288 (71,3)	101 (69,7)	0,711
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	75 (13,7)	50 (12,4)	25 (17,2)	0,143
Αγγειακό εγκυρωτικό, n (%)	33 (6)	24 (5,9)	9 (6,2)	0,908
Περιορική αγγειοπάθεια, n (%)	24 (4,4)	15 (3,7)	9 (6,2)	0,208
Καρδιακή ανεπάρκεια, n (%)	62 (11,3)	47 (11,6)	15 (10,3)	0,674
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	38 (6,7)	27 (6,7)	11 (7,6)	0,713
Στεφανιαία νόσος, n (%)	167 (30,2)	115 (28,5)	51 (35,2)	0,131
Ιστορικό PCI, n (%)	118 (21,5)	83 (20,5)	35 (24,1)	0,366
Ιστορικό CABG, n (%)	6 (1,1)	5 (1,2)	1 (0,7)	0,586
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	50 (45-55)	50 (45-55)	50 (45-55)	0,197
SYNTAX score, διάμεση τιμή (IQR)	12 (5-19)	11 (5-18)	15 (7-19)	0,020
Παρουσίαση				0,697
STEMI, n (%)	104 (18,8)	81 (20)	23 (15,9)	
NSTEMI, n (%)	78 (14,2)	55 (13,6)	23 (15,9)	
Ασταθής στηθάγχη, n (%)	23 (4,2)	17 (4,2)	6 (4,1)	
Χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο, n (%)	344 (62,7)	251 (62,1)	93 (64,1)	
Εκτάση στεφανιαίας νόσου				0,010
0, n (%)	85 (15,5)	68 (16,8)	17 (11,7)	
1 αγγείο, n (%)	219 (39,9)	175 (43,3)	44 (30,3)	
2 αγγεία, n (%)	157 (28,6)	108 (26,7)	49 (33,8)	
3 αγγεία, n (%)	88 (16)	53 (13,1)	35 (24,1)	

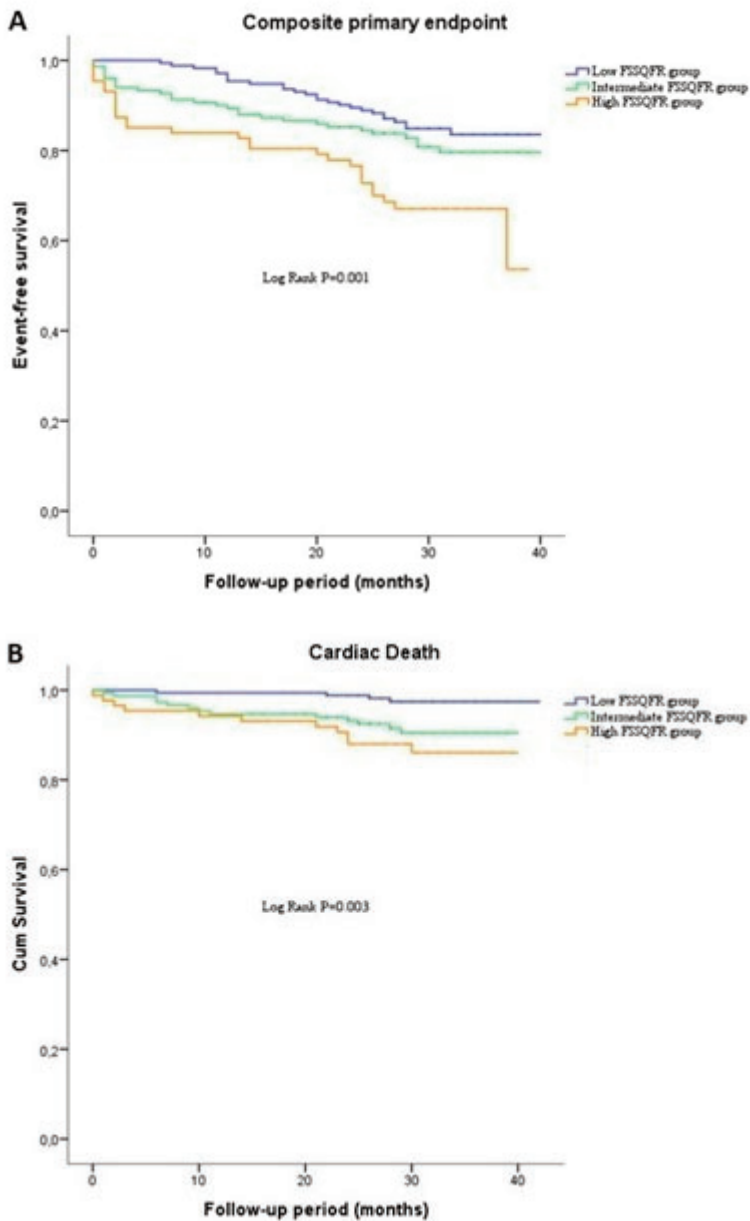
IQR: διατεταρτημοριακό διάστημα, SD: τυπική απόκλιση, PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση, CABG: υορτοστεφανιαία παράκλιση, LVEF: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, STEMI: έμφραγμα μυοκαρδίου με ανύψωση ST διαστήματος, NSTEMI: έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανύψωση ST διαστήματος

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA031 | Προγνωστικός ρόλος του λειτουργικού Syntax Score με βάση την υπολογισμένη μέσω αγγειογραφίας κλασματική εφεδρεία ροής
Κ. Π. Γκινή¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Δ. Οικονόμου¹, Δ. Δήμα¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το λειτουργικό Syntax Score (FSS) με βάση την υπολογισμένη μέσω αγγειογραφίας κλασματική εφεδρεία ροής (Quantitative Flow Ratio_QFR) σε αντίθεση με το ανατομικό SS συνδυάζει τις πληροφορίες που προκύπτουν από την ανατομία αλλά και την φυσιολογία του στεφανιαίου αγγειακού δικτύου. Μελετήσαμε τη προγνωστική αξία του FSSQFR. **Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε ανάλυση του QFR σε διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Ακολούθησε ο υπολογισμός του FSSQFR, που αντιστοιχεί στο άθροισμα των τιμών μόνο των αγγείων που έχουν αιμοδυναμικά σημαντική στένωση (QFRαγγείου ≤ 0.8). Οι ασθενείς, έπειτα, χωρίστηκαν σε ομάδες χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου σύμφωνα με SS και FSSQFR με τα ίδια όρια, συγκεκριμένα <4, 14-22, ≥ 22 αντίστοιχα. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας του FSSQFR για το καταληκτικό σημείο που περιλάμβανε θάνατο, έμφραγμα μυοκαρδίου, επαναιμάτωση λόγω ισχαιμίας, αγγειακό εγκεφαλικό, νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια και επικίνδυνες για την ζωή αρρυθμίες. **Αποτελέσματα:** 410 ασθενείς συμπεριελήφθησαν στην μελέτη. Τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού περιγράφονται στον Πίνακα 1. Σύμφωνα με το SS το 26.6% των ασθενών χαρακτηρίστηκε ως υψηλού, το 36.6% ως ενδιάμεσου και το 36.8% ως χαμηλού κινδύνου. Μετά την εκτίμηση του FSSQFR, η δια-

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά ανά ομάδες FSSQFR

	Χαμηλό FSS (N=173)	Ενδιάμεσο FSS (N=150)	Υψηλό FSS (N=87)	p-value
Κλινικά				
Ηλικία, έτη	65.01±10.7	64.1±11.5	67.9±10.4	0.034
Αντρικό φύλο	129 (74.6)	133 (88.7)	78(89.7)	0.001
Δείκτης μάζας σώματος, kg/m ²	28.0±4.0	27.8±4.0	27.7±4.2	0.205
Αρτηριακή Υπέρταση	121 (69.9)	97 (64.7)	59 (67.8)	0.599
Υπερλιπιδαιμία	137 (79.2)	121 (80.7)	69 (79.3)	0.941
Κάπνισμα	130 (75.1)	110 (73.3)	64 (73.6)	0.924
Σακχαρώδη διαβήτη	46 (26.6)	34 (22.7)	33 (37.9)	0.037
Θετικό οικογενειακό ιστορικό	13 (7.5)	13 (8.7)	10 (11.5)	0.563
Στεφανιαία νόσος	50 (28.9)	50 (33.3)	33 (37.9)	0.326
Προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου	70 (40.5)	92 (61.3)	54 (62.1)	<0.0001
Προηγούμενη PCI	42(24.3)	35 (23.3)	20 (23.0)	0.967
Προηγούμενο εγκεφαλικό	10 (5.8)	8 (5.3)	8 (9.2)	0.463
Περιφερική αρτηριακή νόσος	11 (6.4)	6 (4.0)	4 (4.6)	0.612
Καρδιακή ανεπάρκεια	9 (5.2)	22 (14.7)	16 (18.4)	0.002
Κλίση εξόθησης (%)	53.3±7.7	47.4±8.8	43.5±8.8	<0.0001
Κλινική εικόνα				
STEMI	16 (9.2)	36 (24.0)	23 (26.4)	<0.0001
NSTEMI	19 (11.0)	28 (18.7)	18 (20.7)	
Ασταθή στηθάγχη	13 (7.5)	4 (2.7)	3 (3.4)	
CCS	125 (72.3)	82 (54.7)	43 (49.4)	
Αγγειογραφικά				
SYNTAX score αναφοράς	7.2±5.9	19.2±5.7	28.4±5.1	<0.0001
Εντόπιση βλάβης:				
Στέλεχος	1 (0.6)	5 (3.3)	18 (20.7)	<0.0001
Πρόσθια κατιόντας	82 (47.4)	114 (77.0)	75 (86.2)	<0.0001
Περσπόμενη	58 (33.5)	76 (50.7)	52 (59.8)	<0.0001
Δεξιά στεφανιαία αρτηρία	73(42.2)	70 (47)	60 (69.8)	<0.0001
Επεμβατικά				
Ενδοπροθέσεις ανά ασθενή	0.7±0.8	1.1±0.9	1.0±1.4	0.001
Συνολικό μήκος ενδοπροθέσεων ανά ασθενή, mm	15.5±18.5	26.4±25.6	22.5±34.1	<0.0001
Υπολειπόμενο SYNTAX score	2.6±4.2	4.6±5.3	10.3±8.8	<0.0001
Δείκτες αιμοδυναμικής σημαντικότητας:				
FSS _{QFR}	4.0±4.5	17.6±2.7	27.6±4.8	<0.0001
Residual FSS _{QFR}	1.0±2.6	4.0±5.6	11.8±7.7	<0.0001

Values are mean±SD or n (%). FSS_{QFR}, QFR-based functional SYNTAX score; N, αριθμός ασθενών; STEMI, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος; NSTEMI, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος; CCS, χρόνια στεφανιαία σύνδρομο; QFR, quantitative flow ratio; and SYNTAX, Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention With Taxus and Cardiac Surgery

στρωμάτωση κινδύνου άλλαξε στο 10% του πληθυσμού, ειδικότερα 21.2%, 36.6%, και 42.2% των ασθενών ταξινομήθηκαν ως υψηλού, ενδιάμεσου και χαμηλού κινδύνου. 5% (n=20) των ασθενών για τους οποίους η αορτοστεφανιαία παράκαμψη ήταν η προτεινόμενη θεραπευτική επιλογή σύμφωνα με το SS, με βάση το FSSQFR η επεμβατική αντιμετώπιση αποτελεί μία θεραπευτική εναλλακτική. Μετά από μέση παρακολούθηση 30.2 (25.7-33.7) μηνών η πολύ-παραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε πως το FSSQFR ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος και την αρτηριακή υπέρταση. (adjusted OR: 1.03 [95% CI, 1.01-1.06]; P=0.012). Η εκτίμηση του κινδύνου για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν 15%, 18.7%, και 32.2% σε χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου ομάδα σύμφωνα με το FSSQFR αντίστοιχα (log-rank P=0.001; Εικόνα 1). **Συμπέρασμα:** Στη συγκεκριμένη μελέτη, FSSQFR έδειξε ασυμφωνία με το κλασικό ανατομικό SS οδηγώντας σε αναδιαστρωμάτωση κινδύνου των ασθενών με στεφανιαία νόσο και προσφέροντας τους πιθανές εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές. Τέλος, το FSSQFR αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για καρδιαγγειακά ανεπιθύμητα συμβάντα.

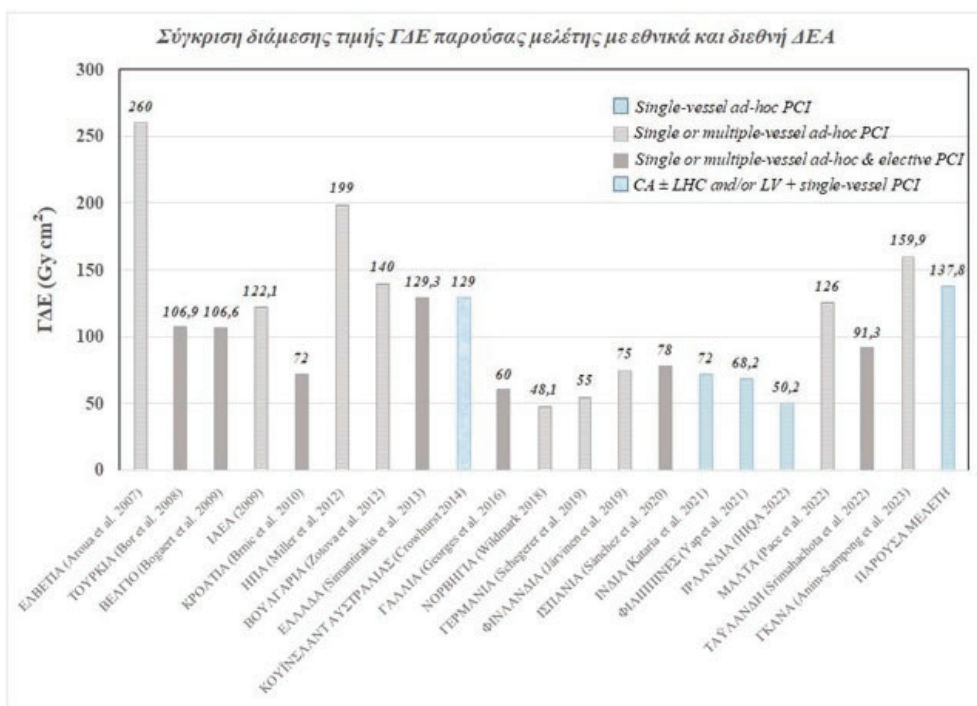
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

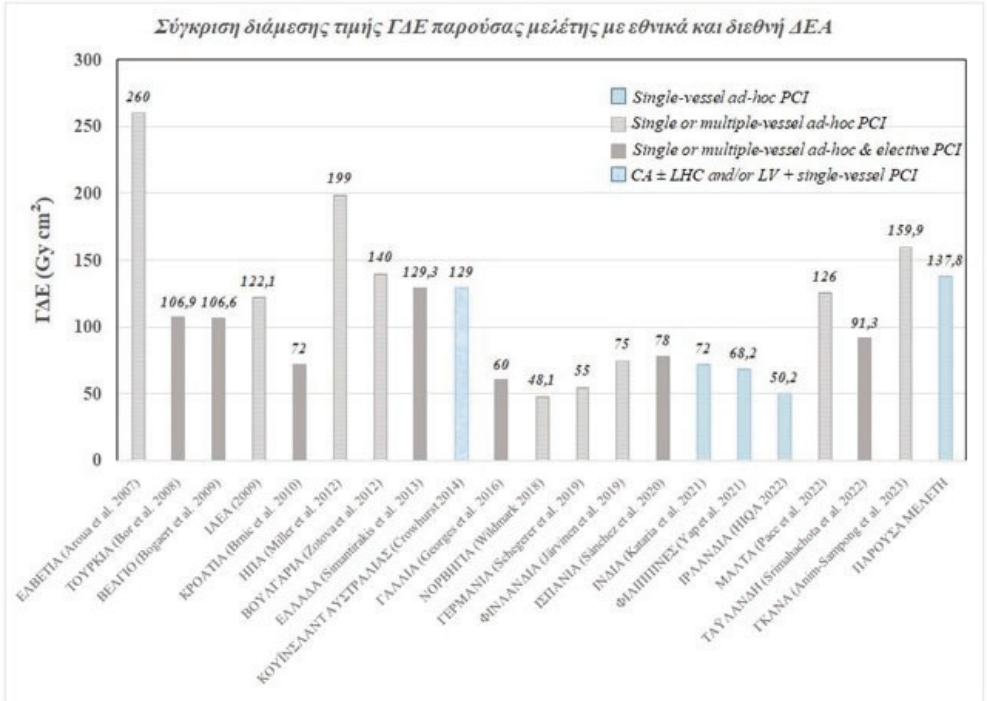
ΑΑ032 | ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΔΟΣΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ

Χ. Μπούσης¹, Ε. Παππά¹, Π. Καρανίκης¹, Ε. Τζίμα¹, Β. Πλεύρη¹, Π. Οικονόμου¹, Β. Μπολής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ακόμη και έμπειροι επεμβατικοί καρδιολόγοι ενός πολυσύχναστου αιμοδυναμικού εργαστηρίου δύνανται να εκτίθενται σε μη αμελητέες δόσεις ακτινοβολίας από άποψη καρκινογόνου κινδύνου. Απαραίτητο εργαλείο για τη βελτιστοποίηση της δόσης αποτελούν τα Διαγνωστικά Επίπεδα Αναφοράς (ΔΕΑ), η σύγκριση των οποίων με τις τυπικές τιμές δόσης εκτιμώμενες σε νοσοκομειακό επίπεδο θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα. Το Γινόμενο Δόσης - Επιφάνειας (ΓΔΕ) συιστά το συχνότερο χρησιμοποιούμενο δείκτη για την ποσοτικοποίηση της έκθεσης στην ακτινοβολία τόσο του ασθενούς όσο και του προσωπικού. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης στο ΓΔΕ διαφόρων παραμέτρων, όπως ο δείκτης πολυπλοκότητας της βλάβης και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, για στεφανιογραφίες ακολου-



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

θούμενες από αγγειοπλαστική ενός κύριου αγγείου (ad-hoc διαδικασία). **Υλικό & Μέθοδος** Η μελέτη περιλαμβάνει δεδομένα 243 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ad-hoc διαδικασίες για διετή περίοδο από δύο έμπειρους επεμβατικούς καρδιολόγους. Για τη σύγκριση με τα εθνικά και διεθνή ΔΕΑ, χρησιμοποιήθηκε η διάμεσος τιμή του ΓΔΕ, ενώ για την εξέταση της επίδρασης των παραμέτρων στο ΓΔΕ δημιουργήθηκε μοντέλο πρόβλεψης βάσει πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης. Οι παράμετροι με την απαιτούμενη τιμή στατιστικής σημαντικότητας στη μονομεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν στο μοντέλο το οποίο παρέχει εκτίμηση βέλτιστης προσαρμογής για κάθε παράμετρο μέσω των συντελεστών βήτα. Η σχετική επίδραση κάθε παραμέτρου στο ΓΔΕ εκτιμήθηκε μέσω της ποσότητας εβήτα. **Αποτελέσματα** Η διάμεσος τιμή του ΓΔΕ της παρούσας μελέτης είναι μικρότερη από τα ΔΕΑ μόνο τεσσάρων χωρών τα οποία αφορούν αγγειοπλαστικές που διενεργήθηκαν σε περισσότερα του ενός κύριων αγγείων ή σε συνδυασμό με επιπρόσθετες διαδικασίες. Η αύξηση των δεικτών πολυπλοκότητας και μάζας σώματος επέφερε τις μεγαλύτερες αυξήσεις στο ΓΔΕ, ενώ το γυναικείο φύλλο σχετίζεται με σημαντική μείωσή του. Κάθε αύξηση ενός λεπτού στο χρόνο ακτινοσκόπησης συνδέεται με μικρή αύξηση του ΓΔΕ, ενώ στατιστικά ασήμαντη αύξηση του παρατηρήθηκε με εφαρμογή κατά κύριο λόγο δύο μεταλλικών προθέσεων έναντι μιας. **Συμπεράσματα** Η αυξημένη τιμή ΓΔΕ της παρούσας μελέτης συγ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

κριτικά με τα ΔΕΑ των περισσότερων χωρών οφείλεται κυρίως στη χρήση μεγαλύτερου ρυθμού δόσης κατά την ακτινοσκόπηση. Η πολυμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι ο δείκτης πολυπλοκότητας της βλάβης αποτελεί τον πιο επιδραστικό παράγοντα στη δόση ακτινοβολίας.

AA033 | Η σύγκλιση του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος μειώνει την εμφάνιση ημικρανίας: Μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών μελετών

Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Σ. Σουλαϊδόπουλος², Π. Κωστάκης¹, Ε. Μαντζουράνης², Α. Σακαλίδης², Κ. Τσιούφης², Κ. Αγγέλη²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η σύγκλιση του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος (PFO) έχει φανεί να μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε επιλεγμένους ασθενείς. Ωστόσο, η επίδραση της σύγκλισης του PFO στην εμφάνιση ημικρανίας δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως και παραμένει θέμα συζήτησης. **Υλικό και Μέθοδος** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βάσης δεδομένων PubMed και μετα-ανάλυση των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (RCTs) που συνέκριναν τη σύγκλιση του PFO σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή με τη λήψη μόνο φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της ημικρανίας. Τα κύρια καταληκτικά σημεία αποτελεσματικότητας ήταν η πλήρης διακοπή των επεισοδίων ημικρανίας, η μέση μείωση των ημερών εμφάνισης ημικρανίας ανά μήνα και η μέση μείωση εμφάνισης των επεισοδίων ημικρανίας ανά μήνα. Το κύριο καταληκτικό σημείο ασφάλειας αφορούσε την εμφάνιση επιπλοκών σχετιζόμενων με την επέμβαση. **Αποτελέσματα** Μέσω της αναζήτησης που διεξήχθη προέκυψαν 667 μελέτες. Στην τελική ανάλυση ωστόσο συμπεριελήφθησαν 3 RCTs που περιελάμβαναν 448 ασθενείς. Από αυτούς τους ασθενείς, οι 231 (μέση ηλικία 43,4 ±10,5 ετών) υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή σύγκλιση του PFO, οι 217 (43.7±10.6) αντιμετωπίστηκαν μόνο με φαρμακευτική αγωγή, ενώ από αυτούς οι 190 υποβλήθηκαν σε επέμβαση sham. Η χρονική περίοδος follow-up είχε διάρκεια 6 με 12 μήνες. Συνολικά, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της σύγκλισης και της πλήρους διακοπής της ημικρανίας [Hazard Ratio 3.31, 95% confidence intervals (CI): 0.72 - 15.17 - Εικόνα 1). Ωστόσο, η σύγκλιση PFO έχει συσχετιστεί με στατιστικά σημαντική μείωση του μέσου αριθμού ημερών εμφάνισης ημικρανίας ανά μήνα [mean difference (MD): 1.23, 95% CI: 0.44-2.10, p=0.024, Εικόνα 2A] καθώς και με σημαντική μείωση της εμφάνισης των επεισοδίων ημικρανίας ανά μήνα (MD: 0.58, 95% CI : 0.25-0.91, p=0.017, Εικόνα 2B). Όσον αφορά, το κύριο καταληκτικό σημείο ασφάλειας, συνολικά 9 επιπλοκές σχετιζόμενων με την επέμβαση (αιμορραγία και αιμάτωμα στο σημείο προσπέλασης, ταχυκαρδία) παρουσιάστηκαν στην ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε σύγκλιση. **Συμπεράσματα** Ασθενείς με ημικρανία και PFO που υποβάλλονται σε σύγκλιση PFO έχουν λιγότερα και μικρότερης διάρκειας επεισόδια ημικρανίας μετά την επέμβαση συγκριτικά με τους ασθενείς που λαμβάνουν μόνο φαρμακευτική αγωγή, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές επιπλοκές κατά την επέμβαση.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Figure 1. Complete Migraine Cessation

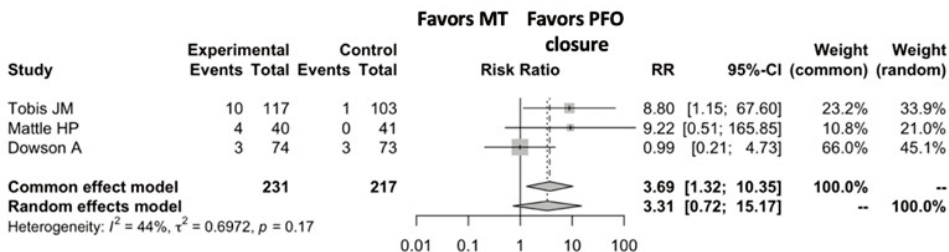
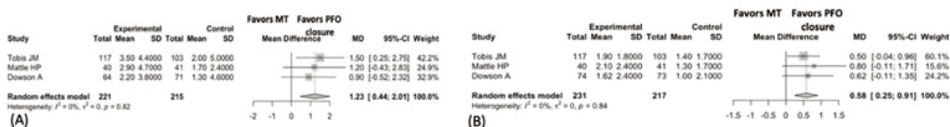


Figure 2. A) Migraine days per month, B) Migraine attacks per month



AA034 | Η καταγραφή από το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και το Κέντρο Χρονίων Ολικών Αποφράξεων του Κοργιαλενείου Μπενακειου Κ. Μανουσόπουλος¹, Π. Βαρελας¹, Γ. Φώτος², Α. Παπάς¹, Κ. Τζαβίδα¹, Ι. Παπαδόπουλος¹, Ι. Τσιαφούτης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή Από το registry του αιμοδυναμικού εργαστηρίου του Νοσοκομείου Κοργιαλενείου-Μπενάκειο ανακοινώσαμε την καταγραφή των επεμβάσεων χρόνιων ολικών αποφράξεων για το διάστημα 20/6/2022 έως 21/07/2023. (13 μήνες). **Σκοπός-Υλικά** Πραγματοποιήθηκαν 136 επεμβάσεις. Από τα δημογραφικά στοιχεία μας ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών μας ήταν 65,94 έτη. Άνδρες ήταν το 90,4% του δείγματος και γυναίκες μόλις το 9,6%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των επεμβάσεων αφορούσε την Δεξιά στεφανιαία αρτηρία ποσοστό 56,6%, τον Πρόσθιο Κατιόντα με 26% και την Περισπώμενη αρτηρία με ποσοστό 17,4%. Ο μέσος όρος του συνολικού χρόνου ακτινοσκόπησης ήταν 21 λεπτά. Με μέση διάρκεια επέμβασης 1 ώρα και 05 λεπτά. Η μέση ακτινοβόληση ήταν 245,5 DAP. Η μέση ποσότητα σκιαγραφικού που χορηγήθηκε ήταν 291ml. **Αποτελέσματα** Το μεγαλύτερο ποσοστό επεμβάσεων ήταν από την ορθόδρομη προσπέλαση, και η τελική επιτυχής προσπέλαση 56% antegrade wire escalation (AWE), 17% antegrade dissection reentry (ADR), 13 % Retrograde. Το μέσο ποσοστό δυσκολίας J-CTO score ήταν 3.05. Τα ποσοστά επιτυχίας του ερ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

γαστηρίου μας ήταν 86% στη διάνοιξη των χρόνιων ολικών αποφράξεων. **Συμπεράσματα** Τα αποτελέσματα της καταγραφής επιβεβαιώνουν την μεγάλη ανάπτυξη του κέντρου μας. Επιβεβαιώνεται καταρχήν ο μεγάλος όγκος επεμβάσεων Διάνοιξης Χρονιών Ολικών αποφράξεων που πραγματοποιούνται. Παρά το υψηλό επίπεδο δυσκολίας το ποσοστό επιτυχίας στη διάνοιξη αυτών ήταν πολύ υψηλό, αντίστοιχο με τον μέσο όρο των κέντρων του Εξωτερικού που συμμετέχουν στο Progress CTO Registry.

AA035 | Τροχιακή περιστροφική αθηρεκτομή (orbital atherectomy) στο αιμοδυναμικό εργαστήριο: πρώτη εμπειρία 6 μηνών στη χώρα μας
Π. Βαρελάς¹, Κ. Μανουσόπουλος¹, Ι. Παπαδόπουλος¹, Α. Παππάς¹, Κ. Τζαβίδα¹, Γ. Φώτος², Μ. Μουρατίδου², Ι. Καράλης², Ν. Μπουρμούλης², Ι. Τσιαφούτης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας του αιμοδυναμικού εργαστηρίου του νοσοκομείου Κοργιαλένιο Μπενάκειο σε δεκατρία ΠΡΩΤΑ περιστατικά τροχιακής περιστροφικής αθηρεκτομής τα οποία πραγματοποιήθηκαν τους τελευταίους έξι μήνες. Η τροχιακή περιστροφική αθηρεκτομή συνίσταται στην προετοιμασία των στεφανιαίων αγγείων με παρουσία ασβεστοωμένης πλάκας με σκοπό την τροποποίηση αυτής. Η τροποποίησή της, μεταβάλλει την ευενδοτότητα της βλάβης και επιτρέπει την πρόσφορη έκπτυξη των μπαλονιών καθώς και την έκπτυξη των stent. Παρουσιάζουμε την 1η σειρά περιστατικών που πραγματοποιήθηκαν στην χώρα μας. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο νοσοκομείο μας, τη χρονική περίοδο των τελευταίων έξι μηνών, πραγματοποιήθηκαν 13 επεμβάσεις τροχιακής περιστροφικής αθηρεκτομής. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 72,4 έτη, 85% άνδρες και 15% γυναίκες. Η χρονική διάρκεια της επέμβασης ήταν μεταξύ 15,8 λεπτών και 47,7 λεπτών. Στο 54% των επεμβάσεων έγινε αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο, στο 23% των επεμβάσεων έγινε αγγειοπλαστική στην περισπώμενη αρτηρία και στο 23% των επεμβάσεων έγινε αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η μέση έκθεση σε ακτινοβολία ήταν τα 170.924 cGy × cm². **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο 100% των ασθενών η επέμβαση ήταν επιτυχής. Υπερηχογραφική μελέτη διενεργήθη μετεγχειρητικά και στο πρώτο εικοσιτετράωρο μετά την επέμβαση χωρίς την ανάδειξη περικαρδιακής συλλογής. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν μετεγχειρητικά διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ή τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή σε αυτούς που είχαν γνωστό ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής. Μια επιπλοκή παρατηρήθηκε με μετακίνηση περιφερικότερα του stent η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τοποθέτηση νέου stent μεγαλύτερης διαμέτρου. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου, με παρουσία ασβεστοποιημένων βλαβών, σε ασθενείς άνω των 70 ετών έχει εκτιμηθεί μεγαλύτερη από 90% στους άνδρες και 67% στις γυναίκες. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συσκευής την κάνουν κατάλληλη για μεγάλο μήκος ασβεστοσωσης μειώνοντας την πιθανότητα παγίδευσης του καθετήρα αθηρεκτομής. Είναι σημαντική η χρήση όλων των διαθέσιμων τεχνικών στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο για την αντιμετώπιση του ασβεστίου ώστε να πετυχαίνουμε το βέλτιστο αποτέλεσμα, για την καλύτερη έκβαση των ασθενών μας.

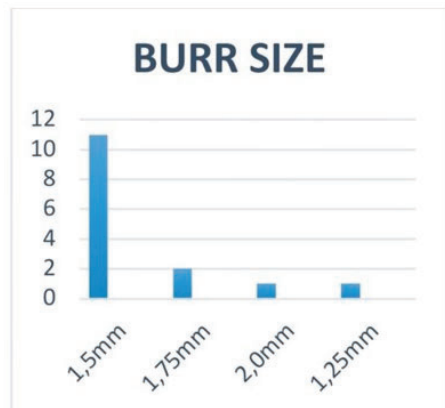
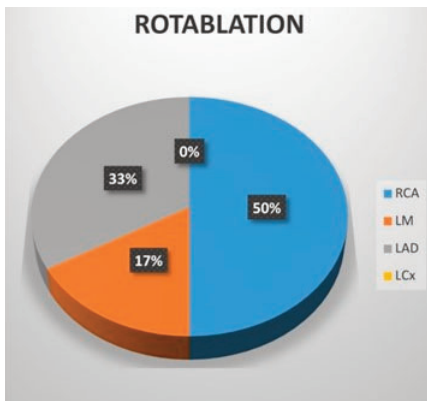
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ036 | Η χρήση της περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotablation) στην αντιμετώπιση έντονα επασβεστωμένων και σύμπλοκων στεφανιαίων βλαβών

Π. Καλαμάτα¹, Ν. Πλατογιάννης¹, Π. Αρβανιτίδης¹, Δ. Πλατογιάννης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε υψηλού κινδύνου ασθενείς με σύνθετες και σοβαρά αβεστοποιημένες στεφανιαίες βλάβες που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση της περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotablation) στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων. **ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον Οκτώβριο του 2019 ως τον Ιούνιο του 2023 συμπεριλήφθηκαν στο εργαστήριο μας όλοι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση του Rotablation προ της διαδερμικής αγγειοπλαστικής. Τα αποτελέσματα ανακτήθηκαν και αξιολογήθηκαν ως προς το στεφανιαίο αγγείο που αντιμετωπίστηκε, το μέγεθος της ελαίας που χρησιμοποιήθηκε και το ποσοστό επιτυχίας της επέμβασης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 15 Rotablation σε ασθενείς μέσης ηλικίας $68,6 \pm 11,2$ που αντιμετωπίστηκαν επιπρόσθετα με εμφύτευση ενδοπρόσθεσης (DES). Από το σύνολο των ασθενών το 50%(9 ασθενείς) αφορούσε βλάβες στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία(RCA), το 33%(6 ασθενείς) τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο(LAD) και το 17%(3 ασθενείς) την αριστερή κύρια στεφανιαία αρτηρία(LM). Οι 2 ασθενείς μάλιστα υποβλήθηκαν σε Rotablation σε περισσότερα του ενός αγγεία. Το 33% αφορούσε ασθενείς που είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ενώ όλοι είχαν υποβληθεί σε τουλάχιστον μία αγγειοπλαστική. Σχετικά με το μέγεθος της ελαίας που χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος ήταν $1,5 \pm 0,1$. Το ποσοστό επιτυχίας της περιστροφικής αθηρεκτομής είναι 93,3%(14 ασθενείς) με μόνο έναν ασθενή να έχει σαν επιπλοκή μικρορήξη του αγγείου, που όμως αντιμετωπίστηκε άμεσα με τοποθέτηση καλυμμένης ενδοπρόσθεσης(covered stent). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η περιστροφική αθηρεκτομή αποτελεί χρήσιμο εργαλείο με μικρό ποσοστό επιπλοκών σε υψηλού κινδύνου ασθενείς. Η τροποποίηση της πλάκας και ο συνδυασμός με ενδοπρόσθεσης DES αυξάνει την επιτυχία της αγγειοπλαστικής.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA037 | Χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση: Ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές μετά από επιτυχή αγγειοπλαστική πνευμονικών αρτηριών
**Ο. Καρίκη¹, Π. Καρυοφύλλης¹, Π. Μιληλής¹, Α. Σαπλαούρας¹,
Σ. Δράγασης¹, Η. Πατσιώτης¹, Ε. Γ. Τσέτικα¹, Δ. Μηλιόπουλος¹,
Κ. Λέτσας¹, Μ. Εφραιμίδης¹**

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αγγειοπλαστική πνευμονικών αρτηριών (BPA) είναι μια αποτελεσματική επεμβατική θεραπεία που αφορά ασθενείς με χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση (CTEPH) ακατάλληλους για πνευμονική ενδαρτηρεκτομή. Η βελτίωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων μετά από BPA αυξάνει την μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών, κυρίως μέσω της αναστροφής της αρνητικής αναδιαμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας και της αποτροπής συνεπακόλουθης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. **Υλικό και μέθοδος:** 17 ασθενείς με συμπτωματική CTEPH που υποβλήθηκαν σε συνεδρίες BPA μεταξύ των ετών 2017-2022, με καταγραφή στατιστικά σημαντικής αιμοδυναμικής βελτίωσης, εξετάστηκαν ως προς την μεταβολή ηλεκτροκαρδιογραφικών (ΗΚΓ) παραμέτρων πριν και ένα μήνα μετά τις θεραπείες. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι παράμετροι: διάρκεια PR διαστήματος, διάρκεια συμπλέγματος QRS, διάρκεια διαστήματος QTc, ύψος κύματος R στις απαγωγές I, V1, V5, V6, βάθος κύματος S στις απαγωγές I, V1, V5, V6 καθώς και ποιοτική εκτίμηση των ΗΚΓ κριτηρίων πνευμονικής υπέρτασης όπως προτάθηκαν από τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες του 2022 (κριτήριο 1 : $P > .25$ mV στην απαγωγή II, κριτήριο 2: άξονας $QRS > ^\circ$ ή ακαθόριστος, κριτήριο 3: $R/S >$, με $R > .5$ mV στην V1 ή άθροισμα του R στην V1 με το κύμα S στην V5 > mV, κριτήριο 4: πλήρης ή ατελής αποκλεισμός δεξιού σκέλους, κριτήριο 5: πρότυπο strain δεξιάς κοιλίας με πτώση ST και αναστροφή των T στις δεξιές προκάρδιες και στις κατώτερες απαγωγές, κριτήριο 6: $QTc \geq 460$ ms στους άνδρες, ≥ 470 ms στις γυναίκες). **Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0.05$) μεταξύ της μείωσης της μέσης πνευμονικής αρτηριακής πίεσης (mPAP) με τη μείωση του βάθους του κύματος S στις απαγωγές I ($p 0.0069$), V5 ($p 0.0003$), V6 ($p 0.0011$) και την αύξηση του ύψους του R στις απαγωγές V5 ($p 0.0122$) και V6 ($p 0.0185$). Σχετικά με τα κριτήρια, το πρότυπο strain της δεξιάς κοιλίας ήταν εκείνο με τη συχνότερη βελτίωση μετά τις επιτυχείς θεραπείες. **Συμπεράσματα:** Ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές σχετίζονται με βελτίωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων σε ασθενείς με CTEPH που υποβάλλονται σε BPA.

AA038 | ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ IFR/FFR

**Φ. Δημητριάδης¹, Α. Δ. Μαυρογιάννη¹, Ι. Μποστανίτης¹,
Β. Τζαλαμούρας¹, Π. Θεοδώρου¹, Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Π. Μουρβετίδης¹,
Ι. Ζαρίφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή / Σκοπός: Η καταγραφή συμβαμάτων σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εκλεκτική στεφανιογραφία, ανέδειξαν μέτριας βαρύτητας αγγειογραφικές στενώσεις (50-70%) και αντιμετωπίστηκαν είτε συντηρητικά είτε επαναγγειώθηκαν (αγγειοπλαστική/αορτοστεφανιαία παράκαμψη) μετά την διενέργεια IFR/FFR δοκιμασίας. **Υλικά και Μέθοδοι:** 138 ασθενείς που προσήλθαν για εκλεκτική στεφανιογραφία κατά το έτος 2022 (μέσος όρος ηλικίας 65.73±10.6 έτη, 80% άνδρες) και ανέδειξαν μέτριας βαρύτητας αγγειογραφικές στενώσεις, υπεβλήθησαν σε λειτουργική δοκιμασία με IFR/FFR. Καταγράφηκε το αποτέλεσμα της δοκιμασίας (θετικό/αρνητικό) καθώς και τα συμβάματα τόσο στην ομάδα των ασθενών με αρνητικό IFR/FFR, όσο και στην ομάδα αυτών με θετικό IFR/FFR, σε διάστημα 12-18 μηνών παρακολούθησης. Οι μέσες τιμές των μετρήσεων σε IFR/FFR ήταν meanIFR=0.87 (SD mean 0.87±0.09) και meanFFR=0.80 (SD mean 0.80±0.07). Συνολικά εκτιμήθηκαν 168 αγγειογραφικές στενώσεις, εκ των οποίων οι 110 ήταν μονήρεις (79.7%). Υπεραικμικός παράγοντας (αδενοσίνη) χρησιμοποιήθηκε σε 81 ασθενείς (58.7%). Σε 6 ασθενείς εκτιμήθηκαν στενώσεις Στελέχους (LM, 4.3%) και σε 96 ασθενείς στενώσεις στον Πρόσθιο Κατιόντα Κλάδο (LAD, 69.5%). **Αποτελέσματα:** Σε 63 ασθενείς (45.5%) η δοκιμασία IFR/FFR ανεδείχθη θετική (IFR≤0.89, FFR≤0.80) και σε 75 ασθενείς (54.5%) η δοκιμασία IFR/FFR ανεδείχθη αρνητική (IFR>0.89, FFR>0.80). Επί συνόλου 75 ασθενών με αρνητική δοκιμασία IFR/FFR, 71 ασθενείς δεν εμφάνισαν κανένα σύμβαμα (94.5%), ενώ 4 ασθενείς (5.5%) εμφάνισαν συμβάματα, εκ των οποίων 1 θάνατο μη καρδιακής αιτιολογίας (1.5%) και 3 επείγουσες αγγειοπλαστικές (4%). Επί συνόλου 63 ασθενών με θετική δοκιμασία IFR/FFR, 57 ασθενείς (90.5%) αντιμετωπίστηκαν με διαδερμική αγγειοπλαστική και 6 ασθενείς (9.5%) υπεβλήθησαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. 57 ασθενείς (90.5%) δεν εμφάνισαν κανένα σύμβαμα, ενώ 6 ασθενείς (9.5%) εμφάνισαν συμβάματα, εκ των οποίων 2 θάνατοι καρδιακής αιτιολογίας (3.2%), 1 θάνατος μη καρδιακής αιτιολογίας (1.5%), 3 επείγουσες αγγειοπλαστικές (4.7%). Από τους 6 ασθενείς, οι 2 ήταν πολυαγγειακοί, 1 είχε αντιμετωπιστεί με αορτοστεφανιαία παράκαμψη, 4 είχαν βλάβη στον LAD. **Συμπεράσματα:** Η λειτουργική εκτίμηση των στεφανιαίων βλαβών ενδιάμεσης βαρύτητας με την χρήση των τεχνικών IFR/FFR αποτελεί θεμελιώδη πρακτική για την απόφαση για επαναγγείωση ή τη συντηρητική αντιμετώπιση με την βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Η IFR/FFR καθοδηγούμενη επαναγγείωση δεν μείωσε τα συμβάματα συγκριτικά με τους ασθενείς με αρνητική IFR/FFR δοκιμασία.

AA039 | Σύγκριση δοσιμετρικών δεδομένων στο προσωπικό στεφανιογράφου με και χωρίς τη χρήση κατάλληλου ακτινοπροστατευτικού πετάσματος
**Ξ. Σταϊνχάουερ¹, Γ. Φούντος¹, Ε. Κουνάδης², Ν. Μπουρμπούλης³,
 Ι. Τσιαφούτης³, Ι. Καράλης³, Ι. Παπαδόπουλος³, Κ. Μανουσόπουλος³,
 Π. Βαρελάς³, Α. Παππάς³, Κ. Τσαβίδα³, Χ. Μιχαήλ¹, Ι. Βαλαής¹**

¹ Εργαστήριο Ακτινοφυσικής, Τεχνολογίας Υλικών και Βιοϊατρικής Απεικόνισης, Τμήμα Μηχανικών Βιοϊατρικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

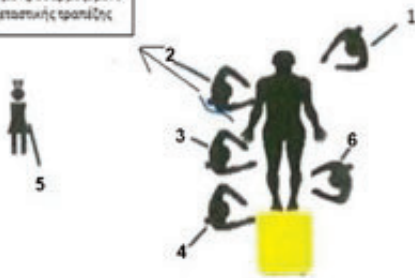
² Ιατρική Φυσική, ΓΝΑ“ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ” ΕΕΣ

³ Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, ΓΝΑ“ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ” ΕΕΣ

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή/Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα ως προς την ακτινοπροστασία του προσωπικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, μετά την τοποθέτηση κατάλληλου μολύβδινου πετάσματος περίξ της εξεταστικής τράπεζας στεφανιογράφου. **Υλικό και μέθοδος:** Το εν λόγω μολύβδινο πέτασμα διαθέτει, ενσωματωμένη θωράκιση στρώματος δύο επιπέδων, αρθρωτά εξαρτήματα θωράκισης, πλατφόρμα βάσης από ανθρακονήματα. Η πλατφόρμα βάσης από ανθρακονήματα και τα αρθρωτά εξαρτήματα θωράκισης το καθιστούν κατάλληλο για συστήματα C-arms, καθώς δεν εμποδίζεται η κίνηση του βραχίονα και συνεπώς επιτυγχάνεται βέλτιστη απεικόνιση και κίνηση του C-arm, ενώ ταυτόχρονα δεν εμποδίζεται η συνολική διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης του ασθενούς. Οι μετρήσεις του ρυθμού έκθεσης σε διαφορετικές θέσεις και διαφορετικά ύψη γύρω από την ακτινολογική λυχνία (σχήμα) με και χωρίς το μολύβδινο πέτασμα, πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας θάλαμο ιονισμού με εύρος ρυθμού δόσης ανίχνευσης 0-50mSv/h. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις και με δοσιμέτρα προσωπικού αμέσου αναγνώσεως, solid state με εύρος δόσης ανίχνευσης 0.65μSv-10Sv και ρυθμό δόσης 1μSv/h-10Sv/h. Τα δεδομένα των δοσιμέτρων καταγράφονται και αποστέλλονται, μέσω Wifi, στους συνδεδεμένους υπολογιστές των χρηστών. Οι μετρήσεις που καταγράφηκαν, συγκρίθηκαν αφού προηγήθηκε κανονικοποίηση αυτών προκειμένου να εξαχθούν οι απαραίτητες διαπιστώσεις και συμπεράσματα. **Αποτελέσματα:** Από την επεξεργασία των μετρήσεων διαπιστώθηκε ότι η χρήση του ως άνω μολύβδινου πετάσματος, επιφέρει μείωση της δόσης στο προσωπικό, η οποία κυμαίνεται από 26% έως 95% περίπου. Το ποσοστό μείωσης της δόσης εξαρτάται από τη θέση εργασίας του προσωπικού, το ύψος που πραγματοποιήθηκε η μέτρηση σε σχέση με το έδαφος καθώς επίσης και τη γεωμετρία του C-arm. Στον πίνακα καταγράφεται για κάθε θέση γύρω από την ακτινολογική λυχνία το (%) ποσοστό μείωσης της δόσης ανά εξέταση σε διάφορα ύψη καθώς και η μέση τιμή για το ποσοστό αυτό. Ειδικότερα για τη θέση 3, όπου στέκεται ο ιατρός κατά τη διάρκεια της εξέτασης το ποσοστό μείωσης μπορεί να φθάσει έως και 95,3%. **Συμπεράσματα:** Δεδομένου ότι το προσωπικό, το οποίο παρευρίσκεται στις αίθουσες του αιμοδυναμικού εργαστηρίου κατά τη διάρκεια των εξετάσεων λαμβάνει ετησίως μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας, η ανωτέρω μείωση στις απορροφούμενες δόσεις που παρατηρήθηκε όταν το αναφερόμενο πέτασμα τοποθετείται γύρω από την εξεταστική τράπεζα, θεωρείται πολύ σημαντική.

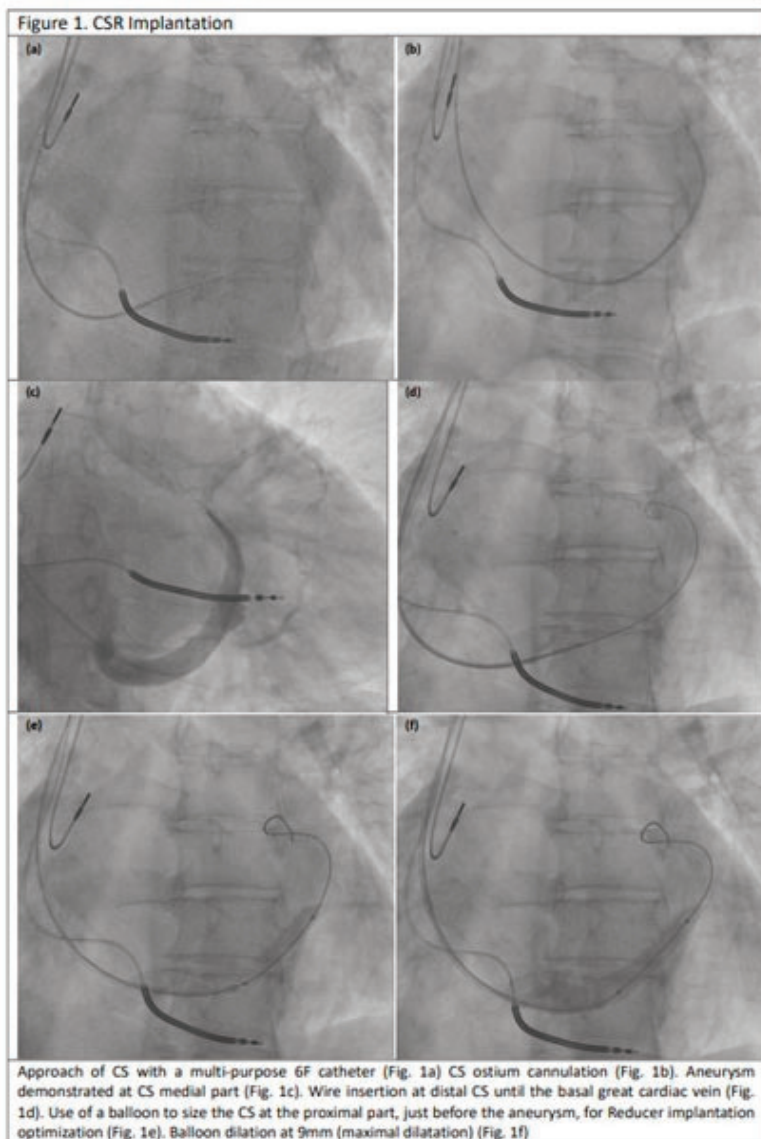
Πέτασμα οροφής και πέτασμα προσαρμοζόμενο επί εξεταστικής τράπεζας



ΘΕΣΗ	Υψος Μέτρησης cm	ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ
1	180	54,9%	67%
	60	53,5%	
	20	93,2%	
2	180	43,3%	73,6%
	60	82,5%	
	20	95,3%	
3	180	35,3%	51,5%
	60	93,5%	
	20	75,8%	
4	180	50,7%	62,3%
	60	60,7%	
	20	75,5%	
5	180	67,5%	71,2%
	60	67,3%	
	20	78,9%	
6	180	62,7%	72,8%
	60	79,9%	
	20	75,7%	

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ040 | Μέτρηση διαμέτρου στεφανιαίου κόλπου με χρήση διατάξιμου ενδαγγειακού μπαλονιού προ εμφύτευσης συσκευής



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

**Π. Ηλιάκης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Ν. Πυρπυρής¹,
Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Ε. Δρη¹, Α. Σακαλίδης¹, Κ. Τσιούφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Παρουσιάζουμε έναν ασθενή 58 ετών, με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου πριν από δύο χρόνια που αντιμετωπίστηκε με διαδερμική αγγειοπλαστική (LAD), (LCx), καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης και ιστορικό εμφυτεύσιμου απινιδωτή, που λόγω ανθεκτική στηθάγχης, παρά την πλήρη επαναγγείωση και τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, αντιμετωπίστηκε με εμφύτευση Coronary Sinus Reducer - η συσκευή αυτή, μέσω της μείωσης της διαμέτρου του στεφανιαίου κόλπου, οδηγεί σε επανακατανομή της αιματικής ροής και φαίνεται ότι βελτιώνει την αιμάτωση στο επίπεδο της μικροκυκλοφορίας και μειώνει τα συμπτώματα της στηθάγχης. Αυτό που είναι καινοτόμο στο συγκεκριμένο case report είναι η προεμφυτευτική μέτρηση διαμέτρου στεφανιαίου κόλπου, μέσω ενδαγγειακού διατάσιμου μπαλονιού, λόγω ανευρύσματος που διαπιστώθηκε στη μεσότητα του στεφανιαίου κόλπου με σκοπό τη τοποθέτηση συσκευής Reducer βέλτιστης διαμέτρου. Ο ασθενής τόσο 2 εβδομάδες μετά την εμφύτευση, όσο και 3 μήνες μετά, παρουσιάζει σημαντική βελτίωση των ημερήσιων στηθαγχικών ενοχλημάτων. (In press: Title: Pre-Implantation Sizing of the Coronary Sinus with A Balloon for Optimal Coronary Sinus Narrowing, Panayiotis Iliakis, Kyriakos Dimitriadis, et al.)

AA041 | Διακαθετηριακή edge-to-edge επιδιόρθωση μαζικής λειτουργικής ανεπάρκειας τριγλώχινας βαλβίδας κολπικής αιτιολογίας
**Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Κ. Αζναουρίδης², Σ. Σουλαϊδόπουλος²,
Α. Σακαλίδης², Ε. Μαντζουράνης², Π. Τσιούφης², Π. Κωστάκης¹,
Κ. Τσιούφης², Κ. Αγγέλη²**

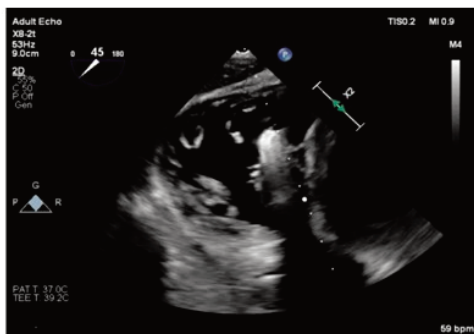
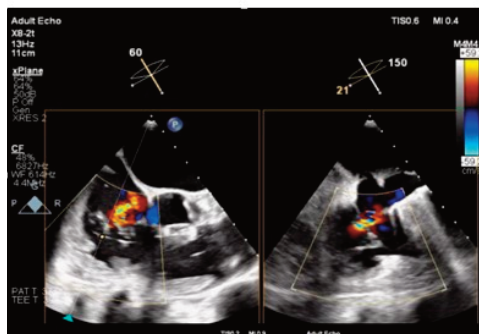
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Η ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας είναι μία συνήθη πάθηση η οποία, ωστόσο, συχνά υποθεραπεύεται με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. **Υλικό και Μέθοδος** Ασθενής 83 ετών με ατομικό ιστορικό δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας σε έδαφος σοβαρής ανεπάρκειας τριγλώχινας βαλβίδας (TR). Στο παρελθόν η ασθενής είχε επαναλαμβανόμενες νοσηλείες λόγω απορρύθμισης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Μετά την επίτευξη ευβολαιμίας με διουρητική αγωγή, το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαίωσε την εκσεσημασμένη TR λόγω διάτασης του τριγλωχινικού δακτυλίου από τη διάταση του δεξιού κόλπου λόγω της ύπαρξης κολπικής μαρμαρυγής. Επίσης, διαπιστώθηκε διάταση δεξιάς κοιλίας με επηρεασμένη συστολική απόδοση και εκτιμώμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας (PASP) των 55mmHg. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα επίσης κατέδειξε τον τύπο I της τριγλώχινας βαλβίδας. Ο καρδιακός καθετηριασμός επίσης απέκλεισε τη σοβαρό βαθμού πνευμονική υπέρταση ενώ χαρακτηριστικά παρατη-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ρήθηκε dip and plateau sign, δηλωτικό του περιορισμού που ασκεί το περικάρδιο στη διατεταμένη δεξιά κοιλία (ψευδοσυμπίεστικό πρότυπο). **Αποτελέσματα** Αποφασίστηκε η διενέργεια TEER της τριγλώχινας βαλβίδας με τη χρήση TriClip XT. Αρχικά, μετά την εξασφάλιση της κάθετης πορείας της συσκευής ως προς τον τριγλωχινικό δακτύλιο (εικόνα 1), προχωρήσαμε στη διέλευση του με το clip κλειστό. Ακολούθως, στη διαγαστρική short axis view της τριγλώχινας βαλβίδας ανοίξαμε το clip και αφότου εξασφαλίσουμε την κάθετη κατεύθυνση του ως προς την προσθιοδιαφραγματική κομισσούρα πραγματοποιήσαμε ταυτόχρονη σύλληψη της πρόσθιας και διαφραγματικής γλωχίνας (εικόνα 2). Με τη χρήση του έγχρωμου Doppler παρατηρήσαμε τη σημαντική μείωση της TR. Το άμεσο αυτό αποτέλεσμα αποτυπώθηκε και στο follow-up των 2 μηνών όπου η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωματολογίας. Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική μείωση της TR, των διαστάσεων της δεξιάς κοιλίας καθώς και άρση του ψευδοσυμπίεστικού προτύπου. **Συμπεράσματα** Η TEER συνιστά μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο μείωσης της εκσεσημασμένης TR κολπικής αιτιολογίας στην οποία ο κεντρικός ρόλος του υπερηχογραφήσι τή τόσο εντός όσο και εκτός του αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι καθοριστικός.



AA042 | Ιατρογενής διαχωρισμός στελέχους - ανιούσας αορτής κατά τη διάρκεια αγγειοπλαστικής

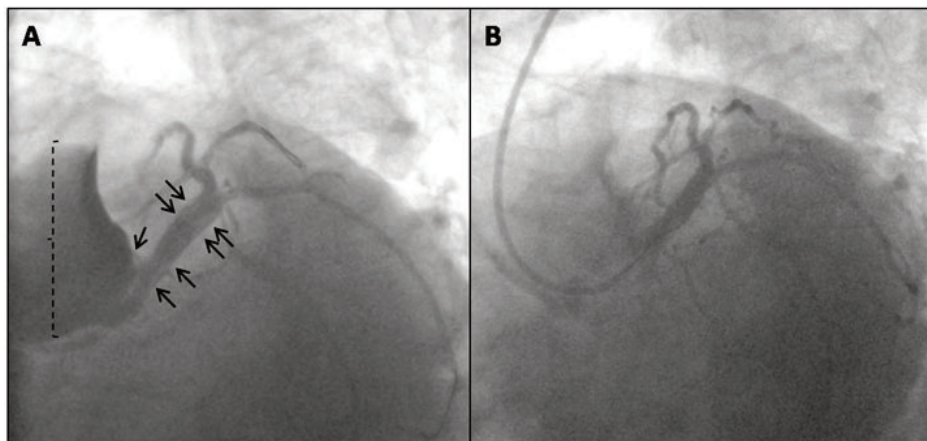
**Μ. Διδάγγελος¹, Σ. Αγγελοπούλου¹, Β. Ραφαηλίδης¹,
Θ. Χρυσοχοΐδης-Τράντας¹, Θ. Ζέγκος¹, Κ. Τσακιρίδης¹, Χ. Κακδέρης¹,
Σ. Χ. Δάιος¹, Β. Αναστασίου¹, Μ. Αλεξανδράτου¹, Β.Καμπερίδης¹,
Α. Κουπαράνης¹, Α. Ζιάκας¹**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο ιατρογενής αορτο-στεφανιαίος διαχωρισμός είναι μια σπάνια (συχνότητα 0,06%) αλλά δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή του καρδιακού καθετηριασμού. Συνήθως οφείλεται σε τραυματισμό του τοιχώματος της στεφανιαίας αρτηρίας από το άκρο

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

του διαγνωστικού ή οδηγού καθετήρα, έντονη έγχυση σκιαγραφικού, χειρισμούς σκληρών συρμάτων ή έκπτυξη μπαλονιών. Ο ανάδρομος διαχωρισμός στελέχους - αορτής είναι σπανιότερος συγκριτικά με το διαχωρισμό δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας - αορτής, λόγω ανατομικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών. **Παρουσίαση περίπτωσης:** Γυναίκα, 68 ετών, παχύσαρκη, με αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη υποβλήθηκε σε καρδιακό καθετηριασμό λόγω NSTEMI εμφράγματος. Η στεφανιογραφία ανέδειξε σοβαρού βαθμού στένωση παρουσία θρόμβου στον διάμεσο κλάδο και σοβαρού βαθμού στένωση στη μεσότητα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Διενεργήθηκε αγγειοπλαστική αρχικά στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία με τοποθέτηση ενός zotarolimus-eluting stent (Resolute Integrity, Medtronic) και στη συνέχεια στον διάμεσο κλάδο με τοποθέτηση επίσης ενός zotarolimus-eluting stent (Resolute Integrity, Medtronic). Κατά την προσπάθεια τοποθέτησης του stent στον διάμεσο κλάδο και λόγω των χειρισμών του οδηγού καθετήρα (EBU 3.5 6Fr), παρατηρήθηκε διαχωρισμός του στελέχους με ανάδρομη επέκταση προς την ανιούσα αορτή. Η ασθενής εμφάνισε οξύ οπισθοστερνικό άλγος και αιμοδυναμική αστάθεια οπότε και έγινε έναρξη ινóτροπης υποστήριξης. Διενεργήθηκε επείγοντως διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε μικρή περικαρδιακή συλλογή. Ακολούθησε εμφύτευση τριών zotarolimus-eluting stents (Resolute Integrity, Medtronic), από τον εγγύς πρόσθιο κατιόντα κλάδο μέχρι και το στόμιο του στελέχους με ελαφρά προπέτεια στη ρίζα της αορτής, που κάλυψαν επιτυχώς το διαχωρισμό (Εικόνα 1). Ακολούθησε αξονική τομογραφία θώρακος-αορτής η οποία ανέδειξε μικρή περικαρδιακή συλλογή και ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα με επέκταση 3,8 cm από την έκφυση του στελέχους έως την ανιούσα αορτή, χωρίς ενεργό εξαγγείωση. Η ασθενής νοσηλεύθηκε στη στεφανιαία μονάδα και εξήλθε πέντε ημέρες μετά χωρίς περαιτέρω επιπλοκές. **Συμπεράσματα / Συζήτηση:** Ο ιατρογενής αορτο-στεφανιαίος διαχωρισμός κατά την διάρκεια της αγγειοπλαστικής είναι μία σπάνια αλλά ιδιαίτερα θανατηφόρα επι-



Εικόνα 1. Α. Διαχωρισμός στελέχους (βέλη) με επέκταση στην ανιούσα αορτή (αγκύλη). Β. Επιτυχής σύγκλιση με τοποθέτηση stents από τον εγγύς πρόσθιο κατιόντα κλάδο μέχρι και το στόμιο του στελέχους, χωρίς περαιτέρω εξαγγείωση προς την ανιούσα αορτή.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

πλοκή του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Είναι κρίσιμη η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του. Η άμεση εμφύτευση stent που θα στεγανοποιήσει την πύλη εισόδου του διαχωρισμού είναι η πρώτη θεραπευτική επιλογή. Η χειρουργική αντιμετώπιση θεωρείται δεύτερη θεραπευτική επιλογή στις περιπτώσεις όπου η τοποθέτηση stent δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα και όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν αιμοδυναμική αστάθεια.

AA043 | Αξιολόγηση της ποιότητας των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών της διακαθετηριακής σύγκλισης του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος για την αντιμετώπιση της ημικρανίας σύμφωνα με την κλίμακα Consolidated Standards of Testing Reports (CONSORT)

Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Π. Κωστάκης¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος²,

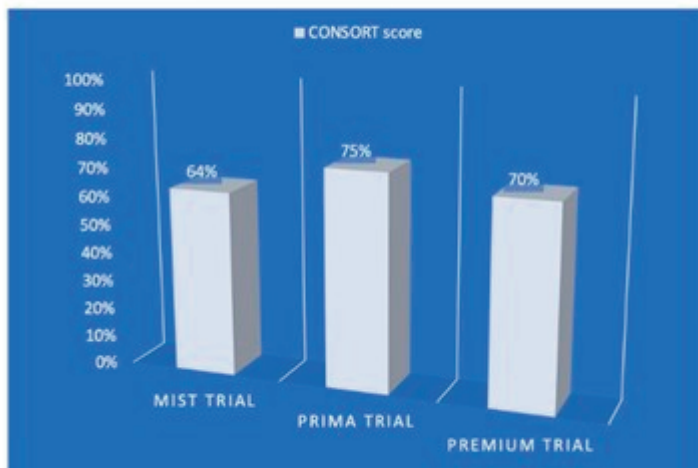
Α. Σακαλίδης², Π. Τσιούφης², Ε. Μαντζουράνης², Κ. Τσιούφης², Κ. Αγγέλη²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Το ανοιχτό ωοειδές τρήμα έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ημικρανίας. Αν και μερικές αναδρομικές, μη τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) υποστηρίζουν μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των επεισοδίων της ημικρανίας μετά τη σύγκλιση του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος, τρεις RCTs απέτυχαν να συναντήσουν τα πρωτογενή καταληκτικά σημεία τους. Η ποιότητα αυτών των μελετών δεν έχει εκτιμηθεί.

Distribution of the total CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) scores of the 3 studies



Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ποιοτική αξιολόγηση των RCTs που αφορούν τη σύγκλιση του ωοειδούς τρήματος για την αντιμετώπιση της ημικρανίας σύμφωνα με την κλίμακα Consolidated Standards of Testing Reports (CONSORT checklist) που αναθεωρήθηκε το 2010. **Υλικό και Μέθοδος** Διεξάχθηκε συστηματική ανασκόπηση των βάσεων δεδομένων PubMed και Cochrane Library. Το πρωτεύον αντικείμενο μελέτης ήταν η μέση

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

συμμόρφωση των RCTs με την CONSORT checklist ενώ τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αφορούσαν τον υπολογισμό της συμμόρφωσης των RCTs ανά ερώτηση της CONSORT checklist και η επίδραση της CONSORT checklist στα ιατρικά επιστημονικά περιοδικά υψηλού συντελεστή απήχησης (IF, impact factor). Η ποιοτική αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με 37 ερωτήσεις της CONSORT checklist. Η αναφορά του 70% τουλάχιστον των ερωτήσεων ορίστηκε ως επαρκή συμμόρφωση με τη CONSORT κλίμακα. **Αποτελέσματα** Μέσω της αναζήτησης προέκυψαν 3 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια. Η μέση συμμόρφωση των 3 μελετών ήταν $69.66\% \pm 4.49\%$. Μόνο μία μελέτη είχε επαρκή συμμόρφωση (75% των ερωτήσεων CONSORT) (Εικόνα 1). Οι 26 από τις 37 ερωτήσεις (70.3%) αναφέρθηκαν σε περισσότερες από τις μισές μελέτες, ενώ 19 ερωτήσεις αναφέρθηκαν και στις 3 RCTs. Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτήσεων της κατηγορίας των αποτελεσμάτων είχαν επαρκές ποσοστό αναφοράς, ενώ οι ερωτήσεις της τυχαιοποίησης δεν αναφέρθηκαν επαρκώς. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τα τμήματα της εισαγωγής και της συζήτησης καταγράφηκαν και στις 3 μελέτες με εξαίρεση την ερώτηση 2b σχετικά με την αναφορά των αντικείμενων έρευνας των RCTs. Επίσης, αν και όλες οι μελέτες είχαν δημοσιευτεί σε περιοδικά υψηλού IF, καμία δεν είχε 100% συμμόρφωση με την CONSORT κλίμακα (Πίνακας 2). **Συμπεράσματα** Η ποιότητα των μελετών της σύγκλισης του ωοειδούς τμήματος για την αντιμετώπιση της ημικρανίας παραμένει μη ικανοποιητική. Περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των RCTs είναι αναγκαία στην ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της έρευνας.

Impact factors 2022 of medical journals and Compliance score of relevant RCTs.

Medical Journal	Impact factor (IF)	Study Identification	Compliance score (%)
Circulation	39.918	MIST Trial	64%
European Heart Journal	35.855	PRIMA Trial	75%
JACC	27.203	PREMIUM Trial	70%

Καρδιακή ανεπάρκεια

Πρόεδροι: **A. Μαρέτη** (Αθήνα), **Π. Μαντζουράτου** (Αθήνα)

AA044 | Βασικά χαρακτηριστικά και μεταβολές μετά την έναρξη θεραπείας με αναστολείς του κοινού συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης
A. Σταυράτη¹, Κ. Πολυμερόπουλος¹, Σ. Αλ-Καγιέτ¹, Π. Κλειτσιώτη¹, Λ. Αποστολίδης¹, Π. Λαζαρίδης¹, Σ. Ξανθοπούλου¹, Μ. Φώτη¹, Ι. Ζαρίφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή: Οι αναστολείς του κοινού συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT2i) έχουν καθιερωθεί ως μια καινοτόμος θεραπεία για την καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Σκοπός: Η προοπτική μελέτη καταγραφής των χαρακτηριστικών των ασθενών με HFrEF που ξεκινούν θεραπεία με SGLT2i και η σύγκριση με εκείνα των αντίστοιχων πολυκεντρικών μελετών, καθώς και η παρακολούθηση των μεταβολών τους. **Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 142 διαδοχικούς ασθενείς HFrEF, 114 άνδρες (80%), μέσης ηλικίας 64,3±11,2 ετών, οι οποίοι παρακολουθούνται στη μονάδα καρδιακής ανεπάρκειας του τριτοβάθμιου νοσοκομείου μας και ξεκίνησαν θεραπεία με SGLT2i. Καταγράφηκαν βασικές κλινικές παράμετροι και οι μεταβολές τους στο έτος καθώς και οι λαμβανόμενες θεραπείες.

Αποτελέσματα: Τα κύρια ευρήματα παρουσιάζονται στον πίνακα. Η χρήση των αναστολέων της νεπριλυσίνης (ARNIs), των ανταγωνιστών του υποδοχέα της αλδοστερόνης (MRAs) καθώς και των εμφυτεύσιμων απινιδωτών (ICDs) ήταν μεγαλύτερη στη μελέτη μας συγκριτικά με την Dapa-HF και την Emperor-Reduced. Όλα τα άλλα χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια. Κατά τη διάρκεια μίας μέσης περιόδου παρακολούθησης 12 μηνών, 16 ασθενείς (11,3%) διέκοψαν τη λήψη των SGLT2i, οι περισσότεροι από αυτούς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (συμπτωματική υπόταση και λοιμώξεις ουροποιητικού), 35 ασθενείς (25%) βελτίωσαν τη λειτουργική κλάση κατά NYHA και 49 ασθενείς (35%) μείωσαν τη δόση των διουρητικών της αγκύλης. Η συστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκε κατά 5 mmHg, το σωματικό βάρος μειώθηκε κατά 0,9 κιλά, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης μειώθηκε κατά 1,9 mL/min/1,73 m² και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) μειώθηκε κατά 0,7% στους διαβητικούς ασθενείς ενώ παρέμεινε αμετάβλητη στους μη διαβητικούς ασθενείς. **Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με HFrEF που ξεκίνησαν αγωγή με SGLT2i είχαν στην πλειονότητα τους παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά με εκείνα των ασθενών που μετείχαν στις αντίστοιχες πολυκεντρικές μελέτες, αλλά λάμβαναν θεραπεία με ARNIs, MRAs και ICDs σε μεγαλύτερο ποσοστό. Οι μεταβολές στα ζωτικά σημεία και τις εργαστηριακές μετρήσεις ήταν συγκρίσιμες με εκείνες των κλινικών δοκιμών. Η θεραπεία με SGLT2s σε ασθενείς με HFrEF είναι μια αποτελεσματική και ασφαλή επιλογή.

	Μελέτη	Dapa-HF	Emperor- Reduced
NYHA II (%)	72	68	75
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	114±15	122±16	123±16
Νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια (%)	46	47	31
Ισχυαμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια (%)	56	56	53
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	51	42	50
Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (ml/min/1.73m ²)	65±21	66±19.6	62±22
Εμφυτεύσιμος απινιδωτής (ICD, %)	60	26	31
ΑΜΕΑ/ΑΥΑ II (%)	42	84	71
Αναστολείς -νεπριλυσίνης (%)	47	11	18
Β-αναστολείς (%)	96	96	95
Ανταγωνιστές υποδοχέα αλδοστερόνης (%)	92	72	70

ΑΜΕΑ/ΑΥΑ II: Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενίνης/ αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενίνης

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA045 | **Οι κλινικοί φαινότυποι ασθενών με υπερτροφία αριστερής κοιλίας και οξεία καρδιακή ανεπάρκεια στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**
Μ. Βέλλιου¹, Κ. Νταή¹, Σ. Μπεζάτη¹, Ε. Κιουρή¹, Λ. Μάρκος¹, Δ. Ματσίρας², Χ. Βέρρας³, Χ. Γεωργίου¹, Ε. Πολίτης¹, Ε. Πολυζωγοπούλου¹, Ι. Παρίσης¹

¹ Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικών, Αθήνα

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Κεντρική Υπηρεσία, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός. Η υπερτροφία αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) λόγω διαστολικής δυσλειτουργίας. Η ΑΤΤΡ καρδιακή αμυλοείδωση θεωρείται μιμητής της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, ενώ έχει αναγνωριστεί και ως αίτιο ΚΑ. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με τους κλινικούς φαινότυπους των ασθενών με ΥΑΚ που παρουσιάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με εικόνα οξείας ΚΑ (ΟΚΑ). Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγραφούν τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτής της υποκατηγορίας ασθενών, καθώς και να προσδιοριστεί η επίπτωση της ΑΤΤΡ καρδιακής αμυλοείδωσης στο ΤΕΠ. **Υλικό και Μέθοδος.** Συμμετείχαν 84 ασθενείς με ΥΑΚ που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ λόγω ΟΚΑ. Σε κάθε ασθενή ελήφθη λεπτομερές ιστορικό και μετρήθηκαν τα επίπεδα του NT-proBNP, της τροπονίνης Τ και των μονοκλωνικών ελαφρών αλυσίδων των ανοσοσφαιρινών. Διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα και ταξινομήθηκαν ως ΚΑ με μειωμένο (κλάσμα εξώθησης - ΚΕ 50%). Επίσης, μετά την αιμοδυναμική τους σταθεροποίηση, παραπέμφθηκαν για 99mTc-PYP σπινθηρογράφημα και έλεγχο ΑΤΤΡ καρδιακής αμυλοείδωσης. Ως υπερτροφία αριστερής κοιλίας ορίστηκε το πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος >12mm ή/και οπίσθιου τοιχώματος αριστερής κοιλίας >12mm. **Αποτελέσματα.** Η μέση ηλικία του πληθυσμού μελέτης ήταν τα 73.9±13.8 έτη και το 60% ήταν άνδρες. Το 48% ανέφερε προηγούμενη νοσηλεία λόγω απορρύθμισης ΚΑ, το 58% είχε υπέρταση, το 32% σακχαρώδη διαβήτη, το 32% κολπική μαρμαρυγή και το 39% κάποια βαλβιδοπάθεια. Η μέση τιμή του ΚΕ ήταν 45.1±11.2% και το 50% είχε ΚΑ με διατηρημένο ΚΕ, το 12% ΚΑ με ενδιάμεσο ΚΕ και το 38% ΚΑ με μειωμένο ΚΕ. Η ΑΤΤΡ καρδιακή αμυλοείδωση διαγνώστηκε στο 10%. Η μέση τιμή του NT-proBNP και της τροπονίνης Τ σε ασθενείς με ΑΤΤΡ καρδιακή αμυλοείδωση ήταν αυξημένες σε σχέση με ασθενείς χωρίς καρδιακή αμυλοείδωση (NT-proBNP 7972.0±2887.1pg/ml έναντι 5423.0±5011.5pg/ml, τροπονίνη Τ 58.7±17.3pg/ml έναντι 41.8±23.9pg/ml), αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα **Συμπεράσματα.** Στο ΤΕΠ, η πλειοψηφία των ασθενών με ΥΑΚ και οξεία ΚΑ ήταν υπερτασικοί και είχαν διατηρημένο ΚΕ. Η επίπτωση της ΑΤΤΡ καρδιακής αμυλοείδωσης ήταν 10%. Οι ιατροί του ΤΕΠ πρέπει να έχουν υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας ώστε να αναγνωρίζουν τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτής της υποκατηγορίας ασθενών με ΟΚΑ και να τους παραπέμπουν στα ιατρεία ΚΑ για την έγκαιρη διάγνωση της ΑΤΤΡ καρδιακής αμυλοείδωσης.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΑΑ046 | Μακροχρόνια πρόγνωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης και εμφυτεύσιμο απινιδωτή: Δεδομένα πραγματικού κόσμου (16 ετών)

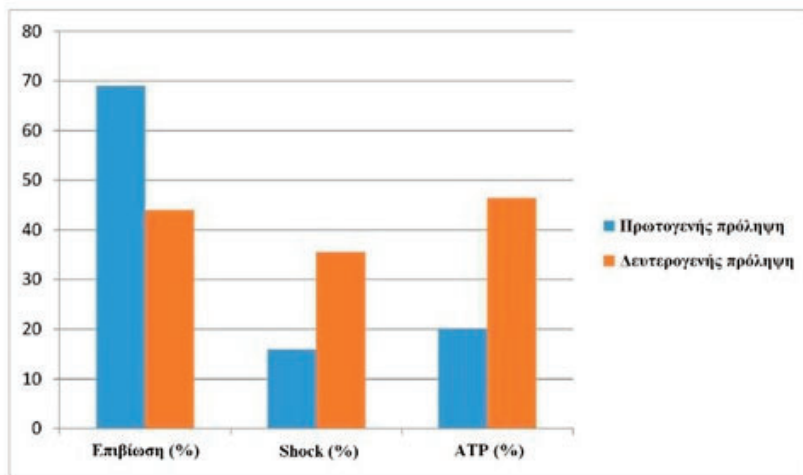
Κ. Πολυμερόπουλος¹, Α. Σταυράτη¹, Σ. Αλ-Καγιέτ¹, Π. Ιωαννίδης¹, Π. Λαζαρίδης¹, Λ. Αποστολίδης¹, Γ. Τσινόπουλος², Κ. Γαργάνη¹, Α. Μαγλαρα¹, Ι. Ζαρίφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές (ICDs) έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (SCD) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HF_rEF). **Σκοπός:** Η καταγραφή της επιβίωσης και των δόκιμων εκφορτίσεων σε ασθενείς με HF_rEF που έλαβαν ICD για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. **Μέθοδοι:** Αναλύθηκαν τα δεδομένα όλων των ασθενών με HF_rEF που έλαβαν ICD στο Τμήμα μας από τον Ιανουάριο 2007 έως τον Ιούνιο 2023. Καταγράφηκαν τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά τους πριν από την εμφύτευση του ICD καθώς και στις επισκέψεις παρακολούθησης κάθε 6 μήνες. Όλες οι αποθηκευμένες θεραπείες του ICD (αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση-ATP και εκφόρτιση) εξετάστηκαν και ταξινομήθηκαν ως δόκιμες ή μη. **Αποτελέσματα:** Εμφυτεύθηκαν 482 ICDs σε ασθενείς με HF_rEF, μέσης ηλικίας 67 ετών, 422 άνδρες (87,6%). Οι 259 (53,7%) έλαβαν ICD για πρωτογενή πρόληψη SCD. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή για καρδιακή ανεπάρκεια, 335 ασθενείς (69,5%) ήταν σε λειτουργική κλάση NYHA II

Επιβίωση και δόκιμες παρεμβάσεις ICD (shock και ATP)



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

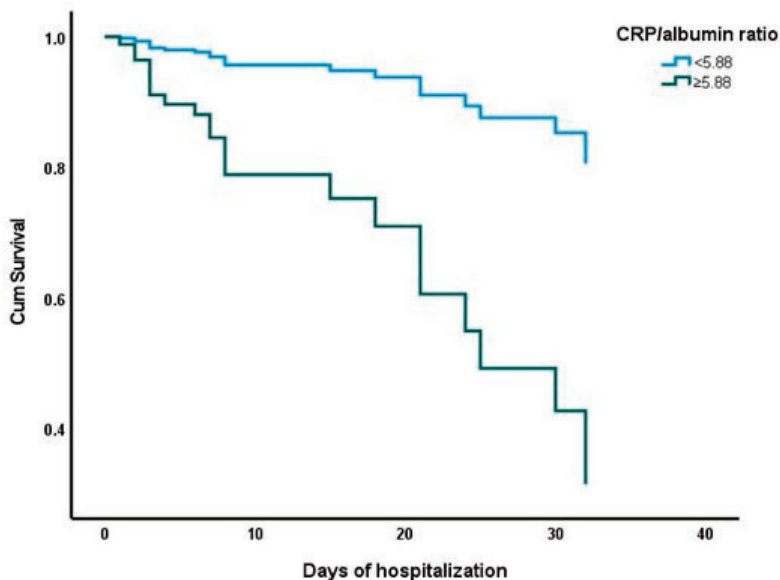
και η πλειοψηφία (352 ασθενείς, 73%) είχε ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Σε μια μέση περίοδο παρακολούθησης 43 μηνών, 181 ασθενείς (37,6%) απεβίωσαν, κυρίως λόγω της εξέλιξης της καρδιακής ανεπάρκειας (129 ασθενείς), 30% στην ομάδα πρωτογενούς πρόληψης και 47% στην ομάδα δευτερογενούς πρόληψης ($p < 0,001$). Συνολικά 56 ασθενείς (21,6%) έλαβαν δόκιμη παρέμβαση (εκφόρτιση ή ATP) στην ομάδα πρωτογενούς πρόληψης και 106 ασθενείς (47,5%) στην ομάδα δευτερογενούς πρόληψης ($p < 0,001$). Τα ποσοστά δόκιμης εκφόρτισης από τον ICD στους ασθενείς πρωτογενούς πρόληψης ήταν 16% και τα ποσοστά ATP ήταν 21%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στους ασθενείς δευτερογενούς πρόληψης ήταν 36% ($p < 0,001$) και 47% ($p < 0,001$). Ο μέσος χρόνος για την πρώτη πρόσφορη παρέμβαση ήταν οριακά μεγαλύτερος στην ομάδα πρωτογενούς πρόληψης (11 μήνες, IQR 28) έναντι της ομάδας δευτερογενούς πρόληψης (10 μήνες, IQR 30), ωστόσο είναι στατιστικά μη σημαντικός ($p = 0,52$). **Συμπεράσματα:** Το ποσοστό επιβίωσης ήταν υψηλότερο στην ομάδα πρωτογενούς πρόληψης ασθενών HFREF. Τα ποσοστά δόκιμης παρεμβάσεων του ICD (εκφορτίσεις και ATP) ήταν υψηλότερα σε ασθενείς δευτερογενούς πρόληψης, όπως αναμενόταν, ενώ ο μέσος χρόνος για την πρώτη κατάλληλη παρέμβαση ήταν παρόμοιος και στις δύο ομάδες.

AA047 | Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ/ΑΛΒΟΥΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Π. Θεοφίλης¹, Ν. Βόλης¹, Α. Βορδώνη¹, Γ. Δουμάνη¹, Ε. Ξανθοπούλου¹, Γ. Βλαχοπάνος¹, Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Α. Καμπουρέλλη¹

¹ Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιονεφρικό σύνδρομο (ΚΝΣ) αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας, κρίνοντας επιτακτική την εξεύρεση νέων προγνωστικών δεικτών. **Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης 152 ασθενών νοσηλευόμενων για ΚΝΣ. Συλλέχθηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ατομικό αναμνηστικό και η φαρμακευτική αγωγή προ της νοσηλείας. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη μετρήθηκαν εργαστηριακοί δείκτες, μεταξύ των οποίων η αλβουμίνη και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Το καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η ενδοσκομοειακή θνητότητα. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση τη διάμεση τιμή του λόγου CRP/αλβουμίνης (Ομάδα 1 με CRP/albumin ratio < 5.88 , Ομάδα 2 με CRP/albumin ratio ≥ 5.88). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά και την προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή μεταξύ των δύο ομάδων, με εξαίρεση το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα 1: 48.5% vs. Ομάδα 2: 68.1%, $p = 0.02$). Στους ασθενείς της ομάδας 2 συνυπήρχε συχνότερα λοίμωξη (Ομάδα 1: 20.6% vs. Ομάδα 2: 60.9%, $p < 0.001$), ενώ παρουσιάζονταν με ολιγουρία/ανουρία (Ομάδα 1: 36.8% vs. Ομάδα 2: 59.4%, $p = 0.008$). Αναφορικά με τις βασικές εργαστηριακές παραμέτρους, οι ασθενείς της Ομάδας 2 είχαν υψηλότερες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων [Ομάδα 1: 7935 (6728, 9565) vs. Ομάδα 2: 10880 (8045, 14675), $p < 0.001$] και 25(OH)vitD. Μετά από ανάλυση παλινδρόμησης Cox, φάνηκε πως ο CRP/albumin ratio ≥ 5.88 ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας αυξημένης θνητότητας (Εικόνα 1). **Συμπεράσματα:** Ο λόγος CRP/αλβουμίνης είναι προγνωστικός δείκτης θνητότητας σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΚΝΣ.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA048 | Intermittent Use of Levosimendan in Patients with Advanced Heart Failure in a Tertiary Heart Failure Unit. A single-centre experience
I. Gartzonikas¹, O. Kardakari¹, A. Mpechlioulis¹, L. Lakkas¹, A. Rammos¹, L. Michalis¹, K. Naka¹

¹ Heart Failure Unit, Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

Purpose. Patients with advanced heart failure (AdvHF) have high morbidity and mortality, with only a small proportion being eligible for advanced HF therapies. Intermittent intravenous levosimendan infusion (IILI) has been shown to provide symptomatic relief and reduce the rate of HF events. This study aimed to evaluate the effects of IILI in AdvHF patients in a specialized tertiary HF Unit. **Methods.** We retrospectively studied patients with AdvHF, who were assigned to a program of IILI of as part of their chronic HF management, during the last 5 years. Patients were on maximal tolerated HF medications and received levosimendan at 0.05 mcg/kg/min for 24 hours every 20-30 days. A low-dose noradrenaline infusion was co-administered in patients with systolic blood pressure (SBP) <math>< 90</math> mmHg. **Results.** During 5 years (2018-2022), 30 patients with AdvHF (mean age 74 ± 9.8 years, 83.3% males) joined our program of IILI. In 76.7% of patients AdvHF was ischemic, 73.3% had CRT or ICD implanted, 13.3% had undergone percutaneous mitral valve repair, while severe renal disease was present in 21.7%. The mean duration of IILI was 16.2 ± 18.3 months; 46.6% of patients died with a mean

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

duration of levosimendan administration of 13.2 months (vs 15.5 months in survivors). HF symptoms improved during the infusion and relapsed ca. 20 days after. Vasoconstrictors were co-administered in 53.3% of patients. No patient experienced complications related to levosimendan. Intermittent levosimendan administration was associated with an improvement in right ventricular function (TAPSE 13.6 ± 4 vs 16.3 ± 3.3 mm, $p < 0.05$) and uncomplicated up-titration of aldosterone antagonists and diuretics, while the use of renin-angiotensin axis inhibitors (RAASi, e.g. ACEI-ARB-ARNI) and β -blockers (BBs) was reduced at follow-up due to low SBP and/or heart rate. No significant change in renal function or left ventricular ejection fraction was observed. **Conclusion.** Repeated levosimendan administration in AdvHF patients appears to be safe and associated with temporary symptom reduction and right ventricular systolic function improvement. Although, intermittent administration of levosimendan safely allowed an increase in diuretics and aldosterone antagonists' use, it was accompanied by a reduction in life-saving medications such as RAASi and BBs, indicating that further progression of AdvHF could not be halted by this strategy.

AA049 | Η παρακλίνια μέτρηση της προεγκεφαλίνης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ως προγνωστικός δείκτης επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας και θνητότητας σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια
Δ. Ματσίρας¹, Β. Μπιστόλα², Α. Ντουσόπουλος¹, Χ. Βέρρας¹, Γ. Φιλιππάτος², Ε. Πολυζωγοπούλου¹, Ι. Παρίσης¹

¹ Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

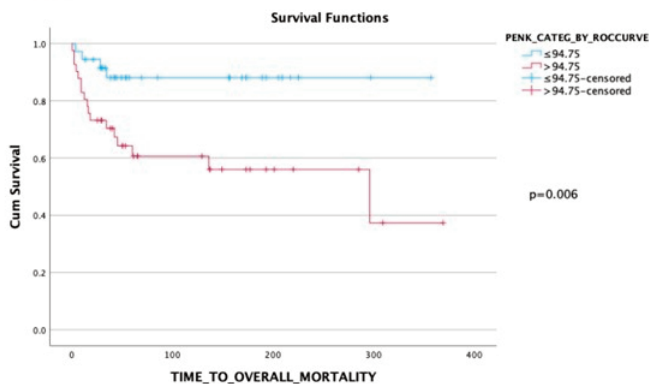
² Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Σκοπός μελέτης: Η προεγκεφαλίνη ορού έχει μελετηθεί ως προγνωστικός δείκτης θνητότητας και επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας σε κατεψυγμένο πλάσμα νοσηλευόμενων ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ). Στόχος της εργασίας είναι να διερευνήσει την προγνωστική αξία της πρώιμης μέτρησης της point of care (POC) προεγκεφαλίνης (PENK) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). **Υλικό και μέθοδος:** 78 ασθενείς με διαγνωσθείσα ΟΚΑ στο ΤΕΠ υπεβλήθησαν σε κλινικεργαστηριακή, υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση, και μέτρηση επιπέδων PENK, χρησιμοποιώντας έναν εμπορικά διαθέσιμο POC αναλυτή. Διερευνήσαμε την συσχέτιση της POC PENK με συνήθεις νεφρικούς και καρδιολογικούς βιοδείκτες, με την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και με την θνητότητα. **Αποτελέσματα:** Βάσει φαινοτυπικής ταξινόμησης της ΟΚΑ, 53 ασθενείς(67.9%) παρουσιάστηκαν με απορρυθμισμένη χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, 15 ασθενείς(19.2%) με οξύ πνευμονικό οίδημα, 8 ασθενείς(10.3%) με καρδιογενή καταπληξία, και 2 ασθενείς(2.6%) με μεμονωμένη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ασθενείς είχαν μέση ηλικία 71 ± 13 έτη και 60% αυτών ήταν άνδρες. Η λογαριθμική τιμή της PENK (LogPENK) εμφάνισε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με την logCreatinine ($r=0.720$, $p < 0.001$). 19 ασθενείς(24.4%) εμφάνισαν επιδείνωση της νεφρικής τους λειτουργίας, εντός 48 ωρών από την έλευση τους στο ΤΕΠ. Σε μονοπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης, η LogPENK συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης νεφρικής βλάβης (OR,95%CI:5.08, 0.87-29.66, $p=0.071$). Κατά

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

τη διάρκεια μιας διάμεσης παρακολούθησης 50 ημερών, 22 ασθενείς απεβίωσαν. Η Log-PENK ήταν ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης θνητότητας από οποιαδήποτε αιτία (HR,95%CI: 7.1, 1.4-35.2, $p=0.017$), σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης επιβίωσης Cox όπου εξετάστηκαν η ηλικία, η συστολική αρτηριακή πίεση, το κλάσμα εξώθησης, η logCreatinine, η logNTproBNP και η logPENK. Σε ανάλυση ROC, τιμές της POC PENK <94.75 pg/ml διέκριναν ασθενείς χαμηλού έναντι υψηλού κινδύνου, όσον αφορά τη θνητότητα από οποιαδήποτε αιτία (82% ευαισθησία, 54% ειδικότητα, AUC 0.737, $p=0.001$) (Εικόνα 1). **Συμπέρασμα:** Η POC PENK στο ΤΕΠ δύναται να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας οδηγώντας στην πρώιμη διαμόρφωση μιας νεφροπροστατευτικής θεραπευτικής προσέγγισης. Ακόμη, τιμές POC PENK < 94.75 pg/ml επιτρέπουν την αναγνώριση ασθενών χαμηλού κινδύνου, υποβοηθώντας τον κλινικό ιατρό στην απόφαση νοσηλείας ή βραχείας παρακολούθησης.

Εικόνα 1. Kaplan Meier καμπύλες συνολικής θνησιμότητας, ασθενών με ΟΚΑ και POC PENK $>$ ή ≤ 94.75 pg/ml στο ΤΕΠ.



AA050 | Η συχνότητα εμφάνιση περιστατικών μυοκαρδίτιδος πριν και μετά την πανδημία στον Νομό Έβρου

Χ. Ναλμπάντ¹, Μ. Β. Κουτρούλος¹, Μ. Μαλκότς¹, Α. Θωμαΐδη¹, Β. Τσαλκάνης², Γ. Κηπουρός², Α. Λαντζουράκη¹, Δ. Στάκος¹, Γ. Χαλικιάς¹, Ε. Κακουδάκης², Δ. Τζιακάς¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΣΥ

Εισαγωγή- Σκοπός Η συχνότητα της μυοκαρδίτιδας πριν και μετά την πανδημία του Covid-19 έχει αποτελέσει θέμα έρευνας και συζήτησης. Πριν από την πανδημία, η μυοκαρδίτιδα

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

εθεωρείτο σπάνια πάθηση, εμφανίζοντας σε περίπου 1-2 στα 100.000 άτομα ετησίως (0.01-0.02%). Ωστόσο, αναφορές από διάφορες χώρες καταγράφουν αύξηση των περιστατικών μυοκαρδίτιδας μετά τον Covid-19. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει τη συχνότητα εμφάνισης μυοκαρδίτιδας πριν και μετά την πανδημία του Covid-19. **Υλικό-Μέθοδος** Αποτελεί μία συγκριτική αναδρομική μελέτη, όπου περιλαμβάνει περιστατικά μυοκαρδίτιδας που νοσηλεύτηκαν στο ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης πριν την πανδημία του Covid-19 (2017-2018, Ομάδα Α) και μετά (2022-2023, Ομάδα Β). **Αποτελέσματα** Στην Ομάδα Α καταγράφηκαν 7 περιστατικά μυοκαρδίτιδας (επίπτωση 0.0053% στον πληθυσμό, 0.28% των εισαγωγών, 6 άνδρες -1 γυναίκα) με μέση ηλικία 22 έτη (16 έως 33 έτη). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,4 ημέρες και εμφάνισαν μέγιστες τιμές Τροπονίνης 742 ng/ml κατά μέσο όρο. Ενώ στην Ομάδα Β καταγράφηκαν 6 περιστατικά μυοκαρδίτιδας (επίπτωση 0.0046% στον πληθυσμό, 0.24% των εισαγωγών, 5 άνδρες - 1 γυναίκα) με μέση ηλικία 29 έτη (17 έως 46 έτη). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5 ημέρες και παρουσίασαν μέγιστες τιμές Τροπονίνης 659 ng/ml κατά μέσο όρο. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ, κλινικο-εργαστηριακή εξέταση και υπερηχογραφική απεικόνιση καρδιάς. Οι δύο ομάδες παρουσίασαν παρόμοια συμπτώματα και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα. **Συμπεράσματα** Η παρούσα μελέτη ένα χρόνο μετά την πανδημία δείχνει πως δε σημειώθηκε σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου, με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση να ακολουθούν ίδιες αρχές με αυτές της μυοκαρδίτιδας πριν από την πανδημία Covid-19.

AA051 | Ο ρόλος της λανδιολόλης στην αντιμετώπιση υπερκοιλιακών ταχυαρρυθμιών σε ασθενείς με καρδιακή δυσλειτουργία

**A. Νασουφίδου¹, A. Παπάζογλου², Π. Σταχτέας¹, E. Καραγιαννίδης¹,
A. Σαμαράς¹, Σ. Αλεξίου¹, Γ. Ζορμπάς¹, A. Σπυριδοπούλου¹,
Π. Θεοδωρίδης¹, Χ. Κωφός¹, Γ. Σταυρόπουλος¹, Τ. Δαδούς¹, Γ. Κασίμης¹,
N. Φραγκάκης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

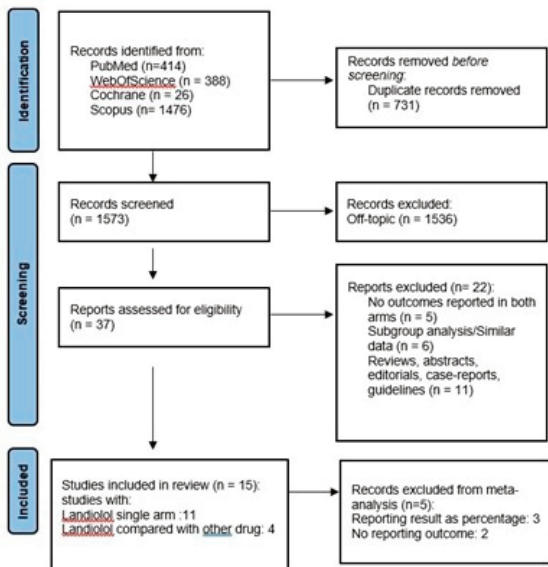
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

A' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, οι υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες ελαττώνουν το χρόνο διαστολικής πλήρωσης της αριστερής κοιλίας, μειώνουν την καρδιακή παροχή και οδηγούν σε περαιτέρω επιδείνωση των συμπτωμάτων. Για την αιμοδυναμική βελτίωση των ασθενών, απαραίτητη είναι η αποκατάσταση του φλεβοκόμβου και όταν αυτό δε μπορεί να επιτευχθεί, ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας. Στους ασθενείς αυτούς, οι φαρμακευτικές επιλογές είναι περιορισμένες και η αντιμετώπιση παρουσιάζει προκλήσεις. **Υλικό και μέθοδος** Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ενδοφλέβιας χορήγησης λανδιολόλης για έλεγχο του ρυθμού ή της συχνότητας, σε ασθενείς που παρουσιάζουν υπερκοιλιακή ταχυαρρυθμία και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, χωρίς να βρίσκονται

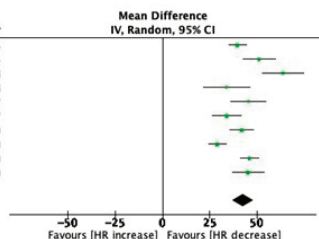
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023



σε περιεχειρητική περίοδο ή σπηττική κατάσταση. Συμπεριλήφθησαν μελέτες παρατήρησης και τυχαιοποιημένες δοκιμές από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Web of Science και Cochrane Library. **Αποτελέσματα** Από τα 2304 άρθρα, 15 μελέτες ικανοποιούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια επιλεξιμότητας και συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Σε 4 μελέτες η λανδιολόλη συγκρίθηκε με άλλα αντιαρρυθμικά φάρμακα (διεξογίνη, διλτιαζέμη), ενώ οι υπόλοιπες 11 ήταν μελέτες ενός βραχίονα (single-arm). Το συνολικό μέγεθος του δείγματος περιελάμβανε 1876 ασθενείς, 1087 (58%) άνδρες, ηλικίας 64.8 ± 15έτη, με το 74,5% να παρουσιάζονται με κλάση III ή IV κατά NYHA. Οι ασθενείς που έλαβαν λανδιολόλη παρουσίασαν σημαντική ελάττωση των καρδιακών σφύξεων (mean 42 σφύ-

ξεις, CI: 37-48) και το 76,5% πέτυχε το στόχο της καρδιακής συχνότητας (20% ελάττωση από το αρχικό HR και λιγότερες από 110 σφύξεις/λεπτό). Ο στόχος αυτός επιτεύχτη συχνότερα στους ασθενείς που έλαβαν λανδιολόλη συγκριτικά με όσους έλαβαν άλλα αντιαρρυθμικά φάρμακα (OR: 5.32, CI: 2.87-10.05). Όσον αφορά στην ασφάλεια, το 14.7% των ασθενών που έλαβαν λανδιολόλη, παρουσίαζε κάποιο ανεπιθύμητο σύμβαμα, συνήθως υπόταση (μέση πτώση συστολικής αρτηριακής πίεσης 8.19 mmHg, CI: 3.73-12.65 mmHg), αλλά μόνο στο 6% γινόταν διακοπή του φαρμάκου. Δεν υπήρχε διαφορά στα ανεπιθύμητα συμβάματα ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν λανδιολόλη και τους ασθενείς που έλαβαν άλλα αντιαρρυθμικά φάρμακα. **Συμπεράσματα** Η παρούσα μετα-ανάλυση, αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της λανδιολόλης για τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας, σε ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυαρρυθμία και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας.

Study or Subgroup	pre-landsiolol treatment			post-landsiolol treatment			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI		
Nagai2013	138.2	15.7	93	98.3	17.6	93	11.4%	39.90 [35.11, 44.69]	2013	
Adachi2014	133.2	27.3	52	82	15.3	52	9.7%	51.20 [42.69, 59.71]	2014	
Wada2016	152	19	39	88	29	39	8.5%	64.00 [53.12, 74.88]	2016	
Kimura2016	149	24.5	32	115	26	32	7.7%	34.00 [21.62, 46.38]	2016	
Kijima2017	141.5	18.7	33	96	20	33	9.3%	45.50 [36.16, 54.84]	2017	
Kikuchi2017	132	10	15	98	12	15	10.0%	34.00 [26.10, 41.90]	2017	
Matsuji2019	141	17	67	99	20	67	10.8%	42.00 [35.71, 48.29]	2019	
Oka2019	143.1	15.2	77	114	15	77	11.5%	29.10 [24.33, 33.87]	2019	
Iwahashi2019	143	17	101	97	19	101	11.4%	46.00 [41.03, 50.97]	2019	
Shinozaki2020	142.9	15.8	34	97.5	19.2	34	9.8%	45.40 [37.04, 53.76]	2020	
Total (95% CI)			543			543	100.0%	42.73 [37.15, 48.31]		



Heterogeneity: Tau² = 64.81; Chi² = 56.93, df = 9 (P < 0.00001); I² = 84%
 Test for overall effect: Z = 15.01 (P < 0.00001)

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**AA052 | Contemporary Use of Sodium-Glucose Cotransporter-2 inhibitors in Hospitalized Heart Failure Patients: A “Real-World” Study**
**K. Vangelakou¹, D. Balaskas¹, A. Xanthopoulos¹, N. Katsiadis²,
N. Skopeliti¹, I. Leventis¹, A. Sawafta¹, N. Chrysakis¹, M. Papamichalis¹,
A. Bourazana¹, S. Kiokas³, G. Giamouzis¹, J. Skoularigis¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Recent evidence strongly suggests treatment with a sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor (SGLT2i) in hospitalized heart failure (HF) to reduce adverse outcomes. However, adoption of SGLT2i for HF in Greece is unknown. **Aim:** To characterize the prevalence and patterns of SGLT2i use among eligible Greek patients hospitalized for HF irrespective of left ventricular ejection fraction. **Methods:** This retrospective, single-center, cohort study analyzed 171 unique patients hospitalized for HF between April 1, 2022, and March 31, 2023. Patients without available data on medical therapy were excluded from the analysis. Quantitative variables were expressed as mean values (SD), while categorical variables were expressed as absolute and relative frequencies. For the comparison of proportions chi-square and Fisher's exact tests were used. For the comparison of quantitative variables between two groups, Students' t-tests or Mann-Whitney tests were used. All reported p values were two-tailed. Statistical significance was set at $p < 0.05$ and analyses were conducted using SPSS statistical software (version 26.0). **Results:** Of 171 included patients, 83 (48.5%) were female, the mean age was 76 (11.8) years and the majority (65.2%) had HF with reduced ejection fraction (HFrEF) (Table 1). Overall, 55 patients (32.2%) were prescribed an SGLT2i at discharge. SGLT2i prescription was less likely among females (36.4% vs 54.3%, $p=0.028$) and older patients (71.5 (11.4) vs 78.2 (11.4), $p < 0.001$) but more likely among patients with history of smoking (16.4% vs 6.1%, $p=0.032$), higher hematocrit (38.8 (6.5) vs 36.4 (5.6), $p=0.011$) and higher hemoglobin (12.5 (2.2) vs 11.6 (1.9), $p=0.008$). Interestingly, SGLT2i prescription at discharge was more frequent in patients who were on SGLT2i at admission (41.8% vs 0%, $p < 0.001$) and ARNi at discharge (45.5% vs 15.5%, $p < 0.001$) but less likely in those taking ACE-inhibitor/ARB at discharge (20% vs 40.5%, $p=0.008$). **Conclusion:** The present analysis showed that approximately 1 out of 3 HF patients hospitalized in a Greek center were prescribed an SGLT2i at discharge. Further efforts are needed to overcome implementation barriers and improve use of SGLT2i among hospitalized HF patients.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Table 1. Sample characteristics in total sample and by group

	Total sample (n=171; 100%) n (%)	SGLT2i (discharge)		P
		No (n=116; 67.8%) n (%)	Yes (n=55; 32.2%) n (%)	
Gender				
Females	83 (48.5)	63 (54.3)	20 (36.4)	0.028+
Males	88 (51.5)	53 (45.7)	35 (63.6)	
Age, mean (SD)	76 (11.8)	78.2 (11.4)	71.5 (11.4)	<0.001‡
SBP, mean (SD)	132.5 (28.9)	131.6 (27.9)	134.4 (30.9)	0.562‡
DBP, mean (SD)	77.4 (15.7)	77.2 (16.1)	77.7 (15.1)	0.859‡
Pulse Rate, mean (SD)	82.5 (20.4)	83 (20.9)	81.6 (19.7)	0.696‡
NYHA, median (IQR)	4 (3 – 4)	4 (3 – 4)	4 (3 – 4)	0.865‡‡
LVEF, median (IQR)	35 (22.5 – 47.5)	35 (25 – 50)	35 (20 – 45)	0.180‡‡
HFrEF/ HFmrEF/ HFpEF				
HFrEF	103 (65.2)	63 (59.4)	40 (76.9)	0.094+
HFmrEF	10 (6.3)	8 (7.5)	2 (3.8)	
HFpEF	45 (28.5)	35 (33)	10 (19.2)	
NT-proBNP, median (IQR)	6490 (3410 – 10500)	6520 (3185 – 10350)	6385 (3880 – 10800)	0.849‡‡
Cancer	9 (5.3)	5 (4.3)	4 (7.3)	0.471++
Hypertension	164 (95.9)	112 (96.6)	52 (94.5)	0.682++
Diabetes	67 (39.2)	46 (39.7)	21 (38.2)	0.854+
COPD	12 (7)	10 (8.6)	2 (3.6)	0.342++
Dyslipidemia	116 (67.8)	80 (69)	36 (65.5)	0.646+
Coronary disease	85 (49.7)	56 (48.3)	29 (52.7)	0.587+
GFR	60 (37 – 83)	56 (36 – 79.5)	64 (42 – 85)	0.138‡‡
Anemia	121 (70.8)	87 (75)	34 (61.8)	0.077+
Atrial fibrillation	94 (55)	64 (55.2)	30 (54.5)	0.939+
Obstructive Sleep Apnea	2 (1.2)	1 (0.9)	1 (1.8)	0.541++
Smoking				
Yes	16 (9.4)	7 (6.1)	9 (16.4)	0.032+
No	130 (76.5)	88 (76.5)	42 (76.4)	
In the past	24 (14.1)	20 (17.4)	4 (7.3)	
Hct, mean (SD)	37.2 (6)	36.4 (5.6)	38.8 (6.5)	0.011‡
Hgb, mean (SD)	11.9 (2)	11.6 (1.9)	12.5 (2.2)	0.008‡
RDW, median (IQR)	16.2 (14.6 – 18.4)	16.5 (14.7 – 18.8)	15.5 (14.4 – 17.2)	0.075‡‡
Creatinine, median (IQR)	1.1 (0.9 – 1.6)	1.1 (0.9 – 1.6)	1.1 (0.9 – 1.5)	0.708‡‡
Urea, median (IQR)	51 (38.5 – 79)	55.5 (38.9 – 78.5)	47 (37 – 79.2)	0.442‡‡
K ⁺ , median (IQR)	4.5 (4.1 – 5)	4.5 (4.2 – 5)	4.4 (3.9 – 4.9)	0.160‡‡
Na ⁺ , median (IQR)	138 (134 – 140)	137.1 (133.1 – 140)	138.2 (136 – 140)	0.089‡‡
SGOT, median (IQR)	21 (16 – 31.4)	21.4 (16.4 – 32)	21 (15.2 – 29)	0.223‡‡
SGPT, median (IQR)	16 (11 – 24)	16 (10 – 23.5)	16 (12 – 25)	0.662‡‡
ACEI-i/ARB (admission)	58 (33.9)	43 (37.1)	15 (27.3)	0.206+
B-Blocker (admission)	127 (74.3)	89 (76.7)	38 (69.1)	0.286+

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

MRA (admission)	57 (33.3)	42 (36.2)	15 (27.3)	0.247+
Furosemide (admission)	104 (60.8)	76 (65.5)	28 (50.9)	0.068+
ARNi (admission)	21 (12.3)	15 (12.9)	6 (10.9)	0.707+
SGLT2i (admission)	23 (13.5)	0 (0)	23 (41.8)	<0.001+
ACE-i/ARB (discharge)	58 (33.9)	47 (40.5)	11 (20)	0.008+
B-Blocker (discharge)	151 (88.3)	100 (86.2)	51 (92.7)	0.215+
MRA (discharge)	113 (66.1)	72 (62.1)	41 (74.5)	0.107+
Furosemide (discharge)	146 (85.4)	99 (85.3)	47 (85.5)	0.985+
ARNi (discharge)	43 (25.1)	18 (15.5)	25 (45.5)	<0.001+

+Pearson's chi-square test; ++Fisher's exact test; ‡Student's t-test; ‡‡Mann-Whitney test

SBP, Systolic Blood Pressure; DBP, Diastolic Blood Pressure; NYHA, New York Heart Association class; LVEF, Left Ventricular Ejection Fraction; HFrEF, Heart Failure with reduced Ejection Fraction; HFmrEF, Heart Failure with mildly reduced Ejection Fraction; HFpEF, Heart Failure with Preserved Ejection Fraction; NT-proBNP, N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide; COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease; GFR, Glomerular Filtration Rate; Hct, Hematocrit; Hgb, Hemoglobin; RDW, Red Blood Cell Distribution Width; ACE-I, Angiotensin-converting enzyme-inhibitor; ARB, Angiotensin II Receptor Blockers; MRA, Mineralocorticoid Receptor Antagonists, ARNi, angiotensin receptor/neprilysin inhibitor

AA053 | Λειτουργικότητα των κόλπων σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης Ε. Τάτσης¹, Κ. Παπαδόπουλος¹, Δ. Οικονομίδης¹, Η. Οικονομοπούλου¹, Ι. Φ. Κουλουλιάς¹, Χ. Φλωροπούλου¹, Λ. Λάκκας², Ι. Τσιαφούτης¹, Κ. Νάκα²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ) χαρακτηρίζεται από συμπτώματα και σημεία ΚΑ, καλή συνολική συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας (Κλάσμα εξώθησης>%), καθώς και ηχωκαρδιογραφικά ευρήματα συμβατά με δομική ή λειτουργική ανωμαλία της καρδιάς παρουσία αυξημένων πιέσεων πλήρωσης, συνδυασμένα με αυξημένες τιμές νατριουρητικών πεπτιδίων. Η μελέτη μυοκαρδιακής παραμόρφωσης των κόλπων φαίνεται ότι αποτελεί ένα επιπλέον εργαλείο εκτίμησης της διαστολικής δυσλειτουργίας/ των ενδοκοιλιακών πιέσεων σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του αριστερού (Strain LA) και δεξιού κόλπου (Strain RA) σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ.
Υλικό/Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 20 άτομα (10 άτομα με ΚΑΔΚΕ και 10 άτομα χωρίς προβλήματα υγείας. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ηλεκτροκαρδιογράφημα επι-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

φανείας (φλεβοκομβικός ρυθμός) και σε διαθωρακική ηχωκαρδιογραφική μελέτη. **Αποτελέσματα:** Από την στατιστική ανάλυση ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων σχετικά με τη τελοσυστολική διάμετρο του αριστερού κόλπου (median ESD LA 42.5 vs. 37, Wilcoxon rank-sum p-value=0.006), καθώς και με τον υπολογιζόμενο όγκο του αριστερού κόλπου ανά BSA (ESV LA(i) median 34.5 vs. 26.5, Wilcoxon rank-sum p-value=0.003). Επιπλέον οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης των κόλπων (median Strain LA 25.5 vs. 33.3, Wilcoxon rank-sum p-value=0.003 και median Strain RA 26.5 vs. 31, Wilcoxon rank-sum p-value=0.022) σε σχέση με τα υγιή άτομα. **Συμπεράσματα:** Από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων σχετικά με τον υπολογιζόμενο όγκο ανά BSA, τη λειτουργικότητα του αριστερού κόλπου και τη λειτουργικότητα του δεξιού κόλπου.

Table 1. Echocardiographic parameters

Parameter	Overall N	Total (N=20)	Patients with HEFPEF (N=10)	Healthy controls (N=10)	p-value**
		Median (min, max)			
ESD LA	20	39.5(32.0,46.0)	42.5(38.0,46.0)	37.0(32.0,46.0)	0.006
ES LA Volume (l)	20	33.0(20.0,50.0)	34.5(30.0,50.0)	26.5(20.0,36.0)	0.003
Strain LA (%)	20	29.5(19.0,38.0)	25.5(19.0,32.0)	33.0(26.0,38.0)	0.003
Strain RA (%)	18	28.5(19.0,40.0)	26.5(19.0,40.0)	31.0(26.0,36.0)	0.022

AA054 | Θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με υπερτροφία αριστερής κοιλίας και οξεία καρδιακή ανεπάρκεια στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Μ. Βέλλιου¹, Ε. Κιουρή¹, Σ. Μπεζάτη¹, Κ. Νταή¹, Λ. Μάρκος¹, Δ. Ματσίρας¹, Α. Διακαντωνης¹, Α. Μπουλταδάκης¹, Ε. Πολίτης¹, Ε. Πολυζωγοπούλου¹, Ι. Παρίσης¹

¹ Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικών, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός. Οι ιατροί του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) καλούνται αρ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

κετά συχνά να διαχειριστούν ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ), ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα σχετικά με τη βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με ΟΚΑ και υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ). Στόχος της μελέτης ήταν να παρουσιαστούν κάποιες βασικές αρχές της θεραπείας αυτής της υποομάδας ασθενών με ΟΚΑ στο ΤΕΠ. **Υλικό και Μέθοδος.** Συνολικά 60 ασθενείς με οξεία ΚΑ και ΥΑΚ που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ συμμετείχαν στη μελέτη. Από κάθε ασθενή ελήφθη ένα λεπτομερές ιστορικό και διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επίσης, μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: εκείνους με συστολική ΑΠ 100-140 mmHg και αυτούς με συστολική ΑΠ > 140 mmHg. Ως ΥΑΚ ορίστηκε το πάχος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος > 12mm ή/και του οπίσθιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας > 12mm. **Αποτελέσματα.** Οι ασθενείς με συστολική ΑΠ 100-140 mmHg αποτελούσαν το 42% του πληθυσμού μελέτης και είχαν μέση ηλικία τα 71.9+18.9 έτη και μέση τιμή κλάσματος εξώθησης (ΚΕ) 42.3+11.1%. Η θεραπεία τους επικεντρώθηκε αποκλειστικά στη διούρηση με το 70% να λαμβάνει ενδοφλέβια διουρητικά της αγκύλης. Οι ασθενείς με συστολική ΑΠ > 140 mmHg αποτέλεσαν το 58% όλων των ασθενών με οξεία ΚΑ και ΥΑΚ που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ και είχαν μέση ηλικία τα 75.1+11,5 έτη και μέση τιμή ΚΕ 47.1+11.1%. Η θεραπεία τους περιλάμβανε αναπνευστική υποστήριξη με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (ΜΕΜΑ) στο 11%, ενδοφλέβια αγγειοδιασταλτικά (νιτρώδη) στο 37% και ενδοφλέβια διούρηση στο 80%. **Συμπεράσματα.** Οι ασθενείς με ΟΚΑ, ΥΑΚ και φυσιολογική ΑΠ επωφελούνται περισσότερο από τη διούρηση, ενώ οι ασθενείς με συστολική ΑΠ > 140 mmHg χρειάζονται άμεση σταθεροποίηση με νιτρώδη και ΜΕΜΑ, ακολουθούμενη από διούρηση. Αυτή η μελέτη παρατήρησης έδειξε ότι η αρχική αντιμετώπιση των ασθενών με ΟΚΑ και ΥΑΚ δεν διαφέρει από την αντίστοιχη διαχείριση όλων των ασθενών με ΟΚΑ που προσέρχονται στο ΤΕΠ και βασίζεται στην κλινική τους εικόνα και την τιμή της συστολικής ΑΠ.

AA055 | Προσαρμογή της δόσης φουροσεμίδης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που λαμβάνουν SGLT2i -Παίζει ρόλο η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη;

Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Μ. Στρατινάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Μ. Δετοράκη¹, Σ. Σταυράκης¹, Δ. Κορέλα¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Σ. Σταυράτης¹, Ε. Παπαικονόμου¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Ε. Παπαϊκονόμου¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Ρογδάκης¹, Ζ. Καλλινίκου¹, Π. Καφαράκης¹, Γ. Γαρίδας¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι SGLT2i αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και η αποτελεσματικότητά τους έχει καταγραφεί να είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) και τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Σε ορισμένους ασθενείς, έχει σημειωθεί η ανάγκη για μικρότερη δόση φουροσεμί-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

δης όταν προστεθεί στην αγωγή τους SGLT2i. **Σκοπός:** Να εξετάσουμε την ενδεχόμενη ανάγκη για μείωση της δόσης φουροσεμίδης σε ασθενείς με ΚΑ που λαμβάνουν SGLT2i σε σχέση με το επίπεδο της HbA1c. Μέθοδος: Καταγράψαμε δεδομένα από τους ασθενείς με ΚΑ που παρακολουθούνται στο ιατρείο Κα του νοσοκομείου μας για διάστημα 1 χρόνου. Καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα εργαστηριακά ευρήματα, τυχόν προσαρμογή στη δόση φουροσεμίδης, καθώς και τα επίπεδα HbA1c. Με βάση τα επίπεδα HbA1c οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: High (HbA1c>8 mg/dl) και Low HbA1c (<8 mg/dl). **Αποτελέσματα:** Καταγράψαμε 186 ασθενείς, 97 άνδρες και 89 γυναίκες με μέση ηλικία 69±12.4 έτη. 84 είχαν HbA1c>8mg/dl και 112 HbA1c <8 mg/dl. 75 ασθενείς λάμβαναν εμπαγλιφλοζίνη και 112 νταπαγλιφλοζίνη. Αναφορικά με την κατηγοριοποίηση της καρδιακής ανεπάρκειας, 77 είχαν HFrEF, 62 HFpEF και 42 HFmrEF. Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανάγκη για μείωση της δόσης φουροσεμίδης μεταξύ των ασθενών με HbA1c>8mg/dl και αυτών με HbA1c<8mg/dl (64.6% vs 23.2%, p<0.05). Δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που λάμβαναν νταπαγλιφλοζίνη ή εμπαγλιφλοζίνη (HbA1c> 8mg/dl dapagliflozin vs empagliflozin 58.2% vs 46.7%, HbA1c<8mg/dl dapagliflozin vs empagliflozin 31.6% vs 36.9%), ούτε μεταξύ των ασθενών με διαφορετικό κλάσμα εξώθησης (HbA1c>8 mg/dl HFrEF vs HFpEF vs HFmrEF 56.4% vs 41.7% vs 52.9 %, HbA1c<8 mg/dl HFrEF vs HFpEF vs HFmrEF 37.9% vs 36.2% vs 27.8%). Επιπλέον δεν καταγράφηκε διαφορά ανάλογα με το φύλο (HbA1c>8 mg/dl άνδρες vs γυναίκες 62.4% vs 47.9%, HbA1c<8 mg/dl άνδρες vs γυναίκες 36.2% vs 27.9%) ή το GFR (HbA1c>8mg/dl GFR>60 vs GFR 30-60 vs GFR<0 67.2% vs 54.9% vs 48.2%, HbA1c>8mg/dl GFR>60 vs GFR 30-60 vs GFR<0 36.2% vs 27.1% vs 21.8%). **Επίλογος:** Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανάγκη μείωσης της δόσης φουροσεμίδης ανάμεσα στους ασθενείς με αυξημένη ή όχι γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και φάνηκε να μη σχετίζεται με το φύλο, το κλάσμα εξώθησης, τη νεφρική λειτουργία και το ποιο SGLT2i λάμβαναν. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες ώστε να διαπιστώσουμε εάν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση της προσαρμογής της αναγκαίας δόσης φουροσεμίδης στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που λαμβάνουν SGLT2i.

AA056 | Συσχέτιση της τιμής C-αντιδρώσας πρωτεΐνης με την πρόγνωση ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

Γ. Αλετράς¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Δ. Κορέλα¹, Μ. Στρατινάκη¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) αποτελεί μια πρωτεΐνη οξείας φάσεως που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση του φλεγμονώδους φορτίου στην καθημερινή κλινική πράξη. Η φλεγμονή κατέχει κεντρικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας με την τιμή της CRP να σχετίζεται συχνά με την πρόγνωση των ασθενών αυτών. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της συσχέτισης των τιμών CRP κατά την εισαγωγή με διάφορους προγνωστικούς δείκτες οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (AHF). **Υλικά-Μέθοδοι:** Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία), βασι-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Συσχέτιση CRP με προγνωστικούς δείκτες οξείας καρδιακής ανεπάρκειας

Προγνωστικός δείκτης	Συντελεστής συσχέτισης (r _s)	p- value
Cr εισόδου	0,222	0,025
Μέγιστη τιμή Cr	0, 251	0,011
Φερριτίνη εισόδου	0,338	0,01
GFR εισαγωγής	-0,217	0,029
Τιμή Na εισαγωγής	-0,302	0,002
NT-proBNP	0,227	0,024
Ημέρες νοσηλείας	0,163	0,102

κές συννοσηρότητες, τις τιμές γλυκόζης, νατρίου, κρεατινίνης, ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR), φερριτίνης, τροπονίνης, NT-proBNP και συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) κατά την εισαγωγή, το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας (LVEF), την παρουσία ή μη οξέος καρδιονεφρικού συνδρόμου (ACRS), τις συνολικές ημέρες νοσηλείας και τον αριθμό των θανάτων κατά τη νοσηλεία σε νοσηλευόμενους ασθενείς της Καρδιολογικής κλινικής με AHF από τον 2ο έως τον 6ο του 2023. Εξαιρέθηκαν οι

ασθενείς με λοίμωξη ως αιτία AHF για ακριβέστερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 102 ασθενείς καταγράφηκαν το ανωτέρω διάστημα με AHF. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ των τιμών της CRP και των τιμών του NT-proBNP ($r_s = 0,227$), της Cr εισόδου ($r_s = 0,222$), της μέγιστης τιμής Cr κατά τη νοσηλεία ($r_s = 0,251$) και της φερριτίνης ($r_s = 0,338$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ των τιμών της CRP και του GFR ($r_s = -0,217$) και των τιμών νατρίου εισαγωγής ($r_s = -0,302$). Ακόμα από την ανάλυση φάνηκε ότι αυξημένες τιμές CRP εμφάνιζαν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ($p = 0,011$) και ACRS ($p = 0,003$). Παρ' όλα αυτά δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών CRP και των ημερών νοσηλείας, του αριθμού θανάτων ή άλλων παραγόντων όπως είναι η ΣΑΠ εισαγωγής και η αυξημένη τιμή τροπονίνης. **Συμπεράσματα:** Η αυξημένη τιμή CRP εμφανίζει αδύναμη μεν, στατιστικά σημαντική δε συσχέτιση με παράγοντες δυσμενούς πρόγνωσης AHF όπως η αυξημένη τιμή NT-proBNP, η υπονατρία κατά την εισαγωγή και ο μειωμένος GFR, ενώ ακόμα φαίνεται ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ή ACRS εμφανίζουν υψηλότερες τιμές CRP. Οι ανωτέρω συσχετίσεις υποδηλώνουν την πιθανή συνεισφορά των φλεγμονωδών διεργασιών στην εξέλιξη και τη συνολικότερη πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας.

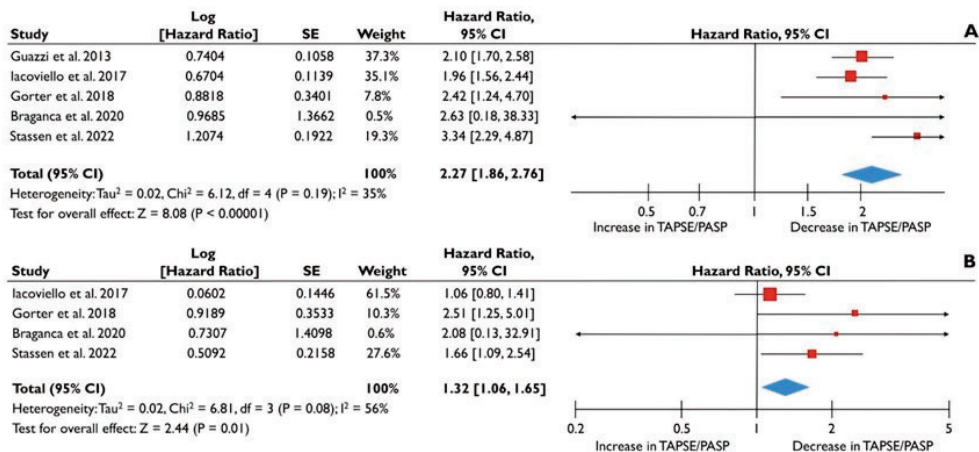
AA057 | The prognostic impact of right ventricular-pulmonary arterial coupling in heart failure: A systematic review and meta-analysis

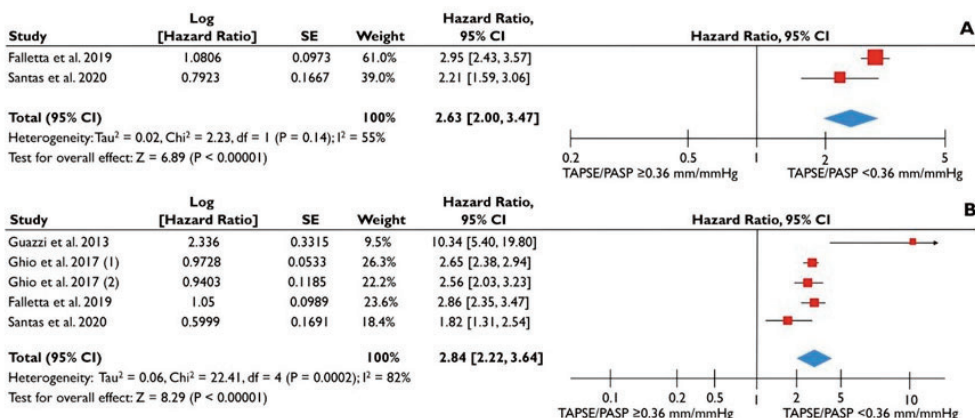
V. Anastasiou¹, A. S. Papazoglou¹, D. V. Moysidis¹, S. Daios¹, K. Barmpagiannos¹, T. Gossios¹, G. K. Efthimiadis¹, T. Karamitsos¹, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

¹ First Department of Cardiology, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Background: The echocardiographic tricuspid annular plane systolic excursion/pulmonary artery systolic pressure (TAPSE/PASP) ratio is a non-invasive surrogate of right ventricular-pulmonary arterial (RV-PA) coupling which corresponds well with the respective invasively derived index. Recently, a wealth of observational data has arisen, outlining its prognostic value in heart failure (HF) patients. **Aim:** To systematically appraise and quantitatively synthesize the evidence of the prognostic value of TAPSE/PASP ratio in left-sided HF regardless of etiology or left ventricular ejection fraction. **Methods:** A systematic literature review was conducted in electronic databases to identify studies reporting the association of TAPSE/PASP ratio with outcomes in patients with HF and, when appropriate, a random-effects meta-analysis was conducted to quantify the unadjusted and adjusted hazard ratios [(a)HRs] for all-cause death and the composite outcome of all-cause death or HF hospitalization. **Results:** Eighteen studies were deemed eligible encompassing 8,699 HF patients. The applied cut-off value for RV-PA uncoupling varied substantially from 0.27 to 0.58 mm/mmHg, and in most studies values lower than the applied cutoff conveyed dismal prognosis. Eleven studies reported appropriate data for meta-analysis. TAPSE/PASP reduction by 1 mm/mmHg was independently associated with all-cause death (pooled aHR=1.32 [1.06-1.65]; $p=0.01$; $I^2=56\%$) and the composite outcome (pooled aHR=3.48 [1.67-7.25]; $p<0.001$; $I^2=0\%$). When a TAPSE/PASP cutoff value of 0.36 mm/mmHg was applied it yielded independent association with all-cause death (pooled aHR=2.84 [2.22-3.64]; $p<0.001$; $I^2=82\%$). **Conclusion:** RV-PA coupling assessed by echocardiographic TAPSE/PASP ratio appears to be an independent outcome predictor for HF patients.



ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA058 | Επανενοσηλείες για οξεία απορύθμιση ασθενών με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια. Ανάλυση σε βάθος δεκαετίας

Β. Κουτρούλος¹, Μ. Μαλκοτς¹, Χ. Ναλμπαντ¹, Α. Θωμαΐδη¹, Γ. Κηπουρός², Β. Τσαλκάνης², Α. Λαντζουράκη¹, Ε. Κακουδάκης², Δ. Στάκος¹, Γ. Χαλικιάς¹, Δ. Τζιακάς¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΣΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας σε Καρδιολογική Κλινική. Οι ασθενείς προσέρχονται αιτιώμενοι ως επί το πλείστον δύσπνοια και εισάγονται ούτως ώστε να λάβουν ενδοφλέβια διουρητική αγωγή και να αποσυμφορηθούν. Το ερώτημα είναι, ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που επανενοσηλεύονται για απορρύθμιση της ήδη γνωστής τους χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας. **ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ** Η συγκεκριμένη μελέτη σχεδιάστηκε ως αναδρομική παρατήρησης, αξιοποιώντας δεδομένα του Ηλεκτρονικού Αρχείου Καταγραφής Εισαγωγών/Εξιτηρίων που αφορά την Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και την Καρδιολογική Ε.Σ.Υ. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης. Συγκεκριμένα αξιολογήσαμε το πλήθος των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας ή οξείας πνευμονικού οιδημάτος κατά τη δεκαετία 2013-2022. (αναζήτηση διάγνωσης εισόδου -) **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας στην καρδιολογική κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης τα έτη 2013-2022 ήταν 2070 ενώ η μέση ηλικία ήταν 78±9 έτη. Εξ αυτών, οι 1160 άνηκαν στο ανδρικό και 910 στο γυναικείο φύλο (56% vs 44%). Το ποσοστό των ασθενών που επανενοσηλεύθηκε για οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας ήταν 23.5 % εντός του ίδιου έτους από την πρώτη νοσηλεία, ενώ σε βάθος δεκαετίας το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 63%. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Ο επιπολασμός των επανενοσηλείων για οξεία απορρύθμιση ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι ιδιαίτερα αυξημένος.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**ΑΑ059 | ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΑΧΥΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ IBRUTINIB****I. Στρατάκης¹, Κ. Θεοδωρίδου¹, Ν. Στάμου¹, Μ. Χότουμαν¹,
Ν. Καμπουρίδης¹, Ν. Παπουλίδης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού καρδιακής ανεπάρκειας απότοκος ταχείας κολπικής μαρμαρυγής σε αιματολογικό ασθενή που λαμβάνει ibrutinib, έναν νέο και ισχυρό μικρομοριακό αναστολέα της τυροσινικής κινάσης του Bruton. **Αποτελέσματα:** Άντρας ηλικίας 67 ετών, με ατομικό αναμνηστικό μακροσφαιριναιμίας του Waldenstrom, για το οποίο λεμφουπερπλαστικό νόσημα λαμβάνει από μηνών χημειοθεραπεία με ibrutinib, προσήλθε λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών από μόνος, με επιδείνωση της λειτουργικής του κατάστασης και εκδήλωσης δύσπνοιας στην ελάχιστη κόπωση (ΝΥΗΑ III) την τελευταία εβδομάδα προ της εισαγωγής του στην καρδιολογική κλινική. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα υπήρχε καταγραφή ταχείας κολπικής μαρμαρυγής, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε διάταση αριστερής κοιλίας με ομότιμη υποκινησία τοιχωμάτων, επηρεασμένη συνολική συστολική λειτουργία (LVEF-40%) και ευρήματα συμβατά με αυξημένες τελοδιαστολικές πιέσεις πλήρωσης, καθώς και διάταση του αριστερού κόλπου και μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς. Στον ασθενή χορηγήθηκε αποϊδηματική αγωγή με φουροσεμίδα, β-αποκλειστής για τον έλεγχο της συχνότητας και αντιπηκτικό rivaroxaban, καθώς και βαλσαρτάνη και επλρενόνη. Μετά από επικοινωνία με την θεράποντα αιματολόγο έγινε διακοπή του ibrutinib. Ακολούθησε αυτοανάταξη της αρρυθμίας και εξιτήριο του ασθενούς με φλεβοκομβικό ρυθμό και QTc 454msec. Η στεφανιογραφία του ασθενούς ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς κριτικές αλλοιώσεις. 2 μήνες μετά, σε επανέλεγχο, ο ασθενής, υπό βαλσαρτάνη, επλρενόνη, βισοπρολόλη, εμπαγλιφλοζίδα, φουροσεμίδα, rivaroxaban και εναλλακτική αιματολογική αγωγή, περιγράφει λειτουργική κατάσταση ΝΥΗΑ II, διατηρεί φλεβοκομβικό ρυθμό, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα αναδεικνύει φυσιολογική γεωμετρία αριστερής κοιλίας με διατηρημένη συνολική συστολική λειτουργία (LVEF-50%), με ευρήματα συμβατά με χαμηλή πιθανότητα για πνευμονική υπέρταση και βελτίωση της λειτουργικής ανεπάρκειας της μιτροειδούς. **Συμπεράσματα:** Η ibrutinib είναι αποτελεσματικό και γενικά καλά ανεκτό φάρμακο για τη θεραπεία λεμφωμάτων Β-κυττάρων, όπως είναι και η μακροσφαιριναιμία του Waldenstrom. Η επίπτωση της σχετιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής εκτιμάται από 3% στο 16%. Αποτελεί παρενέργεια που μπορεί να περιορίσει τη θεραπεία, και για αυτό οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την ειδική διαχείριση των ασθενών αυτών και των καταστάσεων που πυροδοτούνται από τον συγκεκριμένο παράγοντα.

ΑΑ060 | Ενδοφλέβια χορήγηση Σιδήρου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και σιδηροπενική αναιμία. Επίδραση στην κλινική συμπτωματολογία και την ποιότητα ζωής.**Ε. Σδόγκος¹, Ζ. Σταλίδου¹, Δ. Παρασκευόπουλος¹, Θ. Κωνσταντίνου¹,
Α. Γεωργακόπουλος¹, Π. Θεοδοσιού¹, Ε. Μαρκίδης¹, Ι. Βογιατζής¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

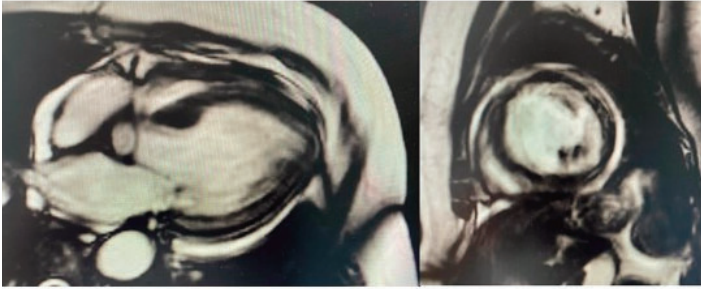
ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή: Η σιδηροπενική αναιμία είναι συχνή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Επηρεάζει την αερόβια επίδοση του ασθενούς και προκαλεί αίσθημα αδυναμίας που σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας περιορίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της θεραπείας με ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου (καρβοξυμαλτόζη σιδήρου) σε ασθενείς που είχαν καρδιακή ανεπάρκεια, ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας και έλλειψη σιδήρου, με είτε χωρίς αναιμία. **Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 57 ασθενείς (39 άνδρες - 18 γυναίκες, μέσης ηλικίας 73,28±9,2 χρόνων με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και λειτουργική κατηγορία II ή III κατά NYHA, κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 40% ή λιγότερο (για ασθενείς με NYHA κατηγορίας II), ανεπάρκεια σιδήρου (φερριτίνη<0 ng/ml ή φερριτίνη 100-299 και κορεσμός τρανσφερρίνης <0%) και τιμές αιμοσφαιρίνης 9,5 έως 13,5g/dl (μέση τιμή 12,85±1,6 g/dl). Οι ασθενείς έλαβαν 500-2000 mg ενδοφλέβιου σιδήρου (καρβοξυμαλτόζη σιδήρου), αναλόγως του σωματικού τους βάρους και της αρχικής τιμής αιμοσφαιρίνης. Μετά από 3 μήνες θεραπείας εκτιμήθηκαν: η συνολική αξιολόγηση του ασθενούς και η λειτουργική τάξη κατά NYHA, η απόσταση που διάνυσε στη δοκιμασία των 6 λεπτών (6 Minute Walk Test - 6MWT) και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ερωτηματολόγιο EQ-5D). **Αποτελέσματα:** Μετά από 3 μήνες θεραπείας η λειτουργική και κλινική κατάσταση κατά NYHA βελτιώθηκε (Από 2,65±0,48 σε 2,21±0,41 - p<0,001), ανεξάρτητα αν οι ασθενείς είχαν αναιμία. Επίσης βελτιώθηκε η απόσταση που διανύθηκε στο 6MWT (από 322,34±109,68 σε 356,68±114,73m - p<0,001) και η συνολική ποιότητα ζωής σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια (VAS Score από 0,66±0,21 σε 0,69±0,19 - p=0,027). Οι νοσηλείες ήταν 12 (26,3%) στο τρίμηνο παρακολούθησης. **Συμπέρασμα:** Σε χρονικό ορίζοντα τριμήνου, η θεραπεία με ενδοφλέβια αναπλήρωση σιδήρου (καρβοξυμαλτόζη σιδήρου) σε ασθενείς που είχαν καρδιακή ανεπάρκεια με ή χωρίς αναιμία, βελτιώνει τα συμπτώματα, κλινικά και λειτουργικά και την συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών.

AA061 | Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός και καρδιακή ανεπάρκεια
**B. Μαντζιάρης¹, Π. Κωστάκης¹, Ν. Μηλαράς¹, Τ. Κλογκερι¹,
Δ. Συρσελούδης¹, Σ. Σιδεράς¹**

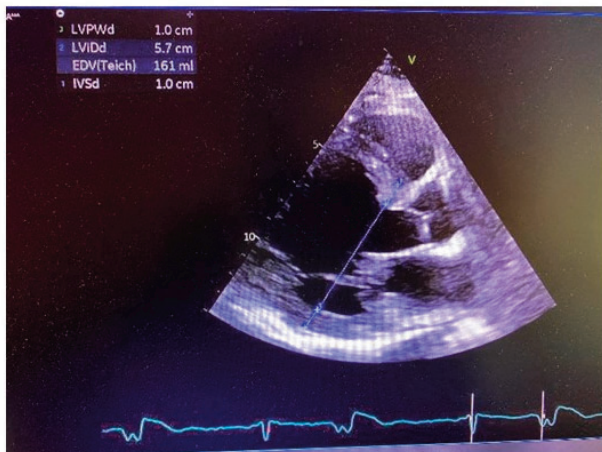
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Παρουσιάζεται περιστατικό με ασθενή 65 ετών, που προσήλθε λόγω εύκολης κόπωσης και δύσπνοιας στην ελάχιστη προσπάθεια. Από το ατομικό της ιστορικό αναφέρεται αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση και κοιλιακή διδυμία από το 2013. Επίσης φέρει στεφανιογραφικό έλεγχο από το 2019, με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία καθώς και υπερηχογράφημα καρδιάς επίσης από το 2019, στο οποίο δεν αναφέρεται κάποια αξιοσημείωτη παθολογία. **Υλικό και μέθοδος:** Από την κλινική εξέταση: ΑΠ=170/100mmHg, SpO2=98%, S1S2, ΑΨ ομότιμο αμφω, χωρίς οιδήματα κάτω άκρων και χωρίς διατεταμένες σφαγίτιδες. ΗΚΓ: SR, κοιλιακή διδυμία με πολύμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές, 65bpm. Φ/Α: καρβεδιλόλη 25mg 1x2, αμιοδαρόνη 200mg 1/2x1. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε σημαντική έκπτωση του κλάσματος εξώθησης -25%, διάταση αριστερής κοιλίας, με σημαντική δυσκινησία/δυσσυγχρονισμό (>300ms) μεταξύ μεσοκοιλιακού διαφράγματος και πλαιγίου τοιχώματος, διατεταμένος αριστερός κόλπος, χωρίς πνευμονική

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

υπέρταση (εικόνα us2). Από τον εργαστηριακό έλεγχο οι τιμές pro-BNP ήταν μετρίως αυξημένες όπως και του ασβεστίου πλάσματος (11,2mg/dl). **Αποτελέσματα:** Αρχικά, αποφασίστηκε η διακοπή του β-αποκλειστή και της αμιοδαρόνης και

τέθηκε σε πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Παράλληλα, έγινε τιτλοποίηση της σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης στη μέγιστη δόση για καλύτερη ρύθμιση και της αρτηριακής πίεσης. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν και αυξημένες τιμές παραθομόνης. Διενεργήθη πλήρης ενδοκρινολογικός έλεγχος και τέθηκε η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, οπότε και προστέθηκε κινκαλσέτη στην αγωγή. Διενεργήθη επίσης μαγνητική τομογραφία καρδιάς, στην οποία ανεδείχθη έλαχιση ίνωση στο πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, με διάταση αριστερών κοιλοτήτων, χωρίς σημεία φλεγμονής (εικόνα cmr2). Από το ΗΚΓ πλέον υπήρχε πλήρης απουσία κοιλιακής διδυμίας με σφύξεις -75bpm. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου αιμοδυναμικά σταθερή και ασυμπτωματική. **Συμπεράσματα:** Η πιθανότερη διάγνωση που συνέστησε η ομάδα μας είναι η burnout υπερτασική καρδιοπάθεια, καθώς η ασθενής είχε χρόνια αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση. Βέβαια, σε αυτό μπορεί να συνέβαλε και ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός. Θα επανεξεταστεί η ασθενής σε 3 και 6 μήνες και θα αποφασιστεί εάν χρειάζεται η εμφύτευση αμφικολιακού απινιδιστή-βηματοδότη.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**Καρδιακή απεικόνιση**Πρόεδροι: **Γ. Κουλαουζίδης** (Θεσσαλονίκη), **Η. Παπαδοπούλου** (Αθήνα)

AA062 | Συσχέτιση του σακχαρώδη διαβήτη και του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών κατά Agatston score σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας
Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Ο. Κατσαρός⁴, Γ. Ματθαίουπουλος¹, Χ. Μαντής¹, Α. Γκόγκος¹, Μ. Στασινοπούλου², Κ. Κεραμιδά², Ν. Ανδριώτη², Π. Κληρίδης², Ι. Πυλαρινός², Γ. Βελισάρης¹, Α. Τσαντούλας¹, Κ. Σωτηράκου³, Ε. Φέσκου², Μ. Δρακοπούλου⁴, Γ. Μπενέτος⁴, Α. Συνετός⁴, Σ. Τσαλαμανδρής⁵, Ν. Καυκάς¹, Κ. Τσιούφης⁴, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο

³ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ελπίς

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ασβέστωση των στεφανιαίων αρτηριών (CAC), έχοντας και κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς με αυτούς της ασβέστωσης της αορτικής βαλβίδας, αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη στεφανιαίας νόσου (CAD). Έχουν περιγραφεί δύο διαφορετικοί τύποι ασβέστωσης των στεφανιαίων αρτηριών, συγκεκριμένα παρουσία ασβεστίου στον έσω και μέσω χιτώννα των αγγείων, καθένας με διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου. **Σκοπός:** Στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσει και να συσχετίσει την επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στην CAC συγκριτικά με ασθενείς χωρίς ΣΔ, σε ομάδα ατόμων με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc). **Υλικό και Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε 64 ασθενείς με AVSc, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία πολλαπλών τομών (MSCT) καθοδηγούμενη με ΗΚΓ, χωρίς σκιαγραφικό, με σκοπό την ποσοτικοποίηση του φορτίου ασβεστίου σε μονάδες Agatston (AU) καθώς και σε δειγματοληψία αίματος για βιοχημική ανάλυση. Τα πρωτεύοντα τελικά σημεία ήταν ο ποσοτικός προσδιορισμός της ασβέστωσης (1) της αορτικής βαλβίδας (AVC) και (2) των στεφανιαίων αρτηριών σε συσχέτιση με τους ασθενείς με ΣΔ. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 3 τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 75,3 έτη (IR=7,4) με την μέση βαθμολογία της CAC και της AVC να είναι 242,7 AU (IR=298,1) και 673,5 AU (IR=878,2) αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ασθενών με ΣΔ και της ασβέστωσης του προσθίου κατιόντα (LAD) συγκριτικά με τα άλλα στεφανιαία αγγεία. Στα άτομα με ΣΔ διεπιστώθη υψηλότερο φορτίο ασβεστίου στον LAD ($p=0,045$) σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ΣΔ. **Συμπεράσματα:** Η σχέση μεταξύ ασθενών με ΣΔ και της αυξημένης εναπόθεσης ασβεστίου στον LAD, συγκριτικά με ασθενείς χωρίς ΣΔ, σε ομάδα ατόμων με AVSc, είναι πεδίο έρευνας με στόχο την πρόληψη και αξιολόγηση ασθενών με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

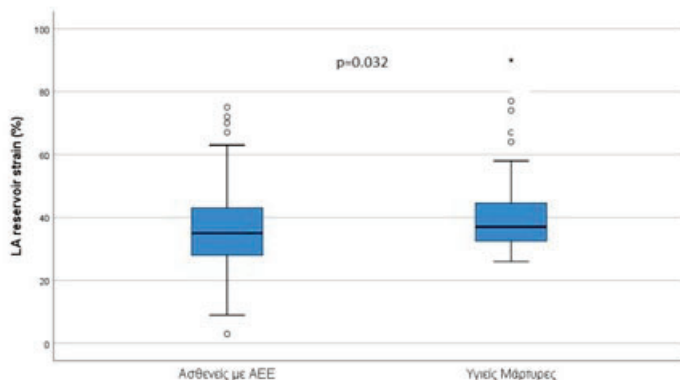
ΑΑ063 | **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ**

Ε. Αδαμοπούλου¹, Α. Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Μαρίτσα¹, Α. Καλύβη¹, Δ. Ντιλιούδη¹, Χ. Καψοκόλη¹, Ν. Μίαρης¹, Α. Δράμπαλου¹, Μ. Βασσάκη¹, Ν. Καραμηνάς¹, Π. Ζάχος², Α. Δεστούνης¹, Ν. Κάσινος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

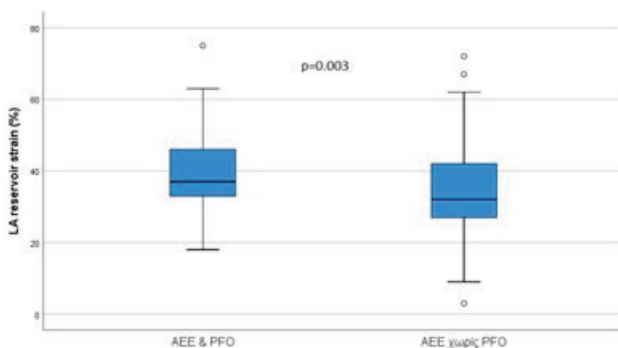
ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Ο ρόλος της κολπικής μυοπάθειας στην παθοφυσιολογία των εμβολικών ΑΕΕ αγνώστου προέλευσης (ESUS) αποτελεί αντικείμενο μελέτης. Νεότερες παράμετροι εκτίμησης της λειτουργικότητας του αριστερού κόλπου, όπως η παραμόρφωση (LA peak reservoir strain - LARS), αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για την καλύτερη κατανόηση της σημασίας της κολπικής μυοπάθειας στους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με ΑΕΕ και υγιείς μάρτυρες. **ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ** Η μελέτη διενεργήθηκε αναδρομικά στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» περιλαμβάνοντας όλους τους ασθενείς έως 65 ετών με ΑΕΕ, χωρίς ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής ή νόσου καρωτίδων, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούνιο του 2023. Εξαίρεθηκαν 50 ασθενείς με ελλιπή δεδομένα. Μελετήθηκε επίσης δείγμα υγιών μαρτύρων σταθμισμένο κατά ηλικία και φύλο. Η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου υπολογίστηκε στην κορυφαία τομή των 4 κοιλοτήτων, με τη μέθοδο ανίχνευσης ηχογενών ψηφίδων (speckle tracking). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι (Mann-Whitney test) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε τιμή $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Μελετήθηκαν 197 ασθενείς (128 άνδρες - 65,1%) με ΑΕΕ και 83 υγιείς μάρτυρες (52 άνδρες - 62,7%). Από τους 197 ασθενείς με ΑΕΕ, οι 64 (32,5%) είχαν



Διάγραμμα 2: LARS σε ασθενείς με ΑΕΕ σε σχέση με υγιείς μάρτυρες

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ανοικτό ωοειδές τρήμα (PFO). Η διάμεση ηλικία στους ασθενείς με AEE (τόσο στην ομάδα των ασθενών με PFO όσο και στην ομάδα χωρίς PFO) ήταν τα 52 έτη (εύρος 20 – 65 ετών), και τα 49 έτη (εύρος 19 – 63 ετών) στην ομάδα των υγιών μαρτύρων. Η ομάδα των υγιών μαρτύρων παρουσίαζε υψηλότερες τιμές LARS (mean rank 156.5) συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών με AEE (mean rank 133.8), με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του LARS στις δύο ομάδες ($p=0.032$) (Διάγραμμα 1). Επιπλέον, από την ομάδα των ασθενών με AEE, η υποομάδα των ασθενών με PFO παρουσίαζε μεγαλύτερες τιμές LARS (mean rank 117.25) σε σχέση με τους ασθενείς με AEE στους οποίους δεν ανευρέθη PFO (mean rank 91.63), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0.003$ (Διάγραμμα 2). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Οι ασθενείς με AEE παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή LARS συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες. Στην ανάλυση της ομάδας των ασθενών με AEE διαπιστώθηκε μειωμένο LARS στην υποομάδα των ασθενών με AEE χωρίς PFO συγκριτικά με τους ασθενείς με AEE και PFO.



Διάγραμμα 2: LARS σε ασθενείς με AEE και PFO και σε ασθενείς με AEE χωρίς PFO

AA064 | Ψυσχέτιση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης ηρεμίας με την παρουσία ισχαιμίας κατά την δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο

Δ. Τσαρτσάλης¹, Ι. Δημητρόγλου¹, Β. Κακιούζη¹, Μ. Κούκος¹, Δ. Πατσουράκος¹, Η. Τόλης¹, Χ. Λιάκος¹, Κ. Ζήσιμος¹, Δ. Πετράς¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Αγγέλη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η χρόνια νεφρική νόσος συνοδεύεται από αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα, ειδικά σε ασθενείς που υποβάλλονται μακροχρόνια σε αιμοκάθαρση. Η ανίχνευση (screening) της μυοκαρδιακής ισχαιμίας σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια και με ήπια ή/και χωρίς συμπτώματα στηθάγχης αποτελεί μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. **Σκοπός:** Η αξία των μετρήσεων της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης ηρεμίας της

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

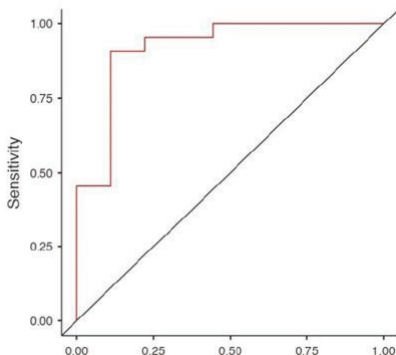
αριστερής κοιλίας (όπως η συνολική επιμήκης παραμόρφωση, global longitudinal strain - GLS) και των νεότερων διαστολικών παραμέτρων της παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (left atrial strain - LA strain), όσον αφορά την πρόβλεψη θετικού αποτελέσματος για μυοκαρδιακή ισχαιμία κατά την δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία φόρτισης με δοβουταμίνη (DSE), σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση (ΧΝΑ-χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 5). **Μέθοδος:** Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 61 συνεχόμενοι ασθενείς (μέση ηλικία 62.3±11.8, 65.7% άνδρες) με ΧΝΑ σταδίου 5. Ασθενείς με προουπάρχουσα καρδιακή νόσο, όπως αποφρακτική στεφανιαία νόσο, σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, σοβαρή αρρυθμία ή σοβαρή βαλβιδοπάθεια αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη τόσο στην ηρεμία όσο και υπό φόρτιση με δοβουταμίνη σε συνδυασμό με υπερηχοκαρδιογραφία αντίθεσης (DSCE). Ως θετικό αποτέλεσμα κατά τη δοκιμασία φόρτισης ορίστηκε η εμφάνιση νέων ή η επιδείνωση προουπάρχουσων τμηματικών διαταραχών τοιχωματικής κινητικότητας. **Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός της μελέτης είχε διατηρημένη ή ελαφρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας: το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (EF) υπολογίστηκε σε 49.17%, ±10.41, ενώ το 70% των ασθενών είχε μειωμένη συνολική επιμήκη παραμόρφωση (μέσο GLS -14.35%, ±4.49). Όσον αφορά την παραμόρφωση του αριστερού κόλπου, οι ανάλογοι δείκτες -reservoir, conduit, contractile reserve- μετρήθηκαν 24.11%(±12.61), 10.56% (±5.88) και 13.60% (±9.15) αντίστοιχα, δηλαδή το 50% των ασθενών παρουσίαζε επηρεασμένες τιμές LA strain. Η δοκιμασία DSCE ήταν θετική για ισχαιμία στο 55.7% των ασθενών. Η ηλικία, το φύλο και το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη είχαν σημαντική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας φόρτισης με δοβουταμίνη (p=0.027, p=0.022 και p=0.039 αντίστοιχως). Από τις υπερηχοκαρδιογραφικές μετρήσεις σημαντική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υπερηχογραφίας φόρτισης DCSE παρουσίαζαν το EF, το GLS, η

παράμετρος conduit του LA strain, ο τελοδιαστολικός όγκος της αριστερής κοιλίας και το μέγεθος του αριστερού κόλπου. (p=0.002, p=0.002, p=0.004, p= 0.002 και p= 0.048 αντίστοιχα). Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι από όλους τους παραπάνω παράγοντες μόνο το GLS είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας φόρτισης με δοβουταμίνη (p=0.007). Η ανάλυση AUC (area under the curve) για την πρόγνωση θετικού αποτελέσματος κατά τη δοκιμασία φόρτισης για το GLS ήταν 0.92 (ευαισθησία 96%, ειδικότητα 56% και συνολική διαγνωστική ακρίβεια 84%). **Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι οι παράμετροι της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας σχετίζονται με την παρουσία ισχαιμίας σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο, και επομένως θα μπορούσε να βοηθήσει στο screening των ασθενών, οι οποίοι είναι δυνατό να ωφεληθούν από ενδεχόμενες επεμβατικές διαγνωστικές μεθόδους.

Predictive Measures

Accuracy	Specificity	Sensitivity	AUC
0.839	0.556	0.955	0.919

Note. The cut-off value is set to 0.5



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**ΑΑ065 | ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. ΜΠΕΛΝΤΕΚΟΣ»**

Α. Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Ντιλούδη¹, Τ. Τζινιέρης¹, Α. Κωνσταντάρα¹, Σ. Μητσιάδης², Ν. Μίαρης¹, Δ. Μπουκης¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Ε. Αδαμοπούλου¹, Δ. Μπελεσιώτης¹, Α. Δεστούνης¹, Π. Ζάχος³, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹, Ν. Κάσινος¹

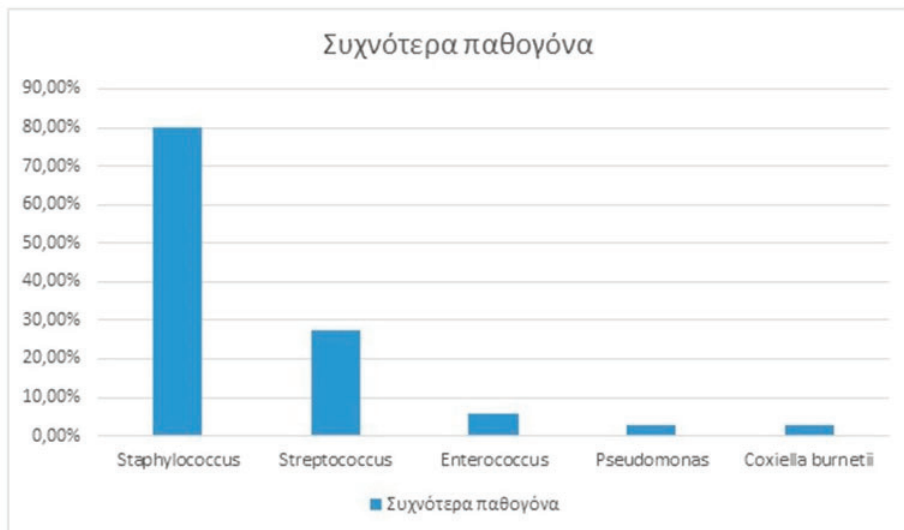
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί μια σοβαρή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Προδιαθεσικοί παράγοντες όπως οι προσθετικές βαλβίδες, η ενδοφλέβια χρήση ουσιών, η δίπτυχη αορτική βαλβίδα και οι συγγενείς καρδιοπάθειες αυξάνουν την πιθανότητα νόσησης. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή των περιστατικών ενδοκαρδίτιδας που διαγνώστηκαν και παρακολούθηθηκαν στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2023. **ΥΛΙΚΑ/ΜΕΘΟΔΟΙ** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με ενδοκαρδίτιδα με βάση τα κριτήρια του Duke, από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2023. Σε όλους ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και διενεργήθηκε διαθωρακική και διοισοφάγειος ηχωκαρδιογραφική μελέτη. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Καταγράφηκαν συνολικά 42 περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 57 έτη (ελάχιστη ηλικία 32 έτη και μέγιστη ηλικία 92 έτη), με υπεροχή των ανδρών (34 άνδρες - 81,0%). Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός σε 34 ασθενείς (80,1%), με συχνότερο το σταφυλόκοκκο (20 περιστατικά - 58,8%, 11 με MSSA, 5 με MRSA και 4 με άλλα είδη σταφυλόκοκκου) και δεύτερο σε συχνότητα το στρεπτόκοκκο (8 περιστατικά - 27,6%, 5 με *S. viridans*, 2 με *S. mutans* και 1 *S. mitis/oralis*). Απομονώθηκαν επίσης *Enterococcus faecalis* σε (2) ασθενείς, *E.Coli* σε (1) ασθενή, *pseudomonas aeruginosa* σε (1) ασθενή και *Coxiella burnettii* σε (1) ασθενή. Συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας ήταν η παρουσία προσθετικής βαλβίδας (9 ασθενείς - 30,0%), και σε μικρότερα ποσοστά η χρήση ενδοφλεβίων ουσιών (6 ασθενείς - 20,0%), η παρουσία μόνιμου τεχνητού βηματοδότη (5 περιστατικά - 20,0%), η δίπτυχη αορτική βαλβίδα (5 ασθενείς - 16,6%) και η ανοσοκαταστολή (4 ασθενείς - 14,3%). Η συχνότερη εντόπιση ήταν στις καρδιακές βαλβίδες (σε 38 ασθενείς - 90,5%), με 6 εξ' αυτών να αφορούν προσθετική βαλβίδα και 2 εξ' αυτών προσθετικό δακτύλιο, ενώ καταγράφηκαν 3 περιστατικά με ενδοκαρδίτιδα βηματοδοτικού καλωδίου και 1 με ενδοκαρδίτιδα περιμεμβρανώδους μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Στις γηγενείς βαλβίδες, συνηθέστερη εντόπιση αποτελεί η αορτική, με 12 περιστατικά (25,6%), με τη μιτροειδή να ακολουθεί με 8 περιστατικά (20,5%) ενώ ταυτόχρονη προσβολή και των δύο διαπιστώθηκε σε 8 ασθενείς (20,5%). Καταγράφηκαν επίσης δύο ασθενείς (5,0%) με ενδοκαρδίτιδα τριγλώχινας, ένας εκ των οποίων παρουσίαζε ταυτόχρονη προσβολή και της αορτικής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εποχιακή κατανομή της νόσου, με τα περισσότερα εκ των περιστατικών (32 περιστατικά, 83,3%) να καταγράφονται κατά τους εαρινούς και θερινούς μήνες.

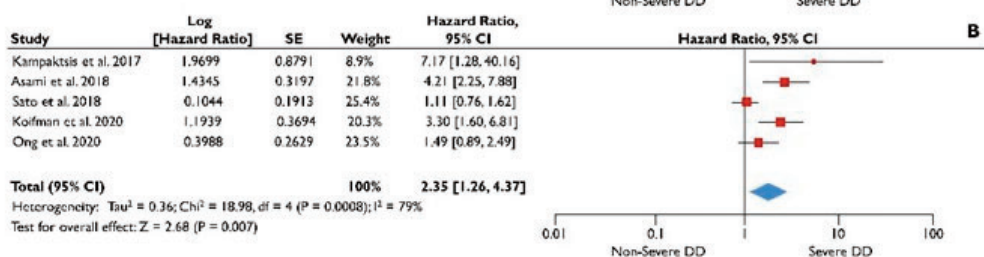
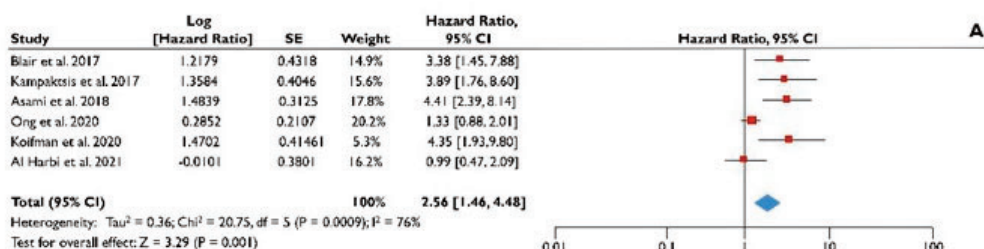
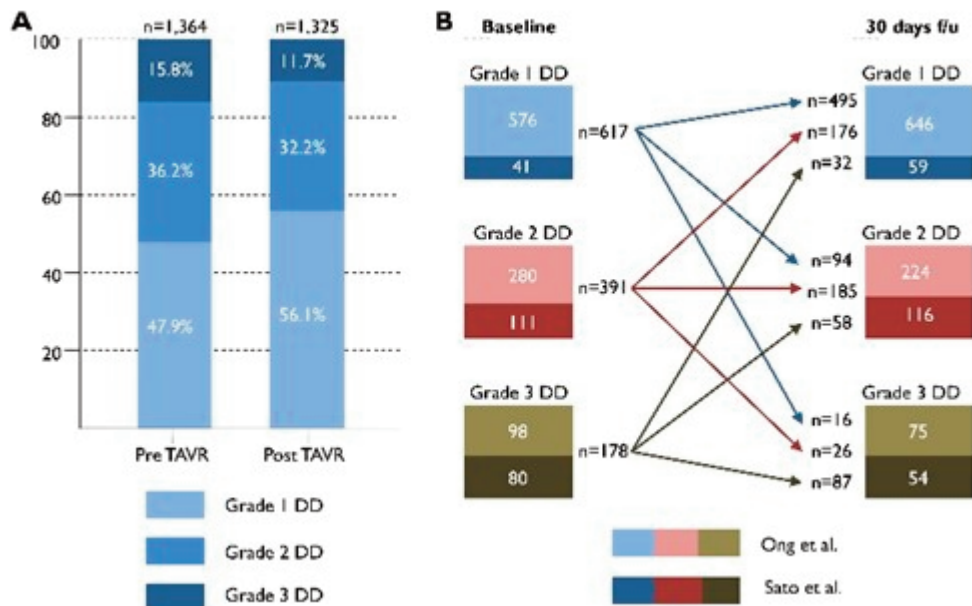
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

AA066 | The prognostic impact of diastolic dysfunction after transcatheter aortic valve replacement: A systematic review and meta-analysis
N. Stalikas¹, V. Anastasiou¹, I. Botis¹, S. Daios¹, E. Karagiannidis², T. Karamitsos¹, G. Giannakoulas¹, V. Vassilikos², A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹, G. Giannopoulos²

¹ First Department of Cardiology, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

² Ippokratio General Hospital, Medical school, Aristotle University, Thessaloniki, Greece

Background: Diastolic dysfunction (DD) is a well-acknowledged marker of disease progression in patients with aortic valve stenosis (AS), indicating valvular myocardial damage. Recently, many studies have demonstrated that worse pre-operative DD assessed using echocardiography is associated with adverse long-term clinical outcomes in patients undergoing transcatheter aortic valve replacement (TAVR). **Aim:** To systematically appraise and quantitatively synthesize current evidence on the prognostic impact of severe DD derived by echocardiography before TAVR. **Methods:** A systemic literature review was undertaken in MEDLINE, Scopus and Cochrane databases to identify every study reporting the predictive value of severe DD in AS subjects undergoing TAVR. A random-effects meta-analysis was conducted to quantify the adjusted and unadjusted hazard ratios (HRs) for all-cause mortality and major adverse cardiovascular events (MACEs) for the presence of severe DD. **Results:** Ten studies were deemed eligible for inclusion in the systematic review. Of those, 9 provided appropriate quantitative data for the meta-analysis, encompassing a total of 3,434 patients with determined DD grade. A significant improvement

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

of DD grade was observed after the procedure, as suggested by 4 studies reporting DD grade prior to and after TAVR (Abstract Picture 1). The presence of severe DD was associated with increased risk for all-cause mortality (pooled unadjusted HR=2.56 [1.46-4.48]; $p<0.01$; I²=76%) and MACEs (pooled unadjusted HR=1.82 [1.29-2.58]; $p<0.01$; I²=86%) (Abstract Picture 2). When adjusted for pre-specified clinically - relevant parameters, the presence of severe DD retained independent association with all-cause mortality (pooled adjusted HR=2.35 [1.26-4.37]; $p<0.01$; I²=79%) and MACEs (pooled adjusted HR= 2.52 [1.72-3.65]; $p<0.01$; I²=0%) (Abstract Picture 2). **Conclusion:** Presence of severe DD assessed by echocardiography pre-TAVR is a major determinant of long-term adverse cardiovascular events after the procedure.

AA067 | Μελέτη καταγραφής ασθενών που διερευνήθηκαν με διοισοφάγειο ηχωκαρδιογραφία για εμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ESUS)

Δ. Μαρίτσα¹, Μ. Καρακώστα¹, Α. Ε. Καλέση¹, Α. Βασιλειάδου¹, Α. Καλύβη¹, Ν. Καραμηνάς¹, Δ. Π. Ζαμπέλης¹, Χ. Καψοκόλη¹, Α. Κωνσταντάρα¹, Η. Καστής¹, Ε. Μπούσουλα¹, Π. Ζάχος², Α. Δεστούνης¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹, Ν. Κάσινος¹

¹ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΠ ΤΖΑΝΕΙΟΥ και ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΖΑΝΕΙΟΥ (ΚΕΗΤ) «Δ. ΜΠΕΛΝΤΕΚΟΣ»

² ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΖΑΝΕΙΟΥ (ΚΕΗΤ) «Δ. ΜΠΕΛΝΤΕΚΟΣ» και ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

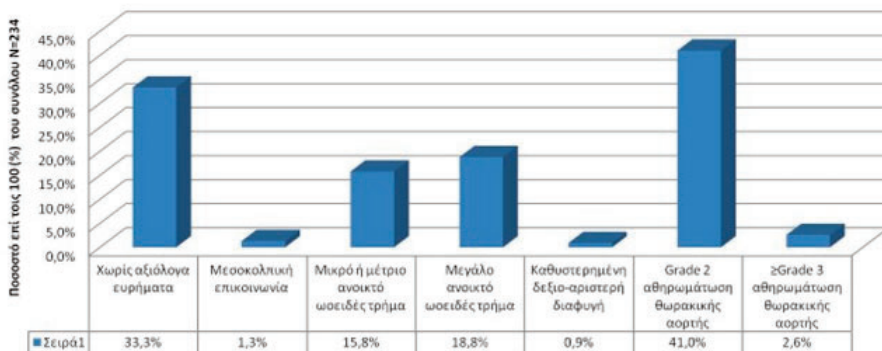
Εισαγωγή/Σκοπός Σύμφωνα με πρόσφατες αναδρομικές μελέτες, 8-28% του συνόλου των ισχαιμικών επεισοδίων ταξινομούνται ως ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ESUS), βάσει των απεικονιστικών ευρημάτων και την απουσία σαφούς αιτιολογίας μετά την ολοκλήρωση του βασικού διαγνωστικού ελέγχου. Σε αυτούς τους ασθενείς, η διοισοφάγειος ηχωκαρδιογραφία (TOE) θα μπορούσε να συμβάλει στην περαιτέρω διερεύνηση της εμβολικής εστίας και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής διαχείρισης για δευτερογενή πρόληψη. Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση της εμπειρίας του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας Τζανείου (ΚΕΗΤ) «Δ. Μπελντέκος» σχετικά με την εφαρμογή του TOE στη διερεύνηση ασθενών με ESUS. **Υλικό και μέθοδος** Στη μελέτη καταγράφηκαν ασθενείς με ESUS, ηλικίας ≤ 65 ετών, χωρίς συννοσηρότητες, που ελέγχθηκαν με TOE κατά την περίοδο 03/2018 έως 07/2023, αφού προηγουμένως εξετάσθηκαν με πλήρη διαθωρακική μελέτη και Holter ρυθμού-προς αποκλεισμό άλλου πιθανού καρδιο-εμβολικού αιτίου. Όλοι εκτιμήθηκαν για παρουσία ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO), θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου (LAA) και αθηρωμάτωσης ανιούσας αορτής και αορτικού τόξου. Επί παρουσίας PFO, η δεξιο-αριστερή διαφυγή ποσοτικοποιήθηκε, βάσει του αριθμού των φυσαλίδων εντός του αριστερού κόλπου κατά τους τρεις πρώτους καρδιακούς κύκλους, μετά τη χορήγηση αναδευμένου φυσιολογικού ορού από φλέβα του άνω άκρου, σε μικρή(<0φυσαλίδες), μέτρια(10-30φυσαλίδες) και μεγάλη(>30φυσαλίδες). Όσοι διαγνώσθηκαν με μεγάλη επικοινωνία και συμβατά κλινικά χαρακτηριστικά (RoPE-score>6) παραπέμφθηκαν για σύγκλιση. Για τη σύγκριση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Mann-Whitney, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας <0,05. **Αποτελέσματα**

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

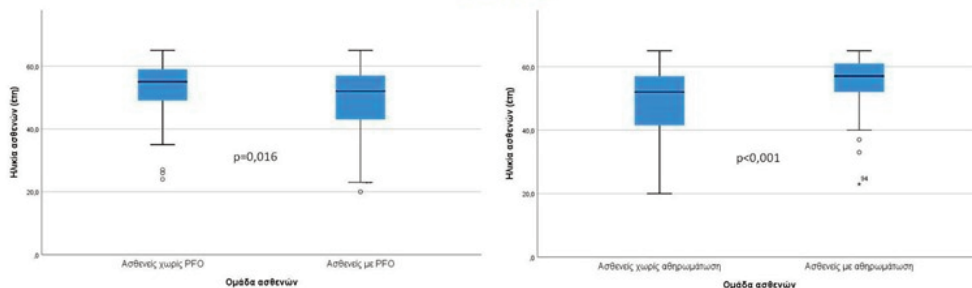
Στη μελέτη συμμετείχαν 234 ασθενείς με ESUS, (153 άνδρες,65,4%), με διάμεση ηλικία 54 έτη (εύρος 20-65ετών). Σε 52(22,6%) από αυτούς η αιτιολογία προσδιορίστηκε με το TOE. Συγκεκριμένα, η διενέργεια TOE αποκάλυψε την παρουσία PFO σε 81(34,6%), μεσοκοιλιακής επικοινωνίας σε 3(1,3%) και καθυστερημένης δεξιο-αριστερής διαφυγής σε 2(0,9%) ασθενείς. Επιπλέον, αθηρωμάτωση αορτής \geq grade 2 ανευρέθηκε σε 102(43,6%) ασθενείς, μεγαλύτερης ηλικίας συγκριτικά με αυτούς άνευ ($p<0,001$), εκ των οποίων μόλις 6(2,6% επί του συνόλου) είχαν \geq grade 3. (Εικόνα-1, 2) Από τους ασθενείς με PFO, 44(54,3%) είχαν μεγάλη επικοινωνία και παραπέμφθηκαν για σύγκλιση, 22(27,2%) μέτρια, 15(18,5%) μικρή και ήταν μικρότερης ηλικίας συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς PFO ($p=0,016$). (Εικόνα-2) Τέλος, σε κανέναν δεν ανευρέθηκε θρόμβος LAA. **Συμπεράσματα** Στο ~23% των εξετασθέντων ασθενών, η αιτιολογία του ESUS προσδιορίστηκε με το TOE με επακόλουθη κατάλληλη καθοδήγηση της αντιμετώπισης.

Εικόνα 1

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ESUS ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ



Εικόνα 2



Διάγραμμα 1: Σύγκριση ηλικιακής κατανομής σε ασθενείς με ανοικτό ωοειδές τρήμα (PFO) και χωρίς PFO

Διάγραμμα 2: Σύγκριση ηλικιακής κατανομής σε ασθενείς με και χωρίς αθηρωμάτωση ανιούσας αορτής

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**AA068 | Συσχέτιση των επιπέδων της HDL-C και του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών κατά Agatston score σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας****Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Ο. Κατσαρός⁴, Χ. Μαντής¹, Γ. Ματθαίουπουλος¹, Α. Γκόγκος¹, Π. Κληρίδης², Ι. Πυλαρινός², Κ. Κεραμιδά², Μ. Στασινοπούλου², Ν. Ανδριώτη², Δ. Νικητόπουλος¹, Α. Λιόδη¹, Ε. Φέσκου², Κ. Σωτηράκου³, Α. Συνετός⁴, Μ. Δρακοπούλου⁴, Γ. Μπενέτος⁴, Ν. Καυκάς¹, Κ. Τσιούφης⁴, Κ. Τούτουζας⁴**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο³ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ελπίς⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ασβέστωση των στεφανιαίων αρτηριών (CAC) βασίζεται σε ένα σημαντικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό και αποτελεί προδιαθεσικό δείκτη σε ασθενείς για στεφανιαία νόσο. Δύο διαφορετικά ανατομικά τύποι ασβέστωσης των στεφανιαίων αρτηριών έχουν μελετηθεί. Η ασβέστωση του έσω και του μέσου χιτώνα, καθένας από τους οποίους έχει διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου. **Σκοπός:** Στόχος της μελέτης είναι να εκτιμήσει την επίδραση των επιπέδων της HDL-C στην εξέλιξη της CAC σε άτομα με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc). **Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 64 ασθενείς με AVSc, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ καθοδηγούμενη αξονική τομογραφία πολλαπλών τομών (MSCT) χωρίς σκιαγραφικό για την ποσοτικοποίηση του φορτίου ασβεστίου σε μονάδες Agatston (AU) καθώς και σε δειγματοληψία αίματος για βιοχημική ανάλυση. Τα πρωτεύοντα τελικά σημεία ήταν η ποσοτικοποίηση του φορτίου ασβεστίου (1) της αορτικής βαλβίδας (AVC), (2) των CAC και (3) η μέτρηση των επιπέδων HDL-C στο αίμα. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 75,3 έτη (IR=7,4), τα μέσα επίπεδα της HDL-C στο αίμα είναι 46,9 mg/dl (IR 12,4). Τα μέσα επίπεδα του συνολικού φορτίου ασβεστίου των CAC και της AVC είναι 242,7 AU (IR=298,1) και 673,5 AU (IR=878,2) αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων της HDL-C και του φορτίου ασβεστίου του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LAD). Τα αυξημένα επίπεδα HDL-C συσχετίστηκαν με μειωμένα επίπεδα εναπόθεσης ασβεστίου στον LAD ($p=0,001$). **Συμπεράσματα:** Η αντίστροφη σχέση μεταξύ των επιπέδων της HDL-C και της ασβέστωσης του LAD δημιουργεί πεδίο για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τη χρήση της HDL-C στην αξιολόγηση και διαχείριση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

AA069 | Η εμπειρία του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου «Δ. Μπελντέκος» στη χρήση του stress echo στη στεφανιαία νόσο
Β. Γαρδικιώτη¹, Α. Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Α. Αρχοντίκης¹, Α. Πλαϊτίης¹, Δ. Ντιλιούδη¹, Α. Κωνσταντάρα¹, Δ. Π. Ζαμπέλης¹, Α. Δεστούνης¹, Δ. Μπελεσιώτης¹, Ν. Πατσουράκος¹, Ν. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Δημόπουλος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹, Ν. Κάσινος¹¹ ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος»/ Καρδιολογική κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Εισαγωγή/Σκοπός: Το stress echo (SE) αποτελεί σύγχρονη λειτουργική δοκιμασία για τη διάγνωση αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να αποτυπώσει την εμπειρία του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας (ΚΕΗΤ) «Δ. Μπελντέκος» στη χρήση της δυναμικής ηχωκαρδιογραφίας. **Υλικό και μέθοδος:** Καταγράφηκαν αναδρομικά οι δοκιμασίες SE που πραγματοποιήθηκαν στο ΚΕΗΤ το διάστημα από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Δεκέμβριο 2021. Στόχος της δοκιμασίας αποτέλεσε το 85% της προβλεπόμενης για την ηλικία μέγιστης καρδιακής συχνότητας (220-ηλικία) του εξεταζόμενου. Για την επίτευξή του χορηγήθηκε δοβουταμίνη σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις (10-50 μg/kg/min) ανά τρίλεπτα στάδια και handgrip, ενώ κατά περίπτωση χρησιμοποιήθηκε και μικρή δόση ατροπίνης (έως 1 mg). Ελήφθησαν παραστερνικές και κορυφικές τομές σε όλα τα στάδια, σε συνδυασμό με συνεχή ΗΚΓ παρακολούθηση 12-απαγωγών. Κατά περίπτωση χρησιμοποιήθηκε παράγοντας ηχωντίθεσης. **Αποτελέσματα/Συζήτηση:** Εκ των 323 εξεταζομένων [μέση ηλικία 63,5 ± 10,5 έτη, 221 άρρενες (68,4%)], οι 123 (38,0%) υπεβλήθησαν στη δοκιμασία με ένδειξη διερεύνησης συμπτωματολογίας ύποπτης ΣΝ, ενώ οι υπόλοιποι εξεταζόμενοι (200 / 62,0%) προς επανεκτίμηση γνωστής ΣΝ (με ή χωρίς προηγηθείσα παρέμβαση). Από τους εξεταζόμενους, οι 21 (7,0%) είχαν κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <40% στην ηρεμία. Συχνότερα η μέγιστη δόση δοβουταμίνης που χορηγήθηκε ήταν τα 30 μg/kg/min [137 δοκιμασίες, (43,0%)], και σε 51 εξεταζόμενους (16,0%) χορηγήθηκε ατροπίνη. Σε 291 (90,0%)

δοκιμασίες επιτεύχθηκε η συχνότητα στόχος. Οι 87 (27,0%) δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν εξ ολοκλήρου με χρήση παράγοντα ηχωντίθεσης και οι 177 (55,0%) με χορήγηση μόνο κατά την ηρεμία και στο μέγιστο της δοκιμασίας. Μείζονες επιπλοκές (ΟΕΜ και εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία) παρουσίασαν 6 ασθενείς (1,8%). Συγκεκριμένα, 5 εξεταζόμενοι (1,5%) παρουσίασαν παροδική ανασταση του διαστήματος ST κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας και ένας ασθενής πλάγιο έμφραγμα με ανάσπαση του διαστήματος ST μετά το πέρας της δοκιμασίας. Κανένα ασθενής δεν παρουσίασε αλλεργική αντίδραση. Οι 226 (70,0%) δοκιμασίες χαρακτηρίστηκαν ως «αρνητικές για ισχαιμία μέχρι την επιτευχθείσα συχνότητα», ενώ στις χαρακτηριστιζόμενες ως «θετικές για ισχαιμία» δοκιμασίες (97 / 30,0%), το μέσο wall motion score index (WMSI) στο μέγιστο της δοκιμασίας ήταν 1,3 ± 0,2 με μέσο ΔWMSI peak-to-rest 0,1 ± 0,1 (Πίνακας 1). **Συμπέρασμα:** Από το σύνολο των SE που διενεργήθηκαν στο ΚΕΗΤ, η δοκιμασία ήταν θετική στο 30,0% των περιπτώσεων, ενώ μείζονες επιπλοκές παρουσίασε το 1,8% των ασθενών.

Ηλικία (έτη)	63,5 ± 10,5	Επιτυχίες < με επιπλοκές, n (%)	99 (31)
		Μείζονες, n (%)	6 (1,8)
Φύλο (Α) n, (%)	221 (68,4)	Ασκήσιες	291 (90)
		Λόγω επιτεύχτης στόχου, n (%)	8 (2)
		Λόγω επιπλοκής, n (%)	291 (90)
Ιστορικό ΣΝ, n (%)	200 (62)	Επίτευξη στόχου HR, n (%)	45 (14)
		ΗΚΓ/φικές αλλαγές, n (%)	97 (30)
ΚΕΑΚ	≤40% 21 (7)	Μέσο rest WMSI	1,15 ± 0,2 / [1 - 2,06]
	41-49% 32 (10)	θετικών mean± SD/ min-max	
	≥50% 270 (83)		
Contrast	μόνο σε 177 (55)	Μέσο peak stress	1,3 ± 0,2 / [1 - 2,06]
	πυρήν και 87 (27)	WMSI θετικών ± SD/ min - max	
Handgrip, n (%)	323 (100)	Μέσο ΔWMSI (peak-to-rest)	0,1 ± 0,1 / [-0,41 - 0,59]
		θετικών ± SD / min - max	
Χρήση ατροπίνης, n (%)	51 (16)		
Μέγιστος ρυθμός έγχυσης δοβουταμίνης (μg/kg/min)	20 19 (6)		
	30 137 (43)		
	40 124 (38)		
	50 43 (13)		

Πίνακας 1. Δημογραφικά και υπερηχογραφικά στοιχεία του πληθυσμού.

ΣΝ: στεφανιαία νόσος, ΚΕΑΚ: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, HR: heart rate/ καρδιακή συχνότητα, ΗΚΓ/φικές: ηλεκτροκαρδιογραφικές, (Δ)WMSI: (διαφορά) wall motion score index

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**ΑΑ070 | Μέτρηση της επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας με ημιαυτόματη και χειροκίνητη μέθοδο σε ασθενείς μετά από πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου****Ν. Κουρής¹, Ε. Βιλλιώτης¹, Β. Κωστόπουλος¹, Β. Γόγολας¹, Ι. Σιωνίδη¹, Π. Μπουνας¹, Χ. Ολυμπιος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι η συνολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LVGLS) έχει καλύτερη προγνωστική αξία από το κλάσμα εξώθησης (LVEF). Όμως υπάρχουν διχογνωμίες αναφορικά με το σωστό τρόπο μέτρησης του LVGLS και τις διαφορές που ανακύπτουν από τη μέθοδο αλλά και από το μηχάνημα που χρησιμοποιείται. **Σκοπός** της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η σημαντικότητα των διαφορών του LVGLS μετρούμενο με την ημιαυτόματη και τη χειροκίνητη μέθοδο σε ασθενείς (Α) μετά από πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου (ΕΜ) που αντιμετωπίστηκαν με πρωτογενή αγγειοπλαστική. **Υλικό & μέθοδοι:** Πενήντα συνεχόμενοι Α (42 άνδρες), επιλεγμένοι για την ποιότητα των υπερηχοκαρδιογραφικών εικόνων τους, εκτιμήθηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά πριν από την έξοδό τους από το νοσοκομείο μετά από πρόσθιο ΕΜ (μ.ο. 5 ημέρες), που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με πρωτογενή αγγειοπλαστική. Πέραν των συμβατικών μετρήσεων και του LVEF με τη μέθοδο Simpson, μετρήθηκε και το LVGLS με την ημιαυτόματη μέθοδο (automated function imaging - AFI) και με τη χειροκίνητη (Q-analysis) από τις 3 κορυφαίες τομές, off-line, από τον ίδιο έμπειρο χειριστή. Στους 25 Α η μέτρηση του LVGLS έγινε από παλαιότερης τεχνολογίας μηχάνημα (GE Vivid 7 - EchoPAC software 110) και στους υπόλοιπους 25 Α από σύγχρονο μηχάνημα (GE Vivid E95 - EchoPAC software 204). **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των Α της μελέτης ήταν $57,52 \pm 11,35$ χρόνια και η μέση τιμή του μετρημένου LVEF $41,35 \pm 7,14\%$. Οι μέσες τιμές του LVGLS που μετρήθηκε με την ημιαυτόματη και τη χειροκίνητη μέθοδο ήταν $-10,99 \pm 2,53\%$ και $-10,24 \pm 2,39\%$ αντίστοιχα, $p < 0.0001$. Οι αντίστοιχες τιμές του LVGLS στα 2 μηχανήματα ήταν $-10,73 \pm 2,36\%$ και $-10,19 \pm 2,42\%$ αντίστοιχα, $p = 0.003$ για τα παλαιότερο και $-11,25 \pm 2,71\%$ και $-10,29 \pm 2,41\%$ αντίστοιχα, $p < 0.0001$ για το σύγχρονο. Οι διαφορές αποδίδονται κυρίως σε μικρότερου εύρους περιοχές ενδιαφέροντος (region of interest - ROI), που καταγράφονται στη χειροκίνητη μέθοδο. Η συσχέτιση LVGLS - LVEF έδειξε ότι η τιμή του LVEF που μετρήθηκε συσχετιζόταν καλύτερα με τις υψηλότερες τιμές του LVGLS που μετρήθηκαν με την ημιαυτόματη μέθοδο. **Συμπέρασμα:** Η ημιαυτόματη μέθοδος δίνει μεγαλύτερες τιμές μέτρησης του LVGLS συγκριτικά με τη χειροκίνητη, πιθανότατα λόγω του ευρύτερου ROI και φαίνεται ότι συσχετίζεται καλύτερα με το LVEF.

ΑΑ071 | ΤΟ STRESS-ONLY ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ CZT-CARDIO γ-CAMERA ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΟ**Μ. Κουτελού¹, Ε. Κυρώζη¹, Σ. Κιτζίρη¹, Ε. Δανιήλ¹, Κ. Περλεπέ¹, Π. Σωτηρίου¹, Ν. Παππάς¹, Ι. Ιακώβου², Α. Δρίτσας¹, Β. Βούδρης², Α. Θεοδωράκος¹**

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή Το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (MPI) είναι μια από τις βασικότερες μη επεμβατικές μεθόδους για τη διάγνωση και πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου. Συνήθως αποτελείται από την απεικόνιση μετά από δοκιμασία κόπωσης και κατόπιν στην ηρεμία. Στο πρωτόκολλο εξέτασης σπινθηρογραφήματος αιμάτωσης μυοκαρδίου stress only η φάση της ηρεμίας παραλείπεται εάν η μελέτη της κόπωσης είναι φυσιολογική και έχει παρόμοια προγνωστική αξία με αυτό της κλασικής εξέτασης stress-rest MPI. Το Ω.Κ.Κ είναι εξοπλισμένο με καινοτόμα state of the art Cadmium Zinc Telluride (CZT) γ-camera, η οποία διακρίνεται για την υψηλή ευαισθησία και την δυνατότητα δυναμικής μελέτης για την μέτρηση της αιματικής ροής σε ηρεμία και μετά αγγειοδιαστολή και ως εκ τούτου μέτρηση της αιματικής εφεδρείας. **Σκοπός** Η παχυσαρκία είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η δυνατότητα διενέργειας σπινθηρογραφήματος αιμάτωσης μυοκαρδίου stress only σε παχύσαρκους ασθενείς στην γ-camera με ανιχνευτές τύπου Cadmium Zinc Telluride (CZT), την DSPECT-cardio του οίκου Spectrum Dynamics. **Ασθενείς-Μέθοδος** Στο τμήμα πυρηνικής ιατρικής προσήλθαν 320 παχύσαρκοι ασθενείς από 10/2021 έως το 2/2023. Οι 235 είχαν παχυσαρκία τύπου II (BMI 35-39,9) και οι 85 παχυσαρκία τύπου III (BMI>40). Από αυτούς οι 105 ποσοστό 33% (52 άνδρες και 53 γυναίκες) υποβλήθηκαν σε πρωτόκολλο stress only Gated MPI. Η ηλικία τους ήταν 63,6 ± 1,1, ο μέσος δείκτης μάζας σώματος (BMI) ήταν 38,9 ± 0,3 και το κλάσμα εξώθησης 65,6% ± 5,4. Χορηγήθηκε ραδιοφάρμακο Sestamibi επισημασμένο με 99mTc, ενεργότητας σύμφωνα με της κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Εταιρείας Πυρηνικής Ιατρικής. **Αποτελέσματα** Στους ασθενείς με παχυσαρκία τύπου II χορηγήθηκε ενεργότητα 8,3 ± 0,2 mCi με μέσο χρόνο απεικόνισης 6,9 ± 0,2 λεπτά. Αντίστοιχα στους ασθενείς τύπου III χορηγήθηκε ενεργότητα 9,7 ± 0,3 mCi με χρόνο απεικόνισης 6,5 ± 0,3 λεπτά. Σε περίπτωση αμφιβολίας διενεργείτο και απεικόνιση σε όρθια θέση (upright position). Λόγω του πρωτοκόλλου stress only η ημερήσια κατανάλωση τεχνητού είναι μικρότερη που συνεπάγεται μικρότερη έκθεση του προσωπικού. **Συμπεράσματα** Η χρήση της CZT-cardio γ-camera καθιστά εφικτή τη stress only gated MPI στους παχύσαρκους, οι οποίοι αποτελούν μια από τις πιο δύσκολες ομάδες ασθενών λόγω της μεγάλης εξασθένησης του ραδιοφαρμάκου από το διάφραγμα και μεγάλου ποσοστού ψευδώς θετικών ευρημάτων. Η απεικόνιση stress only έχει πολλά πλεονεκτήματα επί πλέον της σημαντικά μικρότερης ακτινικής επιβάρυνσης τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η μείωση του κόστους της εξέτασης (μικρότερος χρόνος απεικόνισης, και μειωμένη ενεργότητα ραδιοφαρμάκου), ο μεγαλύτερος αριθμός εξετάσεων που μπορεί να πραγματοποιηθεί καθώς και μεγαλύτερο ποσοστό βαθμού ικανοποίησης των ασθενών λόγω της μικρότερης παραμονής τους στο τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής.

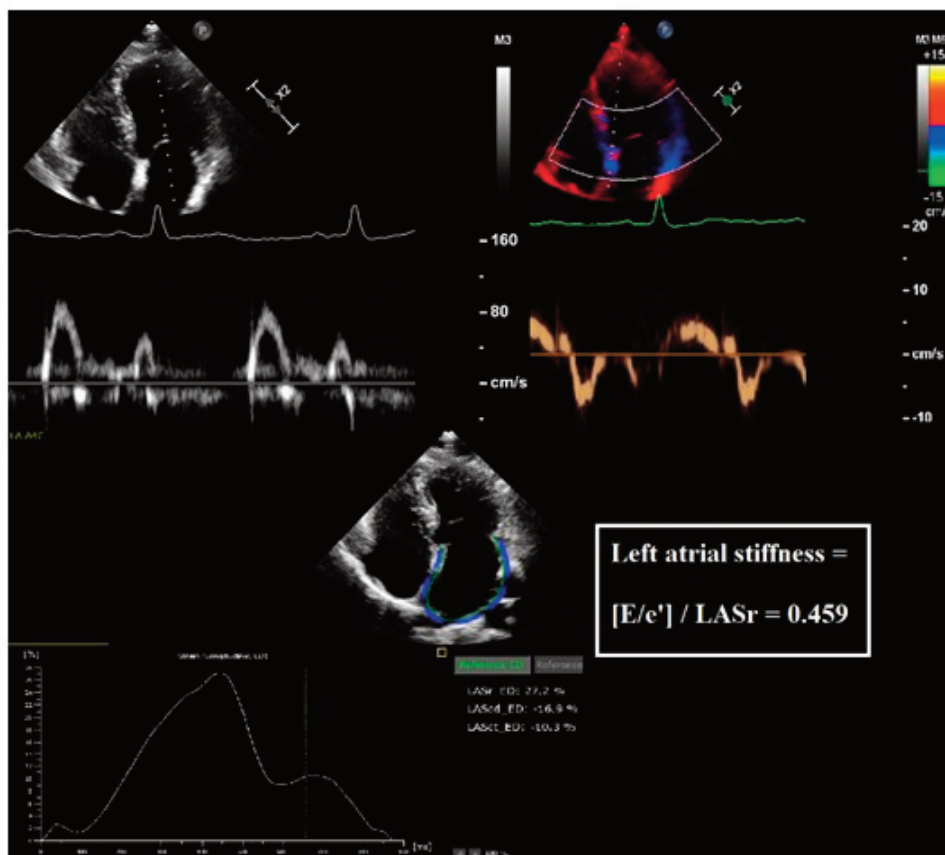
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023**AA072 | Η αξία των βιοδεικτών για την πρόβλεψη ισχαιμίας στο σπινθηρογράφημα του μυοκαρδίου****Μ. Κουτελού¹, Α. Καπελούζου², Σ. Γερονικολού², Α. Τσιαμπαλής³, Μ. Ε. Ζυματούρα³, Β. Μανήρα⁴, Π. Σωτηρίου⁴, Ν. Παππάς⁵, Δ. Κόκκινος²**¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο² Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Έρευνών της Ακαδημίας Αθηνών³ Καρδιολόγος, Συνεργάτης Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου⁴ Νοσηλεύτρια, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο⁵ Τεχνολόγος, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διενέργεια σπινθηρογραφήματος του μυοκαρδίου (ΣΠΜ) παραμένει η συχνότερη διαγνωστική μέθοδος για την ανεύρεση ισχαιμίας (ΙΣΧ). Εντούτοις είναι ακριβή και ενέχει έκθεση σε ακτινοβολία. Διερευνήσαμε κατά πόσον ορισμένοι βιοδείκτες δηλωτικοί φλεγμονής ή αυξημένης μυοκαρδιακής τάσης, ισχαιμίας μπορούν να προβλέψουν την ανάδειξη ΙΣΧ στο ΣΠΜ. **Υλικό και μέθοδος:** Υποβάλαμε σε ΣΠΜ 120 διαδοχικούς ασθενείς, 80 άνδρες και 40 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 64 και 67 ετών αντίστοιχα. Από αυτούς ανά 40 υπεβλήθησαν σε χορήγηση ρεγαδενοσόνης, δοκιμασία κόπωσης επί κυλιόμενου τάπητα κατά πρωτόκολλο Bruce και αδενωσίνης. Προ, αμέσως μετά, και 30 min μετά από κάθε δοκιμασία ελήφθησαν οι εξής βιοδείκτες: IL-6, MMP-9, MPO (ενδεικτικοί φλεγμονής), NT-ProBNP αύξηση ενδομυοκαρδιακής τάσης, hsTnI (ισχαιμία). **Αποτελέσματα:** Για όλους τους ΒΔ υπήρξε σαφής διαφορά μεταξύ αυτών με θετική (Θ) ή αρνητική (Α) δοκιμασία για ΙΣΧ. Η επιφάνεια AUC ήταν 1 για όλους τους ΒΔ πλην της IL-6 (0.566 προ ρεγαδενοσόνης και 0.719 προ αδενωσίνης). Κατόπιν αυτού δεν έγινε μελέτη αυξανόμενης αξίας με τον επιπρόσθετο προσδιορισμό του ενός ΒΔ. Ο αριθμός των υποβληθέντων σε στεφανιογραφία ασθενών (19) ήταν πολύ μικρός ώστε να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα. **Συμπεράσματα:** Η εξέταση κάθε ενός των μελετωμένων ΒΔ δηλωτικών φλεγμονής ή αυξημένης μυοκαρδιακής τάσης, ή ισχαιμίας μπορεί να προβλέψει την ανάδειξη ΙΣΧ σε ΣΠΜ με μεγάλη αξιοπιστία. Εξαιρείται μόνο η IL-6. Η εφαρμογή τεχνικών μη επιβλεπόμενης μηχανικής μάθησης, ανέδειξε την MPO ως τον δείκτη που ρυθμίζει με πιθανότητα >% τα επίπεδα των ΒΔ στο σύνολο των δοκιμασιών και χρόνων. Αυτό δεν είναι ανεξήγητο διότι η MPO ενέχεται και στη μείωση της καρδιακής διατασιμότητας και τη διήθηση του ισχαιμικού μυοκαρδίου από ουδετερόφιλα. Περαιτέρω ανάλυση είναι σε εξέλιξη.

AA073 | Η σκληρία του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με β-θαλασσαιμία
Δ. Πατσουράκος¹, Ι. Δημητρόγλου¹, Μ. Κούκος¹, Φ. Γιαλελή¹, Δ. Τσαρτσάλης¹, Η. Καλομπάτσου¹, Α. Καλομπάτσου¹, Σ. Ντελικού¹, Α. Ξυδάκη¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Αγγέλη¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η πρωιμότερη καρδιαγγειακή διαταραχή στους ασθενείς με β-θαλασ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

σαιμία είναι η διαστολική δυσλειτουργία και η καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) είναι ο επικρατέστερος καρδιακός φαινότυπος σε συμπτωματικούς ασθενείς. Η σκληρία του αριστερού κόλπου (LASI) έχει φανεί σε πρόσφατη μελέτη πως έχει προγνωστική αξία σε ασθενείς με HFpEF. Επιδίωξη της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της σκληρίας του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με β-θαλασσαιμία και η συσχέτιση με κλασικούς υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες διαστολικής λειτουργίας. **Υλικό και μέθοδος:** Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 60 ασθενείς με β-θαλασσαιμία (μέση ηλικία 38.7 ± 9.3 έτη, 48.3% άνδρες) και 29 υγιείς μάρτυρες, χωρίς διαφορά σε φύλο ή ηλικία. Υπολογίστηκαν το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF), ο λόγος E/e', ο δείκτης όγκου του αριστερού κόλπου (LAVI), η μέγιστη ταχύτητα ανεπάρκειας τριγλώχινας (TVR) και η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου στη φάση reservoir (LASr). Επίσης καταγράφηκαν οι



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

τιμές T2* από την μαγνητική τομογραφία καρδιάς στην ομάδα ασθενών. Η σκληρία του αριστερού κόλπου (LASI) υπολογίστηκε ως ο λόγος $[E/e']/LASr$. Δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με LVEF <0%. Η εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας έγινε βάσει των E/e', LAVI και TVR.

Αποτελέσματα: Ο δείκτης LASI βρέθηκε αυξημένος στους ασθενείς συγκριτικά με τους μάρτυρες (0.30 ± 0.22 vs 0.18 ± 0.06 , $p = 0.003$). Οι ασθενείς με διαστολική δυσλειτουργία ($n = 16$) είχαν αυξημένο LASI και ελαττωμένο LASr συγκριτικά με τους ασθενείς με φυσιολογική διαστολική λειτουργία ($n = 20$) (0.49 ± 0.35 vs 0.21 ± 0.05 , $p = 0.001$ και $34.0 \pm 15.6\%$ vs $42.1 \pm 6.7\%$, $p = 0.043$ αντίστοιχα). Οι ασθενείς με απροσδιόριστη διαστολική λειτουργία ($n = 24$) είχαν LASI = 0.26 ± 0.08 και LASr = $45.5 \pm 13.6\%$. Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ LASI και T2*. **Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με β-θαλασσαιμία και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα διαστολικής δυσλειτουργίας έχουν αυξημένο LASI. Το μυοκαρδιακό φορτίο σιδήρου δεν σχετίζεται με το LASI. Σημαντικό ποσοστό ασθενών είχαν απροσδιόριστη διαστολική λειτουργία βάσει των κλασικών υπερηχοκαρδιογραφικών κριτηρίων και οι νεότεροι δείκτες, όπως οι LASI και LASr, θα μπορούσαν να αποσαφηνοποιήσουν αυτές τις περιπτώσεις.

AA074 | **Αρνητική προγνωστική αξία του Stress Echo για καρδιαγγειακά συμβάματα - Η εμπειρία του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου «Δ. Μπελντέκος»**

B. Γαρδικιώτη¹, A. E. Καλέση¹, M. Καρακώστα¹, A. Αρχοντίκης¹, N. Αρνάς¹, Δ. Ντιλούδη¹, N. Μίαρης¹, Σ. Λιναρδάκης¹, H. Καστής¹, Δ. Μπαρμπαγιάννης¹, Γ. Γαβριελάτος¹, N. Παπακωνσταντίνου¹, Π. Ζάχος¹, N. Κάσιμος¹, A. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹

¹ ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος»/ Καρδιολογική κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»

Εισαγωγή/Σκοπός: Το stress echo (SE) παρουσιάζει υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), η οποία ωστόσο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εκπαίδευση και την εμπειρία του χειριστή αλλά και τη χρησιμοποιούμενη τεχνική. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να αποτυπώσει την εμπειρία του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας (ΚΕΗΤ) «Δ. Μπελντέκος» σχετικά με την αρνητική προγνωστική αξία του SE για καρδιαγγειακά συμβάματα ή/ και ανάγκη επαναγγείωσης. **Υλικό και μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε αναδρομικά, περιλαμβάνοντας όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε SE στο ΚΕΗΤ από τον Ιανουάριο του 2021 έως και το Δεκέμβριο του 2021 και η εξέταση κρίθηκε «αρνητική για ισχαιμία μέχρι την επιτευχθείσα συχνότητα». Ως στόχος της δοκιμασίας ορίστηκε το 85% της προβλεπόμενης για την ηλικία μέγιστης καρδιακής συχνότητας (220-ηλικία) και για την επίτευξή του χορηγήθηκε δοβουταμίνη σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις ($10-50 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) ανά τρίλεπτα στάδια, handgrip και σε κάποιες περιπτώσεις μικρή δόση ατροπίνης (έως 1mg). Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) 12 απαγωγών κατεγράφη στην ηρεμία και σε όλα τα στάδια. Κατά περίπτωση χρησιμοποιήθηκε παράγοντας ηχωναντίεσης. Στο πλαίσιο της παρακολούθησης εκλήθησαν τυχαιοποιημένα 70 άτομα. **Αποτελέσματα/Συζήτηση:** Εκ των 226 εξεταζομένων [$62,6 \pm 11$ έτη, 149 άρρενες (66,0%)], οι 136 (61,0%) είχαν γνωστό ιστορικό ΣΝ και οι 13 (6,0%) κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <40%.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

Σε μεγαλύτερη συχνότητα απαιτήθηκε μέγιστος ρυθμός έγχυσης δοβουταμίνης 30 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ (94 άτομα, 41,0%), σε όλους (100,0%) χρησιμοποιήθηκε handgrip και στους 36 (16,0%) χορηγήθηκε ατροπίνη. Στις 194 δοκιμασίες (86,0%) επετεύχθη η συχνότητα στόχος. Μόνο ελάχιστονες επιπλοκές παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας [43 άτομα (19,0%)], ενώ ενδοκοιλιακή κλίση πίεσης κατεγράφη σε 13 (6,0%) δοκιμασίες (Πίνακας 1). Στη φάση της παρακολούθησης (μέσος χρόνος παρακολούθησης 24 ± 4 μήνες), από τα 70 άτομα που επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία και εκλήθησαν, ανευρέθησαν τα $n_1 = 66$ (94,0%). Οι παράγοντες κινδύνου για ΣΝ των ατόμων αυτών παρατίθενται στον Πίνακα 1. Εξ αυτών ένας μόνο (1,5%) ανέφερε καρδιαγγειακό σύμβαμα (έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST) κατά το διάστημα παρακολούθησης και 12 άτομα (18,0%) υπεβλήθησαν εκλεκτικά σε στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας, με αποφρακτική ΣΝ που χρήζει επαναγγείωσης να ανευρίσκεται σε 6 άτομα (9,0%) (Πίνακας 1). **Συμπεράσματα:** Σε 7 άτομα (10,6%), εκ των 66 ασθενών με αρνητική δοκιμασία, παρουσιάστηκε ανάγκη επαναγγείωσης σε διάστημα παρακολούθησης 24 ± 4 μηνών, ποσοστό που συμβαδίζει με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Ηλικία (έτη)	62,6 \pm 11	Επίτευξη στόχου HR, n (%)	194 (86)		
Φύλο (Α) n, %	149 (66)	ΗΚΓ/φικές αλλαγές, n (%)	9 (4)	Επί των ανευρεθέντων [n, 66]:	
Ιστορικό ΣΝ, n (%)	136 (61)	Ενδοκοιλιακή κλίση πίεσης	13 (6)	Ενεργοί καπνιστές, n ₁ (%)	18 (27)
ΚΕΑΚ	$\leq 40\%$	Δοκιμασίες με επιπλοκές, n (%)	43 (19)	ΑΥ, n ₁ (%)	46 (70)
	41-49%	Μειζονες, n (%)	0 (0)		
	$\geq 50\%$	Ελάχιστονες, n (%)	43 (19)		
Contrast	μόνο σε ηρεμία και peak, n (%)	Διακοπή λόγω επίτευξης στόχου, n (%)	194 (86)	ΣΔ, n ₁ (%)	23 (35)
	σε όλη τη δοκιμασία, n (%)	λόγω επιπλοκής, n (%)	8 (4)	Δυσλιπιδαιμία, n ₁ (%)	46 (70)
Μέγιστος ρυθμός έγχυσης δοβουταμίνης ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$)	20	Μέσος χρόνος FU (μήνες)	24 \pm 4	Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, n ₁ (%)	21 (32)
	30				
	40				
	50				
Handgrip, n (%)	226 (100)	Εκλήθησαν / ανευρέθησαν για FU, n	70 / 66	Καρδιαγγειακά συμβάματα, n ₁ (%)	1 (1,5)
Χρήση ατροπίνης, n (%)	36 (16)			ΣΦ έλεγχος, n ₁ (%)	12 (18)
				Ανάγκη για επαναγγείωση, n ₁ (%)	6 (9)

Πίνακας 1. Δημογραφικά και υπερηχογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, και δεδομένα εκ της παρακολούθησης.

ΣΝ: στεφανιαία νόσος, ΚΕΑΚ: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, HR: heart rate/ καρδιακή συχνότητα, ΗΚΓ/φικές: ηλεκτροκαρδιογραφικές, FU: follow-up/ παρακολούθηση, ΑΥ: αρτηριακή υπέρταση, ΣΔ: σακχαρώδης διαβήτης, ΣΦ: στεφανιογραφικός

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

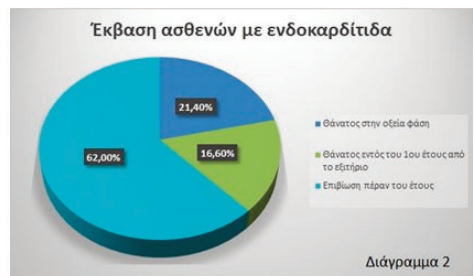
ΑΑ075 | Επιπλοκές, πρόγνωση και αντιμετώπιση σε σειρά ασθενών με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα

Α.Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Μαρίτσα¹, Α. Βασιλειάδου¹, Α. Καλύβη¹, Α. Αρχοντίκης¹, Α. Πλαϊτή¹, Π. Σκαντζίκας¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Δ. Ντιλούδη¹, Δ. Μπαρμπαγιάννης¹, Π. Ζάχος², Α. Δεστούνης¹, Ν. Κάσινος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί μια κλινική οντότητα που σχετίζεται με συχνές επιπλοκές, οι οποίες αυξάνουν ακόμη περισσότερο την ήδη υψηλή θνητότητα της νόσου. Κυριότερες εξ' αυτών είναι η τοπική επέκταση της νόσου, με δημιουργία αποστήματος και ψευδοανευρύσματος, η διάτρηση (perforation), η παραβαλβιδική ανεπάρκεια και η στένωση των προσθετικών βαλβίδων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των επιπλοκών, της αντιμετώπισης και της έκβασης των ασθενών που διαγνώθηκαν και παρακολούθηθηκαν στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας (Κ.Ε.Η.Τ) «Δ. Μπελντέκος» από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2023. **ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ** Καταγράφηκαν όλα τα περιστατικά που διεγνώσθησαν με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα με βάση τα τροποποιημένα κριτήρια κατά Duke, από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2023. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε διαθωρακική και σε διοισοφάγειο ηχοκαρδιογραφική μελέτη. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα έθεσε την κλινική υποψία σε 28 (66,7%) από τους 42 ασθενείς, με το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα να διενεργείται για επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για αναγνώριση επιπλοκών, ενώ 3 (7,1%) εκ των ασθενών χρειάστηκε να υποβληθούν σε 18F-FDG PET/CT προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Σχετικά με το μέγεθος των εκβλαστήσεων, 13 ασθενείς (30,9%) παρουσίαζαν μεγάλες (>15mm) εκβλαστήσεις. Από τους ασθενείς που καταγράφηκαν, οι 12 παρουσίασαν κάποια επιπλοκή (28,5%), με συχνότερες τη δημιουργία αποστήματος ή/και ψευδοανευρύσματος (4 περιστατικά - 9,5% των ασθενών με ενδοκαρδίτιδα) και τη διάτρηση (4 ασθενείς-9,5%, οι 3 με διάτρηση αορτικής πτυχής και 1 με διάτρηση μιτροειδικής γλωχίνας). Ακολουθούν σε μικρότερο ποσοστό η παραβαλβιδική ανεπάρκεια, με καταγραφή 2 περιστατικών (16,6%) και η απόφραξη προσθετικής σε 2 εκ των ασθενών (διάγραμμα 1). Εκ των 42 ασθενών, οι 7 (16,6%) παρουσίασαν οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, με τους 6 εξ αυτών να οδηγούνται σε επείγουσα



ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023

χειρουργική παρέμβαση και 1 να καταλήγει άμεσα. Ως προς την αντιμετώπιση, 13 ασθενείς (30,9%) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, 15 (34,8%) οδηγήθηκαν σε χειρουργική παρέμβαση (4 εξ' αυτών σε κατεπείγουσα ή επείγουσα βάση και οι υπόλοιποι μετά την ολοκλήρωση της φαρμακευτικής αγωγής) και 9 απεβίωσαν στην οξεία φάση. Από τους ασθενείς που εξήλθαν από το νοσοκομείο (33 ασθενείς - 78,6%) οι 7 (21,2%) απεβίωσαν εντός του πρώτου έτους (Διάγραμμα 2). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η παρούσα καταγραφή υπογραμμίζει την υψηλή θνητότητα της νόσου και την ανάγκη διενέργειας διοισοφαγείου, ακόμη και σε ασθενείς που η διάγνωση έχει ήδη τεθεί από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

AA076 | ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΟΛΩΣΗΣ ΣΕ ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ε. Αλέξη¹, Ε. Ευαγγέλου¹, Ι. Σταυρίδου¹, Α. Σεχίδου¹, Ε. Λίτσου¹, Ζ. Γκουλέτσου¹, Ε. Ζουρνατζίδου¹, Μ. Τορνικίδου¹, Ε. Δουπκαρίδου¹, Μ. Κηπουροπούλου¹, Π. Σοροπούλου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφερόντων ηλεκτροκαρδιογραφημάτων (ΗΚΓ) της κλινικής μας από επείγουσες και οξείες καρδιαγγειακές παθήσεις, ώστε να ευαισθητοποιήσουμε τους συναδέλφους νοσηλευτές στην εκμάθηση και αναγνώριση σοβαρών διαταραχών στο ΗΚΓ και να συμβάλουμε τελικά στην έγκαιρη αντιμετώπιση των ασθενών, υποβοηθώντας το Ιατρικό έργο. **Υλικό-Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε ευρήματα από ΗΚΓ (διαταραχές ρυθμού και αναπόλωσης) όπως καταγράφηκαν από τον τρικάναλο ηλεκτροκαρδιογράφο της καρδιολογικής κλινικής, το καταγραφικό του monitor επί κλίνης, το καταγραφικό του απινιδωτή, από τη κεντρική οθόνη παρακολούθησης των συνδεδεμένων στο monitor ασθενών και τέλος από τα Holter ρυθμού της Καρδιολογικής κλινικής. **Αποτελέσματα:** Στα ΗΚΓ αποτελέσματά μας παρουσιάζονται συγκεκριμένα διαφορετικές και ενδιαφέρουσες περιπτώσεις ασθενών της κλινικής: α) Ταχυ- βραδυαρρυθμίες που περιλαμβάνουν: κολπικό πτερυγισμό και παύση 6,33 sec, κολπικό πτερυγισμό και LBBB, (κοιλιακή ταχυκαρδία) VT Concordance στις προκάρδιες απαγωγές, βηματοδοτικό ρυθμό μετά από εμφύτευση προσωρινού βηματοδότη, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακή μαρμαρυγή με απινίδωση 300J και μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία μετά από θρομβόλυση με τενεκτεπλάση (Metalyse) β) Έμφραγμα μυοκαρδίου/ ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια: έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI) κατώτερο, STEMI κατώτερο με συμμετοχή δεξιάς κοιλίας (RV), υπεροξεία φάση εμφράγματος, αποκλεισμός αριστερού σκέλους (LBBB), ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (OEM) κατώτερο θρομβολυθέν και επακόλουθος πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός γ) Ηλεκτρολυτικές διαταραχές: υπερασβεστιαμία, υποκαλιαιμία. **Συμπεράσματα:** Η πρώιμη αναγνώριση σοβαρών ΗΚΓ αλλοιώσεων ρυθμού και αναπόλωσης συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση επείγουσών καρδιαγγειακών καταστάσεων και στην βέλτιστη αντιμετώπιση του καρδιαγγειακού ασθενούς. Αναμφίβολα ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος πολλές φορές αποτελεί την πρώτη επαφή με τον ασθενή, στην αναγνώριση του παθολογικού ΗΚΓ προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στον ιατρό και όφελος χρόνο για το μυοκάρδιο και τον ασθενή.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY OCTOBER 12th 2023AA077 | **Θετικό σπινθηρογράφημα καρδιάς με Tc-99m DPD-SPECT:****Η διάγνωση δεν είναι πάντα ATTR αμυλοείδωση!****Μ. Κουτελού¹, Ι. Παναγιωτόπουλος¹, Ε. Καστρίτης², Γ. Ευθυμιάδης¹,****Α. Δούμας³**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR) αποτελεί μια σπάνια αλλά σοβαρή διηθητική νόσο. Το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με DPD έχει αναδειχθεί ως η πλέον αποτελεσματική, μη επεμβατική, πολύ ευαίσθητη και απόλυτα ειδική μέθοδος διάγνωσης της καρδιακής ATTR αμυλοείδωσης. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών στους οποίους η επιπλέον εργαστηριακή διερεύνηση αποκαλύπτει AL αμυλοείδωση ή άλλου είδους νόσο, παρά το θετικό σπινθηρογράφημα με DPD. Περιγράφουμε την εμπειρία από το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και το κέντρο παρακολούθησης διηθητικών μυοκαρδιοπαθειών της καρδιολογικής κλινικής του ΑΧΕΠΑ. **Υλικά και μέθοδος** Όλοι οι ασθενείς με υποψία καρδιακής ή και εξωκαρδιακής προσβολής από αμυλοείδωση υποβάλλονται σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με Tc-99m DPD. Με αυτόν τον τρόπο έχουν εξεταστεί πάνω από 500 ασθενείς. Η περαιτέρω διαγνωστική προσέγγιση βάσει κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων, περιλαμβάνει εργαστηριακή διερεύνηση και παρεμβατικές τεχνικές (λ.χ. βιοψία).

Αποτελέσματα Από το σύνολο 76 ασθενών με θετικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου Grade 2 ή 3 κατά Perugini κλίμακα, 8 ασθενείς στον έλεγχο για αποκλεισμό παραπρωτεϊναιμίας, αποδείχθηκε ότι έπασχαν από AL Αμυλοείδωση. Από τους ασθενείς αυτούς, 3 παρουσίασαν πρόσληψη Grade 3, οι υπόλοιποι βαθμολογήθηκαν με Grade 2, ή 2 προς 3. Επιπλέον, μία ασθενής παρουσίασε εκσεσημασμένη και ασυνήθιστη καθήλωση ραδιοφαρμάκου στα μαλακά μόρια σε όλο το σώμα, άνευ καρδιακής συμμετοχής. Τα ευρήματα αυτά έγειραν υποψίες και ακολούθησε ανάλυση κ και λ αλύσων στον ορό καθώς και ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών στον ορό και στα ούρα των συγκεκριμένων ασθενών. Η τελική διάγνωση ήταν AL αμυλοείδωση. **Συμπέρασμα** Η αξία του DPD σπινθηρογραφήματος στη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη είναι αδιαμφισβήτητη. Ωστόσο, τα θετικά σπινθηρογραφήματα μυοκαρδίου με DPD, δεν πρέπει αυτομάτως να οδηγούν στη διάγνωση ATTR αμυλοείδωσης. Είναι ζωτικής σημασίας η εργαστηριακή διαφοροδιάγνωση μεταξύ ATTR και ALαμυλοείδωσης, καθώς μεταβάλλεται δραματικά τόσο η πρόγνωση όσο και η θεραπευτική στρατηγική. Ο εργαστηριακός αποκλεισμός παραπρωτεϊναιμίας είναι απαραίτητο βήμα και ουσιαστικό βήμα στον διαγνωστικό αλγόριθμο της ATTR αμυλοείδωσης, για όλα τα θετικά σπινθηρογραφήματα μυοκαρδίου με διφωσφονικούς ιχνηθέτες, δεδομένου ότι >% των ασθενών, με πρόσληψη Grade 3 και 2, μπορεί να υποκρύπτουν AL αμυλοείδωση.

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**E-POSTERS
FRIDAY,
OCTOBER 13th 2023**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες I

Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση

Παρουσίαση Περιστατικού I

Προληπτική καρδιολογία

Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες I**Πρόεδροι: **A. Βαλάτσου** (Αθήνα), **E. Πράππα** (Αθήνα)**AA078 | Το μυοκαρδιακό έργο της αριστερής κοιλίας βελτιώνεται ως απάντηση στη θεραπεία και σχετίζεται με την επιβίωση των ασθενών με AL καρδιακή αμυλοείδωση****I. Πετρόπουλος¹, A. Μπριασούλης¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, A. Ρεμπάκος¹, P. Πάτρας¹, Φ. Θεοδωράκου¹, Π. Κωστάκου¹, M. E. Τσελεγκίδη¹, N. Μακρής¹, M. A. Δημόπουλος¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, E. Καστρίτης¹, K. Σταματελόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

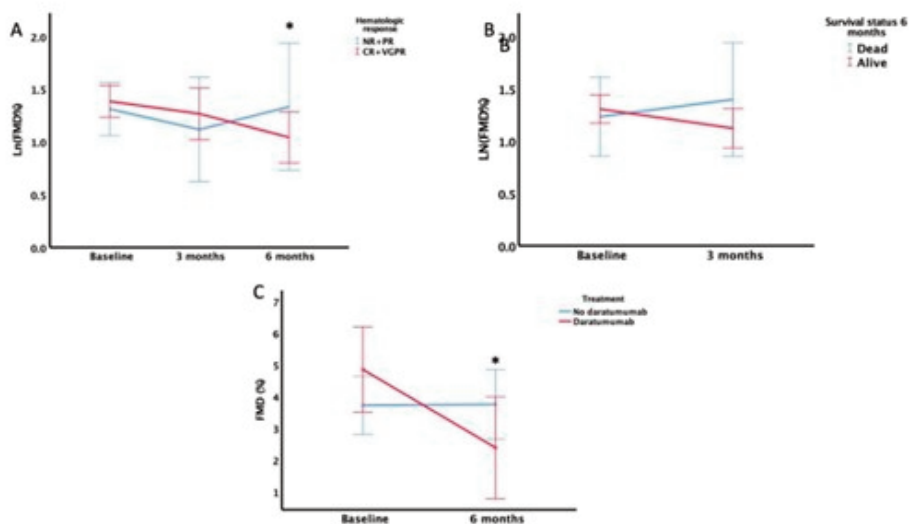
Εισαγωγή: Η πλήρης αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία της AL καρδιακής αμυλοείδωσης (AL-CA) μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της λειτουργίας του μυοκαρδίου και σε καλύτερη κλινική έκβαση. Οι νεότεροι ηχοκαρδιογραφικοί δείκτες της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας και ιδιαίτερα το μυοκαρδιακό έργο δεν έχουν μελετηθεί διεξοδικά στους ασθενείς αυτούς. **Σκοπός:** Να αξιολογηθεί η επίδραση της ανταπόκρισης στην θεραπεία για την AL-CA στους ηχοκαρδιογραφικούς δείκτες της παραμόρφωσης του μυοκαρδίου και του μυοκαρδιακού έργου και η προγνωστική τους σημασία. **Μέθοδοι:** Συμμετείχαν 61 συνεχόμενοι, νεοδιαγνωσθέντες με AL-CA ασθενείς που παρουσιάστηκαν στο Κέντρο Εμπειρογνομωσύνης Αμυλοείδωσης της Θεραπευτικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α. και έλαβαν ειδική θεραπεία για τη νόσο. Υποβλήθηκαν σε πλήρη ηχοκαρδιογραφική μελέτη συμπεριλαμβανομένων της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS) και των παραμέτρων του μυοκαρδιακού έργου της αριστερής κοιλίας (GWI, GCW, GWW και GWE) κατά την έναρξη και μετά από 1 έτος. Οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν ανάλογα με την αιματολογική ανταπόκριση ως πλήρως (hemCR) ή μη πλήρως ανταποκρινόμενοι (non hemCR). **Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της διάμεσης τιμής του NT-proBNP (2.771 σε 1.486 pg/mL, $p < 0,001$), του πάχους του οπίσθιου τοιχώματος (PWT) (13 σε 12mm, $p = 0,002$) και αύξηση του δείκτη του συνολικού έργου (GWI) (1.115 σε 1.356 mmHg%, $p = 0,018$) κατά το 1 έτος, στο σύνολο των ασθενών. Οι hem CR παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση του πάχους του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (από 14,2 σε 12,0mm; $p = 0,006$), βελτίωση του GLS (από -11.6 σε -13.1%; p για την αλληλεπίδραση=0.045), αύξηση του GCW (1.245 σε 1.436 mmHg%; $p = 0.008$) και του GWI (926 σε 1250 mmHg%, $p = 0,002$) σε σύγκριση με τους non hemCR. Επιπλέον, οι μεταβολές του GLS ($Rho = -0,35$ $p < 0,001$) και του GWI ($Rho = -0,32$ $p = 0,02$) συσχετίστηκαν με τις μεταβολές του NT-proBNP. Οι ασθενείς με βελτίωση των GLS και GWI είχαν καλύτερη πρόγνωση ακόμα και μετά την προσαρμογή για το στάδιο κατά Mayo, το φύλο και την αιματολογική ανταπόκριση (HR= 1.404 95% CI ανά 1% αύξηση του GLS, $p = 0.046$ και HR=0,996 ανά 1mmHg% αύξηση του GWI, 95% CI, $p = 0,042$) **Συμπεράσματα:** Η πλήρης αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία σχετίζεται με βελτιωμένους τους ηχοκαρδιογραφικούς δείκτες παραμόρφωσης και μυοκαρδιακού έργου της αριστερής κοιλίας και οι μεταβολές τους σχετίζονται με την επιβίωση στην AL-CA.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA079 | Οι μεταβολές στην επαγόμενη από την ροή αγγειοδιαστολή της βραχιόνιας αρτηρίας σχετίζονται με την αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία και την επιβίωση στην πρωτοπαθή συστηματική AL αμυλοείδωση****I. Πετρόπουλος¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Ρ. Πάτρας¹, Δ. Δελιαλής¹, Φ. Θεοδωρακάκου¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Γ. Ζέρβας¹, Α. Κυριαζοπούλου¹, Α. Μπριασούλης¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Μ.Α. Δημόπουλος¹, Ε. Καστρίτης¹, Κ. Σταματελόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής συστηματική αμυλοείδωση (AL) χαρακτηρίζεται από επηρεασμένη ενδοθηλιακή λειτουργία και παθολογική αντιδραστική αγγειοδιαστολή. Ειδικότερα η αυξημένη αντιδραστική αγγειοδιαστολή, όπως εκτιμάται με τη εξαρτώμενη από την ροή αγγειοδιαστολή (FMD), έχει συσχετιστεί ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Η επίδραση της ειδικής θεραπείας για AL αμυλοείδωση στην FMD δεν έχει μελετηθεί. **Σκοπός:** Να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών της FMD της βραχιόνιας αρτηρίας και της ανταπόκρισης στην ειδική θεραπεία σε ασθενείς με AL αμυλοείδωση. **Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια μονοκεντρική, προοπτική, διαχρονική μελέτη που περιλαμβάνει διαδοχικούς νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με AL που παρουσιάστηκαν στο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αμυλοείδωσης της Θεραπευτικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., οι οποίοι έλαβαν ειδική για τη νόσο θεραπεία. Αξιολογήσαμε την FMD τους ασθενείς προ της έναρξης της θεραπείας, στους 3 και στους 6 μήνες. Η ανταπόκριση στη θεραπεία αξιολογήθηκε στους 6 μήνες, σύμφωνα με τα κριτήρια της συνήθους κλινικής πρακτικής και στη συνέχεια οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για την επιβίωση. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 124 ασθενείς (N=69, 55.6% άνδρες) με AL αμυλοείδωση συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, με μέση ηλικία (66.4 ± 9.8 έτη), κατάταξη κατά NYHA=2 (N= 46, 35%) και στάδιο κατά Mayo 2 (N= 49, 37%) κατά την έναρξη. Συνολικά 65 ασθενείς (75.6%) πέτυχαν πλήρη (CR) ή πολύ καλή μερική ανταπόκριση(VGPR) στους 6 μήνες, ενώ 21 ταξινομήθηκαν ως μερικώς (PR) ή μη ανταποκρινόμενοι (NR). Οι ασθενείς που πέτυχαν είτε CR είτε VGRPR, παρουσίασαν σημαντικά μειωμένη FMD στους 6 μήνες, σε σύγκριση με την αρχική τιμή (4.41% έναντι 3.55%, p-value=0.029, Wilcoxon signed-rank test). Αντίστοιχα, σε σύγκριση με την αρχική τιμή, μόνο οι ασθενείς που επέζησαν στους 6 μήνες (N=78) παρουσίασαν σημαντική μείωση της FMD (4.29% έναντι 4.11%, p-value=0.027, Wilcoxon signed-rank test) σε σύγκριση με τους μη επιζήσαντες που δεν άλλαξαν την FMD τους. Ειδικότερα, η αυξημένη μείωση της FMD (κάτω από τη διάμεση μεταβολή) στους 3 μήνες συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας(OR=0.125, 95% CI: 0,020- 0,783, p-value=0,032, λογιστική παλινδρόμηση), ανεξάρτητα από το στάδιο Mayo και την αιματολογική ανταπόκριση. Τέλος, μεταξύ των ασθενών με αιματολογική ανταπόκριση, οι ασθενείς που έλαβαν daratumumab στο θεραπευτικό τους σχήμα (N=17) παρουσίασαν σημαντικά μειωμένη FMD στους 6 μήνες συγκριτικά με τους ασθενείς που έλαβαν άλλες θεραπείες (2.92% έναντι 4.15%, p-value=0.029, Wilcoxon signed-rank test). **Συμπέρασμα:** Η μείωση της FMD σχετίζεται με την αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία και αυξημένη επιβίωση σε ασθενείς με πρωτοδιάγνωση AL αμυλοείδωσης που λαμβάνουν 1η γραμμή θεραπείας.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα Α. Προοπτικές μεταβολές της FMD σε: Α) Ανταποκρινόμενοι (N=65)(κόκκινη γραμμή) έναντι μη ανταποκρινόμενων στη θεραπεία (N= 21)(μπλε γραμμή) * Σημαντικά μειωμένη σε σύγκριση με την αρχική τιμή για την ομάδα των ανταποκρινόμενων (p-value= 0,029), Β) Επιβιώσαντες (N=78)(κόκκινη γραμμή) έναντι θανόντων ασθενών(μπλε γραμμή) στους 6 μήνες. Σημαντική μείωση της FMD στους επιβιώσαντες (p-value= 0,027), Γ) Ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία και έλαβαν daratumumab (N= 17)(κόκκινη γραμμή) και άλλες θεραπείες (μπλε γραμμή). Σημαντική μείωση της FMD στην ομάδα που έλαβε daratumumab (p-value= 0,029). Συντομογραφίες FMD= Flow Mediated Dilatation, NR=Non-Responders, PR= Partial responders, VGPR= Very Good Partial Responders, CR= Complete Responders



AA080 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENNE

Αικ. Γιαννακοπούλου¹, Α. Δ. Μπελεγρίνος¹, Μ. Τσότρα¹,
Μ. Κατσαλούλη¹, Ε. Καρανάσιος¹

¹ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μυϊκή δυστροφία Duchenne (DMD) οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο της δυστροφίνης στο χρωμόσωμα Χρ21. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με DMD που επιβιώνουν μέχρι την τρίτη δεκαετία της ζωής τους εμφανίζουν διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (DCM). Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει περιφερική μυϊκή αδυναμία, DCM, καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνια

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

αναπνευστική ανεπάρκεια. Σκοπός της μελέτης ήταν η πρώιμη διάγνωση της DCM σε παιδιά και νεαρούς εφήβους με στόχο την πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση. **ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 22 άρρενες ασθενείς με DMD με μέση ηλικία 12,5±1.8 ετών. Εκτιμήθηκαν με διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία (TTE) παράμετροι συστολικής λειτουργίας της LV όπως το κλάσμα εξώθησης (LVEF), το κλάσμα βράχυνσης (FS), και η τμηματική κινητικότητα της LV καθώς και η διαστολική λειτουργία με ιστικό Doppler (TDI). Μετρήθηκαν η πρώιμη διαστολική ταχύτητα του δακτυλίου της μιτροειδούς (Ea), η αναλογία (E/Ea) και τέλος το συνολικό strain με speckle tracking echocardiography (STE). Οι ίδιοι ασθενείς υποβλήθηκαν και σε μαγνητική τομογραφία (cMRI). Μελετήθηκε η όψιμη ένταση σήματος μετά την χορήγηση γαδολίνιου (LGE) στην T1 ακολουθία για να αναδειχθεί τυχόν μυοκαρδιακή ίνωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κανένας ασθενής δεν ανέφερε κλινικά συμπτώματα και όλοι είχαν φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία. Δεκαέξι ασθενείς είχαν φυσιολογικό LVEF $\geq 65\%$ και FS $>35\%$ χωρίς τμηματικές υποκινησίες και με τις δύο μεθόδους. Σε δώδεκα από αυτούς (75%) αναδείχθηκε στην cMRI, LGE στο κατώτερο και πλάγιο τοίχωμα με συμμετοχή και του μεσοκοιλιακού διαφράγματος παρόλη την έλλειψη ευρημάτων στο TTE. Έξι ασθενείς (27%) με ήπια επηρεασμένο το κλάσμα εξώθησης LVEF $<55\%$ στο TEE, στην cMRI είχαν εκτεταμένη και διάχυτη LGE. Στο σύνολο των ασθενών το STE έδειξε global strain μικρότερο από $< 18\%$ σε 2 (9%) ασθενείς. Ο ένας από αυτούς εμφάνισε κοιλιακή αρρυθμιογένεση στο Holter ρυθμού. Στην TDI υπερηχογραφία, κανένας ασθενής δεν ανέδειξε διαστολική δυσλειτουργία. Με βάση τα πρώιμα αυτά ευρήματα χορηγήθηκαν σε 18 ασθενείς (81,8% των συνολικών ασθενών) σταδιακά ως πρώτη γραμμή πρόληψης περινδοπρίλη, καρβεδιλόλη και σπειρονολακτόνη με στόχο την καθυστέρηση της εξέλιξης και κλινικής εμφάνισης DMD-DCM. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η DCM και η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελούν σημαντικές επιπλοκές στη DMD. Το 2D strain echo και η CMR μπορούν να βοηθήσουν στην πρώιμη διάγνωση της καρδιακής συμμετοχής και στην βελτίωση της πρόγνωσης με την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης καρδιοπροστατευτικής αγωγής.

AA081 | **Ο ρόλος της δεξιάς κοιλιο-αρτηριακής σύζευξης στην παρουσία συμπτωμάτων σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**

A. Αγγελόπουλος¹, E. Οικονόμου², A. Αντωνόπουλος¹, Π. Θεοφίλης¹, K. Καλογεράς³, Γ. Λάζαρος¹, Γ. Σιάσος³, Δ. Τούσουλης¹, K. Τσιούφης¹, X. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών "Η Σωτηρία"

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (Hypertrophic Cardiomyopathy-HCM) είναι η πιο συχνή κληρονομική μυοκαρδιοπάθεια. Χαρακτηριστικό στοιχείο της HCM αποτελεί η μυοκαρδιακή ίνωση η οποία οδηγεί στην εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, αρρυθμιών, και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (sudden cardiac death-SCD). Σκοπός: Η ανάδειξη των παραγόντων οι οποίοι συσχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

κειας και την λειτουργική ικανότητα των ασθενών με HCM. **Υλικό και μέθοδος:** Σε αυτή τη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 43 ασθενείς με HCM. Σύμφωνα με τη λειτουργική τους ικανότητα και την παρουσία συμπτωμάτων, οι ασθενείς αυτοί κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την ταξινόμηση New York Heart Association (NYHA), και πραγματοποιήθηκαν υπερηχοκαρδιογραφικές μετρήσεις για την εκτίμηση της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 6λεπτη δοκιμασία βόδισης (6-minute walk test distance-6MWT) και σύμφωνα με τη διάμεση τιμή που ήταν τα 550m, κατηγοριοποιήθηκαν στα group με υψηλό και χαμηλό 6MWT. Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της δεξιάς κοιλιο-αρτηριακής σύζευξης (right ventriculo-arterial coupling-RVAC) έγινε με τον υπολογισμό του λόγου της μέγιστης ταχύτητας ιστικού Doppler τριγυλχινικού δακτυλίου(tricuspid annular peak systolic tissue Doppler velocity-TASV)/ εκτιμώμενη συστολική πίεση δεξιάς κοιλίας (RV systolic pressure-RVSP). **Αποτελέσματα:** Σχεδόν οι μισοί ασθενείς, 22(51%) του πληθυσμού της μελέτης παρουσίαζαν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και κατηγοριοποιήθηκαν ως το συμπτωματικό group- NYHA 2 ή υψηλότερο. Η μέγιστη κλίση πίεσης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (maximum LVOT gradient), η RVSP, καθώς και ο λόγος E/e' ήταν υψηλότερα στο group των συμπτωματικών σε σχέση με τους ασυμπτωματικούς ασθενείς. Η τιμή TASV παρουσιάστηκε χαμηλότερη στο group των συμπτωματικών σε σχέση με τους ασυμπτωματικούς ασθενείς (11 ± 1 cm/sec εν. 13 ± 2 cm/sec, $p=0.04$). Το SCD risk score δεν παρουσίασε διαφορά μεταξύ των δύο group της μελέτης. Η τιμή του RVAC (όπως εκτιμήθηκε με το λόγο TASV/RVSP) ήταν χαμηλότερη στο group των συμπτωματικών σε σχέση με τους ασυμπτωματικούς ασθενείς (0.32 ± 0.09 εν. 0.46 ± 0.11 , $p<0.001$). Σύμφωνα με το 6MWT, οι ασθενείς με υψηλότερη επίδοση παρουσίαζαν μικρότερη ηλικία, άρρεν φύλο, χαμηλότερες τιμές maximum LVOT gradient και RVSP, ενώ είχαν υψηλότερο RVAC. **Συμπεράσματα:** Οι Χαμηλές τιμές του δείκτη RVAC (όπως εκτιμάται με το λόγο TASV/RVSP) αποτελούν έναν υπερηχοκαρδιογραφικό δείκτη επηρεασμένης δεξιάς κοιλιο-αρτηριακής σύζευξης σε ασθενείς με HCM που σχετίζεται με έκπτωση του λειτουργικού τους σταδίου.

Πίνακας: Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης.				
	Πληθυσμός μελέτης (43)	"Ασυμπτωματικοί" / NYHA 1 Ομάδα (21)	"Συμπτωματικοί" / NYHA ≥2 Ομάδα (22)	p-value
Ηλικία (έτη)	54±15	47±16	60±12	0.005
Γυναίκεο φύλο (%)	40	24	54	0.04
LVEF (%)	59±5	60±5	58±6	0.10
LA diam (mm)	44±6	43±7	46±6	0.14
LV wall maximum thickness (mm)	18±4	17±2	18±6	0.23
LVOT maximum Gradient (mmHg)	32±30	17±16	46±45	0.03
LVOT maximum gradient >30mmHg (%)	42	28	65	0.02
RVSP (mmHg)	33±11	28±5	38±13	0.02
TASV (cm/sec)	12±2	13±2	11±1	0.04
E/e'	13±6	11±4	15±6	0.03
RVAC	0.40 ± 0.12	0.46±0.11	0.32±0.09	<0.001
SCD risk score (%)	2.74 (1.67, 4.28)	1.79 (1.40, 2.86)	3.67 (2.56, 4.47)	0.09
Καρδιακή συχνότητα (bpm)	68±12	65±10	72±13	0.11
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	122±15	120±14	124±15	0.36
Διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	79±8	79±10	79±5	0.90

LVEF: left ventricle ejection fraction; LA diam: left atrium diameter; LVOT: left ventricular outflow tract; RVSP: Right ventricular systolic pressure; TASV: tricuspid annular peak systolic tissue Doppler velocity; RVAC: right ventricular arterial coupling; SCD: sudden cardiac death.

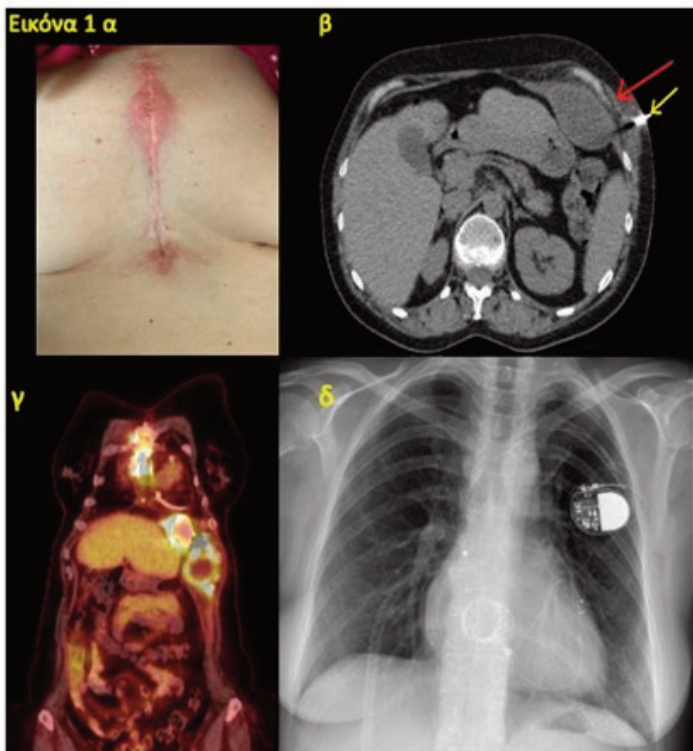
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

**ΑΑ082 | Διλήμματα και επιπλοκές στις συγγενείς καρδιοπάθειες:
αντιμετώπιση λοίμωξης επικαρδιακού βηματοδότη σε ασθενή
με ανωμαλία Ebstein**

**T. Κλογέρι¹, N. Μηλαράς¹, Π. Δούρβας¹, Β. Μαντζιάρης¹,
Π. Κωστάκης¹, Σ. Μπελεχάκης¹, Σ. Τσαλαμανδράκης¹, Σ. Ξιδερής¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ανωμαλία Ebstein, είναι μια σπάνια συγγενής καρδιοπάθεια, με συχνότητα περίπου 1 ανά 20.000 γεννήσεις. Χαρακτηρίζεται πρωτίστως από κορυφαία μετατόπιση της διαφραγματικής γλωχίνας της τριγλώχινας βαλβίδας και συχνά προκαλεί σημαντικό βαθμό ανεπάρκεια. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδας. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οδήγησε στην αύξηση του αριθμού



Εικόνα 1 α) εικόνα φλεγμονής του στέρνου βλαβερική τομογραφία, με κόκκινο βέλος απεικονίζεται η κοιλότητα ενώ με κίτρινο η βελόνα παρακέντησης γ) PET-CT με εικόνα πρόσληψης ραδιοφαρμάκου στον επικαρδιακό βηματοδότη και στα καλώδιά του καθώς και στο στέρνο δ) ακτινογραφία θώρακος όπου εκτιμάται η βαλβίδα Edwards, ο βηματοδότης και το καλώδιο του στο στεφανιαίο κόλπο, καθώς και ενταφιασμένο επικαρδιακό καλώδιο βηματοδότης που δεν αφαιρέθηκε

των επιζώντων ασθενών, καθώς και στην εμφάνιση μακροχρόνιων επιπλοκών που χρήζουν ιδιαίτερης προσέγγισης. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 53 ετών προσήλθε για αντικατάσταση γεννήτριας του επικαρδιακού βηματοδότη που έφερε από 13ετίας λόγω δυσλειτουργίας από αύξηση ουδού βηματοδότησης. Ο βηματοδότης είχε εμφυτευθεί λόγω εμφάνισης πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού μετά την αρχική χειρουργική αντιμετώπιση της ανωμαλίας. Επιπροσθέτως, λόγω στένωσης της βιοπροσθετικής βαλβίδας, είχε υποβληθεί σε διακαθετηριακή εμφύτευση βαλβίδας Edwards (valve in valve). Κατά την εξέταση παρουσίαζε ερυθρότητα και οροροή στην περιοχή του στέρνου με ήπια αύξηση δεικτών

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

φλεγμονής, χωρίς εμφάνιση εμπυρέτου (Εικόνα 1α). Από αξονική τομογραφία θώρακος απεικονίσθηκε κοιλότητα περίξ της γεννήτριας του επικαρδιακού βηματοδότη, η οποία παρακεντήθηκε υπό αξονική καθοδήγηση (Εικόνα 1β). Η καλλιέργεια του υγρού δεν ανέδειξε παρουσία μικροβίου. Ωστόσο λόγω υψηλής υποψίας λοίμωξης προχωρήσαμε σε διενέργεια FDG-PET-CT, όπου αναδείχθηκε φλεγμονή στην κοιλότητα που επεκτεινόταν έως το στέρνο μέσω των βηματοδοτικών καλωδίων (Εικόνα 1γ). **Αποτέλεσμα:** Αποφασίστηκε η χειρουργική αφαίρεση του επικαρδιακού βηματοδότη και ο χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής του στέρνου. Πριν την αφαίρεση του επικαρδιακού έγινε τοποθέτηση διαφλέβιου βηματοδότη μέσω του στεφανιαίου κόλπου αφού δεν υπήρχε εναλλακτική οδός (Εικόνα 1δ). Από την καλλιέργεια των αφαιρούμενων υλικών ανεπτύχθη *staphylococcus Epidermidis*. Έλαβε αντιβιοτική αγωγή για 8 εβδομάδες και εξήλθε του νοσοκομείου άπυρετη και ασυμπτωματική. **Συμπεράσματα:** Τα άτομα με συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα ασθενών που συχνά παρουσιάζουν επιπλοκές ακόμα και αρκετά έτη μετά την αρχική χειρουργική αντιμετώπιση. Πρέπει να υπάρχει αυξημένη επαγρύπνηση για πιθανές επιπλοκές, καθώς και συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων για επιτυχή αντιμετώπιση.

AA083 | Περιστατικό μη συμπαγούς μυοκαρδίου: μια διάγνωση πρόκληση
**E. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Π. Βαλάκη¹, Δ. Ράπτης¹, Μ. Καρακώστα²,
N. Κάσινος², Θ. Φλώρος³, Κ. Μιχαηλίδης³, Ε. Αλεξίου³, Ε. Μπράχος¹,
N. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

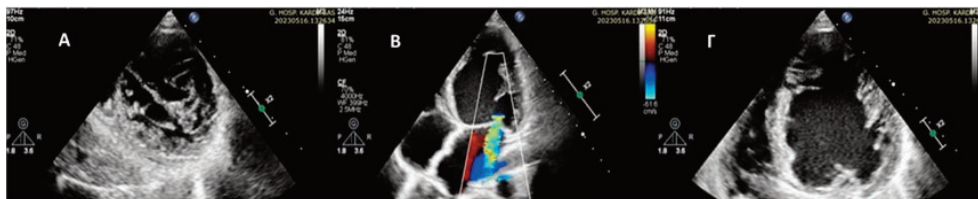
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λάρισας

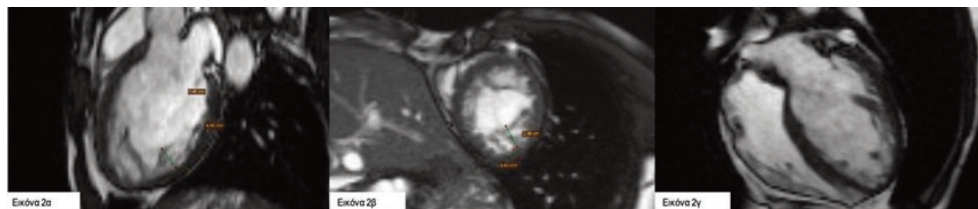
Εισαγωγή/Σκοπός: Το Μη Συμπαγές Μυοκάρδιο (ΜΣΜ) αποτελεί ένα ξεχωριστό φαινότυπο με γενετική ετερογένεια. Είναι η πιο πρόσφατα ταξινομημένη μορφή μυοκαρδιοπάθειας και χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικές δοκιδώσεις της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), συχνότερα στην περιοχή της κορυφής. Σχετίζεται με διάταση και υπερτροφία της ΑΚ, συστολική ή/και διαστολική δυσλειτουργία της, αλλά και με διάφορες μορφές συγγενούς καρδιοπάθειας, ενώ η γενετική κληρονομικότητα προκύπτει σε τουλάχιστον 30-50 % των ασθενών αυτών. **Υλικά/Μέθοδος:** Παρουσιάζεται περιστατικό της κλινική μας με ΜΣΜ **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άνδρα, 44 ετών με ατομικό ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου σε έδαφος νεφρολιθίασης και στένωσης νεφρικών αρτηριών, ο οποίος νοσηλεύτηκε στην κλινική μας λόγω πρωτοδιαγνωσθείσας καρδιακής ανεπάρκειας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφάνιζε μη ειδικού τύπου διαταραχές επαναπόλωσης, ενώ το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (ΤΤΕ) ανέδειξε οριακών διαστάσεων ΑΚ με αυξημένη δοκιδωση των μέσων και κορυφαίων τμημάτων της και σοβαρή έκπτωση της συστολικής απόδοσης, τουλάχιστον μετρίου βαθμού ανεπάρκειας μιτροειδούς και τριγλώχινας με συνοδό πνευμονική υπέρταση. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) με την κλινική υποψία του ΜΣΜ, η οποία επιβεβαίωσε την αυξημένη δοκιδωση της ΑΚ με λόγο μη συμπαγούς προς συμπαγές μυοκάρδιο -2,3 και μάζα του ΜΣΜ -45g/m², ευρήματα συμβατά με ΜΣΜ. **Συμπεράσματα:** Η βελτίωση και η προσβασιμότητα των απεικονιστικών τεχνικών έχει αυξήσει τον αριθμό

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

των ανιχνευθέντων ασθενών με σαφώς αυξημένη δοκίδωση της ΑΚ, η οποία δεν ταυτίζεται απαραίτητα με μυοκαρδιοπάθεια. Δυστυχώς όμως τα διαγνωστικά κριτήρια του ΜΣΜ παραμένουν ασαφή και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την απεικονιστική μέθοδο, αλλά και από την ερευνητική ομάδα, γεγονός που αντικατοπτρίζει τη δυσκολία της διάγνωσης, καθώς και την ανάγκη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της. Επομένως, ο κλινικός γιατρός καλείται να απαντήσει στο ερώτημα αν το ΜΣΜ είναι μία ξεχωριστή μυοκαρδιοπάθεια ή ένας φαινότυπος στα πλαίσια κάποιας άλλης υποκείμενης νόσου.



Εικόνα 1: Α,Γ. Διάταση ΑΚ με αυξημένη δοκίδωση στην περιοχή της κορυφής και στο πλάγιο τοίχωμα Β. Σημαντική ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας



Εικόνα 2: CMR. Διάταση ΑΚ με αυξημένη δοκίδωση στα κορυφαία τμήματα (λόγος ΜΣΜ προς συμπαγές ~2.8)

ΑΑ084 | Παρουσίαση περιστατικού πρωτοδιαγνωθείσας αρρυθμογόνου μυοκαρδιοπάθειας

Π. Βαλάκη¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Γ. Φάκας¹, Δ. Ράπτης¹,
Μ. Καρακώστα², Α. Ε. Καλέση², Ε. Πράππα⁴, Ν. Κάσιнос², Ε. Νύκταρη³,
Ε. Μπράχος¹, Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹

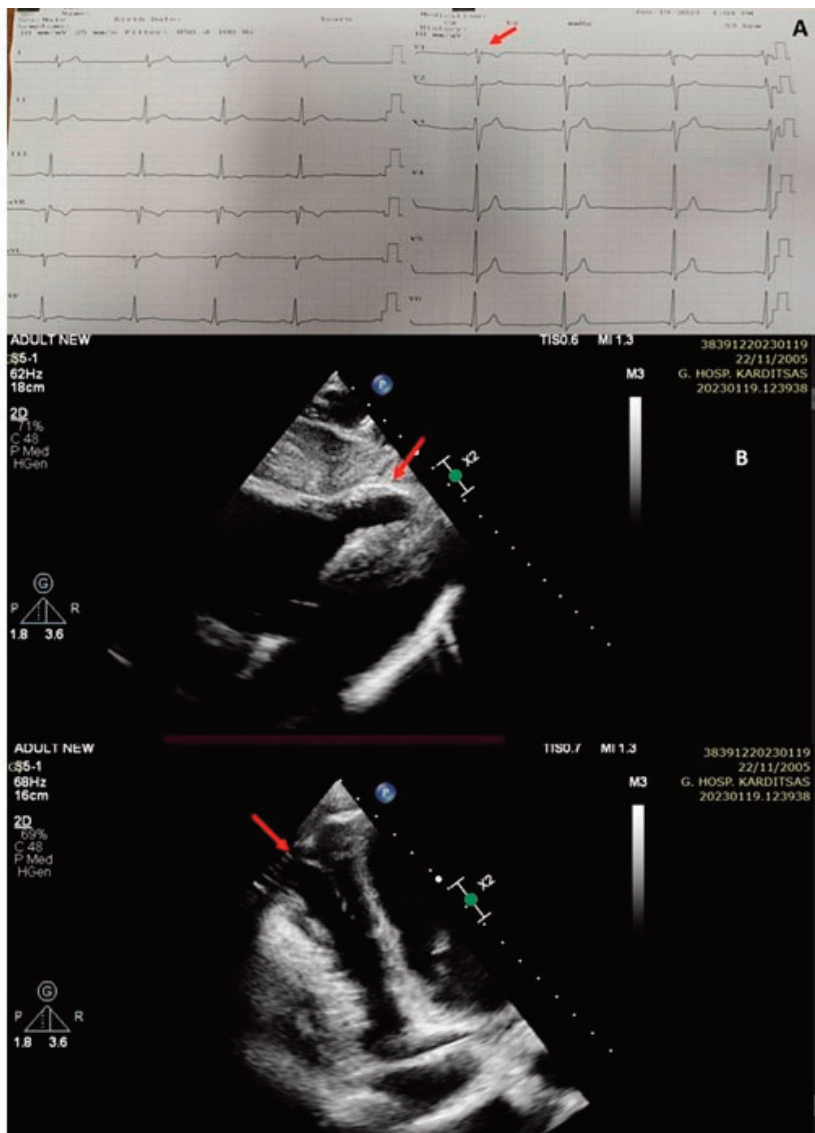
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

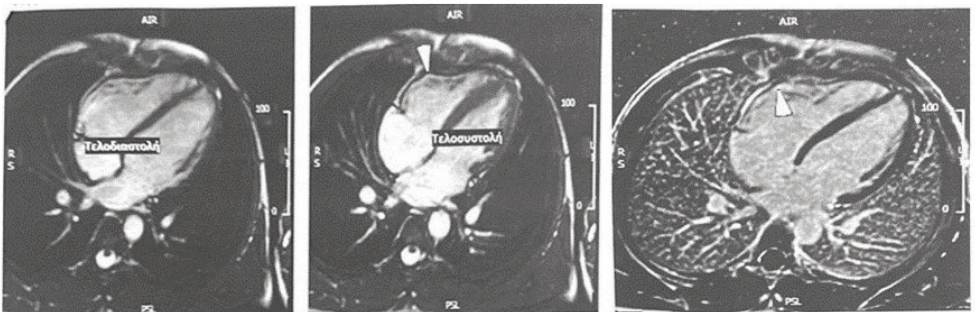
Εισαγωγή/Σκοπός: Η αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια (ΑΜ) είναι οικογενές νόσημα, που χαρακτηρίζεται από προοδευτική δυστροφία του κοιλιακού μυοκαρδίου και αντικατάσταση από ινολιπώδη ιστό, η οποία κλινικά μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο ή κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες. Είναι νόσος των πρωτεϊνών των δεσμοσωματίων και οφείλεται σε μεταλλάξεις των γονιδίων που τις κωδικοποιούν. Μεταβιβάζεται κυρίως με τον

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 1: Α. ΗΚΓ του ασθενούς με παρουσία πιθανού κύματος ε στην απαγωγή V1 (βέλος) Β. ΤΤε: Διαταραχή κινητικότητα στην περιοχή της κορυφής της ΔΚ (βέλη)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα ή σπανιότερα με αυτοσωματικό υπολειπόμενο. Αποτελεί ορισμό - ομπρέλα, καθώς έχει αντικαταστήσει τον παλαιότερο ορισμό της αρρυθμογόνου δυσπλασίας της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) και περιλαμβάνει τρεις φαινοτύπους: i) την μεμονωμένη προσβολή της ΔΚ ή σημαντική προσβολή αυτής με συνυπάρχουσα προσβολή της αριστεράς κοιλίας (ΑΚ), ii) προσβολή κυρίως της ΑΚ, iii) ταυτόχρονη σημαντική προσβολή και των δύο κοιλιών. **Υλικό/μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΜ. **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άνδρα 17 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, ο οποίος εξετάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία της καρδιολογικής κλινικής του νοσοκομείου μας, μετά από πρόσφατο αιφνίδιο θάνατο του αδερφού του σε ηλικία 18 ετών κατά την διάρκεια άθλησης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με παρουσία πιθανού κύματος ε και συνοδό αρνητικό κύμα Τ στην απαγωγή V1, ενώ από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (ΤΤΕ) ανεδείχθη σχετική διάταση ΔΚ με ικανοποιητική συσταλτικότητα, φυσιολογικών διαστάσεων χώρος εξόδου της ΔΚ και συνοδό διαταραχή κινητικότητας στην περιοχή της κορυφής της ΔΚ. Η ΑΚ ήταν φυσιολογικών διαστάσεων με καλή συνολική συσπαστικότητα. Ο ασθενής ετέθη σε 24ωρη καταγραφή ρυθμού και δοκιμασία κόπωσης, χωρίς να παρατηρηθούν παθολογικά ευρήματα. και παραπέμφθηκε για διενέργεια μαγνητικής καρδιάς (CMR), στην οποία ανευρέθη μικρή δυσκινητική περιοχή στην μεσότητα του ελευθέρου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας με συνοδό παθολογική καθυστερημένη εναπόθεση γαδολινίου (LGE) στην εν λόγω περιοχή, χωρίς παθολογικά ευρήματα από την αριστερή κοιλία. Ο έλεγχος για ανεύρεση όψιμων δυναμικών απέβη θετικός. Διενεργήθηκε γονιδιακός έλεγχος, ο οποίος ήταν αρνητικός. Εν συνεχεία διενεργήθηκε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη για πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας, στην οποία δεν ανευρέθηκαν παθολογικά δυναμικά ή κοιλιακές αρρυθμίες, με σύσταση για εμφύτευση καταγραφέα βρόγχου (ILR). **Συμπεράσματα:** Η διάγνωση της νόσου βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία περιλαμβάνουν λειτουργικές και δομικές διαταραχές της καρδιάς, όπως αυτές αναδεικνύονται με το ΤΤΕ, αλλά και τη CMR, ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές εκπόλωσης και επαναπόλωσης, καταγραφή αρρυθμιών, θετικό οικογενειακό ιστορικό και ευρήματα από τη βιοψία καρδιάς. Η επίπτωση του αιφνιδίου θανάτου είναι <1% ετησίως, ενώ όσοι έχουν υποστεί καρδιακή ανακοπή ή κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες έχουν ένδειξη για εμφύτευση απινιδωτή.



Εικόνα 2: CMR - μικρή δυσκινητική περιοχή στην μεσότητα του ελευθέρου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας με συνοδό παρουσία LGE (βέλη)

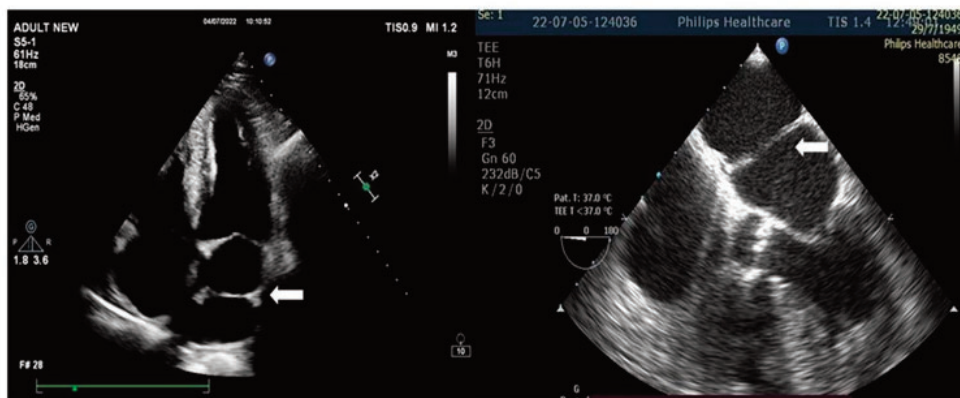
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA085 | Κολπικές Μεμβράνες: κλινικό πρόβλημα ή τυχαίο εύρημα
**Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Α. Πούλιου¹, Π. Βαλάκη¹, Δ. Ράπτης¹,
 Γ. Φάκας¹, Μ. Καρακώστα², Α. Ε. Καλέση², Ν. Κάσιнос², Ε. Μπράχος¹,
 Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹**

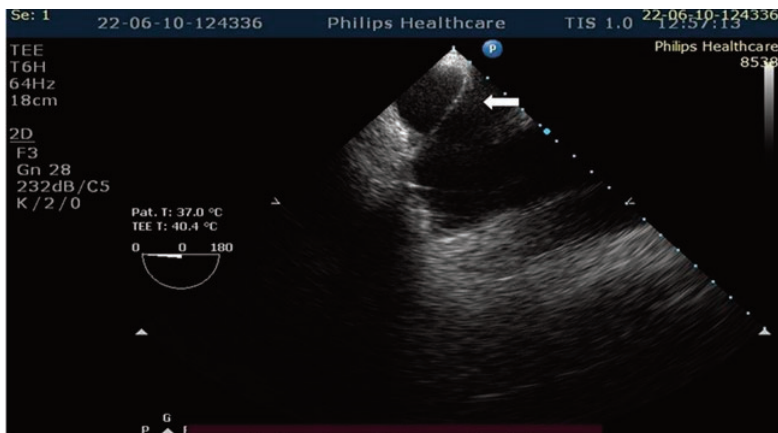
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι κολπικές μεμβράνες (ΚΜ) είναι λεπτές ινομυώδεις ταινίες, οι οποίες δύνανται να διαιρέσουν είτε τον αριστερό (cor triatriatum sinister) είτε το δεξιό κόλπο (cor triatriatum dexter) κι έτσι να δημιουργηθούν τρία κολπικά διαμερίσματα. Οι ΚΜ στον αριστερό κόλπο είναι συχνότερες και προκαλούν αποφρακτικά φαινόμενα ποικίλης βαρύτητας, ανάλογα με την παρουσία ή όχι σπών. Δεν πρέπει να συγχέονται με τον υπερβαλβιδικό μιτροειδικό δακτύλιο, ο οποίος βρίσκεται οπίσθια του ωτίου. Αποτελούν σπάνια συγγενή ανωμαλία (0.1-0.4%), ενώ στο 80% περίπου των περιπτώσεων στον παιδιατρικό πληθυσμό συνδυάζονται με άλλες συγγενείς καρδιοπάθειες, με συχνότεστερες τη δευτερογενή μεσοκολπική επικοινωνία και τη μερική ανώμαλη εκβολή των πνευμονικών φλεβών. **Υλικό/Μέθοδος:** Παρουσιάζονται δύο περιστατικά του Παιδοκαρδιολογικού Ιατρείου και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων της κλινικής μας με τυχαία ανίχνευση ΚΜ. **Αποτελέσματα:** Το πρώτο περιστατικό αφορά σε άνδρα 72 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) αιτώμενος δύσπνοια προσπάθειας σταδιακά επιδεινούμενης. Από το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) διαπιστώθηκε σημαντική μικτή νόσος αορτικής βαλβίδας και παρουσία ΚΜ εντός του αριστερού κόλπου, η οποία ωστόσο δεν προκαλούσε αποφρακτικά φαινόμενα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δι-οισοφάγιο μελέτη (ΤΟΕ), στην οποία επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα της διαθωρακικής μελέτης, ενώ δεν αναδείχθηκαν συνοδές συγγενείς ανωμαλίες. Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε γυναίκα 69 ετών με ιστορικό χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής και μιτροειδούς



ΕΙΚΟΝΑ 1: Στιγμιότυπο από διαθωρακικό (αριστερά) και διοισοφάγιο υπερηχογράφημα (δεξιά) από το πρώτο περιστατικό. Με το βέλος σημειώνεται μεμβράνη αριστερού κόλπου

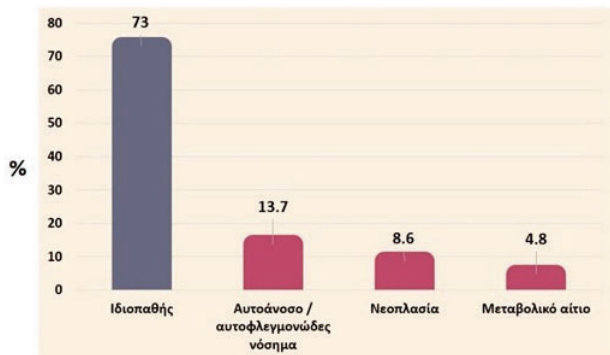
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΕΙΚΟΝΑ 2: Στιγμιότυπο από διοισοφάγειο υπερηχογράφημα από το δεύτερο περιστατικό. Με το βέλος σημειώνεται μεμβράνη στο δεξιό κόλπο.

ΑΑ086 | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΗ ΙΟΓΕΝΗ-ΜΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Γ. Λάζαρος¹, Α. Λαζάρου¹, Σ. Καζάνας¹, Φ. Ορφανός¹, Γ. Μαρίνος¹, Χ. Βλαχόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Οι μη ιδιοπαθείς (ειδικές / δευτεροπαθείς) μορφές οξείας περικαρδίτιδας αποτελούν υποομάδα περικαρδιακών συνδρόμων με υψηλό κλινικό ενδιαφέρον λόγω της αυξημένης πιθανότητας επιπλοκών. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας μπορεί να διαγνωσθούν στην οξεία φάση ή κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης με ειδικό αίτιο οξείας περικαρδίτιδας. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με υψηλότερη πιθανότητα ειδικού αιτίου περικαρδίτιδας με τη χρήση δεδομένων που συλλέγονται κατά την αρχική κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση, είναι σημαντική για την περαιτέρω εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση. **Μέθοδοι:** Τον πληθυσμό της παρούσας προοπτικής μελέτης παρελθόντος αποτέλεσαν 315 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας μεταξύ Σεπτεμβρίου 2010 και Ιουλίου 2021. Κατά την αρχική εξέταση των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έγινε καταγραφή δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών δεδομένων. Οι συμπεριληφθέντες ασθενείς είχαν μελετηθεί προοπτικά με ελάχιστο χρόνο παρακολούθησης τους 18 μήνες. Κατά την περίοδο παρακολούθησης καταγράφηκαν όλες οι περιπτώσεις διάγνωσης ειδικών μορφών περικαρδίτιδας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με λογαριθμιστική εξάρτηση και το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η μετέπειτα διάγνωση δευτεροπαθών μορφών οξείας περικαρδίτιδας. **Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 315 ασθε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

νείς νοσηλεύόμενοι με πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας. Ειδικό αίτιο περικαρδίτιδας διαγνώστηκε σε 85 ασθενείς (27%) (Εικόνα 1). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση το γυναικείο φύλο [OR 2.63, (95% CI 1.06 , 6.49)] και οι χαμηλότερες τιμές του αιματοκρίτη [OR 0.64 (95% CI 0.56 , 0.73)] συσχετίστηκαν με αυξημένη επίπτωση ειδικού αιτίου. Αντίθετα, τα υψηλότερα κλάσματα εξώθησης σχετίστηκαν με μειωμένη πιθανότητα διάγνωσης ειδικού αιτίου [OR 0.93, (95%

CI 0.87 , 0.99)]. Τέλος, η μέγιστη διαστολική διάμετρος της περικαρδιακής συλλογής εμφάνισε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση [OR 1.88, (95% CI 1.10 , 3.22)] με ειδικό αίτιο, ενώ η ύπαρξη περικαρδιακής συλλογής σαν ποιοτική μεταβλητή σχετίστηκε αρνητικά με τη διάγνωση ειδικού αιτίου περικαρδίτιδας [OR 0.12, (95% CI 0.03 , 0.51)]. **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το φύλο, ο αιματοκρίτης, το κλάσμα εξώθησης, η παρουσία και το μέγεθος της περικαρδιακής συλλογής υγρού αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες μη ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας. Οι ασθενείς με δευτεροπαθή περικαρδίτιδα θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδελεχή έλεγχο για τη διάγνωση και στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου.

AA087 | Επίδραση της αντιρετροϊκής θεραπείας στη μυοκαρδιακή και αρτηριακή λειτουργία ασθενών που δεν έχουν λάβει θεραπεία με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).

Κ. Κατωγιάννης¹, Γ. Παυλίδης¹, Ε. Κατσανάκη¹, Ι. Θύμης¹, Ε. Μιχαλοπούλου¹, Γ. Κωστέλλη¹, Δ. Καββαδά¹, Α. Αντωνιάδου¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) σχετίζεται με ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάντα. Διερευνήσαμε τις επιδράσεις της αντιρετροϊκής αγωγής στη μυοκαρδιακή και αγγειακή λειτουργία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με HIV. **Ασθενείς και μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 60 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με HIV (42,11±9,66 έτη, 85% άνδρες). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στον νεότερο αναστολέα ντεγκράσης Dolutegravir ή στον παλαιότερο αναστολέα πρωτεάσης Darunavir/Cobicistat. Μετρήσαμε μόλις πριν την έναρξη της θεραπείας και 12 μήνες μετά από αυτή: i) τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με τεχνική speckle tracking, ii) το συνολικό έργο (GWI),

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

το ωφέλιμο έργο (GCW), το σπαταλούμενο έργο (GWW) και την απόδοση ως προς το έργο της αριστερής κοιλίας της (GWE), μέσα από καμπύλες επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και περιφερικής αρτηριακής πίεσης), iii) την εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα μετά από χορήγηση αδενσοσίνης (CFR), με Doppler υπερηχογραφία και iv) την περιοχική άρδευσης των τριχοειδών (Perfused Boundary Region - PBR) που σχετίζεται αντίστροφα με το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στα υπογλώσσια αρτηρίδια (εύρος 5-25 μm, δείκτης αντιστρόφως σχετιζόμενος με το πάχος του γλυκοκάλυκα). Οι αρχικές μετρήσεις συγκρίθηκαν με τις τιμές 30 υγιών μαρτύρων με παρόμοια χαρακτηριστικά ως προς την ηλικία, το φύλο και τους παράγοντες κινδύνου. **Αποτελέσματα:** Κατά τη διάγνωση, οι ασθενείς με HIV είχαν επηρεασμένη μυοκαρδιακή και ενδοθηλιακή λειτουργία καθώς και λεπτότερο πάχος ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Δώδεκα μήνες μετά την παρέμβαση οι ασθενείς με HIV βελτίωσαν τη λειτουργία του μυοκαρδίου, όπως αξιολογήθηκε από τα GLS, GWI και GCW καθώς και την ενδοθηλιακή λειτουργία, όπως αξιολογήθηκε με αύξηση του CFR και μείωση του PBR5-25. Η ανταπόκριση στη θεραπεία ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων θεραπείας. Παρόλα αυτά, σε ασθενείς με HIV 12 μήνες μετά τη θεραπεία, τόσο η λειτουργία του μυοκαρδίου και του ενδοθηλίου όσο και ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας εξακολουθούσαν να είναι επηρεασμένα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. **Συμπεράσματα:** Η αντιρετροϊκή θεραπεία σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με HIV βελτιώνει μερικώς τη μυοκαρδιακή και αρτηριακή λειτουργία μετά από 12 μήνες.

	GROUP (N=30)	baseline (N=30))	Post TREATMENT (N=30)	baseline vs controls)	treatment vs controls)
AGE	40.34±8.55	42.11±9.66	42.11±9.66	p>0.05	
Systolic Blood Pressure (mmHg)	118.55±10.32	121.80±12.46	120.50±10.63	p>0.05	p>0.05
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	73.65±8.15	75.60±7.32	76.80±7.80	p>0.05	p>0.05
CFR	3.26±0.47	2.63±0.36	2.85±0.19	<0.001	0.005
PBR5-25 (μm)	1.93±0.19	2.13±0.12	2.01±0.11	<0.001	0.043
LV GLS (%)	-20.18±1.73	-15.19±1.88	-16.98±2.28	<0.001	<0.001
GWI (mmHg%)	1918.50±319.90	1359.00±288.18	1568.50±191.53	0.008	0.024

GCW (mmHg%)	2182.10±335.10	1626.30±265.81	1820.10±168.32	0.011	0.029
GWW (mmHg%)	64.50±31.30	94.50±57.33	81.20±46.60	0.022	0.345
GWE (%)	96.30±2.42	93.50±2.54	94.60±2.63	0.032	0.198

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση**Πρόεδροι: **Κ. Κατωγιάννης** (Αθήνα), **Μ. Κακουδάκη** (Αθήνα)**AA088 | Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ BNP****Φ. Δημητριάδης¹, Μ. Καϊμακάμη¹, Λ. Τσιγκρική¹, Π. Λαζαρίδης¹, Τ. Ασκαλίδη¹, Π. Κλειτσιώτη¹, Π. Γιαννακοπούλου¹, Β. Τζαλαμούρας¹, Γ. Μαλιγκός¹, Μ. Σιάρκος¹, Γ. Κουλαουζίδης¹, Α. Δ. Μαυρογιάννη¹, Ι. Ζαρίφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Μία από τις πιο συχνές επιπλοκές της διακαθετηριακής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (TAVI) είναι η εμφάνιση διαταραχών του καρδιακού ρυθμού που οδηγούν πολλές φορές στην ανάγκη τοποθέτησης μόνιμου βηματοδότη (PPM). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανεύρεση πιθανής συσχέτισης της εμφύτευσης PPM σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI με το ποσοστό Euro score II και τις τιμές BNP. **Υλικά και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη TAVI παρέμβαση λόγω σοβαρού βαθμού αορτικής στένωσης. Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών, το ποσοστό Euroscore II και οι τιμές BNP κατά την εισαγωγή τους. Για την TAVI παρέμβαση χρησιμοποιήθηκαν 4 τύποι βαλβίδων (Evolut PRO, Portico PRT, Navitor, Sapien3). Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, καθώς και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο για το ενδεχόμενο ανάγκης τοποθέτησης PPM. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 82.2 έτη (82.2+4.9) και το 50% των ασθενών ήταν άνδρες. Το 47% των ασθενών είχαν Αρτηριακή Υπέρταση (AY), το 26.7% είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και το 34.5% είχαν Κολπική Μαρμαρυγή. Το 43% των ασθενών έπασχε από Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ), 40% εκ των οποίων είχαν υποβληθεί σε Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη (Bypass). Το μέσο Κλάσμα Εξωθήσεως της Αριστερής Κοιλίας (LVEF) ήταν 49.53% (49.53%+9.68%). Η Επιφάνεια Αορτικής Βαλβίδας (AVA) ήταν 0.69+0.14 cm². Η μέση τιμή Euroscore II των ασθενών προς TAVI ήταν 7.27% (7.27%+3.7%) και η μέση τιμή εισαγωγής BNP ήταν 613 (613+758). Επί συνόλου 64 ασθενών, 6 ασθενείς (9.4%) χρειάστηκε να υποβληθούν σε διαδικασία τοποθέτησης PPM. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του BNP μεταξύ των ασθενών που έλαβαν PPM και αυτών που δεν έλαβαν (415.2 ± 386.1 vs. 995.4 ± 549.7; p<0.001). Από την άλλη πλευρά δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο υποομάδες στη μέση τιμή του Euroscore II (7.34+3.81% vs. 6.99%+2.89%; p=0.6). Από τους 5 ασθενείς που χρειάστηκαν τοποθέτηση PPM, οι 5 είχαν βαλβίδα Evolut PRO και ο 1 Navitor. **Συμπεράσματα:** Η υψηλή τιμή εισαγωγής BNP φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα τοποθέτησης PPM. Αντίθετα η μελέτη δεν κατέδειξε συσχέτιση μεταξύ της τιμής του Euroscore II και της πιθανότητας τοποθέτησης PPM.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

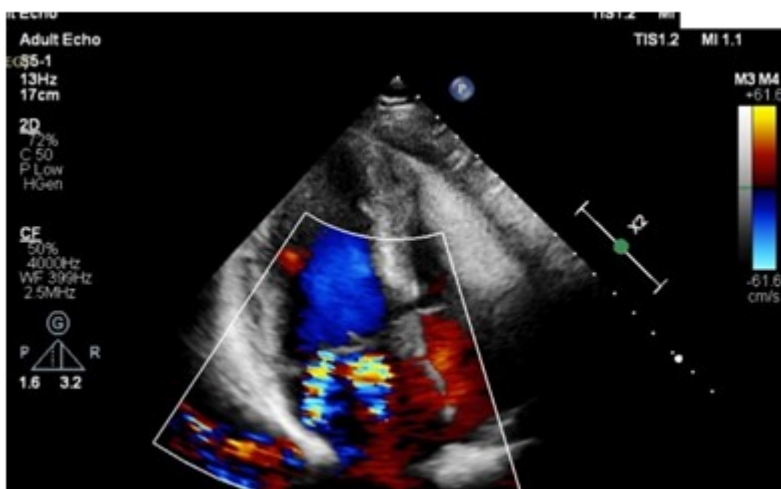
AA089 | **Μεικτού τύπου πνευμονική υπέρταση σε ασθενή με κολπική μαρμαρυγή και πρωτοδιάγνωση συστηματικής AL αμυλοείδωσης**
Δ. Τζάλας¹, Η. Ν. Παπαδοπούλου¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Δ. Οικονόμου¹, Θ. Μαραγκούλια¹, Α. Γιακουμή¹, Δ. Σταλίκας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πνευμονική υπέρταση αποτελεί μια σύμπλοκη νόσο η διερεύνηση της οποίας παρουσιάζει πολλαπλές διαγνωστικές δυσκολίες, ειδικά όταν οι ασθενείς προσέρχονται στα αρχικά στάδια πολυσυστηματικών νοσημάτων. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με μεικτού τύπου πνευμονική υπέρταση και πρωτοδιάγνωση συστηματικής AL αμυλοείδωσης σε έδαφος πολλαπλού μυελώματος. **Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 78 ετών με ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής η οποία παραπέμφθηκε στο καρδιολογικό ιατρείο για διερεύνηση προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπάθειας. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανευρέθη φυσιολογική συσπαστικότητα αριστερής κοιλίας με grade I διαστολική δυσλειτουργία, μικρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας και σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας με PASP=80mmHg, με καλή ωστόσο λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας. Υπεβλήθη σε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα στο οποίο δεν αναδείχθηκαν μορφολογικές αλλοιώσεις της βαλβίδας, καθώς και σε μαγνητική καρδιάς στην οποία δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιό καθετηριασμό προς περαιτέρω διερεύνηση με ανάδειξη σοβαρής προτριχοειδικής πνευμονικής υπέρτασης με PCWP:31mmHg και PASP=70mmHg, ωστόσο ανευρέθη χαμηλή τελοδιαστολική πίεσης αριστερής κοιλίας=8mmHg, καθώς και ευρήματα μεικτού προτύπου με προτριχοειδικά στοιχεία, DPG=11mmHg, PVR:4.2 woods. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα, ενώ η σπιρομέτρηση ανέδειξε ήπιου βαθμού περιοριστικό σύνδρομο. Το σπινθηρογράφημα αιμάτων πνευμόνων για χρόνια θρομβοεμβολική νόσο ήταν αρνητικό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε ορθόχρωμη αναιμία, τριψήφια ΤΚΕ και ήπια επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, οπότε εστάλη ηλεκτροφόρηση ορού όπου ανευρέθη παραπρωτεναϊμία και κατόπιν διερεύνησης η ασθενής διεγνώσθη με πολλαπλό μυέλωμα καθώς και συστηματική AL αμυλοείδωση αφού στην οστεομυελική βιοψία ανευρέθησαν εναποθέσεις αμυλοειδούς. Καθώς δεν είχε τεκμηριωθεί μυοκαρδιακή προσβολή, τέθηκε η υποψία φλεβοαποφρακτικής πνευμονικής νόσου (PVOD) από εναποθέσεις αμυλοειδούς, διάγνωση η οποία εξηγεί και τη μεγάλη διαφορά μεταξύ πίεσης ενσφήνωσης και τελοδιαστολικής πίεσης αριστερής κοιλίας. Ωστόσο, η ασθενής κρίθηκε από τους πνευμονολόγους ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για βιοψία πνεύμονα επί της παρούσης. Παραπέμφθηκε στο αιματολογικό τμήμα όπου ξεκίνησε άμεσα θεραπεία και θα επανεκτιμηθεί με νέο καθετηριασμό σε δεύτερο χρόνο. **Συμπεράσματα:** Η πνευμονική υπέρταση αποτελεί πολλές φορές εκδήλωση σοβαρών υποκείμενων νοσημάτων και η προσεκτική διαγνωστική προσέγγιση κρίνεται κρίσιμη για την άμεση διάγνωση και θεραπεία με σκοπό την τροποποίηση της πορείας της νόσου και αύξηση της επιβίωσης, βελτίωση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων των ασθενών.

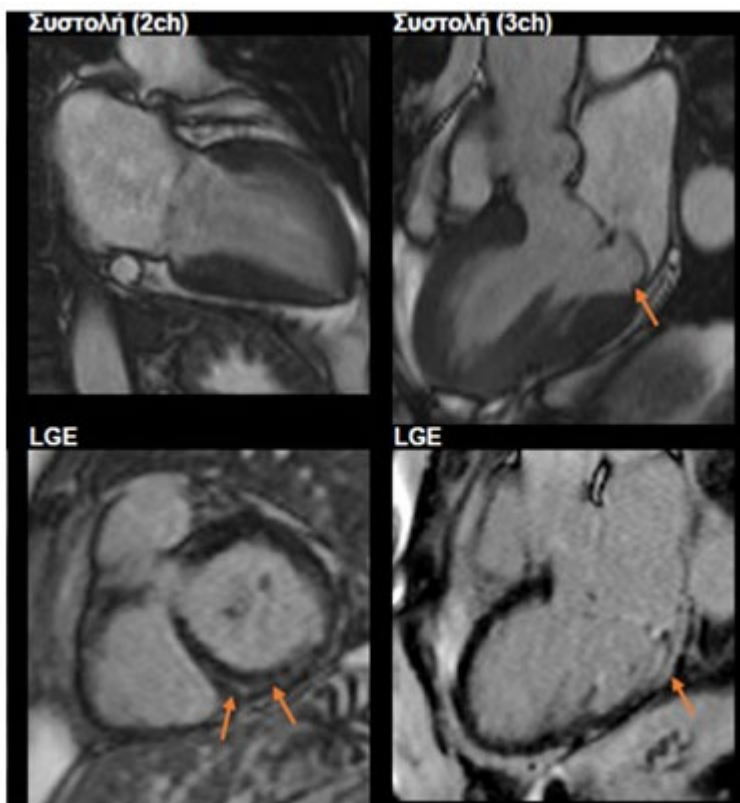
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023AA090 | **Αρρυθμιόγonos πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας****B. Μαντζιάρης¹, Π. Ηλιάκης², Κ. Αγγέλης², Α. Κορδαλής², Κ. Τσιούφης²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού, γυναίκα 56 ετών που προσήλθε λόγω συγκοπτικού επεισοδίου σε καθιστή θέση, του οποίου είχε προηγηθεί αίσθημα παλμών. Αναφέρει παρόμοια επεισόδια το τελευταίο τρίμηνο. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται πρόπτωση μιτροειδούς με μέτρια ανεπάρκεια και από το κληρονομικό ιστορικό, ο πατέρας είχε χειρουργηθεί για πρόπτωση και σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς καθώς και αιφνίδιος θάνατος του θείου της. Η ασθενής ελάμβανε χαμηλή δόση β-αναστολέα. **Υλικό και μέθοδος:** Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός, 56 σφύξεις, με συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές με κατώτερο άξονα και ζώνη μετάπτωσης στη V4. Από την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε κάτι το αξιοσημείωτο, πλην του συστολικού φυσήματος στη θέση της μιτροειδούς. Από το διαθωρικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε διατηρημένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας, με πρόπτωση και μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς καθώς και αποσύζευξη του μιτροειδικού δακτυλίου από το κοιλιακό μυοκάρδιο κατά τη συστολή (το γνωστό και ως MAD: mitral annulus disjunction). Διενεργήθη στεφανιογραφικός έλεγχος, στον οποίο δεν ανεδείχθησαν κριτικές στενώσεις καθώς και ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος, στον οποίο δεν προκλήθηκε κοιλιακή ταχυκαρδία. Κατά τη διάρκεια του monitoring στη νοσηλεία, καταγράφηκε επεισόδιο μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (NSVT=Non sustained ventricular tachycardia). Επίσης, διενεργήθη και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα όπου επιβεβαιώθηκε η μέτρια ανεπάρκεια της βαλβίδας καθώς επίσης και η πάχυνση των γλωχίνων με αμφιγλωχινική πρόπτωση αυτών (φαινότυπος Barlow). Από τη μαγνητική καρδιάς επιβεβαιώθηκαν όλα τα



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

παραπάνω ευρήματα καθώς και υποεπικαρδιακή ίνωση του βασικού-μέσου κατώτερου τοιχώματος. **Αποτελέσματα:** Τέθηκε η διάγνωση της αρρυθμογόνου πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας με βάση το πρόσφατο consensus της EHRA (european heart rhythm association). Βασιζόμενοι σε αυτό το consensus και βάση του φαινότυπου της ασθενούς με υψηλό ρίσκο για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο (πάχυνση των γλωχίνων, συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές, ίνωση στη μαγνητική, συγκοπτικό επεισόδιο), αποφασίστηκε η εμφύτευση απινιδιστή (ICD) για πρωτογενή πρόληψη (ένδειξη IIa). **Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με παρουσία πρόπτωσης μιτροειδούς (με ή χωρίς MAD), συνδυαζόμενη με συχνή κοιλιακή εκτοπία, σε απουσία αρρυθμιολογικού υποστρώματος και με α) >5% έκτακτες κοιλιακές συστολές, β) NSVT, VT (ventricular tachycardia) ή VF (ventricular fibrillation) και γ) απουσία ενεργού ισχαιμίας ή μυοκαρδιοπάθειας ή κανελοπάθειας ή ουλής μυοκαρδίου, θα πρέπει να υποπτευόμαστε την αρρυθμογόνου πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας, ώστε να προληφθεί εγκαίρως ο αιφνίδιος θάνατος.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023
AA091 | Ο ρόλος της αιμοδυναμικής εκτίμησης της πυλαίας κυκλοφορίας σε ασθενείς με πιθανή πυλαιοπνευμονική υπέρταση
**M. Διδάγγελος¹, Θ. Χρυσοχοϊδης-Τράντας¹, Π. Γουργιώτης¹,
 X. Φελοκιδής¹, Σ.Α. Μουράτογλου¹, Β. Γροσομανίδης¹,
 Α. Κουπαράνης¹, Α. Ζιάκας¹, Γ. Παννακούλας¹**
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

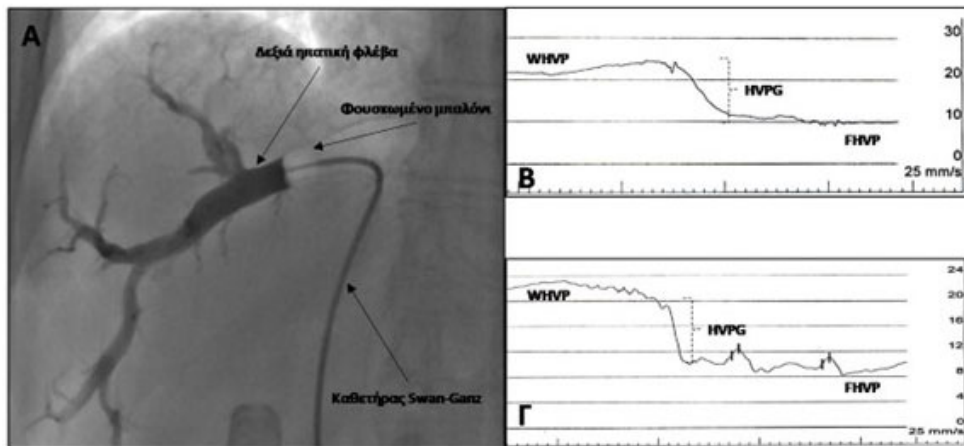
Εισαγωγή/Σκοπός: Σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση μπορεί να αναπτυχθεί πνευμονική αρτηριακή υπέρταση σε ποσοστό 2-6%, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή μη ηπατικής νόσου. Η πνευμονική αυτή υπέρταση που σχετίζεται με την πυλαία υπέρταση ονομάζεται πυλαιοπνευμονική υπέρταση (ΠΠΥ) και απαιτεί πολλές φορές εξειδικευμένες διαγνωστικές τεχνικές για τη διάγνωσή της. Μία από αυτές είναι η επεμβατική/ αιμοδυναμική εκτίμηση της πυλαίας κυκλοφορίας με δεξιό καθετηριασμό και μέτρηση της ηπατικής φλεβικής κλίσης πίεσης (hepatic venous pressure gradient - HVPG).

Παρουσίαση περιπτώσεων: Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα 72 ετών, με ιστορικό πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης ήπατος και συνδρόμου Sjogren, με διαγνωσμένη προτριχοειδική πνευμονική υπέρταση από ετών υπό μονοθεραπεία με bosentan. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας από ηπατολογικό ιατρείο ώστε να εκτιμηθεί η παρούσα κατάσταση και η δυνατότητα να ενταχθεί μελλοντικά σε πρωτόκολλο μεταμόσχευσης. Η δεύτερη περίπτωση αφορά άντρα 55 ετών, με κίρρωση ήπατος πιθανόν αλκοολικής αιτιολογίας που παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας λόγω έντονης δύσπνοιας στην κόπωση. Και οι δύο ασθενείς κατά την αρχική εκτίμηση, εμφάνιζαν στο υπερηχογράφημα καρδιάς ενδείξεις πνευμονικής υπέρτασης. Διενεργήθηκε δεξιός καθετηριασμός μέσω της δεξιάς μηριαίας φλέβας και πλήρης εκτίμηση των πιέσεων στην πνευμονική και πυλαία κυκλοφορία με καθετήρα Swan-Ganz 6Fr (Εικόνα 1). Και στους δύο καθετηριασμούς διαπιστώθηκαν ευρήματα προτριχοειδικής πνευμονικής υπέρτασης και πυλαίας υπέρτασης (Πίνακας 1) και οι ασθενείς τέθηκαν σε διπλή αγωγή με ERA (ambrisentan) και PDE5i (tadalafil). **Συμπεράσματα/Συζήτηση:** Με τον προσδιορισμό της τιμής HVPG κατά τον δεξιό καθετηριασμό ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο, εκτιμάται η παρουσία και η σοβαρότητα της πυλαίας υπέρτασης, τεκμηριώνοντας έτσι το ενδεχόμενο να έχουν αναπτύξει ΠΠΥ. Οι μετρήσεις του λαμβάνονται από την πνευμονική κυκλοφορία είναι απαραίτητες για την εκτίμηση του περιεργηρτικού κινδύνου στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση

ήπατος. Τιμές mPAP > mmHg αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για μεταμόσχευση ήπατος. Η επεμβατική αιμοδυναμική εκτίμηση της πυλαίας κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια του δεξιού καθετηριασμού είναι ασφαλής και αποτελεσματική τεχνική, τόσο για τη διάγνωση όσο και για την παρακολούθηση και ανταπόκριση στη θεραπεία αυτών των ασθενών.

Πίνακας 1. Ευρήματα καθετηριασμού

	mPAP (mmHg)	PCWP (mmHg)	PVR (WU)	HVPG (mmHg)
Ασθενής1	42	13	7.5	12
Ασθενής2	57	10	8	12

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 1. Α. Καθετηριασμός δεξιάς ησπαιτικής φλέβας. Β, Γ. Κυματομορφές υπολογισμού της HVPG (=WHVP-FHVP), στην πρώτη και δεύτερη περίπτωση αντίστοιχα.

AA092 | Outcomes of 167 patients who underwent mitral valve repair with minimal invasive thoracoscopic approach versus full sternotomy

G. Samanidis¹, S. Katsaridis¹, A. Roussakis¹, A. Falara², K. Kolonia², P. Ftikos², A. Thanopoulos², K. Perreas¹

¹ First Department of Cardiac Surgery, Onassis Cardiac Surgery Center

² Department of Anesthesiology, Onassis Cardiac Surgery Center

Introduction: Minimal invasive cardiac surgery (MICS) has been proposed as an alternative surgical approach to full sternotomy (FS) for heart diseases treatment over the last 15 years. The aim of this study is to compare the outcomes between our department's MICS versus historical FS patients who underwent mitral valve repair (MVR) for severe mitral valve regurgitation. **Patients and Method:** This retrospective study includes 167 patients who underwent MVR with / without tricuspid valve repair between 2011 and 2023. The patients were divided in two groups: 102 patients who underwent FS and 65 patients who underwent MICS. MICS is our alternative surgical approach since 2019. **Results:** No difference of preoperative characteristics of patients was observed between FS versus MICS (age, sex, BSA, LA diameter, LVEDD, PASP and serum creatinine) (for all $p > 0.05$) except median LVEF that was higher in MICS versus FS [55(50-60)% versus 50(45-50)%] ($p < 0.001$). Most of the patients in both groups (FS versus MICS) had sinus rhythm preoperatively (74.5% versus 72.3%, $p = 0.85$). Mean cardiopulmonary bypass and aortic cross clamp time were higher in MICS versus FS (182±38.9min versus 108±38.96min and 125±29.65min versus 79.94min) ($p < 0.001$). Concomitant tricuspid valve repair rate did not differ between FS versus MICS (15.7% versus 7.7%) ($p = 0.15$). Median postoperative max creatinine was similar in two groups ($p = 0.33$). On the other hand, postoperative

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

intensive care unit and post-operative length of stay in hospital were lower in MICS versus FS (1(1-2)days versus 2(1-3) days and 6.5(6-7)days versus 7(6-8)days, respectively) ($p < 0.01$). Incidence of postoperative atrial fibrillation, PPM insertion and re-exploration for bleeding was similar between the 2 groups (for all $p > 0.05$). Postoperative neurological dysfunctions and 30-day mortality in two groups were 0(0%). As expected the median follow-up in FS was longer comparing to MICS [64.5(40.5-88.5) months versus 19(8-45) months, $p < 0.001$]. In addition, late deaths in FS versus MICS was 7% versus 0%, respectively ($p = 0.04$). **Conclusion:** Although the CPB and ACC duration was higher in the MICS groups, ICU stay and LOS in hospital were shorter when compared to FS. Mitral valve repair with MICS is a safe and effective surgical technique which reduces ICU stay and in-hospital stay.

AA093 | Ρήξη νεοχορδής: μια σπάνια αιτία επανεπέμβασης μετά από πλαστική μιτροειδούς βαλβίδα

Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Π. Βαλάκη¹, Α. Ε. Καλέση², Μ. Καρακώστα², Ν. Κάσιμος², Α. Δεστούνης², Α. Θεοδόσης-Γεωργιάδης², Ν. Λάμα³, Ε. Μπράχος¹, Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

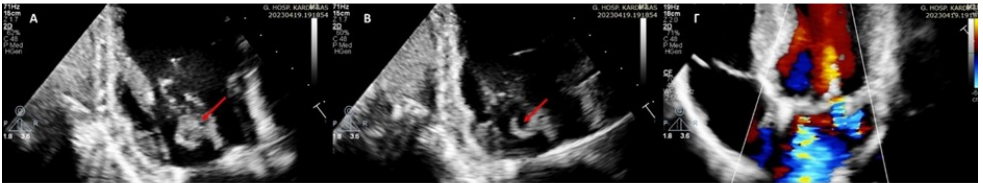
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

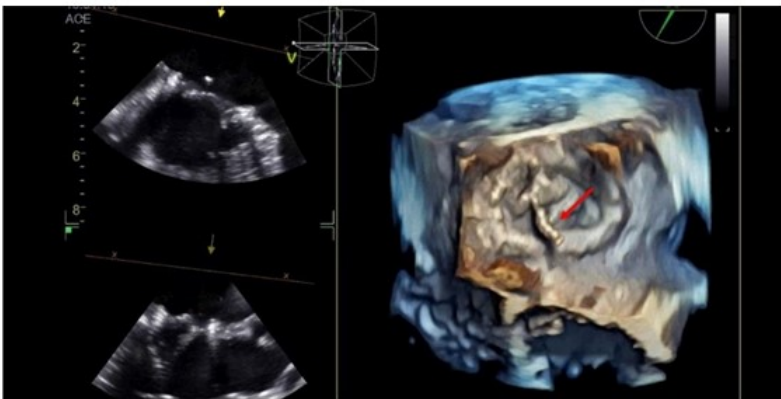
Εισαγωγή/Σκοπός: Η πλαστική επιδιόρθωση αποτελεί μια ακριβής και αξιόπιστη μέθοδος για την αποκατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας (ΜΒ) σε ασθενείς με μυξωματώδη εκφύλιση αυτής. Η τεχνική είναι ευρέως εφαρμόσιμη για πρόπτωση ενός ή πολλαπλών τμημάτων της οπίσθιας ή/και πρόσθιας γλωνίνας. Η πιθανότητα υποτροπής σοβαρής ανεπάρκειας ΜΒ μετά από πλαστική επιδιόρθωση με τοποθέτηση νεοχορδών τον πρώτο χρόνο είναι 11%. Τα συχνότερα αίτια για μέτρια ή σοβαρού βαθμού ανεπάρκειας ΜΒ είναι η ακαταλληλότητα του ασθενούς, νέα πρόπτωση, επαναπρόπτωση, ή υπολειπόμενη πρόπτωση γλωχίνας, έλξη γλωχίνας εξαιτίας δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), αβεστοποίηση, κύρτωση γλωχίνας και διάταση ΑΚ. Η υποτροπή ανεπάρκειας ΜΒ λόγω ρήξης της νεοχορδής είναι σπάνια. Πρωίμη ορίζεται η ρήξη που συμβαίνει εντός 1-3 ετών από την επέμβαση, πιθανώς λόγω φλεγμονώδους απόκρισης των τεχνητών χορδών που τραυματίζονται διεγχειρητικά ή εξαιτίας του ενδοκαρδιακού stress. Όψιμη είναι η ρήξη που εμφανίζεται 6-14 έτη μετεγχειρητικά και οφείλεται συνήθως σε αβεστοποίηση της νεοχορδής. **Υλικό/Μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με επιδιόρθωση ΜΒ με τοποθέτηση δακτυλίου και νεοχορδών, το οποίο εμφάνισε σοβαρή ανεπάρκεια ΜΒ μετά από ρήξη νεοχορδής. **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άντρα, 36 ετών, ο οποίος υποβλήθηκε σε πλαστική ΜΒ με τοποθέτηση δακτυλίου και νεοχορδών λόγω σοβαρής ανεπάρκειας ΜΒ σε έδαφος πρόπτωσης της πρόσθιας γλωχίνας. Προσέρχεται ένα χρόνο μετά, όντας ασυμπτωματικός, στα εξωτερικά ιατρεία της καρδιολογικής κλινικής για τακτικό έλεγχο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε τραχύ ολοσυστολικό φύσημα, ακουστό στην κορυφή της καρδιάς με αντανάκλαση προς την αριστερή μασχάλη. Από τη διαθωρακική με-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

λέτη (TTE) παρατηρήθηκε προσθετικός δακτύλιος στη θέση της MB, πάχυνση των γλωχίνων αυτής, χωρίς παρουσία εμφανούς πρόπτωσης και συνοδό σημαντική ανεπάρκεια. Ακολούθησε τρισδιάστατη διοισοφάγειος μελέτη (3D TOE), η οποία ανέδειξε σοβαρή διαβαλβιδική ανεπάρκεια MB, με αναστροφή του συστολικού κύματος στις πνευμονικές φλεβες και παρουσία ρήξης νεοχορδής. Η ΑΚ ήταν φυσιολογικών διαστάσεων με καλή συνολική συστατικότητα, με απουσία πνευμονικής υπέρτασης. **Συμπεράσματα:** Η χρήση τεχνητών νεοχορδών παρέχει εξαιρετικά όψιμα αποτελέσματα με ανθεκτική σταθερότητα επισκευής της MB. Η ρήξη χορδής μπορεί να συμβεί μετεγχειρητικά οδηγώντας σε επανεγχείρηση λόγω υποτροπής ανεπάρκειας MB. Περιγράφεται σε λιγότερο από 5% των επανεπεμβάσεων σε προηγηθείσα βαλβιδοπλαστική.



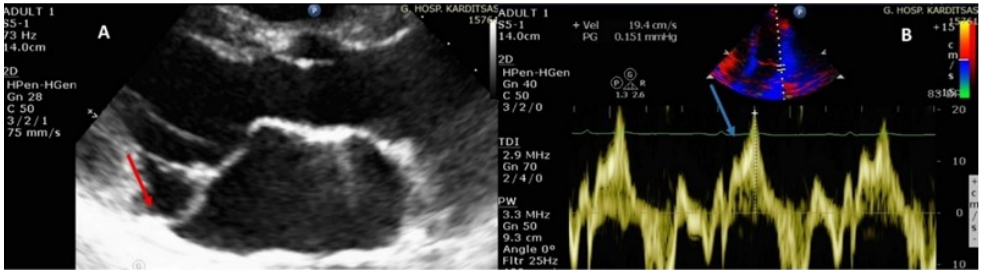
Εικόνα 1: TTE A-B. Ρήξη νεοχορδής (βέλη), Γ. Σημαντική ανεπάρκεια MB



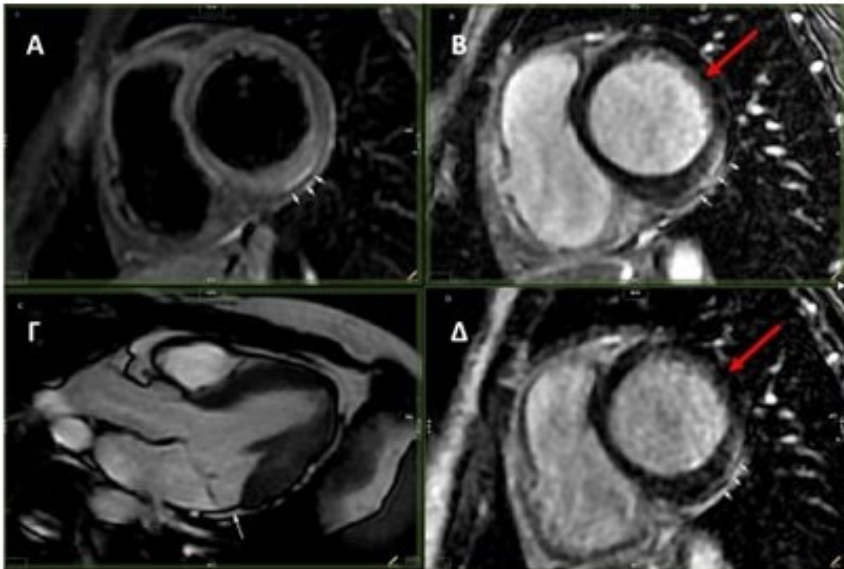
Εικόνα 2: 3D TOE. Ρήξη νεοχορδής (βέλος)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023AA094 | **Μυοκαρδίτιδα και MAD: συνύπαρξη δυο αλληλοεπικαλυπτόμενων απεικονιστικών φαινοτύπων****Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Π. Βαλάκη¹, Δ. Ράπτης¹, Λ. Πούλιου¹, Γ. Φάκας¹, Μ. Καρακώστα², Ν. Κάσιμος², Ν. Λάμα³, Ν. Τζιώλας¹, Ε. Μπράχος¹, Κ. Τσατίρης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αποσύζευξη του μιτροειδικού δακτυλίου (MAD) χαρακτηρίζεται από αποκόλληση του δακτυλίου της μιτροειδούς βαλβίδας (MB) από το μυοκάρδιο της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) και σχετίζεται συχνά με πρόπτωση της MB, ενώ η παρουσία ίνωσης στο βασικό οπιθιοπλάγιο τοίχωμα δρα ως αρρυθμικό υπόστρωμα. **Υλικά/Μέθοδος:** Παρουσιάζεται περιστατικό της κλινικής μας με οξεία μυοκαρδίτιδα και MAD. **Αποτελέσματα:** Το περιστατικό αφορά σε γυναίκα, 24 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, η οποία νοσηλεύτηκε στην κλινική μας λόγω πιθανής μυοκαρδίτιδας, απότοκου ιογενούς γαστρεντερίτιδας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) εμφάνισε διαταραχές επαναπόλωσης στις κατώτερες απαγωγές, με συνοδό κινητοποίηση ενζύμων μυοκαρδιακής νέκρωσης. Η διαθωρακική μελέτη (ΤΤΕ) ανέδειξε ΑΚ οριακών εσωτερικών διαστάσεων με καλή συνολική συσπαστικότητα, ενώ και η συνολική επιμήκης παραμόρφωση ήταν φυσιολογική. Επιπλέον, αναδείχθηκε προπρωτική συμπεριφορά αμφότερων των γλωχινών της MB με εικόνα billowing και MAD και συνοδό μετρίου βαθμού ανεπάρκεια MB με κεντρικό τίδακα παλινδρόμησης. Χαρακτηριστική ήταν η παρουσία σημείου Pickelhaube του ιστικού Doppler στον πλάγιο μιτροειδικό δακτύλιο. Ακολούθησε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR), η οποία ανέδειξε εικόνα οξείας μυοκαρδίτιδα με οίδημα και υποεπικαρδιακή ίνωση στο βασικό κατώτερο πλάγιο και κορυφαίο πλάγιο τοίχωμα της ΑΚ, καθώς και μεσοτοιχωματική ίνωση στο βασικό πλάγιο τοίχωμα, ενδεικτική MAD. Ένα χρόνο μετά, υποβλήθηκε σε επαναληπτική CMR, από την οποία, πέρα των MAD ευρημάτων, προέκυψε φυσιολογικών διαστάσεων και λειτουργικότητας ΑΚ με απουσία οιδήματος και μόλις υποσημαινόμενη υποεπικαρδιακή ίνωση του βασικού κατώτερου και κατωτεροπλαγίου τοιχώματος. **Συμπεράσματα:** Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς χρησιμοποιώντας αλληλουχίες όψιμης ενίσχυσης με γαδολίνιο (LGE) επιτρέπει την αξιολόγηση της ίνωσης σε περιπτώσεις μυοκαρδίτιδας και MAD. Σημασία θα πρέπει να δοθεί στο απεικονιστικό πρότυπο της ίνωσης, το οποίο είναι διαφοροδιαγνωστικό. Στη μεν μυοκαρδίτιδα συναντάμε ένα μη ισχαιμικού τύπου μοτίβο με αποσπασματική εμφάνιση ίνωσης συνήθως υποενδοκαρδιακά με συνοδά ευρήματα υπεραιμίας και οιδήματος, ενώ στο MAD ένα μεσοτοιχωματικό συνήθως, μη συσχετιζόμενο με κατανομή στεφανιαίου αγγείου, μοτίβο ίνωσης κυρίως στο βασικό κατώτερο και κατωτεροπλάγιο τοίχωμα στο επίπεδο των θηλοειδών μυών. Πρόκληση για τον κλινικό ιατρό αποτελεί η σπάνια συνύπαρξη και των δυο προτύπων, όπως στο περιστατικό μας όποτε και θα πρέπει να συνεκτιμηθούν όλα τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα για την κατανόηση και τη βέλτιστη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 1: Α. MAD (κόκκινο βέλος) Β. Pickelahaube sign (μπλε βέλος)



Εικόνα 2: CMR

Α. Ακολουθία STIR, με αναδείξη μικρής περιοχής οιδηματος (βέλη)

Β. Ακολουθία LGE με ανάδειξη υποεπικαρδιακής σκιαγράφησης (λευκά βέλη) στα πλαίσια μυοκαρδιοπάθειας και μεσοκαρδιακά (κόκκινο βέλος) απότοκο του MAD

Γ. MAD

Δ. Ακολουθία LGE, όπου επανελέγχεται η υποεπικαρδιακή σκιαγραφική ενισχυση ή ηπια βελτιωση (2^η CMR – λευκά βέλη), ως επι ίνωσης στα πλαίσια αποδραμουςας μυοκαρδιοπάθειας. Μεσοκαρδιακή ίνωση του MAD (κόκκινο βέλος)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA095 | Μεταβολή πριν και μετά την συνεδρία τεχνητού νεφρού σε υπερηχογραφικούς δείκτες της αριστερής και δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση.

Δ. Αφενδούλης¹, Π. Σιταράς¹, Ι. Σταυρινούδης¹, Ν. Παπαγιάννης¹, Μ. Αμπελιώτης¹, Μ. Μουτάφη¹, Ν. Σμυρνιούδης¹, Π. Βουτας¹, Μ. Διδάγγελος¹, Α. Καρτάλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ “ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ” ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς είναι ένας ειδικός πληθυσμός με περιορισμένα δεδομένα στην διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός της μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την μονάδα τεχνητού νεφρού του Νοσοκομείου Χίου ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της αιμοκάθαρσης σε υπερηχογραφικούς δείκτες της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας. **Υλικό/Μέθοδος:** Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι 50 χρονίως αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς (14 γυναίκες) της μονάδας τεχνητού νεφρού του ΓΝΝ Χίου, μέσης ηλικίας 62,9 ετών. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα καρδιάς αμέσως πριν και

Clinical and echocardiographic differences before and after dialysis			
	Before dialysis (n=50)	After dialysis (n=50)	p value
Clinical			
Systolic blood pressure (mmHg)	131.5±9.6	123.5±9.1	<0.001
Diastolic blood pressure (mmHg)	80.6±7.9	76.9±6.7	<0.001
Heart rate (bpm)	74.2±7.0	73.5±7.0	<0.001
Weight (kg)	79.9±8.7	77.6±8.6	<0.001
Echocardiographic			
PASP (mmHg)	36.1±7.4	27.8±5.4	<0.001
LV GLS (%)	-19.5± -3.3	-19.5± -3.5	0.130
E/e'	14.0±3.8	12.5±3.7	<0.001
RV GLS (%)	-21.3± -2.3	-22.3± -2.2	<0.001
RV FWS (%)	-23.2± -2.9	-24.2± -2.8	<0.001
LA ResS (%)	-34.6± -5.1	-35.5± -5.1	<0.001
IVC (cm)	1.6±0.2	1.3±0.2	<0.001

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

μετά την συνεδρία αιμοκάθαρσης τους και καταγράφηκαν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας, του σωματικού βάρους, ο λόγος E/e', η συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (PASP), η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας, οι τιμές του global longitudinal strain της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας (LVGLS, RVGLS), του strain του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (RV FWS) και του reservoir strain του αριστερού κόλπου (LA ResS). **Αποτελέσματα:** Οι μέσες τιμές του σωματικού βάρους (79,9 vs 77,6 kg), της καρδιακής συχνότητας (74,2 vs 73,5 bpm) και της αρτηριακής πίεσης (131,5/80,6 vs 123,5/76,9 mmHg) ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένες μετά την αιμοκάθαρση ($p < 0,001$). Αναφορικά με τους δείκτες υπερηχογραφικής λειτουργίας στατιστικά σημαντικά μειωμένη ήταν η PASP (36,1 vs 27,8 mmHg), ο λόγος E/e' (14 vs 12,5) και η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας (1,6 vs 1,3 cm) ($p < 0,001$). Επιπλέον, οι τιμές του RV GLS (21,3 vs 22,3 %), του RV FWS (23,2 vs 24,2 %) και του LA ResS (34,6 vs 35,5%), ήταν στατιστικά σημαντικά βελτιωμένες μετά την αιμοκάθαρση ($p < 0,001$), ενώ το LV GLS δεν παρουσίασε μεταβολή με την αιμοκάθαρση. **Συμπεράσματα:** Η αιμοκάθαρση φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση στους δείκτες διαστολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας (E/e', LA ResS) και στην συστολική απόδοση της δεξιάς κοιλίας (RV GLS, RVFWS), πιθανόν μέσω της βελτίωσης των αιμοδυναμικών παραμέτρων (αρτηριακή πίεση, συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας, διάμετρος κάτω κοίλης φλέβας) και της αποφόρτισης από υγρά. Μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών απαιτούνται για να επιβεβαιώσουν τα ανωτέρω αποτελέσματα, για τα οποία δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα.

AA096 | Ο ρόλος του διοισοφαγίου ηχοκαρδιογραφήματος στην εκτίμηση ασθενών με στένωση αορτικής βαλβίδας

**A. Ε. Καλάση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Μαρίτσα¹, Δ. Ντιλούδη¹, Τ. Τζινιέρης¹,
A. Κωνσταντάρα¹, Χ. Καψοκόλη¹, Ν. Αρνας¹, Κ. Νταλέκου¹,
B. Γαρδικιώτη¹, Σ. Μητσιάδης², Π. Ζάχος³, A. Δεστούνης¹,
A. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹, Ν. Κάσιнос¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η διάγνωση και ποσοτικοποίηση της στένωσης της αορτικής βαλβίδας (ΑΣ) γίνεται συνήθως με το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ). Σε σπάνιες περιπτώσεις το ΤΤΕ δεν επαρκεί και απαιτείται διοισοφαγίος μελέτη (ΤΟΕ) για την εκτίμηση και ποσοτικοποίηση της ΑΣ. **ΣΚΟΠΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ** Το παρόν αποτελεί καταγραφή των περιστατικών ΑΣ που υποβλήθηκαν σε ΤΟΕ στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχοκαρδιογραφίας Τζανείου «Δ. Μπελντέκος» (ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος») από τον 02/2018 έως και τον 07/2023. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τον 02/2018 έως και τον 07/2023, 50 ασθενείς με ΑΣ [Μέση Ηλικία 70,9 έτη, Τυπική Απόκλιση 13,8, 37 άνδρες], υποβλήθηκαν σε ΤΟΕ στο ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος». Η ένδειξη διενέργειας του ΤΟΕ στους 33(66%) ασθενείς ήταν η δυσχέρεια ποσοτικοποίησης της ΑΣ διαθωρακικά (πτωχό ακουστικό παράθυρο, επισφαλείς Doppler μετρήσεις λόγω γωνίωσης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

μεσοκοιλιακού διαφράγματος ή απόφραξης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας κ.α.), στους 7(14%) η διερεύνηση πιθανής ενδοκαρδίτιδας, στους 7(14%) η ποσοτικοποίηση άλλης βαλβιδοπάθειας και στους 3(6%) η καρδιοανάταξη κολπικής μαρμαρυγής. Οι 25(50%) ασθενείς διαγνώστηκαν με σοβαρού βαθμού ΑΣ, οι 17(34%) με τουλάχιστον μετρίου και οι 8(16%) με μετρίου βαθμού. Οι ασθενείς με σοβαρή ΑΣ ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε 15(60%) φυσιολογικής ροής, αυξημένης κλίσης πίεσης, 2(8%) φυσιολογικής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης, 3(12%) χαμηλής ροής, αυξημένης κλίσης πίεσης, 3(12%) χαμηλής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) και 2(8%) με χαμηλής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης με φυσιολογικό ΚΕΑΚ. Ως προς τη μορφολογία της βαλβίδας, οι 40(80%) είχαν τρίπτυχη και οι 10(20%) δίπτυχη. Στους 5(10%) η δίπτυχη αναγνωρίστηκε στο ΤΟΕ. Πλανημέτρηση του στομίου της βαλβίδας (2D και 3D) διενεργήθηκε σε όλους τους ασθενείς εκτός από 3(6%) στους οποίους ήταν δυσχερής. Σε 14(28%) ασθενείς η πλανημέτρηση του στομίου αποσαφίνισε τη βαρύτητα της ΑΣ. Τέλος, σε 35(70%) ασθενείς ελήφθησαν Doppler μετρήσεις διαγαστρικά. Σε 17(34%) εξ αυτών επιβεβαιώθηκε η μέγιστη ταχύτητα που είχε ληφθεί διαθωρακικά, ενώ σε 4(8%) καταγράφηκε υψηλότερη ταχύτητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Από την μελέτη μας διαπιστώσαμε ότι στο 28% των ασθενών η βαρύτητα της ΑΣ προσδιορίστηκε από το ΤΟΕ, στο 10% αποσαφηνίστηκε ο τύπος της βαλβίδας και στο 8% καταγράφηκε διαγαστρικά η μέγιστη ταχύτητα. Η πλανημέτρηση του στομίου της βαλβίδας με το ΤΟΕ διενεργήθηκε επιτυχώς στην πλειοψηφία των ασθενών.

Πίνακας 1: Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με στένωση αορτικής βαλβίδας που υποβλήθηκαν σε ΤΟΕ		N(%)
Φύλο	Άνδρες	37(74)
	Γυναίκες	13(26)
Βαρύτητα	Σοβαρού βαθμού	25(50)
	Τουλάχιστον μετρίου βαθμού	17(34)
	Μετρίου βαθμού	8(16)
Μορφολογία βαλβίδας	Τρίπτυχη	40(80)
	Δίπτυχη	10(20)
Ταξινόμηση σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας	φυσιολογικής ροής, αυξημένης κλίσης πίεσης	15(60)
	φυσιολογικής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης	2(8)
	χαμηλής ροής, αυξημένης κλίσης πίεσης	3(12)
	χαμηλής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας	3(12)
	χαμηλής ροής, χαμηλής κλίσης πίεσης με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας	2(8)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA097 | Προγνωστική αξία κλασικών χειρουργικών δεικτών κινδύνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας

Θ. Μαραγκούλια¹, Α. Ρ. Παπαπαναγιώτου¹, Δ. Χαρίτογ¹,
Δ. Κυριακοπούλου¹, Γ. Παπιγιώτης¹, Δ. Οικονόμου¹, Η. Παπαδοπούλου¹,
Λ. Παππάς¹, Δ. Σταλίκας¹, Κ. Τριανταφύλλου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR) αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική της κλασικής χειρουργικής αντικατάστασης, ειδικά σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Ποικίλοι δείκτες χρησιμοποιούνται για διαστρωμάτωση χειρουργικού κινδύνου, όπως το logistic Euroscore (logES), το EuroScore II (ES II) και το Society of Thoracic Surgeons (STS) score. Ωστόσο, η προγνωστική τους αξία δεν είναι ξεκάθαρη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του προγνωστικού ρόλου των STS score και Euroscore II στη θνητότητα ενός έτους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. **Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVR μεταξύ Σεπτεμβρίου 2018 και Ιουνίου 2022 στο νοσοκομείο μας. Υψηλού χειρουργικού κινδύνου θεωρήθηκαν οι ασθενείς με υπολογιζόμενο STS score 8-15% και ES II 8-15% και πολύ υψηλού κινδύνου οι ασθενείς με υπολογιζόμενο STS score > 15% και ES II > 15%. Διερευνήθηκε αν τα συγκεκριμένα όρια (8% και 15%) του ESII και STS score αντίστοιχα, μπορούν να προβλέψουν την θνητότητα στο ένα έτος σε ασθενείς της μελέτης. Όλοι οι ασθενείς είχαν διαθέσιμη παρακολούθηση 1 έτους. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμπεριλάβαμε 91 ασθενείς. Η διάμεση ηλικία ήταν 83 (75-87) και το 58,2% των ασθενών ήταν

Χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR

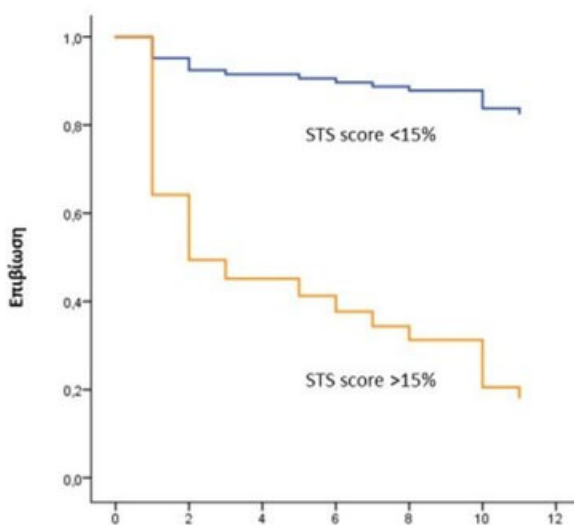
	n=91
Ηλικία, διάμεση τιμή (IQR)	83 (75-87)
Άνδρες, n (%)	53 (58,2)
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	43 (47,3)
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	65 (71,4)
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	69 (75,8)
Κάπνισμα, n (%)	47 (51,6)
Στεφανιαία νόσος, n (%)	52 (57,1)
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	58 (63,7)
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	38 (41,8)
ΧΑΠ, n (%)	28 (30,8)
Περιφερική αγγειοπάθεια, n (%)	32 (35,2)
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	55 (45-55)
EuroScore II, διάμεση τιμή (IQR)	5,95 (3,98-10,3)
STS score, διάμεση τιμή (IQR)	4,55 (2,79-6,40)

TAVR: διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, IQR: διατετρατημοριακό διάστημα, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, LVEF: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας

θαρη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του προγνωστικού ρόλου των STS score και Euroscore II στη θνητότητα ενός έτους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. **Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVR μεταξύ Σεπτεμβρίου 2018 και Ιουνίου 2022 στο νοσοκομείο μας. Υψηλού χειρουργικού κινδύνου θεωρήθηκαν οι ασθενείς με υπολογιζόμενο STS score 8-15% και ES II 8-15% και πολύ υψηλού κινδύνου οι ασθενείς με υπολογιζόμενο STS score > 15% και ES II > 15%. Διερευνήθηκε αν τα συγκεκριμένα όρια (8% και 15%) του ESII και STS score αντίστοιχα, μπορούν να προβλέψουν την θνητότητα στο ένα έτος σε ασθενείς της μελέτης. Όλοι οι ασθενείς είχαν διαθέσιμη παρακολούθηση 1 έτους. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμπεριλάβαμε 91 ασθενείς. Η διάμεση ηλικία ήταν 83 (75-87) και το 58,2% των ασθενών ήταν

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

άνδρες. Η διάμεση τιμή STS score και ESII ήταν 4,55% (2,79-6,40) και 5,95% (3,98-10,3) αντίστοιχα. Η θνητότητα σε παρακολούθηση 1 έτους βρέθηκε 21%. Οι αυξημένες τιμές ESII δε συσχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας σε σύγκριση με ασθενείς με χαμηλότερο χειρουργικό κίνδυνο ($p=0,323$ και $p=0,067$ για $ESII>8\%$ και $ESII>15\%$, αντίστοιχα). Ομοίως, η τιμή $STS\ score>5\%$ δεν προέβλεψε τη θνητότητα ($p=0,452$). Ωστόσο, μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης, η τιμή $STS\ score>5\%$ βρέθηκε να είναι ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για τη θνητότητα ενός έτους (HR: 8,95, 95%CI: 2,67-30, $p<0,001$). **Συμπεράσματα:** Μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR, οι ασθενείς με $STS\ score >15\%$ παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας στο 1 έτος. Τέτοιοι ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου πρέπει παρακολουθούνται στενά μετά την TAVR. Από την άλλη πλευρά, το πιθανό όφελος από μια παρέμβαση σε σύγκριση με τη συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά σε αυτούς τους ασθενείς.

**AA098 | Επίδραση των επιπέδων της 25-υδροξυ-βιταμίνης D στην ανάπτυξη σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας****Β. Καλογερά¹, Ν. Ανουσάκης Βλαχοχρήστου², Κ. Τούτουζας²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

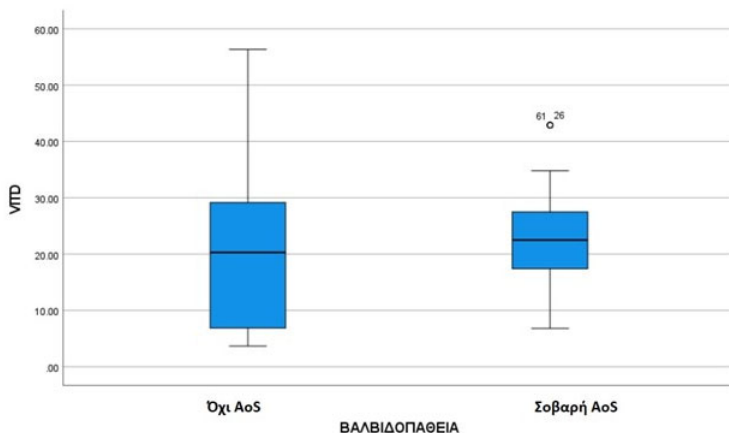
Εισαγωγή/Σκοπός: Η αβεσοποιοίς εκφυλιστική στένωση αορτικής βαλβίδας σχετίζεται με τους κλασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, ωστόσο υπάρχουν πολλοί μη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

σαφώς καθορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη της επα-
σβέστωσης. Μελέτες έχουν δείξει πως επαρκή επίπεδα βιταμίνης D επιβραδύνουν την αθη-
ροσκλήρυνση, λόγω της αντιφλεγμονώδους δράσης που ασκείται στο ενδοθήλιο των
αγγείων, ενώ υψηλά επίπεδα ασκούν τοξική δράση σε αυτό. Σκοπός της παρούσας μελέτης
είναι η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης των επιπέδων της 25-υδροξυ-βιταμίνης D με την
ανάπτυξη σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας (AoS). **Υλικό και μέθοδος:** Συμπεριλή-
φθηκαν προοπτικά 116 ασθενείς από δύο κέντρα, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε διαθωρακικό
υπέρηχο καρδιάς κι εν συνεχεία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ύπαρξη σοβα-
ρής AoS ή χωρίς στένωση. Από το σύνολο των ασθενών ελήφθησαν δείγματα ορού, από τα
οποία μετρήθηκαν τα επίπεδα 25 υδροξυ-βιταμίνης D του ορού με τη μέθοδο ηλεκτροχη-
μιοφωταύγειας. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 71,8±13,1 έτη. Σοβαρή
AoS παρουσίαζαν οι 68 ασθενείς, ενώ στους υπόλοιπους δεν αναδείχθηκε στένωση. Στους
116 ασθενείς το ανδρικό φύλο υπερίσχυε τόσο στο σύνολο, όσο και στις επιμέρους δύο ομά-
δες (58,8% και 54,2% στην ομάδα με σοβαρή στένωση και χωρίς στένωση, αντίστοιχα). Δεν
παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή ανάμεσα στις ομάδες όσον αφορά τους
κλασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης δια-
βήτης, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα και θετικού οικογενειακού ιστορικού για στεφανιαία νόσο).
Διαπιστώθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των δύο ομάδων
(75,2±11,7 έτη στους ασθενείς με σοβαρή AoS έναντι 70±13,6 έτη στους ασθενείς χωρίς στέ-
νωση, $p<0.001$). Από τη μέτρηση των επιπέδων της 25-υδροξυ-βιταμίνης D προέκυψε για
την ομάδα με σοβαρή AoS μέση τιμή 22±8,4 και για την ομάδα χωρίς στένωση 20± 12,1. Η
στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε σημαντική συσχέτιση των επιπέδων βιταμίνης D με την
ανάπτυξη σοβαρής AoS ($p=0.292$). **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης
δεν ανέδειξαν συσχέτιση των επιπέδων 25 υδροξυ-βιταμίνης D στον ορό με την ανάπτυξη
σοβαρής AoS. Το μικρό μέγεθος του δείγματος πιθανά παίζει ρόλο στην εξαγωγή αυτού
του συμπεράσματος. Επιπλέον δεν μπορεί να αποκλειστεί πιθανή συμμετοχή μοριακών και
γονιδιακών παραμέτρων ως συγχυτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη σοβαρής αορτικής στέ-
νωσης. Περαιτέρω κλινικές μελέτες με περισσότερους συμμετέχοντες απαιτούνται προς
την κατεύθυνση αυτή.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία πληθυσμού

Βασικά χαρακτηριστικά	Ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας n=68	Ασθενείς χωρίς στένωση αορτικής βαλβίδας n=48	p-value
Μέση ηλικία, (SD)	75.2 (11.7)	70 (13.6)	<0.001
Άνδρες n, (%)	40 (58,8)	26 (54,2)	0.618
Αρτηριακή Υπέρταση n, (%)	44 (64,7)	33 (68,8)	0.650
Σακχαρώδης Διαβήτης n, (%)	23 (33,8)	16 (33,3)	0.956
Δυσλιπιδαιμία n, (%)	37 (53,4)	23 (47,9)	0.491
Κάπνισμα n, (%)	25 (36,8)	16 (33,3)	0.703
Στεφανιαία νόσος n, (%)	27 (39,7)	19 (40)	0.989
Οικογενειακό ιστορικό για Στεφανιαία νόσο n, (%)	18 (26,5)	8 (16,7)	0.295

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Παρουσίαση Περιστατικού I

Πρόεδροι: **Γ. Καρακώστας** (Κιλκίς), **Δ. Βαλασιάδης** (Φλώρινα)

AA099 | ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΓΙΓΑΝΤΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΩΤΙΟΥ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ. ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Α. Δ. Μπελεγγίνος¹, **Αικ. Γιαννακοπούλου¹**, **Μ. Νικολακέα²**, **Μ. Τσότρα¹**, **Ε. Καρανάσιος¹**

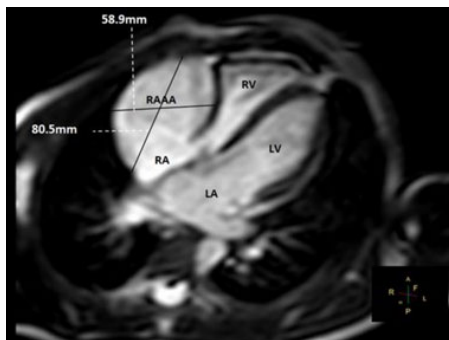
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

² Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το ανεύρυσμα του ωτίου του δεξιού κόλπου (RAAA) αποτελεί σπάνια πάθηση που αναδεικνύεται λόγω κλινικών ευρημάτων (αρρυθμίες, ρήξη, θρόμβωτικά επεισόδια) στην τρίτη δεκαετία της ζωής. Η ανεύρεσή του στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνια. Παρουσιάζουμε ασυμπτωματική ανεύρωση γιγαντιαίου RAAA σε βρέφος 10 μηνών και τη φυσική του πορεία. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άρρεν βρέφος 10 μηνών χωρίς οικογενειακό ιστορικό παραπέμφθηκε προεγχειρητικά για καρδιολογική εκτίμηση λόγω καρδιακού φυσήματος (μερική νεφρεκτομή λόγω ατροφίας άνω πόλου του δεξιού νεφρού). Δένεργήθηκαν ΗΚΓ, Holter ρυθμού, διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) και Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς (cMRI). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό. Το ΤΤΕ ανέδειξε γιγάντιο RAAA με ευρεία επικοινωνία με τον δεξιό κόλπο (RA). Η δεξιά κοιλία (RV) είχε φυσιολογική τελοδιαστολική διάμετρο για την ηλικία: 17 mm. Δεν ανιχνεύθηκε θρόμβος εντός του ανευρύσματος. Οι δύο κοιλίες είχαν φυσιολογική συσταλτικότητα και διαστάσεις. Η RV δεν συμπιεζόταν από το ανεύρυσμα, και η διατριγλωχινική ροή αίματος ήταν φυσιολογική.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Η cMRI ανέδειξε γιγαντιαίων διαστάσεων RAAA (39 × 33 mm) με παχιά τοιχώματα και ευρεία επικοινωνία (27 mm στην τελοδιαστολή και 15 mm στην τελοσυστολή) με τον RA. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία δεν συμπιέζοταν από το RAAA παρότι ήταν σε επαφή με αυτό για 25 mm. Προτάθηκε καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση αλλά λόγω άρνησης των γονέων στο παιδί χορηγήθηκε ακετυλοσαλικυλικό οξύ 5 mg/kgΣΒ ημερησίως για αποφυγή θρόμβωσης, συστάθηκε ήπια σωματική δραστηριότητα και συχνή καρδιολογική παρακολούθηση. Στο 10ετές follow up που ακολούθησε, το αγόρι παραμένει ασυμπτωματικό, το ανεύρυσμα συνέχισε να αυξάνεται: 80 mm × 59 mm και συνολικό όγκο 110 mL στην cMRI 7 έτη μετά, δεν ανιχνεύθηκαν αρρυθμίες σε Holter ρυθμού, ούτε θρόμβοι στο RAAA. Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας παρέμεινε φυσιολογική (strain δεξιάς κοιλίας). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το RAAA μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματικό για μεγάλο χρονικό διάστημα, ειδικά στα παιδιά. Η μαγνητική τομογραφία παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος, το πάχος των τοιχωμάτων του ανευρύσματος, την πορεία της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, καθώς και πιθανές θέσεις συμπίεσης της δεξιάς κοιλίας από το ανεύρυσμα. Η προτεινόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική εκτομή. Στους ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, απαιτείται στενή παρακολούθηση και θεραπεία προκειμένου να αποφευχθούν επικίνδυνες για τη ζωή επιπλοκές.



AA100 | Ενδιαφέρουσα περίπτωση ταχυμυοκαρδιοπάθειας σε παιδί 6 ετών με ανθεκτική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αγνώστου ενάρξεως.

Ε. Γρηγοράκη¹, Γ. Σέρβος¹, Α. Σερέτης², Δ. Μπόμπος², Μ. Κανάκης², Ι. Παπαγιάννης², Π. Παπαχρήστου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

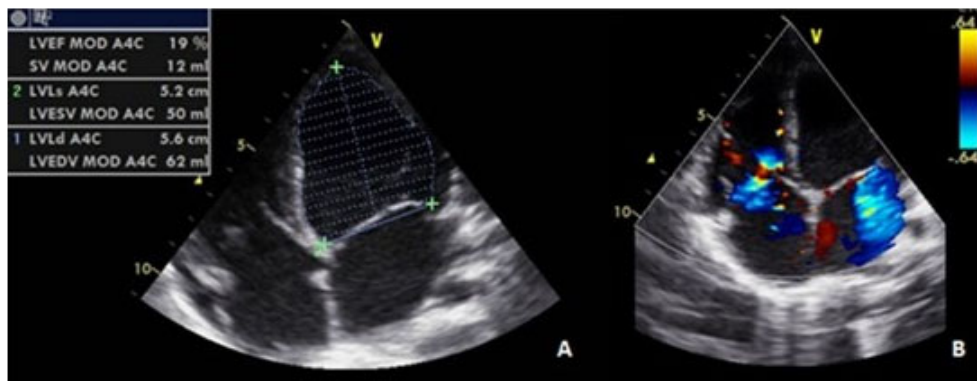
² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Εισαγωγή/σκοπός: Η συστολική δυσλειτουργία (ΣΔ) της αριστερής κοιλίας και η καρδιακή ανεπάρκεια σε παιδιά με δομικά φυσιολογική ανατομία του καρδιαγγειακού συστήματος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

είναι μια σπάνια κατάσταση, σχετιζόμενη κυρίως με οικογενή ή επίκτητη μυοκαρδιοπάθεια, βαλβιδοπάθεια ή μυοκαρδίτιδα. Η διάγνωση της ταχυμυοκαρδιοπάθειας (ΤΜΚ) στην παιδική ηλικία αποτελεί μια ασυνήθη κατάσταση, η οποία πιο συχνά παρατηρείται σε βρέφη με κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου (AVNRT). Σε μεγαλύτερα παιδιά είναι σπάνια και συχνότερα αίτια είναι η εμμένουσα κομβική ταχυκαρδία και η έκτοπη κολπική ταχυκαρδία. **Υλικό και μέθοδος:** Το παρόν αποτελεί παρουσίαση περιστατικού παιδιού 6 ετών το οποίο μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας κατόπιν νοσηλείας ως αλιθιασική χολοκυστίτιδα, λόγω τυχαίας ακρόασης αυξημένων σφύξεων και επακόλουθη διαπίστωση υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας στο ΗΚΓ ηρεμίας. **Αποτελέσματα:** Κατά την άφιξη στο ΤΕΠ διαπιστώθηκε ΥΤ με συχνότητα 220 σφύξεων/ λεπτό. Έγιναν βαγοτονικοί χειρισμοί, χωρίς αποτέλεσμα. Χορηγήθηκαν σταδιακά αυξανόμενες δόσεις αδενosίνης με επιβράδυνση της ταχυκαρδίας, χωρίς τερματισμό αυτής. Λόγω σταδιακής πτώσης της αρτηριακής πίεσης, ακολούθησε προσπάθεια συγχρονισμένης καρδιομετατροπής ανεπιτυχώς. Στον υπέρηχο καρδιάς διαπιστώθηκε διατεταμένη αριστερή κοιλία με σαφώς επηρεασμένη συνολική συσταλτικότητα, καθώς και λειτουργική, μετρίου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδος. Έγινε έναρξη προκainamίδης με σταδιακή μείωση της καρδιακής συχνότητας. Το παιδί μεταφέρθηκε σε αρρυθμιολογικό κέντρο ως ταχυμυοκαρδιοπάθεια σε έδαφος έκτοπης κολπικής ταχυκαρδίας για ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο και λοιπή διαχείριση. Έγινε κατάλυση της ταχυκαρδίας από την τελική ακρολοφία ωστόσο η ταχυκαρδία υποτροπίασε μετά από κάποιες ώρες. Έγινε έναρξη αντιαρρυθμικής αγωγής και αγωγής καρδιακής ανεπάρκειας (βισοπρολόλη, σπιρονολακτόνη, αμιωδαρόνη, εναλαπρίλη, φουροσεμίδη) Ακολούθησε υποστήριξη της κυκλοφορίας, αρχικά με εξωσωματική οξυγόνωση με μεμβράνη (ECMO) Μεταφέρθηκε σε μεταμοσχευτικό κέντρο του εξωτερικού όπου τοποθετήθηκε συσκευή υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (LVAD). Η συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας αποκαταστάθηκε σταδιακά, επιβεβαιωμένη τόσο με μαγνητική τομογραφία καρδιάς, όσο και με εν σειρά ηχοκαρδιογραφικές μελέτες. **Συμπεράσματα:** Ταχυμυοκαρδιοπάθεια μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό έως 13% παιδιών με ΥΤ. Η παρατεταμένη διάρκεια της ταχυκαρδίας αποτελεί τον βασικό παράγοντα κινδύνου. Για τη διάγνωση της ΤΜΚ απαιτείται επαναφορά της συστο-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA101 | Ενδιαφέρον περιστατικό πνευμονικής εμβολής με ευμεγέθεις θρόμβους εντός της δεξιάς κοιλίας

N. Αρνας¹, M. Καρακωστα¹, A.E. Καλεση¹, Δ. Μαρτσα¹, A. Πλαϊτης¹, Δ. Π. Ζαμπέλης¹, A. Κωνσταντάρα¹, N. Πατσουράκος¹, A. Θεοδόσης-Γεωργιάδης¹, N. Κασινός¹

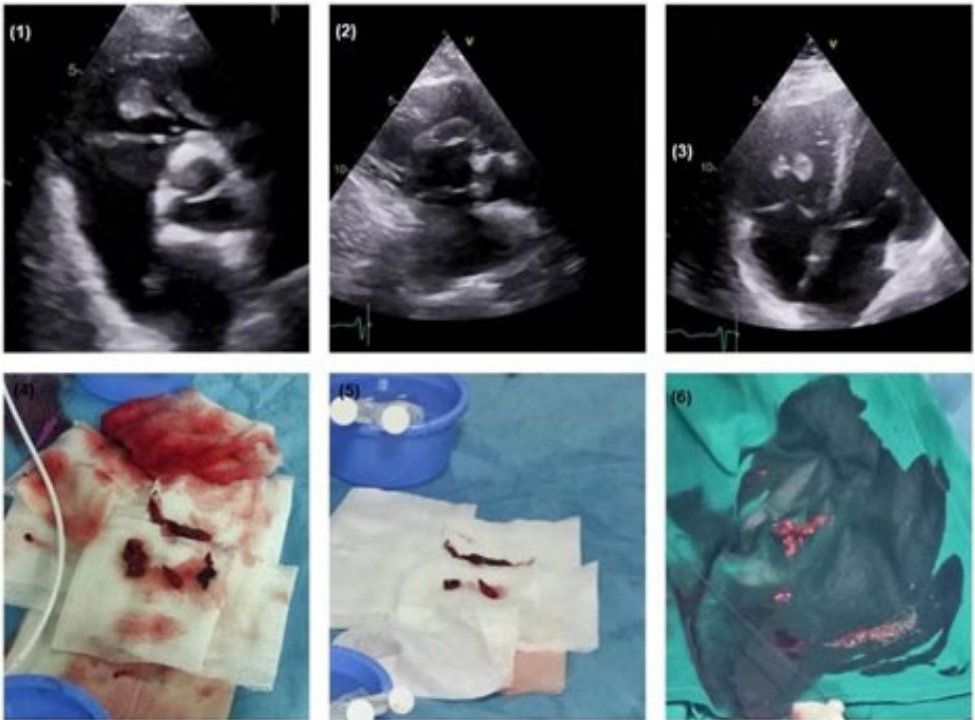
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η παρουσία θρόμβων εντός των δεξιών κοιλοτήτων συναντάται σε μικρό ποσοστό των περιστατικών πνευμονικής εμβολής (<4%), αυξάνει την θνητότητα και περιπλέκει την θεραπευτική προσέγγιση. Ιδιαίτερα όταν η πνευμονική εμβολή δεν κρίνεται αιμοδυναμικά υψηλού κινδύνου, ώστε να είναι σαφής η αντιμετώπιση, η περαιτέρω διαχείριση των ασθενών στηρίζεται στην εξατομίκευση και την κρίση του θεράποντος ιατρού.

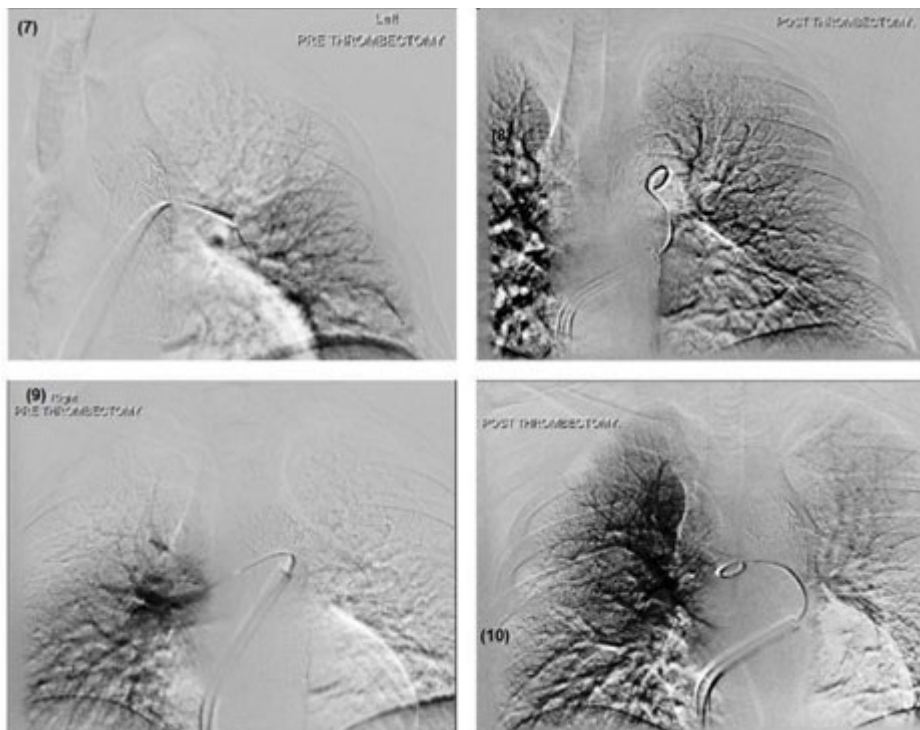
ΣΚΟΠΟΣ Μέσα από ένα περιστατικό ενδιαμέσου-υψηλού κινδύνου πνευμονικής εμβολής με παρουσία θρόμβων εντός της δεξιάς κοιλίας, θα παρουσιαστεί μια σύγχρονη προσέγγιση των περιπτώσεων αυτών. **ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το περιστατικό αφορά σε άνδρα 38 ετών με ιστορικό τροχαίου ατυχήματος προ μηνός, από το οποίο αποκόμισε ρήξη θωρακικής αορτής με ενδαγγειακή αποκατάσταση, κατάγματα πλευρών και θωρακικών σπονδύλων, για τα οποία υπεβλήθη σε σπονδυλοδεσία, αιμάτωμα νεφρού και εξάρθημα γόνατος με τοποθέτηση νάρθηκα για ακινητοποίηση της άρθρωσης. Ο ασθενής προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας από τριήμερο, υποξυγοναιμίας και ενός προλιποθυμικού επεισοδίου. Στην αδρή ηχωκαρδιογραφική εκτίμηση διαπιστώθηκε διάταση της δεξιάς κοιλίας με παρουσία πολλαπλών, ευκίνητων, ευμεγέθων θρόμβων εντός αυτής (εικόνες 1, 2, 3). Η αξονική τομογραφία θώρακος επιβεβαίωσε τη διάγνωση της αμφοτερόπλευρης μαζικής (ακτινολογικά) πνευμονικής εμβολής, οπότε ο ασθενής, όντας αιμοδυναμικά σταθερός, εισήχθη στην καρδιολογική μονάδα και τέθηκε σε παρεντερική αντιπηκτική αγωγή. Μετά από πενήμημη παρακολούθηση, ο ασθενής παραμένει σταθερός (οριακά ταχύκαρδος) αλλά με αμετάβλητη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τη θορυβώδη εικόνα θρόμβων και ήπια αύξηση της συστολικής πίεσης δεξιάς κοιλίας παρά την αντιπηκτική αγωγή. Οι πιθανές θεραπευτικές επιλογές που συζητήθηκαν ήταν η συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής (watchful waiting), η θρομβόλυση και η διαδερμική επαναιμάτωση. Τελικά ο ασθενής μεταφέρεται σε εξειδικευμένο κέντρο για διακαθετηριακή θρομβοαναρόφηση. Κατά τη διαδικασία απομακρύνθηκε σταδιακά μεγάλο φορτίο θρόμβου (εικόνες 4, 5, 6), με την τελική αγγειογραφία να αναδεικνύει αποκατάσταση ροής σε περιοχές του πνευμονικού αγγειακού δικτύου που προηγουμένως στερούνταν αιμάτωσης (εικόνες 7, 8, 9, 10). Στην ηχωκαρδιογραφική εκτίμηση της επόμενης ημέρας η δεξιά κοιλία απεικονίζεται ήδη φυσιολογικών διαστάσεων και ελεύθερη θρόμβων. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο δύο ημέρες αργότερα, χωρίς να εμφανίσει οποιαδήποτε επιπλοκή. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**
Σε περιπτώσεις πνευμονικής εμβολής ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου με παρουσία θρόμβων εντός των δεξιών κοιλοτήτων, όπου η θνητότητα είναι αυξημένη, η διακαθετηριακή αντιμετώπιση αποτελεί μια νέα ασφαλή θεραπευτική επιλογή.



Εικόνες 1,2,3: Ηχωκαρδιογραφική απεικόνιση θρόμβων εντός της δεξιάς κοιλίας
Εικόνες 4, 5, 6: Θρόμβοι οι οποίοι αφαιρέθηκαν κατά την θρομβοαναρόφηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνες 7, 8, 9, 10: Αγγειογραφία πριν και μετά την θρομβολυτική αγωγή

AA102 | Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός ως πρώτη κλινική εκδήλωση σε νεαρό ασθενή με ασβεστωμένη δίπτυχη αορτική βαλβίδα

Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Ι. Δημητρόγλου², Η. Τόλης², Μ. Κούκος², Σ. Σιδηρέης¹, Ε. Τσιάμης², Κ. Αγγέλης²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα συνιστά μία από τις πιο κοινές συγγενείς καρδιοπάθειες στους ενήλικες. Η ασβεστώση της αορτικής βαλβίδας με συνοδό στένωση ή/και ανεπάρκεια αυτής και το ανεύρυσμα της ανιούσης αορτής είναι συνήθεις επιπλοκές των ασθενών με δίπτυχη αορτική βαλβίδα. Περιγράφεται η περίπτωση νέου ασθενούς με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό ως πρώτη κλινική εκδήλωση ασβεστωμένης δίπτυχης αορτικής βαλβίδας. **Υλικό και μέθοδος** Ασθενής ηλικίας 33 ετών με ελεύθερο ατομικό ανα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

μνηστικό προσήλθε λόγω αναφερόμενου συγκοπτικού επεισοδίου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα κατέδειξε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με μορφολογία LBBB (εικόνα 1). Κατά την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη διαπιστώθηκε δίπτυχη αορτική βαλβίδα με σημαντική ασβέστωση πτυχών (δεξιάς και μη στεφανιαίας πτυχής) (εικόνα 2) και σοβαρού βαθμού στένωση (U_{max} 5 m/sec, mean gradient 50mmHg) και τουλάχιστον μετρίου βαθμού ανεπάρκεια αυτής. Η αριστερή κοιλία ήταν αυξημένων εσωτερικών διαστάσεων με συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων και επηρεασμένη συστολική απόδοση (εκτιμώμενο κλάσμα εξωθήσεως 45%). **Αποτελέσματα** Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο που ήταν αρνητικός για αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις ενώ πραγματοποιήθηκε επιτυχής εμφύτευση διπλοεστιακού βηματοδότη. Μετά την πάροδο δύο μηνών, ο ασθενής υποβλήθηκε σε επιτυχή χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με μεταλλική προσθετική βαλβίδα. Έκτοτε, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός. **Συμπεράσματα** Η προοδευτική επέκταση της ασβέστωσης γύρω από τη μη στεφανιαία πτυχή, προς την περιοχή του His δεματίου και η διήθηση του ερεθισματοαγωγού συστήματος δύναται να είναι αιτία εμφάνισης διαταραχών κολποκοιλιακής αγωγής στους ασθενείς με ασβεστοποιό στένωση αορτικής βαλβίδας (1). Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται άλλη μία περίπτωση εμφάνισης πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού σε ασθενή 34 ετών ως πρώτη εκδήλωση ασβεστωμένης δίπτυχης αορτικής βαλβίδας (2). Συμπερασματικά, η μη έγκαιρη διάγνωση της δίπτυχης αορτικής βαλβίδας μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρες για τον ασθενή επιπλοκές λόγω της εξέλιξης της νόσου, καθιστώντας πολλές φορές δύσκολη τη διάγνωση της κύριας πάθησης.

Αναφορές 1. Bagur R, Manazzoni JM, Dumont E, et al. Permanent pacemaker implantation following isolated aortic valve replacement in a large cohort of elderly patients with severe aortic stenosis. *Heart* 97: 1687-1694, 2011. 2. Karbasi-Afshar R, Jonaidi-Jafari N, Saburi A, Khosravi A. Atrioventricular block as the initial presentation of calcified bicuspid aortic valve. *ARYA Atheroscler*. 2014 Jan;10(1):59-64



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA103 | Αποκάλυψη συνδρόμου Brugada σε ασθενή με ηλεκτρική θύελλα και χορήγηση ενδοφλέβιας αμιωδαρόνης
Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Δ. Κορέλα¹, Ζ. Καλλινίκου¹, Ε. Ρογδάκης¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής 60 ετών κάλεσε το ασθενοφόρο για μεταφορά του στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου λόγω έντονου θωρακικού άλγους. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής είχε σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Κατά τη μεταφορά του στο ΤΕΠ με το ασθενοφόρο, παρουσίασε καρδιοαναπνευστική ανακοπή κι έγινε έναρξη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης από τον Ιατρό του ασθενοφόρου με χορήγηση συνολικά δύο απινιδώσεων λόγω εμφάνιση άσφυγμης κοιλιακής ταχυκαρδίας. Κατά τη διακομιδή στο ΤΕΠ ο ασθενής είχε ROSC χωρίς επίπεδο επικοινωνίας, ο αεραγωγός είχε εξασφαλιστεί με λαρυγγική μάσκα και ήταν αιμοδυναμικά ασταθής. Από την ανταλλαγή αερίων αίματος διαπιστώνεται μεταβολική οξέωση και από το ΗΚΓ φλεβοκομβικός ρυθμός με εικόνα ανασπάσεων στο κατώτερο τοίχωμα. Ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω μη ανάκτησης επιπέδου επικοινωνίας και σοβαρής μεταβολικής οξέωσης κι έλαβε αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή σε δόση φόρτισης. Κατά την προετοιμασία του για μεταφορά στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο εμφάνισε ηλεκτρική θύελλα με πολλαπλά επεισόδια torsades des pointes, άσφυγμης κοιλιακής ταχυκαρδίας και κοιλιακής μαρμαρυγής που με την άμεση απινιδώσή τους υποχωρούσαν και υπήρχε ανά-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

κτηση αυτόματης κυκλοφορίας. Ο ασθενής μετά την τρίτη απινίδωση έλαβε ενδοφλέβια έγχυση αμιωδαρόνης. Συνολικά χορηγήθηκαν 25 απινιδώσεις σε διάστημα 15 λεπτών. Σε νέο ΗΚΓ μόλις αποκαταστήθηκε ο φλεβοκομβικός ρυθμός διαπιστώθηκε εικόνα συνδρόμου Brugada τύπου 1. Η έγχυση της αμιωδαρόνης διεκόπη ως αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση του συνδρόμου Brugada και ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια έγχυση ισοπροτερονόλης σύμφωνα με τις οδηγίες. Από το στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε πλήρης απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας όπου πραγματοποιήθηκε πρωτογενής αγγειοπλαστική. Η νοσηλεία του στη ΜΕΘ συνεχίστηκε χωρίς επιπλοκές, ο ασθενής αποσωληνώθηκε και έλαβε εξιτήριο από την Καρδιολογική κλινική μία εβδομάδα αργότερα με προγραμματισμό για ΗΦΜ. Η χορήγηση αμιωδαρόνης σε ασθενείς με υποκείμενο σύνδρομο Brugada-είτε αυτό είναι διαγνωσμένο είτε όχι- έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως υπεύθυνη για την αποκάλυψη της μορφολογίας του συνδρόμου. Δεν ενδείκνυται για την μείωση της αρρυθμιογένεσης στους ασθενείς αυτούς, ενώ η επιβεβαίωση της διάγνωσής του απαιτεί περαιτέρω ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

AA104 | **Σύνδρομο Υποκλοπής Στεφανιαίων - Υποκλειδίου**

Δ. Νικητόπουλος¹, Γ. Ματθαίουπουλος¹, Ν. Λαζίλι¹, Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Χ. Μαντής¹, Κ. Βασιλειάδης¹, Α. Τσαντούλας¹, Α. Λιόδη¹, Ν. Καυκάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες η χρήση της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας (LIMA) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD) έχει καθιερωθεί σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG), καθώς πολλές μελέτες έχουν δείξει καλύτερα μακροπρόθεσμα ποσοστά βατότητας και επιβίωσης. Παρόλα αυτά σε σπάνιες περιπτώσεις



μπορεί να παρατηρηθεί φαινόμενο υποκλοπής από τη στεφανιαία κυκλοφορία, ιδίως σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση στο κεντρικό τμήμα της υποκλειδίου αρτηρίας, που έχει ως αποτέλεσμα πρόκληση ισχαιμίας του μυοκαρδίου. **Παρουσίαση Περιστατικού - Λήψη Απόφασης:** Ασθενής 83 ετών με ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου με αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 6 ετών, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας προσήλθε λόγω δύσπνοιας και προκάρδιου άλγους από 48ώρου. Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε αρτηριακή πίεση 135/83mmHg στο δεξί χέρι και 94/57mmHg στο αριστερό. Από το ΗΚΓ εισαγωγής παρατηρήθηκαν αρνητικά T στις προκάρδιες απαγωγές ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε μικρή αύ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

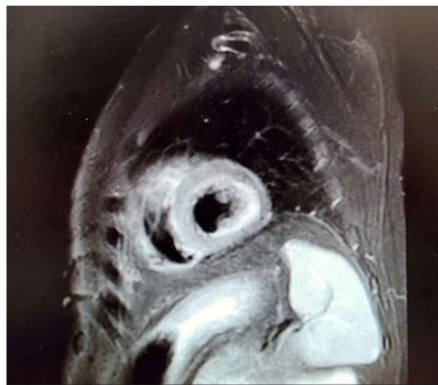
ξηση της τροπονίνης. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς παρατηρήθηκε EF:40% χωρίς σημαντικές μεταβολές συγκριτικά με προηγούμενη μελέτη. Αποφασίστηκε η διενέργεια στεφανιογραφίας όπου αποκαλύφθηκε ανάδρομη ροή από τη στεφανιαία κυκλοφορία προς τη LIMA, συνοδευόμενη από στένωση 70% εγγύς LAD και σημαντική στένωση αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν περαιτέρω με διενέργεια ψηφιακής αφαιρετικής αγγειογραφίας. Αποφασίστηκε η ενδαγγειακή αντιμετώπιση της βλάβης της υποκλειδίου, με αποκατάσταση της ορθόδρομης ροής προς τη στεφανιαία κυκλοφορία. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεπεμβατική πορεία με ύφεση του θωρακικού ενοχλήματος. **Συμπεράσματα:** Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει πως σε ασθενείς με μετεγχειρητική σταθάγη ή συμπτωματολογία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα την αριστερή έσω μαστική αρτηρία, η πιθανότητα συνδρόμου υποκλοπής στεφανιαίων - υποκλειδίου θα πρέπει να εξετάζεται και να διερευνάται με απεικόνιση των στεφανιαίων αρτηριών ώστε η διάγνωση και η αντιμετώπιση να μην καθυστερούν.

AA105 | **Όψιμη εμφάνιση κακοήθους αρρυθμίας σε ασθενή με χειρουργηθείσα πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας**

Π. Δούρβας¹, Ν. Μηλαράς¹, Ε. Τριανταφύλλου¹, Π. Κωστάκης¹, Σ. Τσαλαμανδράς¹, Σ. Σιδηρές¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η αρρυθμογόνος πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας περιγράφεται ως ένας ιδιαίτερος φαινότυπος ασθενών που εμφανίζουν κακοήθη αρρυθμολογικά συμβάντα και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια διαστρωμάτωσης αρρυθμολογικού κινδύνου τα οποία προκύπτουν από το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας, την 24ωρη καταγραφή του ρυθμού, το υπερηχοκαρδιογράφημα και την μαγνητική τομογραφία καρδιάς. **ΣΚΟΠΟΣ** Η παρουσίαση περιστατικού με ιστορικό χειρουργηθείσας πρόπτωσης μιτροειδούς βαλβίδας, που όψιμα μετά την επέμβαση εμφάνισε καρδιοαναπνευστική ανακοπή σε έδαφος κοιλιακής ταχυαρρυθμίας και η συσχέτιση του με την αρρυθμογόνο πρόπτωση μιτροειδούς. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Ασθενής 44 ετών νοσηλεύτηκε στην κλινική μία με μορφολογία αποκλεισμού δεξιού σκέλους. Ηχωκαρδιογραφικά διαπιστώθηκαν προσθετικός δακτύλιος στη θέση της μιτροειδούς με καλώς λειτουργούσα βαλβίδα, καθώς και ανεύρυσμα του βασικού ελευθέρου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε στεφανιαία νόσο, ωστόσο, στη μαγνητική καρδιάς με καθυστερημένη πρόσληψη γαδολινίου ανεδείχθη ίνωση στο βασικό κατώτερο και κατωτεροπλάγιο τοίχωμα της αριστεράς κοιλίας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στον ασθενή πραγματοποιήθηκε εμφύ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τευση μονοεστιακού απινιδιστή στα πλαίσια δευτερογενούς πρόληψης, ενώ έγινε σύσταση για ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και πιθανή κατάλυση της αρρυθμογόνου εστίας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η αρρυθμογόνος πρόπτωση της μιτροειδούς αποτελεί μια νέα οντότητα που θεωρείται ότι ευθύνεται για <1% των αιφνιδίων καρδιακών θανάτων, ανεξάρτητα από την επιδιόρθωση ή αντικατάσταση αυτής. Η συνεχής αρρυθμιολογική παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι επιβεβλημένη στα πλαίσια πρωτογενούς πρόληψης αιφνιδίου θανάτου, ενώ οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές διευκολύνουν την διαστρωμάτωση κινδύνου και την διερεύνηση των πιθανών μηχανισμών αρρυθμογένε-

σης. Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και η κατάλυση των παθολογικών εστιών αποτελεί μια σύγχρονη θεραπευτική επιλογή.

AA106 | **Μυοκαρδίτιδα σε έφηβο ασθενή με ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια. Είναι ένοχος η κλοζαπίνη;**

Β. Ταφραλή¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Β. Χιώτη¹, Μ. Πέππα¹, Δ. Καραγεώργου¹, Χ. Κολέ¹, Ε. Ιωαννίδης¹, Δ. Μυτάς¹, Θ. Παπαφάνης¹, Α. Κίτσιου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η εξέλιξη των ψυχιατρικών φαρμάκων έχει διαδραματίσει κύριο ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχιατρικών ασθενών. Η κλοζαπίνη αποτελεί έναν ισχυρό αντιψυχωτικό παράγοντα και αποτελεί φάρμακο εκλογής στην ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια. Το φάρμακο εκλογής της νόσου, η κλοζαπίνη, παρέχει ύφεση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, μείωση των νοσηλειών των ασθενών και μειώνει τα αυτοκαταστροφικά συμπτώματα. Παρά τη θετική της επίδραση, η χρήση της κλοζαπίνης είναι περιορισμένη λόγω των τοξικών παρενεργειών που έχουν παρατηρηθεί από τη χρήση της. **Υλικά - Μέθοδος:** Ασθενής 17 ετών με ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής, νοσηλευόμενος στην Ψυχιατρική Κλινική, ετέθη υπό αγωγή με κλοζαπίνη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Μετά από 12 ημέρες λήψης του φαρμάκου, ο ασθενής παρουσίασε εικόνα ιογενούς συνδρομής με εμπύρετο, επιγαστραλγία και διαρροϊκές κενώσεις. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, παρατηρήθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής καθώς και αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης (τροπονίνη) χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων και της συμπτωματολογίας, ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Καρδιολογική Κλινική με την διάγνωση πιθανής μυοκαρδίτιδας και υπεβλήθη σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, το οποίο ανέδειξε ήπια επηρεασμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας =45%) με υποκινησία μέσου-κο-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ρυφαίου μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Κατά τη νοσηλεία του ο ασθενής παρουσίασε περαιτέρω αύξηση της τιμής της τροπονίνης, ενώ σε διαγνωστικό έλεγχο (αιματολογικό και κοπράνων) που διενεργήθηκε δεν απομονώθηκε κάποιος λοιμώδης παράγοντας. Κατόπιν επικοινωνίας με τον θεράποντα ψυχίατρο, συνεστήθη διακοπή της κλοζαπίνης ως πιθανού παράγοντα πρόκλησης της μυοκαρδίτιδας. Μετά από 5 ημέρες νοσηλείας στην Καρδιολογική Κλινική, παρατηρήθηκε πτώση των δεικτών φλεγμονής και μυοκαρδιακής νέκρωσης. Ο ασθενής, όντας ασυμπτωματικός και ελεύθερος κακοήθων αρρυθμιών, μεταφέρθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική με σύσταση για διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας μετά την έξοδό του. **Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια αποτελούν μια εξαιρετικά ιδιαίτερη ομάδα ασθενών ως προς τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Η κλοζαπίνη στην κλινική πράξη υποχρησιμοποιείται λόγω της συσχέτισής της με τα καρδιοτοξικά συμβάντα. Να σημειωθεί ότι τα βιβλιογραφικά δεδομένα, στα οποία αναφέρεται μεγάλος αριθμός περιστατικών μυοκαρδίτιδας που αποδίδονται σε κλοζαπίνη, δεν συμπεριλαμβάνουν συνήθως τεκμηρίωση της διάγνωσης της μυοκαρδίτιδας (μέσω μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς ή μυοκαρδιακής βιοψίας). Αυτό ενδεχομένως μεγεθύνει ψευδώς το ρόλο της κλοζαπίνης ως αίτιο μυοκαρδίτιδας.

AA107 | **Μονήρης στεφανιαία αρτηρία με κοινή έκφυση αριστερής και δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από κοινό στόμιο στο δεξιό κόλπο του Valsalva: παρουσίαση περιστατικού**

N. Ιωακειμίδης¹, Δ. Βαλασιάδης¹, Κ. Μητρούση²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Καρδιολογική Κλινική

² Διαγνωστικό Κέντρο «Υγεία Πτολεμαΐδας», Τμήμα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης

Εισαγωγή: Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών ανιχνεύονται περίπου στο 5,64% των στεφανιογραφικών ελέγχων. Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία αποτελεί σπανιότατη ανωμαλία με αναφερόμενη επίπτωση 0,024 - 0,06% σε στεφανιογραφίες. **Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα ασθενής 77 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του οικείου δευτεροβάθμιου νοσοκομείου αιτιώμενη αίσθημα παλμών περίπου από τριών ωρών και άτυπα θωρακικά ενοχλήματα από εβδομάδος. Από το ατομικό της αναμνηστικό σημειώνονται αρτηριακή υπέρταση καλώς ρυθμιζόμενη υπό αγωγή, δυσλιπιδαιμία υπό στατίνη και αγχώδης διαταραχή. Ηλεκτροκαρδιογραφικώς διαπιστώθηκε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Από τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα. Κατά την παραμονή της ασθενούς στη βραχεία νοσηλεία και πριν την ενδοφλέβια χορήγηση αμιωδαρόνης σημειώθηκε αυτόματη καρδιομετατροπή σε έκτοπο κολπικό ρυθμό, ο οποίος προϋπήρχε σε παλαιά ΗΚΓ. Δε σημειώθηκε κίνηση καρδιακών ενζύμων. Η ασθενής αποχώρησε με DOAC και β-αναστολέα. Συνεστήθη διενέργεια αξονικής στεφανιογραφίας (CAD Consortium clinical pre-test probability of CAD = 20%), η οποία ανέδειξε Calcium Score = 2 AU, CAD-RADS 1 και ανώμαλη κοινή έκφυση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από κοινό στόμιο στο δεξιό κόλπο του Valsalva. Επιπλέον, ανώμαλη πορεία του εξαιρετικά μεγάλου μήκους στελέχους έμπροσθεν του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Η συγκεκριμένη ανωμαλία έχει χαρακτηριστεί κα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

λήθης στη βιβλιογραφία και κατηγοριοποιήθηκε ως Lipton RII - A (Lipton et al., "Isolated Single Coronary Artery: Diagnosis, Angiographic Classification, and Clinical Significance", 1979). **Συμπεράσματα:** Η αξονική στεφανιογραφία αποτελεί πολύτιμη διαγνωστική μέθοδο για την ανάδειξη σπάνιων ανατομικών ανωμαλιών των στεφανιαίων αρτηριών και το χαρακτηρισμό της επικινδυνότητας αυτών.



AA108 | Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού: Μυοκαρδίτιδα και Libman Sachs ενδοκαρδίτιδα σε ασθενή με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.

**I. Ματσούκης¹, Μ. Μπόνου¹, Μ. Σκουλούδη¹, Π. Ντινοπούλου¹,
Α. Κουτσογιάννη², Α. Γουλές², Α. Τζιούφας², Ι. Μπαρμετσέας¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

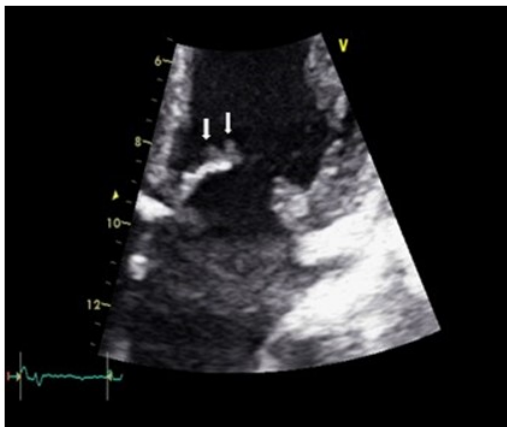
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα με εν δυνάμει πολυοργανική προσβολή. Όσον αφορά το καρδιαγγειακό, οι εκδηλώσεις του ΣΕΛ περιλαμβάνουν: στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθεια (έως 50%), συχνότερα ανεπάρκεια μιτροειδούς/αορτικής βαλβίδας, ενδοκαρδίτιδα Libman-Sachs, περικαρδιακή συλλογή/περικαρδίτιδα (11-54%), μυοκαρδίτιδα (3-9%) και διαταραχές αγωγιμότητας. Παρουσιάζουμε ένα σύνθετο κλινικό περιστατικό με εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενή με ΣΕΛ, η περιγραφή της διαφορικής διάγνωσης και της ακολουθούμενης θεραπείας. **Παρουσίαση περιστατικού:** Πρόκειται για γυναίκα 30 ετών με ατομικό αναμνηστικό ΣΕΛ προ 15ετίας και με νεφρική προσβολή προ δεκαετίας. Η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε ήταν μεθυλπρεδνιζολόνη, υδροξυχλωροκίνη, βαλσαρτάνη. Προσήλθε στα επείγοντα ιατρεία λόγω δύσπνοιας-ορθόπνοιας προσοδευτικά επιδεινούμενης και οιδημάτων κάτω άκρων από μηνός. Από την κλινική εξέταση ανευρέθησαν τρίζοντες βάσεων άμφω, παρουσία συστολικού φυσήματος μιτροειδούς, οιδήματα κάτω άκρων και παρουσία ασκίτικης συλλογής. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος περιγράφεται στον πίνακα. Η ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια διουρητική αγωγή με φουροσεμίδη και σε αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Η διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθηκαν: i. καρδιοτοξικότητα από φάρμακα (κυκλοφωσφamide, υδροξυχλωροκίνη), ii. μυοκαρδιοπάθεια του ΣΕΛ (στεφανιαία νόσος, νόσος μικρών αγγείων και θρομβώσεις της μικροκυκλοφορίας, μυοκαρδίτιδα) και iii. ιογενής μυοκαρδί-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> Hb: 9.3 g/dl Hct: 29.5 % MCV : 87.5 fl WBC: 8.000 Κ/μl (N: 90.7%, L: 3,7%), PLTs: 301.000 κκx TKE:12 mm/h, CRP: 71,17 mg/l (φ.ι <5) Φερριτίνη: 426 ng/ml, Απτοσφαιρίνες: 162 mg/dl (φ.τ 35-164) Τροπονίνη: 271 p/mL (<14) NT-proBNP >35.000 Επίχρισμα περιφερικού αίματος: ουδετερόφιλα 97% χωρίς τοξική κοκκίωση, ανισοκυττάρωση, υποχρωμία, χωρίς σχιστοκύτταρα 	<ul style="list-style-type: none"> Βιοχημικός έλεγχος: Cr:1,34 mg/dL Γενική ούρων: λεύκωμα + Κρεατινίνη ούρων: 46.2 mg/dL Ολικές πρωτεΐνες ούρων: 59.3 mg/dL Μικροαλβουμίνη ούρων: 506.8 mg/ύL Κ/α ούρων: στείρα Κ/α αίματος (6 ζεύγη): (-) Ιολογικός έλεγχος HBV, HCV, HIV: (-), test γρίπης, PCR για SARS Cov-2 (-) 	<ul style="list-style-type: none"> Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων: gamma 10.7% (11.1-18.%) Άμεση Coombs: αρνητική Ανοσολογικός έλεγχος: ANA 1/640, C3:64 C4:17, anti-dsDNA >100 (<7), ENAs (-), aCL IgG/IgM (-), b2GPI IgG/IgM (-)
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> Ακτινογραφία θώρακος: Αυξημένος καρδιοθωρακικός δείκτης, ασαφopoίηση πλευροδιαφραγματικών γωνιών άμφω ΗΚΓ: Φλεβοκομβική ταχυκαρδία 	<p><u>U/S καρδιάς:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Αριστερή κοιλία ήπια διατεταμένη με ήπια υπερτροφία οπισθίου τοιχώματος και διάχυτα σοβαρά επηρεασμένη συσπαστικότητα με κλάσμα εξώθησης 30% Αριστερός κόλπος σοβαρά διατεταμένος (63ml/m²) Επηρεασμένη συσπαστικότητα της δεξιάς κοιλίας Ήπια διάταση δεξιού κόλπου PASP ~ 55mmHg Βαλβίδες: τρίπτυχη αορτική, ακινησία οπίσθιας γλωχίνας μιτροειδούς, σοβαρού βαθμού έκκεντρη ανεπάρκεια μιτροειδούς, πάχυνση γλωχίνων μιτροειδούς με μικρά μορφώματα στην κοιλιακή επιφάνεια συμβατά με εκβλαστήσεις μη βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας Libman Sachs (βέλη, εικόνα 1) 	<p><u>U/S κοιλίας:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ήπαρ αυξημένων διαστάσεων χωρίς σαφή εστιακή αλλοίωση, παρουσία ασκτικής συλλογής

Πίνακας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

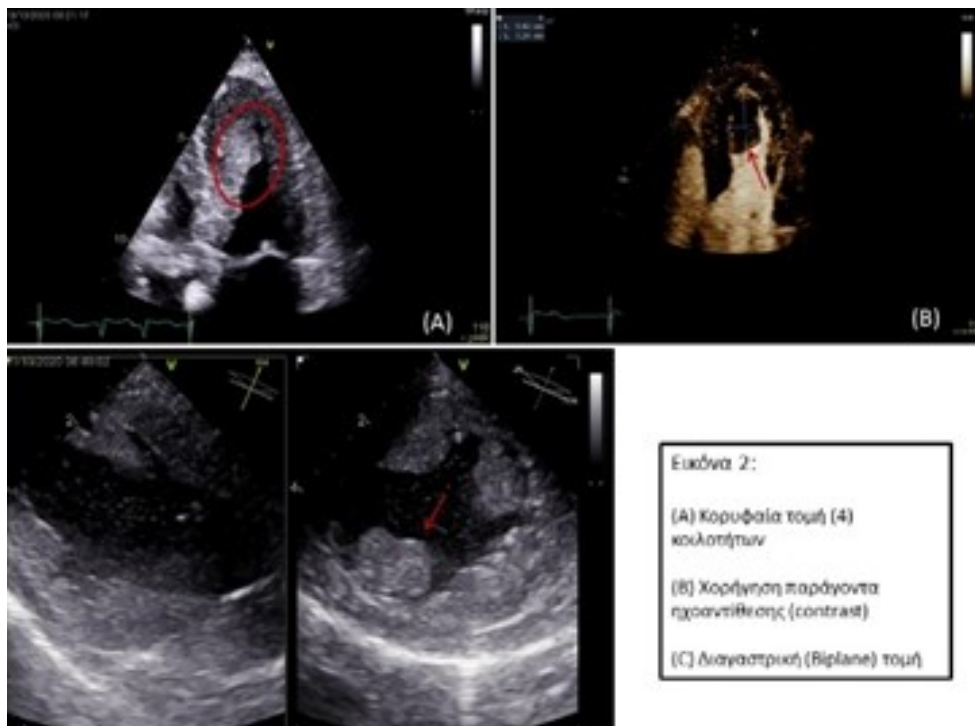
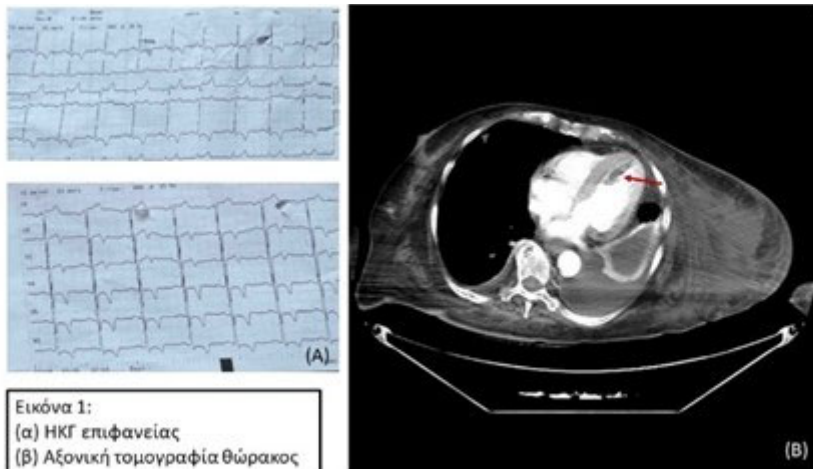
τιδα. Η ασθενής έλαβε 900mg κυκλοφωσφαμίδης, μεθυλπρεδνιζολόνη και τριμεθοπριμη-σουλφομεθοξαζόλη. Την 12η ημέρα νοσηλείας εμφάνισε εμπύρετο έως 38,5ο C με ρίγος, έντονη κακουχία, παροξυσμικό βήχας με αιμόπτυση. Παρατηρήθηκε αύξηση CRP, πτώση της αιμοσφαιρίνης ενώ οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Χορηγήθηκε κεφταζιδίμη και διενεργήθη αξονική τομογραφία θώρακος που ανέδειξε κυψελιδική αιμορραγία. Έλαβε εξιτήριο μετά από 20 ημέρες νοσηλείας, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα μετά από δύο μήνες και μετά την 5η ώση κυκλοφωσφαμίδης ανέδειξε σημαντική βελτίωση συσπαστικότητας δεξιάς κοιλίας, ήπια βελτίωση συσπαστικότητας αριστερής κοιλίας χωρίς υποκινησίες, μείωση των Libman Sachs εκπλαστήσεων ενώ παρέμενε η ακινησία της οπίσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς και η σοβαρού βαθμού ανεπάρκειας αυτής. **Συμπεράσματα:** Πρόκειται για περίπτωση Libman Sachs ενδοκαρδίτιδας και μυοκαρδίτιδας από ΣΕΛ η οποία υφέθη, με βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας, μετά από ανοσοκατασταλτική αγωγή.

AA109 | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΜΟΡΦΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΔΕΙΚΝΥΕΙ ΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥΤΡΟΠΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (MULTIMODALITY IMAGING)

A. E. Καλέση¹, K. Καρακώστα¹, K. Νταλέκου¹, Δ. Μαρίτσα¹, Δ. Μπουκής¹, B. Γαρδικιώτη¹, A. Καλύβη¹, A. Βασιλειάδου¹, A. Θεοδόσης-Γεωργιάδης¹, N. Κάσιος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η τυχαία ανεύρεση καρδιακών μορφωμάτων είναι σύνηθες πρόβλημα και αποτελεί κλινική πρόκληση η διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε «φυσιολογική» παραλλαγή, θρόμβο, καλοήγη ή κακοήγη καρδιακό όγκο. Η διαφορετική πρόγνωση και αντιμετώπιση της κάθε οντότητας καθιστά μείζονος σημασίας την ακριβή διάγνωση. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς θεωρείται εξέταση εκλογής για ευμεγέθη μορφώματα, κυρίως λόγω δυνατότητας ιστικού χαρακτηρισμού που παρέχει, αλλά προϋποθέτει την καλή συνεργασία του ασθενούς. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς, νοσηλευόμενης σε παθολογική κλινική, η οποία παραπέμφθηκε για καρδιολογική εκτίμηση λόγω παθολογικού ΗΚΓ (εικόνα 1Α) και ανεύρεσης ενδοκαρδιακής «μάζας» σε αξονική τομογραφία θώρακα. **ΥΛΙΚΑ & ΜΕΘΟΔΟΙ** Πρόκειται για γυναίκα 79 ετών, με ανοϊκή συνδρομή και ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, η οποία εισήχθη στην παθολογική κλινική λόγω λοίμωξης αναπνευστικού. Υπο-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

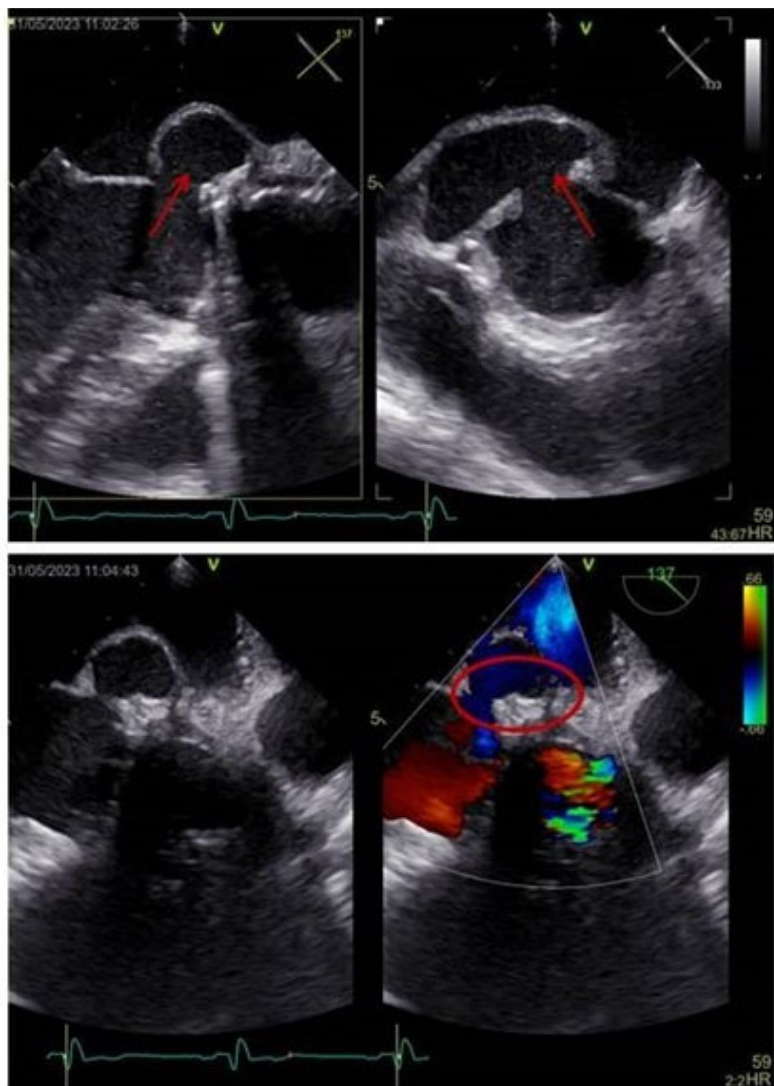
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

βλήθηκε σε αξονική θώρακος όπου περιγράφεται ατρακτοειδής σχηματισμός μεγέθους 23x13mm σε επαφή με το κορυφαίο ΜΚΔ και μειωμένη σκιαγραφική ενίσχυση συγκριτικά με τον υπόλοιπο καρδιακό μυ (εικόνα 1B). Ζητήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση λόγω του μορφώματος και παθολογικών ευρημάτων στο ΗΚΓ (παρουσία βαθιών αρνητικών κυμάτων Τ ιδίως στις αριστερές προκάρδιες απαγωγές). Κατά τη μελέτη επιβεβαιώθηκε η παρουσία ευμεγέθους μορφώματος στην περιοχή της κορυφής της αριστερής κοιλίας (εικόνα 2A), και ηχογένεια παρόμοια με αυτή του μυοκαρδιακού ιστού. Μετά από χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης και καλύτερη ανάδειξη των ορίων του μορφώματος (εικόνα 2B), διαπιστώθηκε μείωση του μεγέθους του, ανώμαλη παρυφή και ανομοιογενή πρόσληψη του σκιαγραφικού. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Δεδομένου της έλλειψης διάγνωσης, αλλά και της κλινικής κατάστασης/αδυναμίας συνεργασίας της ασθενούς για να υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, ακολούθησε διαιοσφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα για περαιτέρω μελέτη του μορφώματος. Με τη λήψη διαγνωστικών τομών και τη δυνατότητα της τριδιάστατης ηχοκαρδιογραφίας για ταυτόχρονη απεικόνιση πολλαπλών τομών (multiplane) αναδείχθηκε η παρουσία επικουρικού (υπεράριθμου) υπερτροφικού θηλοειδή μυ (εικόνα 2C), αποσαφηνίζοντας τη φύση του μορφώματος. Η συγκεκριμένη διάγνωση εξηγεί και τα ευρήματα από το ΗΚΓ της ασθενούς. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η διαφορική διάγνωση των καρδιακών μορφωμάτων είναι συχνά δυσχερής και ελλοχεύει ο κίνδυνος περιττών εξετάσεων ή και παρεμβάσεων. Μέσα από το συγκεκριμένο περιστατικό αναδεικνύεται ο ρόλος της τριδιάστατης ηχοκαρδιογραφίας, στη διερεύνηση ενδοκαρδιακών μαζών.

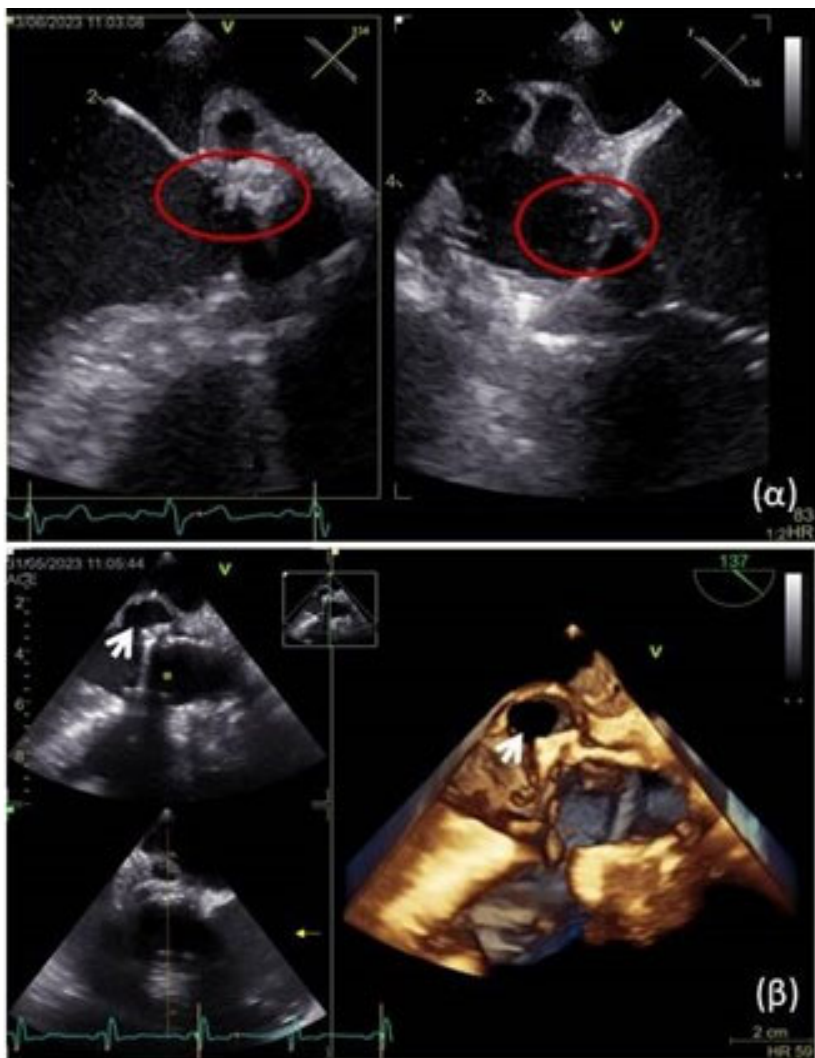
AA110 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΛΟΓΩ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ
Κ. Νταλέκου¹, Α.Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Μαρίτσα¹, Τ. Τζινιέρης¹, Ν. Αρνας¹, Π. Σκαντζίκας¹, Γ. Σκαλης¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹, Ν. Κάσινος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η χειρουργική αντιμετώπιση μιας σοβαρής βαλβιδοπάθειας συχνά αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή, αντικαθιστώντας όμως την αρχική νόσο με μια νέα «παθολογική» οντότητα, κυρίως λόγω των διαφόρων επιπλοκών. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πιθανής ενδοκαρδίτιδας προσθετικής βαλβίδας είναι καθοριστική για την έκβαση του ασθενούς και αποτελεί πρόκληση, καθώς συχνά η διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε φυσιολογικά μετεγχειρητικά ευρήματα, μετεγχειρητικές επιπλοκές και εκπλαστήσεις είναι ιδιαίτερος δυσχερής. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με ιστορικό χειρουργικής αντικατάστασης δίπτυχης αορτικής βαλβίδας και αποκατάστασης ανευρύσματος ανιούσης αορτής, ο οποίος προ 7μήνου υπεβλήθη εκ νέου σε τοποθέτηση μηχανικής πρόθεσης στη θέση της αορτικής και διόρθωσης ψευδοανευρύσματος με εμβάλωμα λόγω επιπλεγμένης ενδοκαρδίτιδας από *S.aureus*. Ο ασθενής προσήλθε στο ΤΕΠ με σημειολογία ΑΕΕ. **ΥΛΙΚΑ/ΜΕΘΟΔΟΙ** Πρόκειται για άνδρα 21 ετών, με το προαναφερθέν ιστορικό και υποθεραπευτικό INR, που εισήχθη στη Νευρολογική κλινική λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης αριστερής ημιπάρεσης. Σε αξονική αγγειογραφία διαπιστώθηκε απόφραξη της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και ακολούθησε θρομβεκτομή με βελτίωση της νευρολογικής σημειολογίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 1:
Επικοινωνία μεταξύ ψευδοανευρύσματος και Χώρου Εξόδου
Αριστερής κοιλίας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 2:

(α) Παρουσία κινητών προσεκβολών στην κοιλιακή επιφάνεια της προσθετικής βαλβίδας
(β) Τριδιάστατη απεικόνιση του ψευδοανευρύσματος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα όπου ανεδείχθη η παρουσία πολλαπλών μικρών ευκίνητων προσεκβολών στην κοιλιακή επιφάνεια της προσθετικής βαλβίδας (εκβλαστήσεις; θρομβωτικό υλικό;) και επικοινωνία μεταξύ του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας και της αορτομιτροειδικής συμβολής με εικόνα ψευδοανευρύσματος (ανεπιτυχής προηγηθείσα διόρθωση). Λόγω των ανωτέρω ευρημάτων και ενός πυρετικού κύματος λήφθηκαν πολλαπλά ζεύγη αιμοκαλλιεργιών και έγινε έναρξη κατάλληλης εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με γενταμικίνη, βανκομικίνη και ριφαμπικίνη, ως επί υποψίας πρώιμης ενδοκαρδίτιδας. Σε επαναληπτικό διοισοφάγειο υπερηχογράφημα δύο εβδομάδες μετά διαπιστώθηκε εξαφάνιση των ευκίνητων προσεκβολών στην προσθετική βαλβίδα, ενώ οι αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες. Αποφασίστηκε διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής και λήψη νέων αιμοκαλλιεργιών μετά πενθημέρου, οι οποίες παρέμειναν στείρες. Η απουσία ενεργού λοίμωξης επιβεβαιώθηκε με διενέργεια F-FDG PET/CT. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Κατόπιν αποκλεισμού ενδοκαρδίτιδας, με δεδομένο το εμβολικό επεισόδιο, τα ανωτέρα ευρήματα αποδόθηκαν σε μετεγχειρητική επιπλοκή, αποκόλληση δηλαδή του εμβάλωματος που χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκλιση του ψευδοανευρύσματος και απελευθέρωση θρομβωτικού υλικού στη συστηματική κυκλοφορία. Εκτιμήθηκε από το θεράποντα καρδιοχειρουργό χωρίς να κριθεί απαραίτητη επανεπέμβαση στην παρούσα φάση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η διαφορική διάγνωση των ηχωκαρδιογραφικών ευρημάτων μετά από σύμπλοκες καρδιοχειρουργικές παρεμβάσεις αποτελεί συχνά πρόκληση και αναδεικνύει την αξία της ηχωκαρδιολογίας με συνεκτίμηση της κλινικής εικόνας και των εργαστηριακών ευρημάτων, ενώ συχνά απαιτείται χρήση όλων των διαθέσιμων απεικονιστικών τεχνικών.

AA111 | Θρομβοπενία σε ασθενή με υποξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου υπό αγωγή με παλποσικλίμη, λόγω μεταστατικού καρκίνου μαστού Δ. Βλαχομήτρος¹, Ι. Μαυρογένης¹, Β. Ταφραλή¹, Δ. Καραγεώργου¹, Χ. Τούντας¹, Ε. Ιωαννίδης¹, Δ. Μυτάς¹, Θ. Παπαφάνης¹, Α. Κίτσιου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή - σκοπός: Η εξέλιξη των ογκολογικών φαρμάκων στη σύγχρονη κλινική πράξη έχει συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση της πρόγνωσης των ογκολογικών ασθενών. Οι εκλεκτικοί αναστρέψιμοι αναστολείς των κυκλινοεξαρτώμενων κινασών (CDK) 4 και 6, όπως είναι η παλποσικλίμη (palbociclib), μέσω της αναστολής της CDK4/6, παρεμποδίζουν την μετάβαση του κυττάρου από τη φάση G1 στη φάση S του κυτταρικού κύκλου και έχουν σημαντική θέση στην θεραπεία των υποδοχέων οιστρογόνων (ER)-θετικών καρκίνων του μαστού. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων έχει συσχετιστεί με τοξικότητα πολλών οργανικών συστημάτων. **Υλικά και Μέθοδοι:** Ασθενής 93 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, δυσλιπιδαιμίας και καρκίνου μαστού με πνευμονικές μεταστάσεις υπό αγωγή με παλποσικλίμη, προσεκομίσθη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω ναυτίας και εμέτων από τριήμερου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, Q με ανάσπαση του ST στις II, III, aVF και πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό (ΚΚΑ). Η ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο, από όπου προέκυψε νόσος 3 αγ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

γείων χωρίς ωστόσο να ακολουθήσει παρέμβαση, λόγω καθυστερημένης προσέλευσης της ασθενούς και παρουσίας λέπτυνσης και ακινησίας κατωτέρου τοιχώματος στο διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Η ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Εντατική Μονάδα υπό ασπιρίνη 100 mg X1, κλοπιδογρέλη 75 mg X1 και ενοξαπαρίνη 6000 IU X1. Υπεβλήθη σε τοποθέτηση προσωρινού διαφλέβιου βηματοδότη λόγω πλήρους ΚΚΑ. Η αρχική τροπονίνη ήταν 14386 pg/mL (φυσιολογικές τιμές <0), ενδεικτική ήδη εγκατεστημένου εμφράγματος μυοκαρδίου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, παρατηρήθηκε πτώση της τιμής των αιμοπεταλίων και για το λόγο αυτό έγινε τροποποίηση της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής σε μονή με ασπιρίνη και διακοπή της ενοξαπαρίνης (πίνακας 1). Έλεγχος για heparin-induced thrombocytopenia (HIT) ήταν αρνητικός. Επομένως η πτώση της τιμής των αιμοπεταλίων (σύμφωνα με τον θεράποντα ογκολόγο) συσχετιζόταν με την παλμποσικλίμπη, οπότε έγινε διακοπή της. Μετά από περίπου 1 εβδομάδα παρατηρήθηκε άνοδος της τιμής των αιμοπεταλίων ($45,00 \times 10^3 / \mu\text{L}$ -> $216,00 \times 10^3 / \mu\text{L}$), γεγονός που επιβεβαιώνει την υποψία τοξικότητας του αντικαρκινικού φαρμάκου παλμποσικλίμπη. **Συμπεράσματα:** Η χρήση αντινεοπλασματικών φαρμάκων σε υπερήλικες ασθενείς αποτελεί πρόκληση για την κλινική Καρδιολογία. Όλα τα αντικαρκινικά φάρμακα είναι δυνητικά καρδιοτοξικά, καθώς και τοξικά στο αιμοποιητικό σύστημα. Είναι σημαντικό να εξοικειωθούν όλοι οι καρδιολογοί με τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, έτσι ώστε να γίνεται κατάλληλος και ασφαλής σχεδιασμός θεραπευτικών παρεμβάσεων τόσο φαρμακολογικών όσο και επεμβατικών.

Ημέρα νοσηλείας	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16
DAPT	+	+	+	+								
Ασπιρίνη					+	+	+	+	+	+	+	+
ΧΜΒΗ	+	+										
Αιμοπετάλια	140 x 10 ³ /μL	80 x 10 ³ /μL	55 x 10 ³ /μL	49 x 10 ³ /μL	45 x 10 ³ /μL	45 x 10 ³ /μL	50 x 10 ³ /μL	45 x 10 ³ /μL	45 x 10 ³ /μL	88 x 10 ³ /μL	130 x 10 ³ /μL	216 x 10 ³ /μL

DAPT: Double Antiplatelet Therapy (aspirin and clopidogrel)

ΧΜΒΗ: Χαμηλού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνη (ενοξαπαρίνη)

AA112 | **A delayed - action bomb in her chest...**

Μ. Μουτάφη¹, Ν. Παπαγιάννης¹, Μ. Αμπελιώτης¹, Ι. Σταυρινούδης¹,

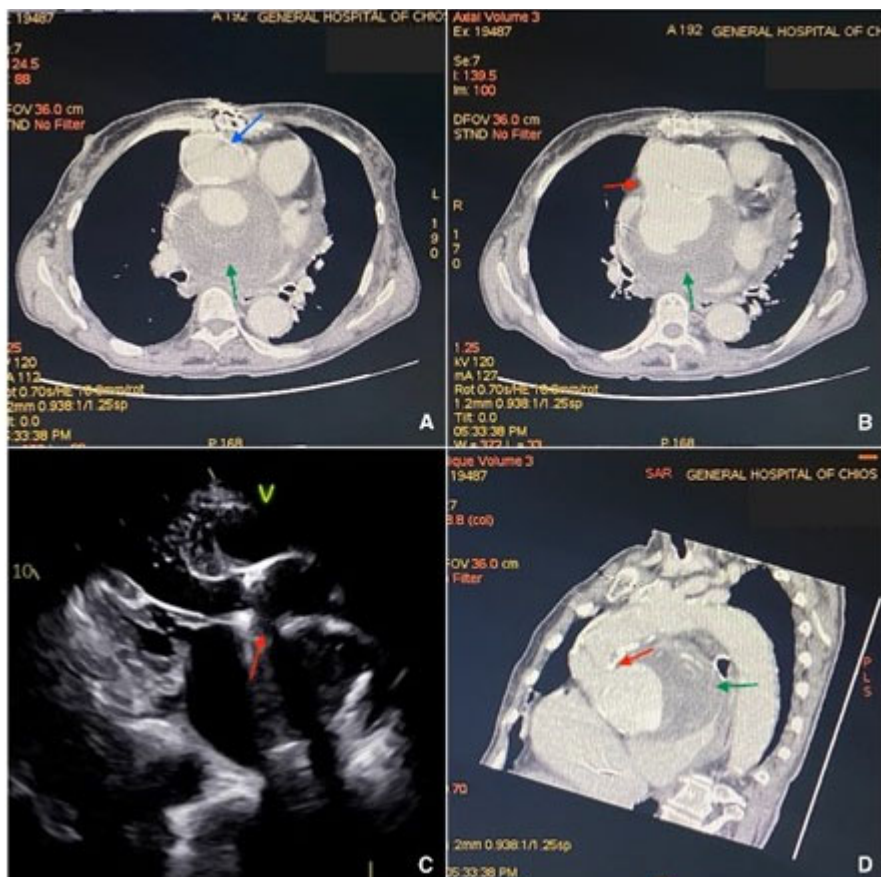
Δ. Αφενδούλης¹, Σ. Γαρουφαλής¹, Π. Βούτας¹, Α. Καρτάλης¹, Ν. Σμυρνούδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Aim: We present a case of a 66year- old female patient, with a history of Bentall procedure, who presented to the emergency department due to dyspnea on exertion during the last four days. **Methods:** A 66year- old female patient presented to the emergency department complaining of dyspnea on exertion the last four days. She had a history of Ben-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

tall procedure in 2007 due to type A aortic dissection (Figure 1A-blue arrow), pacemaker implantation one month before her presentation, permanent atrial fibrillation, hypertension and dyslipidemia. Her vital signs and physical examination were normal. The electrocardiogram showed atrial fibrillation with normal ventricular rate. Cardiac biomarkers were normal and arterial blood gas test showed only slight hypocapnia. Due to elevated d-dimers, a computed tomography of pulmonary artery was conducted. **Results:** The computed tomography of pulmonary artery revealed a giant aortic root pseudoaneurysm close to proximal anastomosis of the graft, with diameter of 90mm and compression of the right pulmonary artery (Figure B,D). Having in mind the finding of the CT, the transthoracic echocardiogram confirmed a defect of the aortic wall at the proximal edge of the graft, as the entry point of the pseudoaneurysm



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

where a leak could also be noticed (Figure 1C-red arrow). Unfortunately patient collapsed and passed away before her transfer to cardiac surgery center. **Conclusions:** Aortic root pseudoaneurysms are rare and possibly lethal complication of cardiac procedures with incidence of 0.5%. Infection, trauma, aortic wall diseases, dissection of native aorta, poor anastomotic techniques are considered risk factors. Management techniques include either surgery or endovascular repair techniques. Nevertheless, the mortality rate remains high and can reach up to 30%. In our case, despite the giant diameter of pseudoaneurysm, the patient remained asymptomatic till the development of compression symptoms.

AA113 | Ενδιαφέρον περιστατικό επιπλεγμένης ενδοκαρδίτιδας δίπτυχης αορτικής βαλβίδας από το σπάνιο παθογόνο *Staphylococcus caprae*

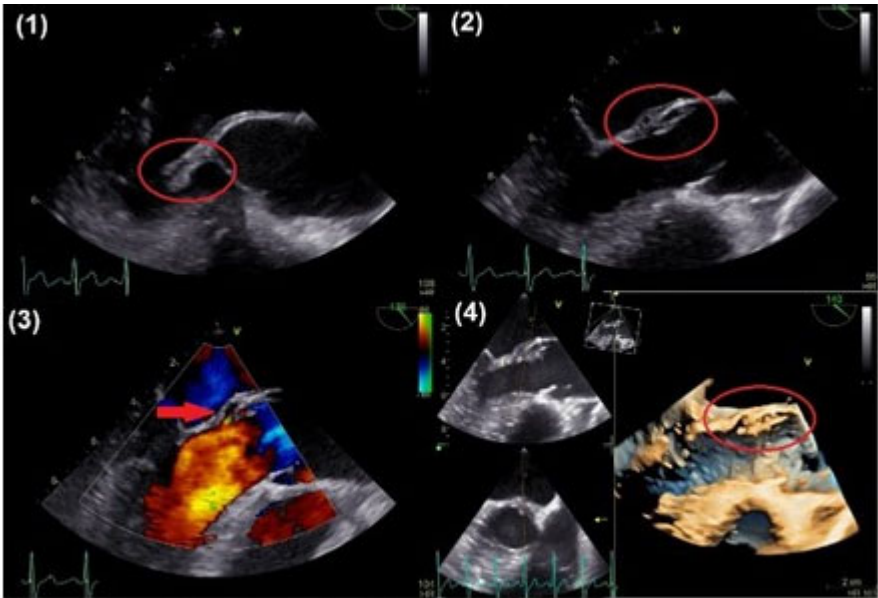
**A. Αρχοντίκης¹, M. Καρακώστα¹, A.E. Καλέση¹, B. Γαρδικιώτη¹,
X. Καψοκόλη¹, Π. Σκαντζίκας¹, A. Βασιλειάδου¹, Γ. Σκαλης¹,
N. Κάσιμος¹, A. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι μια σχετικά σπάνια ασθένεια με επίπτωση περί τα 2,6-7 ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος. Ο *Staphylococcus Caprae*, ένα παθογόνο που υπάρχει φυσιολογικά στο ανθρώπινο δέρμα και τους βλεννογόνους, αποτελεί σπανιότατο αίτιο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, με ελάχιστα καταγεγραμμένα περιστατικά στην βιβλιογραφία, κυρίως μετά από τραυματικά κατάγματα. **ΣΚΟΠΟΣ** Η παρουσίαση μιας εξαιρετικά σπάνιας αιτιολογίας λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας από *Staphylococcus Caprae* σε έναν νέο ασθενή με δίπτυχη αορτική βαλβίδα. **ΜΕΘΟΔΟΙ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το περιστατικό αφορά σε άνδρα 36 ετών ο οποίος παραπέμφθηκε από ιδιώτη ιατρό λόγω παρατείνόμενου εμπυρέτου από 15ήμερου και συστολικού φυσημάτος στην θέση ακρόασης της αορτικής βαλβίδας. Στο διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα ανευρέθηκε δίπτυχη αορτική βαλβίδα (ραφή μεταξύ αριστερής και δεξιάς στεφανιαίας πτυχής) με παρουσία εκβλάστησης στην κοιλιακή επιφάνεια και τουλάχιστον μετρίου βαθμού ανεπάρκεια αυτής. Η αριστερή κοιλία ήταν φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με καλή συνολική συσπαστικότητα. Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που ακολούθησε αναγνωρίστηκε η παρουσία πολλαπλών εκβλαστήσεων, με τη μεγαλύτερη περίπου 20 mm, η οποία εντοπιζόταν στην περιοχή της αορτομυτροειδικής συμβολής με συνοδό ήπια πάχυνση του τοιχώματος αυτής (εικόνα 1). Με βάση τα τροποποιημένα κριτήρια του Duke τέθηκε η διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας και έγινε έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με γενταμικίνη και βανκομικίνη. Μέσα στις επόμενες ημέρες, στις ληφθείσες αιμοκαλλιέργειες αναπτύχθηκε *St. Caprae* και η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε κλοξακιλλίνη βάσει αντιβιογράμματος. Οι αξονικές εγκεφάλου, θώρακα και κοιλίας δεν ανέδειξαν αποστήματα. Στην οδοντιατρική εκτίμηση ανευρέθηκε ουλίτιδα και περιοδοντίδα, που θεωρήθηκαν οι πιθανές πύλες εισόδου του μικροβίου. Δέκα ημέρες αργότερα, σε επαναληπτικό διοισοφάγειο ηχωκαρδιογράφημα, διαπιστώθηκε σαφής μείωση του μεγέθους της εκβλάστησης με παρουσία χώρου κενού ήχων στην αντίστοιχη θέση της αορτομυτροειδικής συμβολής και συνοδός επικοινωνία με το χώρο εξόδου

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

της αριστερής κοιλίας (εικόνες 2,3,4). Ο ασθενής παραπέμφθηκε για άμεση αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, με ομαλή μετεγχειρητική πορεία και συνέχιση της αντιβιοτικής αγωγής για άλλες τέσσερις εβδομάδες. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Ο *Staphylococcus caprae* αποτελεί σπανιότατο αίτιο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, το οποίο ωστόσο μπορεί να οδηγήσει στην παρουσία εκπλαστήσεων σε άτυπη θέση αλλά και τοπική επέκταση της λοίμωξης.



Εικόνα 1: Ευμεγέθης εκπλαστήση στην περιοχή της αορτοαορτικού συμβολής

Εικόνες 2,4: Διάστατη και τριφάση απεικόνιση μικρού χώρου κενού ήχων στην αορτοαορτικού συμβολή

Εικόνα 3: Επικοινωνία με το χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας

AA114 | **Συμβολή της ηχοκαρδιογραφίας στη διάγνωση της μετεμφραγματικής ρήξης μεσοκοιλιακού διαφράγματος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**
**Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Μ. Διβάνη¹, Ι. Δημητρόγλου²,
 Α. Σακαλίδης², Ε. Δρη², Σ. Σουλαιδόπουλος², Ε. Μαντζουράνης²,
 Ν. Κούμαλλος², Κ. Τσιούφης², Κ. Αγγέλη²**

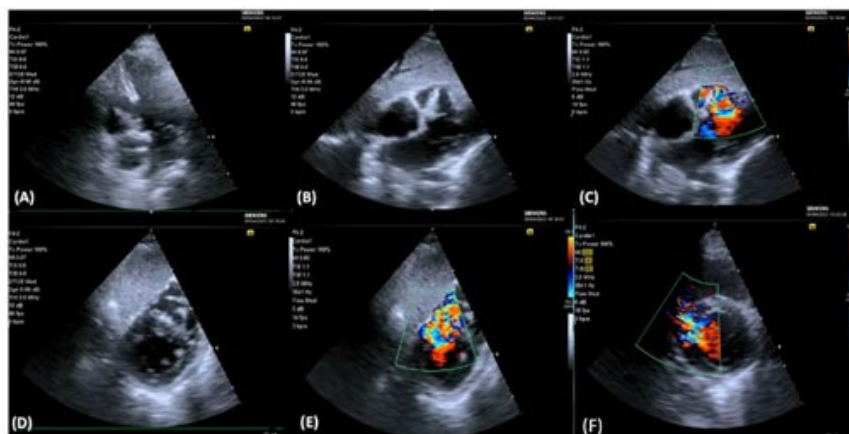
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Η ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος αποτελεί μία σπάνια αλλά εξαιρετικά σοβαρή επιπλοκή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Περιγράφεται η περίπτωση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ενός ασθενούς με μετεμφραγματική ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος και ο ρόλος της ηχωκαρδιογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση της. **Υλικό και μέθοδος** Ασθενής 75 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω ζάλης και εφίδρωσης από διήμερου. Ήταν αιμοδυναμικά ασταθής με αρτηριακή πίεση 90/55mmHg. Κατά την ακρόαση των καρδιακών τόνων διαπιστώθηκε τραχύ, ολοσυστολικό φύσημα αριστερά παραστερνικά. Ο εργαστηριακός του έλεγχος κατέδειξε αυξημένες τιμές επιπέδων γαλακτικού οξέος και σακχάρου καθώς και ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρήθηκαν ήπιες ανασπάσεις διαστήματος ST και κύματα Q στις κατώτερες απαγωγές. Ακολούθως, το υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε ρήξη του κατωροδιαφραγματικού μεσοκοιλιακού διαφράγματος με παρουσία τυρβώδους ροής κατά τη συστολή (εικόνα 1 A,B,C,D,E,F). Η συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας ήταν 45% με ακινησία του κατωτέρου τοιχώματος ενώ η δεξιά κοιλία ήταν διατεταμένη με επηρεασμένη συστολική απόδοση. **Αποτελέσματα** Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα στεφανιογραφία όπου διαπιστώθηκε πλήρης απόφραξη του εγγύς τμήματος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας ενώ αξιοσημειώτο εύρημα ήταν η coronary-cameral fistula μεταξύ του πρόσθιου κατιόντα κλάδου και του ελλείμματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (εικόνα 2 - βέλος). Τοποθετήθηκε ενδοαορτική αντλία στον ασθενή και παραπέμφθηκε σε επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Ο ασθενής ωστόσο κατέληξε το πρώτο 24ωρο μετά το χειρουργείο. **Συμπεράσματα** Η μετεμφραγματική ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος συμβαίνει συνήθως την 3η με 5η μέρα μετά το έμφραγμα μυοκαρδίου και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του είναι απαραίτητες για την καλή πρόγνωση του ασθενούς. Στο ΤΕΠ, το υπερηχοκαρδιογράφημα είναι ένα εύκολα προσβάσιμο διαγνωστικό εργαλείο με την κατάδειξη του ελλείμματος, της τυρβώδους ροής αίματος δια του ελλείμματος και της διάτασης της δεξιάς κοιλίας να συνιστούν τα ηχωκαρδιογραφικά ευρήματα διάγνωσης. Η χειρουργική διόρθωση είναι η gold-standard μέθοδος αντιμετώπισης. Ωστόσο, ο κατάλληλος χρόνος παρέμβασης δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Αν και η καθυστέρηση της διενέργειας του χειρουργείου έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά επιβίωσης, η αιμοδυναμική αστάθεια συνήθως απαιτεί την άμεση παρέμβαση αυτών των ασθενών.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Προληπτική καρδιολογία

Πρόεδροι: **Κ. Καλαντζή** (Ιωάννινα), **Α. Χρυσοχού** (Καστοριά)

AA120 | **Ποιότητα διατροφής, κατανάλωση υγιεινών και ανθυγιεινών τροφίμων, και 20ετής επίπτωση καρδιομεταβολικών νοσημάτων σε φαινομενικά υγιείς ενήλικες: η επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)**

**Ε. Δαμίγου¹, Μ. Κούβαρη¹, Χ. Χρυσοχού², Φ. Μπάρκας³,
Ε. Κραββαρίτη⁴, Ε. Μιχελής², Α. Σοφιανίδη², Χ. Σουσουή²,
Α. Σκανδάλη², Ν. Σινού², Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Κ.Τσιούφης²,
Π. Σφηκάκης⁴, Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος⁵**

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Α Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁵ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Το Global Diet Quality Score-GDQS είναι ένας νέος διατροφικός δείκτης που μπορεί να αξιολογήσει τόσο την επάρκεια θρεπτικών συστατικών όσο και τον κίνδυνο χρόνιας νόσου, αξιολογώντας υγιεινά (GDQS+), ανθυγιεινά και ανθυγιεινά τρόφιμα σε αυξημένες ποσότητες (GDQS-). Όμως, έχει αξιολογηθεί κυρίως σε Αμερικανικούς ή Ασιατικούς πληθυσμούς. Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογήσει τη συσχέτιση μεταξύ του δείκτη GDQS, και των επιμέρους συστατικών του (GDQS+, GDQS-) έναντι του 20ετούς κινδύνου καρδιομεταβολικών εκβάσεων σε Ελληνικό πληθυσμό. **Υλικό και μέθοδος:** Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ διε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Ξήχθη στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, κατά το 2001-2002, μελετώντας 3.042 ενήλικες χωρίς καρδιαγγειακά νοσήματα-KAN. Το 2022, η 20ετής παρακολούθηση πραγματοποιήθηκε σε $n=2.169$ συμμετέχοντες (ποσοστό συμμετοχής 71%). Η συχνότητα εμφάνισης καρδιομεταβολικών εκβάσεων (θανατηφόρα ή μη KAN, υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2- $\Sigma\Delta 2$) ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD-10. Ο δείκτης GDQS (εύρος: 0-49) υπολογίστηκε βάσει δημοσιευμένων οδηγιών, μέσω ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. **Αποτελέσματα:** Η διάμεση τιμή (διατεταρτημόριο εύρος) του GDQS, GDQS+, GDQS- ήταν 37 (13), 31 (17), 6 (0) αντίστοιχα. Τριάντα έξι τοις εκατό των συμμετεχόντων ανέπτυξε KAN ($n=718$ νέες περιπτώσεις), 54% υπερχοληστερολαιμία ($n=652$), 21% υπέρταση ($n=288$) και 26% $\Sigma\Delta 2$ ($n=526$). Στο πλήρως προσαρμοσμένο μοντέλο (προσαρμοσμένο για κοινωνικοδημογραφικά, κλινικά, ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής), η υψηλότερη ποιότητα διατροφής, ανά μονάδα αύξησης του GDQS, συσχετίστηκε με 8% χαμηλότερο κίνδυνο KAN (Σχετικός Κίνδυνος- ΣK : 0,92, 95%Διάστημα Εμπιστοσύνης- ΔE : 0,91-0,94) και 2% χαμηλότερο κίνδυνο $\Sigma\Delta 2$ (ΣK : 0,98, 95% ΔE : 0,97-0,99). Ομοίως, η υψηλότερη κατανάλωση υγιεινών τροφών, ανά αύξηση του GDQS+, συσχετίστηκε με 9% χαμηλότερο κίνδυνο KAN (ΣK : 0,91, 95% ΔE : 0,89-0,93) και 2% χαμηλότερο κίνδυνο $\Sigma\Delta 2$ (ΣK : 0,98, 95% ΔE : 0,97-0,99). Αντίθετα, είναι αξιοσημείωτο ότι η χαμηλότερη κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων (GDQS-) δεν συσχετίστηκε με καρδιομεταβολικά συμβάντα σε προσαρμοσμένα μοντέλα (όλες οι τιμές $p<0,05$). Δεν παρατηρήθηκαν προστατευτικές επιδράσεις έναντι της υπερχοληστερολαιμίας ή της υπέρτασης (όλες οι τιμές $p<0,05$). **Συμπεράσματα:** Στην κλινική πράξη ή τις μελλοντικές ενέργειες δημόσιας υγείας για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την πρόληψη καρδιομεταβολικών νοσημάτων, πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή σε υγιεινές τροφές που πρέπει να περιλαμβάνονται στη διατροφή μας, παρά σε ανθυγιεινές τροφές που πρέπει να αποφεύγονται.

AA121 | Μελέτη της επίδρασης των συσκευών θέρμανσης του τσιγάρου, των ηλεκτρονικών τσιγάρων και των συμβατικών τσιγάρων στον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα**K. Κατωγιάννης¹, K. Κουρέα¹, Γ. Κωστέλλη¹, Γ. Παυλίδης¹, Ι. Θουμής¹, B. Λαμπαδιάρη¹, E. Μαρατου¹, Ι. Οικονομίδης¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

B' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Τα θερμαινόμενα τσιγάρα (Heat-not-Burn cigarette - HNBC) και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα (E-cig) αποτελούν άκαυστα καπνικά προϊόντα. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται επιβλαβείς επιδράσεις στην καρδιαγγειακή λειτουργία μετά τη χρήση αυτών των νέων καπνιστικών προϊόντων. Ωστόσο η δράση τους στον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα δεν έχει διερευνηθεί μέχρι στιγμής. **Ασθενείς και μέθοδοι:** Από 100 καπνιστές που παρακολουθούσαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος, α) 50 καπνιστές τυχαιοποιήθηκαν στη χρήση HNBC ($n=25$) ή E-cig ($n=25$) και β) 50 καπνιστές, οι οποίοι αναζητούσαν πληροφορίες σχετικά με προγράμματα διακοπής του καπνίσματος αλλά ήταν απρόθυμοι να συμμετάσχουν εντός του επόμενου μήνα χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Οι συμμετέχοντες που τυχαιοποιήθηκαν στα νεότερα καπνικά προ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ίοντα είχαν παρόμοια κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά με την ομάδα ελέγχου. Η κατάσταση του καπνίσματος επαληθεύτηκε με τη μέτρηση της συγκέντρωσης του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (eCO) (μέρη ανά εκατομμύριο (ppm), Bedfont Scientific, Maidstone, Kent UK). Σε όλους τους συμμετέχοντες εκτιμήθηκε η περιοχή άρδευσης των τριχοειδών (Perfused Boundary Region - PBR) που σχετίζεται αντίστροφα με το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στα υπογλώσσια αρτηρίδια (εύρος 5-25 μm, δείκτης αντιστροφής σχετιζόμενος με το πάχος του γλυκοκάλυκα) και τα επίπεδα στο αίμα της κοτινίνης, ενός σταθερού μεταβολίτη της νικοτίνης. Το εκπνεόμενο CO, ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας και η κοτινίνη αίματος αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης και μετά από 1 μήνα. **Αποτελέσματα:** Οι καπνιστές συμβατικών τσιγάρων ήταν ηλικίας: 48±5 ετών, 53% γυναίκες και χρησιμοποιούσαν 27±9 τσιγάρα/ημέρα, 29±9 πακέτα-έτη. Οι χρήστες του HNBC ήταν ηλικίας: 46±14 ετών, 55% γυναίκες και χρησιμοποιούσαν 26±8 τσιγάρα/ημέρα, 30±8 πακέτα-έτη. Οι χρήστες Eciq ήταν ηλικίας: 45±8 ετών, 51% γυναίκες και χρησιμοποιούσαν 27±10 τσιγάρα/ημέρα, 28±10 πακέτα-έτη. Σε σύγκριση με την αρχική τιμή, η μετάβαση σε HNBC για 1 μήνα βελτίωσε μόνο το PBR20-25 (2,55±0,49 έναντι 2,34±0,34

	Group	Baseline	One month	p-value
PBR (5-25 μm)	HNBC	2.21±0.27	2.23±0.28	0.792
	Eciq	2.13±0.23	2.12±0.19	0.899
	Tciq	2.18±0.24	2.28±0.19	0.022
PBR (5-9 μm)	HNBC	1.20±0.14	1.20±0.21	0.979
	Eciq	1.18±0.13	1.12±0.16	0.281
	Tciq	1.15±0.10	1.25±0.14	0.001
PBR (10-19 μm)	HNBC	2.27±0.26	2.35±0.34	0.279
	Eciq	2.28±0.28	2.27±0.25	0.959
	Tciq	2.21±0.21	2.41±0.18	<0.001
PBR (20-25 μm)	HNBC	2.55±0.49	2.34±0.34	0.002
	Eciq	2.65±0.48	2.68±0.34	0.834
	Tciq	2.59±0.43	2.79±0.36	0.029
CO (ppm)	HNBC	13.9±5.4	6.2±6.4	<0.001
	Eciq	13.5±4.4	5.6±4.7	<0.001
	Tciq	14.8±4.9	16.1±4.8	0.312
Cotinine (ng/mL)	HNBC	90.34±30.24	93.18±28.31	0.432
	Eciq	90.34±30.24	91.18±27.31	0.535
	Tciq	88.13±31.87	93.18±30.42	0.489

μm, p=0,002). Η χρήση Eciq δεν άλλαξε τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε κανένα εύρος μικροαγγείων καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης (p>0,05). Αντίθετα, το κάπνισμα Tciq για ένα μήνα επιδείνωσε περαιτέρω τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε όλα τα εύρη μικροαγγείων σε σύγκριση με την αρχική τιμή (πίνακας, p<0,05). Τα επίπεδα κοτινίνης στο αίμα ήταν παρόμοια στην αρχή της μελέτης και μετά από 1 μήνα χρησιμοποιώντας HNBC (p=0,432), Eciq (p=0,535) ή συμβατικό τσιγάρο (p=0,489). Σε σύγκριση με την αρχική τιμή, το εκπνεόμενο CO μειώθηκε στους χρήστες HNBC ή Eciq (μέση ποσοστιαία μεταβολή: -55% και -58% αντίστοιχα p<0,001), ενώ παρέμεινε αμετάβλητο στους καπνιστές Tciq (p=0,312) στον 1 μήνα. Έτσι, οι καπνιστές Tciq είχαν υψηλότερο CO από εκείνους που άλλαξαν σε HNBC ή E-cig μετά από ένα μήνα (p<0,01). **Συμπεράσματα:** Οι χρήστες συμβατι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

		HNBC	T-cig	p-value
ΔPBR (5-25 μm)	Absolute change (μm)	0.017±0.288	0.239±0.241	0.002
	%	1.48±12.26	12.88±13.42	0.001
DCotinine serum levels (ng/mL)	Absolute change (ng/ml)	3.55±2.34	3.95±3.13	0.454
	%	2.12±2.32	2.91±1.98	0.498
ΔCO (ppm)	Absolute change (ppm)	-0.76±2.35	2.63±2.67	<0.001
	%	-4.99±17.58	24.00±26.22	<0.001

κών τσιγάρων επιδείνωσαν περαιτέρω τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα μετά τη συνέχιση του καπνίσματος για ένα μήνα. Αντίθετα, οι καπνιστές που στράφηκαν στο Ecig διατήρησαν την ακεραιότητα του γλυκοκάλυκα, ενώ εκείνοι που άλλαξαν στο HNBC εμφάνισαν μέτρια βελτίωση της ακεραιότητας του γλυκοκάλυκα στο εύρος των μικροαγγείων που κυμαίνεται από 20 έως 25 μm. Τα επίπεδα κοτινίνης, τα οποία αντικατοπτρίζουν την έκθεση στη νικοτίνη, ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων Tcig, HNBC και Ecig. Έτσι, η εξασθένηση του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στην ομάδα συμβατικού τσι-

γάρου ήταν ανεξάρτητη από την κατανάλωση νικοτίνης και πιθανώς σχετιζόταν με μεγαλύτερη έκθεση σε τοξικές εκπομπές, όπως CO, μετά τη χρήση Tcig παρά μετά τη μετάβαση σε HNBC ή Ecig.

AA122 | Τα κυκλοφορούντα επίπεδα Αμυλοειδούς β 1-40 συσχετίζονται με το θεραπευτικό σχήμα στατίνης και τις μεταβολές της LDL χοληστερόλης: Μια προοπτική μελέτη

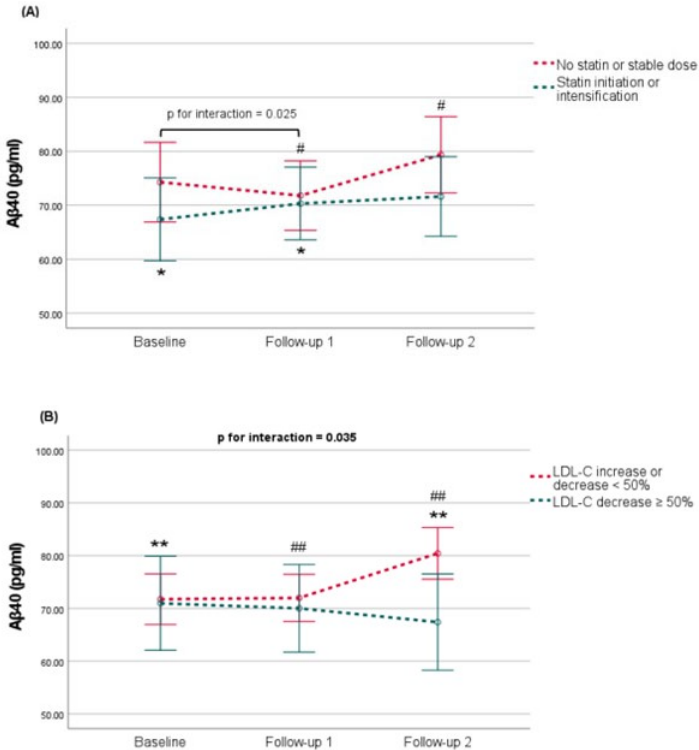
Ε. Αϊβαλιώτη¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Δ. Δελιαλής¹, Ρ. Πάτρας¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Μ. Δημοπούλου¹, Α. Σιάνης¹, Ε. Μανέτα¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Χ. Κωνσταντάκη¹, Χ. Μούστου¹, Α. Στυλιάρης², Α. Ζαχαρούλης², Κ. Στέλλος³, Κ. Σταματελόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

Υπόβαθρο: Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, τα κυκλοφορούντα επίπεδα του αμυλοειδούς β 1-40 (Αβ40), ενός προ-φλεγμονώδους και προ-αθηρογόνου πεπτιδίου, συσχετίζονται με αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή (ΚΑ) νόσο. Τα υπάρχοντα δεδομένα είναι αντικρουόμενα ως προς την εκτός-στόχου επίδραση των στατινών στα επίπεδα του Αβ40 στο πλάσμα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνησουμε την επίδραση της θεραπείας με στατίνες, στα επίπεδα του Αβ40 στο πλάσμα ατόμων με δυσλιπιδαιμία με ή χωρίς ΚΑ νόσο. **Μέθοδοι:** Σε άτομα με δυσλιπιδαιμία που επισκέφτηκαν διαδοχικά για πρώτη φορά τριτοβάθμιο λιπιδιολογικό ιατρείο (N=146) μετρήθηκε το Αβ40 στο πλάσμα κατά την πρώτη επίσκεψη και σε 2 επόμενες επισκέψεις μετά από μέση διάρκεια παρακολούθησης 5.2 και 15 μήνες. Τα άτομα στα οποία έγινε έναρξη ή αύξηση στατίνης (δόσης ή ισχύς σκευάσματος) (N=68) συγκρίθηκαν

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εικόνα 1: Α) Προοπτικές μεταβολές του ΑΒ40 σε άτομα που ξεκίνησαν ή αύξησαν την αγωγή με στατίνη έναντι ατόμων που δεν έλαμβαναν στατίνη ή λάμβαναν σταθερής ισχύος. Β) Προοπτικές μεταβολές του ΑΒ40 σε άτομα που μείωσαν την LDL-C \geq 50% έναντι ατόμων που αύξησαν ή μείωσαν < 50% την LDL-C. * Σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την αρχική τιμή για την ομάδα που ξεκίνησε ή αύξησε την αγωγή με στατίνη ($p = 0.041$), # σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την τιμή κατά την 2η επίσκεψη για την ομάδα ελέγχου που δεν λάμβανε στατίνη ή λάμβανε σταθερής ισχύος ($p = 0.05$), ** σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την αρχική τιμή για την ομάδα που δεν μείωσε την LDL-C \geq 50% ($p = 0.012$), ## σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την τιμή κατά την 2η επίσκεψη για την ομάδα που δεν μείωσε την LDL-C \geq 50% ($p = 0.021$). Οι ράβδοι σφάλματος αντιπροσωπεύουν το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου.

έναντι ατόμων που δεν λάμβαναν στατίνη ή λάμβαναν σταθερής ισχύος (N=78). **Αποτελέσματα:** Στην ομάδα των ασθενών με έναρξη ή αύξηση της δόσης στατίνης, παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων ΑΒ40 κατά την 2η επίσκεψη ($p=0.041$) ενώ στην ομάδα χωρίς μεταβολή της θεραπείας παρατηρήθηκε αύξηση από τη 2η προς την 3η επίσκεψη (Εικόνα 1Α, $p=0.05$). Οι μεταβολές αυτές του ΑΒ40 διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων στο διάστημα 1ης και 2ης επίσκεψης ($\beta=0.226$, p for interaction=0.025), ανεξάρτητα από την ηλικία, την μεταβολή του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR), της συστολικής αρτηριακής πίεσης, την χοληστερόλη της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL-C) και τη διάρκεια παρακολούθησης. Επίσης στους ασθενείς που παρατηρήθηκε μείωση LDL-C \geq 50% κατά την 3η επίσκεψη, τα επίπεδα του ΑΒ40 διατηρήθηκαν σταθερά ενώ αυξήθηκαν στον

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

υπόλοιπο πληθυσμό ($p=0.012$, Εικόνα 1B). Οι μεταβολές αυτές διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων LDL-C ανεξάρτητα από την λήψη και ένταση στατίνης ή τις μεταβολές της υψηλής ευαισθησίας C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (hs-CRP) ($\beta = -0.231$, p for interaction=0.035). **Συμπέρασμα:** Σε ένα πληθυσμό ασθενών με δυσλιπιδαιμία, η έναρξη ή αύξηση αγωγής με στατίνη και η μείωση της LDL-C συσχετίστηκαν με βραχύχρονη αύξηση και μακρόχρονη επιστροφή στα αρχικά επίπεδα, αντίστοιχα, των κυκλοφορούντων επιπέδων του Αβ40. Αυτά τα αποτελέσματα ενισχύουν ευρήματα από προκλινική έρευνα και υποδεικνύουν ότι οι στατίνες μπορεί να επηρεάζουν τα επίπεδα Αβ40 με αντικρουόμενους μηχανισμούς, πιθανώς μέσω ενός LDL-C εξαρτώμενου και ενός μη εξαρτώμενου από την LDL-C μονοπατιού.

AA123 | ΤΟ ΦΥΛΟ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 12ΜΗΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

N. Κακούρη¹, X. Φραγκούλης¹, Δ. Πολύζος¹, K. Δημητριάδης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, A. Μαυρουδής¹, Σ. Δρογκαρης¹, Π. Τσιούφης¹, M. Σταθουλοπούλου¹, I. Λεοντίνης¹, E. Μαντζουράνης¹, K. Θωμόπουλος², K. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/σκοπός: Επί του παρόντος, τα επιδημιολογικά δεδομένα για την πρόγνωση ασθενών με υπερτασικές κρίσεις (ΥΚ) είναι περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή του κλινικού φαινοτύπου ασθενών με επείγουσα υπέρταση (ΕΥ) και υπερεπείγουσα υπέρταση (ΥΥ) που αναφέρονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) και των νέων καταληκτικών σημείων μετά 12μηνη παρακολούθηση. **Υλικό και μέθοδοι:** Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε ασθενείς που αναφέρθηκαν στο ΤΕΠ με οξεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) (συστολική ΑΠ \geq 180mmHg και/ή διαστολική ΑΠ \geq 120mmHg), κατηγοριοποιώντας τους ως ΥΥ και ΕΥ ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία οξείας βλάβης οργάνου-στόχου που προκαλείται από υπέρταση, αντίστοιχα. Σε όλους τους ασθενείς οι πληροφορίες καταγράφηκαν για 12 συνεχείς μήνες με επιπρόσθετη 12μηνη παρακολούθηση για νέα γεγονότα. **Αποτελέσματα:** Από τους 38.589 ασθενείς που αξιολογήθηκαν στο ΤΕΠ κατά την 12μηνη καταγραφή, 353 (0,91%) είχαν ΥΚ, από τους οποίους 256 είχαν ΕΥ και 97 είχαν ΥΥ. Η μέση ηλικία των ασθενών με ΕΥ ήταν 73 \pm 12 έτη, το 51,5% ήταν άνδρες και το 86,4% είχαν ιστορικό υπέρτασης. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης, 3 ασθενείς με ΥΥ δεν ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση. Μετά τη διαστρωμάτωση του πληθυσμού ΥΥ κατά φύλο, δημιουργήσαμε δύο υποομάδες, άνδρες και γυναίκες, και αναλύσαμε το σύνθετο τελικό σημείο που περιλαμβάνει θανάτους ή νοσηλείες καρδιαγγειακής αιτιότητας. Οι άνδρες ανέφεραν περισσότερα σύνθετα συμβάντα από τις γυναίκες (21 έναντι 11, HR 2.2, 95% CI 1.03-4.6, $p=0.042$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης προσαρμόστηκε για την ηλικία, το φύλο, την καρδιαγγειακή και χρόνια νεφρική νόσο, τον σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα. Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν το άρρεν φύλο ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για θανάτους ή νοσηλείες που προκαλούνται από καρδιαγγειακή νόσο σε ασθενείς με ΥΥ. Αυτή η προοπτική μελέτη επισημαίνει την ανάγκη για πιο εντατική παρακολούθηση των ασθενών με ΥΥ, ειδικά των ανδρών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA124 | The real-life management of hyperlipidemia in patients after an acute coronary syndrome (ACS) in Greece****D. Massia, S. Patsilidakis¹, N. Papadopoulos, G. Baltogiannis, C. Dontas, G. Katsimaglis², E. Pisimissis³, E. Pappa⁴, E. Liberopoulos⁵, N. Kouremenos⁷**¹ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ⁵ First Department of Propaedeutic Internal Medicine, Medical School, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece⁶ Amgen Hellas, Athens, Greece, 7Glyfada Med' private clinic, 8Private practice

Introduction Prompt initiation of lipid-lowering therapies (LLTs) following ACS is crucial for secondary cardiovascular prevention. There are gaps in clinical implementation of guideline-recommended low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) attainment post-ACS. **Research Questions** What is the real-life management of patients with hyperlipidemia during the first year after hospital discharge due to ACS in Greece. **Aims** The aim was to assess the attainment of guideline-recommended LDL-C (ESC/EAS 2019) during the first year post-ACS. **Methods** Multicenter retrospective 12-month study of patients with hypercholesterolemia who were hospitalized for ACS from September 2019 to November 2022. Eligible patients had lipid profile availability at the ACS and at least one measurement during the 12 months post-ACS with LDL-C on ACS admission: > mg/dL if LLT naïve or > mg/dL if on statin monotherapy or >70 mg/dL if on statin plus ezetimibe. Patients were recruited from outpatient hospital clinics or private practices. Baseline was the first patient visit after hospital discharge. **Results** N=212 eligible patients of mean age 59.6 (±11.1) years were enrolled. Mean duration (SD) of ACS hospitalization was 5.0 (±3.6) days. Diabetes type 2 and hypertension were reported in 19.81% (n=42) and 50.47% (n=107) of patients respectively. Mean time from hospitalization to baseline visit was 48.2 (± 62.9) days. Mean LDL-C was 137 (±41) mg/dL and 76 (±34) mg/dL at hospitalization and baseline visit respectively. Of patients, 99% were prescribed statin-based LLTs, mainly high-intensity statin, either alone (53.8%) or in combination with ezetimibe (45.3%) after hospital discharge. At one-year post-hospitalization, mean (SD) LDL-C was 67 (±23) mg/dL, with 55 (25.94%) patients having achieved LDL-C<5 mg/dL. There was significant correlation between LDL-C at baseline and LDL-C one-year post-hospitalization (point estimate=0.26, 95% CI: 0.05 to 0.48). Patients who did not meet LDL-C target had mean difference of 24 mg/dL from target (p<0.001). Compared to hospital discharge, there was a 13% decrease at study end in the percentage of patients who received single LLT in favor of dual or triple LLT. **Conclusion** LDL-C goal attainment is sub-optimal in the first year after an ACS in Greece. There is an unmet need to improve management of patients with hypercholesterolemia during the post ACS period by intensifying LLT.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

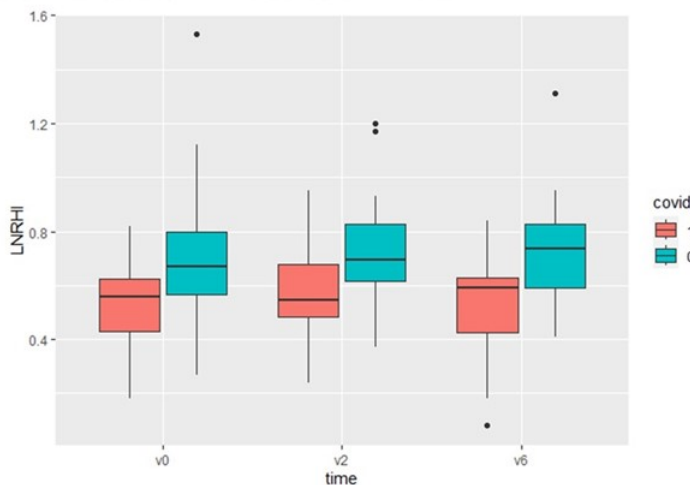
AA125 | **Εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας σε ασθενείς που νοσούν από COVID-19 με τη χρήση περιφερικής αρτηριακής τονομετρίας**
P. Κώρος¹, A. Μούλιας¹, A. Παπαγεωργίου¹, Σ. Κατέχης²,
A. Τρίγκα-Βασιλακοπούλου¹, A. Παπαγεωργίου¹, Γ. Τσίγκας¹,
Π. Νταβλούρος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η νόσος COVID-19 επάγει ενδοθηλιακή δυσλειτουργία είτε με άμεση προσβολή του ενδοθηλίου, είτε έμμεσα μέσω της συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία με τη σειρά της μπορεί να αποτελέσει προπομπό κλινικών συμβαμάτων, όπως θρομβωτικών και καρδιαγγειακών επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της νόσου COVID-19 στην ενδοθηλιακή λειτουργία κατά την οξεία φάση και μεσοπρόθεσμα με τη χρήση περιφερικής αρτηριακής τονομετρίας (EndoPAT). **Μέθοδος** Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης με πρωτογενές καταληκτικό σημείο το δείκτη υπεραμικής αγγειακής απάντησης (LnRHI) στους 2 μήνες από το εξιτήριο. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία είναι ο LnRHI κατά τη νοσηλεία και στους 6 μήνες από το εξιτήριο, το ποσοστό των ασθενών με ενδοθηλιακή δυσλειτουργία ($\text{LnRHI} \leq 0.51$) κατά τη νοσηλεία, στους 2 και 6 μήνες,

Εικόνα. Ο δείκτης υπεραμικής αγγειακής απάντησης (LnRHI) των ασθενών με COVID-19 (κόκκινο διάγραμμα κουτί) και των υγιών μαρτύρων (μπλε διάγραμμα κουτί) κατά τη νοσηλεία (v0), στους 2 μήνες (v2) και στους 6 μήνες (v6) από το εξιτήριο.



Κάθε διάγραμμα κουτί (box plot) αντιπροσωπεύει το μέσο 50% των τιμών (IQR), η οριζόντια γραμμή εντός κάθε κουτιού συμβολίζει τη διάμεση τιμή, το κάτω και άνω άκρο την 25^η και 75^η εκατοστιαία θέση αντίστοιχα και οι τελείες τις τιμές εκτός ορίων.

η διάρκεια νοσηλείας και η επίπτωση θρομβωτικού, καρδιαγγειακού συμβάματος και θνησιμότητας κατά την περίοδο παρακολούθησης. **Αποτελέσματα** Στη μελέτη εντάχθηκαν 23 ασθενείς που νόσησαν από COVID-19 με διάμεση ηλικία 65 έτη και 22 υγείς μάρτυρες ισοσταθμισμένοι ως προς την ηλικία, το φύλο και τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι νοσούντες παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένο δείκτη LnRHI στους 2 μήνες από το εξιτήριο σε σχέση με τους μάρτυρες (με-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

median=0.55 [IQR: 0.49-0.68] vs median 0.70 [IQR: 0.62-0.83]; $p=0.012$). Η διαφορά στο δείκτη LnRHI μεταξύ των νοσούντων και των μαρτύρων παρατηρήθηκε από τη νοσηλεία και παρέμεινε στους 2 και 6 μήνες, χωρίς σημαντική μεταβολή στο χρόνο (Εικόνα). Το ποσοστό των ασθενών με COVID-19 και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία ($\text{LnRHI} \leq 0.51$) ήταν 61% κατά τη νοσηλεία, 55% στους 2 και στους 6 μήνες. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα θρομβωτικά και τα καρδιαγγειακά συμβάματα, ούτε στη θνησιμότητα. Τα κυριότερα καταληκτικά σημεία παρουσιάζονται στον Πίνακα. **Συμπεράσματα** Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η νόσος COVID-19 επηρεάζει δυσμενώς την ενδοθηλιακή λειτουργία, όπως αποτυπώνεται στη μείωση του δείκτη υπεραμικής αγγειακής απάντησης. Επιπλέον, σε περισσότερους από τους μισούς νοσούντες διεπιστώθη ενδοθηλιακή δυσλειτουργία ($\text{LnRHI} \leq 0.51$), η οποία παρέμεινε και στους 6 μήνες. Η εφαρμογή σε αυτούς τους ασθενείς εξατομικευμένης θεραπείας, όπως αντιθρομβωτικής αγωγής ή καρδιοπροστατευτικών θεραπειών μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Πίνακας. Καταληκτικά σημεία μελέτης εκτίμησης της ενδοθηλιακής λειτουργίας σε ασθενείς που πάσχουν από COVID-19 έναντι ομάδας ελέγχου υγιών εθελοντών.

	COVID-19 N=23	Control N=22	P-value
Παικία (έτη)	65 (57-74)	63 (55-72)	0.90
Θήλυ	7 (30%)	7 (32%)	1
Ενεργός καπνιστής	10 (43%)	8 (36%)	0.60
Λιάκεια νοσηλείας (ημέρες)	5 (4-9)	-	-
LnRHI, χρόνος 0	0.56 (0.43-0.63)	0.67 (0.57-0.80)	0.007
LnRHI, 2 μήνες	0.55 (0.49-0.68)	0.70 (0.62-0.83)	0.012
LnRHI, 6 μήνες	0.59 (0.43-0.63)	0.74 (0.59-0.83)	0.007
LnRHI \leq 0.51 κατά τη νοσηλεία	14 (61)	4 (18.2)	0.074
LnRHI \leq 0.51 στους 2 μήνες	12 (55)	3 (13.6)	0.051
LnRHI \leq 0.51 στους 6 μήνες	12 (55)	3 (13.6)	0.051
Θρομβωτικά συμβάματα	2 (8.7)	0	0.48
Καρδιαγγειακά συμβάματα	0	0	-
Θάνατοι	1 (4)	0	1

Οι τιμές παρουσιάζονται ως διάμεσοι [IQR (Q1-Q3)] ή n (%).

LnRHI=Ln Reactive Hyperemia Index, Δείκτης υπεραμικής αγγειακής απάντησης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA126 | Επίδραση της χορήγησης σκευάσματος εικοσαπεντανοϊκού οξέως (EPA) υψηλής καθαρότητας σε καρδιαγγειακούς και μεταβολικούς δείκτες σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου****Χ. Λιάκος¹, Δ. Παπαδόπουλος²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η βέλτιστη ρύθμιση της δυσλιπιδαιμίας είναι ζωτικής σημασίας για την πρωτογενή και κυρίως τη δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Και ενώ η διαχείριση του πρωτεύοντος στόχου της μείωσης της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL) είναι αρκετά καλά τεκμηριωμένη, η ιδανική προσέγγιση του δευτερεύοντος στόχου της μείωσης των τριγλυκεριδίων (TG) δεν είναι εξίσου επαρκώς καθορισμένη. Τα χρησιμοποιούμενα για το σκοπό αυτό σκευάσματα ω-3 λιπαρών οξέων διαφέρουν μεταξύ τους τόσο στη σύσταση όσο και στην περιεκτικότητα. Σκοπός της παρούσας προοπτικής, ανοικτής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της χορήγησης σκευάσματος εικοσαπεντανοϊκού οξέως (EPA) υψηλής καθαρότητας (4 g / 24h) σε καρδιαγγειακούς και μεταβολικούς δείκτες σε άτομα αυξημένου καρδιαγγειακού κίνδυνου. **Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 226 άτομα, ηλικίας > 65 ετών, με αυξημένα επίπεδα TG (135-500 mg/dl) και ≥1 από τους κατωτέρω καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερηχογραφικά τεκμηριωμένη αθηρωμάτωση, περιφερική αρτηριοπάθεια, προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αποκλείστηκαν ασθενείς με καρδιακή, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. Οι συμμετέχοντες έλαβαν την κλασική διατροφική συμβουλευτική και επιπλέον αγωγή με 4 g EPA / 24h (2 g δις ημερησίως) για 3 μήνες. Βιοχημικές και μεταβολικές αιματολογικές παράμετροι (TG, LDL, υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη [HDL], ολική χοληστερόλη [TChol], απολιποπρωτεΐνη A [Apo A], απολιποπρωτεΐνη B [Apo B], γλυκόζη, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη [HbA1c] και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη [CRP]) μετρήθηκαν πριν και στους 3 μήνες από την έναρξη της αγωγής. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 61.1±1.1 έτη, 62.4% ήταν άρρενες, η δε μέση αρχική τιμή των TG ήταν 263±13 mg/dl. Στους 3 μήνες, όλοι οι βιοδείκτες βελτιώθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p<0.05), ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας: TG 155±8 vs 263±13 mg/dl, LDL 95±3 vs 118±5 mg/dl, HDL 47±1 vs 43±1 mg/dl, TChol 176±4 vs 199±5 mg/dl, Apo A 75±16 vs 63±14 mg/dl, Apo B 64±12 vs 66±12 mg/dl, γλυκόζη 102±2 vs 108±3 mg/dl, HbA1c 5.83±0.1 vs 5.97±0.1 % και CRP 1.92±0.2 vs 5.26±2.8 mg/l. **Συμπεράσματα:** Η χορήγηση 4 g ημερησίως σκευάσματος EPA υψηλής καθαρότητας επιτυγχάνει σημαντική μείωση των TG. Πέραν της επίτευξης του βασικού στόχου της ρύθμισης των TG, η συγκεκριμένη αγωγή, σε συνδυασμό με διατροφική συμβουλευτική, δείχνει να έχει και πλειοτροπικές ευεργετικές καρδιομεταβολικές δράσεις.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA127 | Μοντελοποίηση των συσχετισμών της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας με το καρδιομεταβολικό προφίλ και την καθιστική συμπεριφορά σε έφηβους αθλητές καλαθοσφαίρισης****Ε. Καραγιάννη, Α. Στογίλκοβιτς¹, Γ. Πέπερας², Γ. Πέπερα¹**¹ Ερευνητικό Εργαστήριο Κλινικής Φυσιολογίας της Άσκησης και Αποκατάστασης και ΠΜΣ Προηγμένη Φυσικοθεραπεία, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας² Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Αταλάντη, Φθιώτιδα

Εισαγωγή: Στα παιδιά και τους νεαρούς εφήβους η καρδιοαναπνευστική ικανότητα σχετίζεται ουσιαστικά με την υγεία, ανεξάρτητα από τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και αποτελεί σημαντικό παράγοντα του αθλητισμού και της απόδοσης.^{1, 2} Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας με την καθιστική συμπεριφορά και το καρδιομεταβολικό προφίλ καθώς και η δημιουργία εξισώσεων πρόβλεψης καρδιοαναπνευστικής ικανότητας σε εφήβους αθλητές. **Μέθοδοι:** Μετρήθηκαν σε σύνολο 104 νεαροί αθλητές καλαθοσφαίρισης (63,46% αγόρια) ηλικίας 12 έως 17 ετών (13,95 ± 1,49 έτη). Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα αξιολογήθηκε μέσω του 10m shuttle run test. Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά όπως ύψος, βάρος, περιφέρεια μέσης. Έγινε αξιολόγηση του καρδιομεταβολικού προφίλ μέσω καταγραφής παραμέτρων όπως η Συστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ), η Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (ΔΑΠ), η καρδιακή συχνότητα (ΚΣ), η γλυκόζη αίματος, η ολική χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Η καθιστική συμπεριφορά αξιολογήθηκε μέσω ενός αυτοαναφερόμενου ερωτηματολογίου καθιστικής συμπεριφοράς, του HELENA questionnaire. Έγινε υπολογισμός του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και εκφράστηκε ως z-score στις κατηγορίες Κανονικό, Υπέρβαρο και Παχύσαρκο. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 29 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. **Αποτελέσματα:** Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης προκύπτει ισχυρή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση, των παραμετρικών δεδομένων, της μέγιστης καρδιοαναπνευστικής ικανότητας με τον ΔΜΣ, την περιφέρεια της μέσης και τη ΚΣ. Πιο συγκεκριμένα η συσχέτιση μέσω του Pearsons's correlation ανέρχεται σε $r = -0,307$ για τον ΔΜΣ, με $p < 0,05$ σε $r = -21,1$ για τη περίμετρο μέσης και σε $r = -0,205$ για τη ΚΣ, με $p < 0,05$. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους παράγοντες της ηλικίας, της ΣΑΠ και της ΔΑΠ, της καθιστικής συμπεριφοράς και των τιμών του σακχάρου, της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα. Έμμεσα μπορεί να προβλεφθεί η VO2max σε ποσοστό ακρίβειας έως και 75,7 % συνυπολογίζοντας τα παραπάνω ανθρωπομετρικά και καρδιομεταβολικά χαρακτηριστικά και τη καθιστική συμπεριφορά του κάθε ατόμου εφηβικής ηλικίας. **Συμπεράσματα:** Όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ και η εναπόθεση λίπους στη περιφέρεια τόσο μειώνεται η καρδιοαναπνευστική ικανότητα ενός αθλούμενου εφήβου. Η καθιστική συμπεριφορά, όπως γνωρίζουμε από άλλες μελέτες³ μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την καρδιοαναπνευστική ικανότητα όμως στη συγκεκριμένη μελέτη λαμβάνουμε υπόψη την αυξημένη εβδομαδιαία δραστηριότητα αγωνιστικού επιπέδου των εφήβων που συμμετείχαν. Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα είναι μία από τις πολλές φυσιολογικές παραμέτρους που βελτιώνονται ως αποτέλεσμα της προπόνησης αντοχής.

Αναφορές: Tomkinson, G. R., Lang, J. J., Blanchard, J., Léger, L. A., & Tremblay, M. S. (2019b). The 20-m Shuttle Run: Assessment and Interpretation of Data in Relation to Youth Aerobic Fitness and Health. *Pediatric Exercise Science*, 31(2), 152-163. <https://doi.org/10.1123/pes.2018->

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

0179. López-Martínez, S., Sánchez-López, M., Solera-Martínez, M., Arias-Palencia, N., Fuentes-Chacón, R. M., & Martínez-Vizcaino, V. (2013). Physical Activity, Fitness, and Metabolic Syndrome in Young Adults. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 23(4), 312-321. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.23.4.312> · Pepera, G., Hadjiandrea, S., Iliadis, I., Sandercock, G. R. H., & Batalik, L. (2022). Associations between cardiorespiratory fitness, fatness, hemodynamic characteristics, and sedentary behaviour in primary school-aged children. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13102-022-00411-7>

AA128 | Τροχιές του τρόπου ζωής και 20ετής επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου: η επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

**Ε. Δαμίγου¹, Μ. Κούβαρη¹, Χ. Χρυσόχοου², Φ. Μπάρκας³,
Ε. Κραββαρίτη⁴, Ε. Μιχελής², Α. Σοφιανίδη², Χ. Σουσουήνη¹,
Α. Σκανδάλη¹, Ν. Σινού¹, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Κ. Τσιούφης²,
Π. Σφηκάκης⁴, Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹**

¹ Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Α Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής έχουν καθιερωθεί από καιρό ως δείκτες καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Ωστόσο, η επίδραση των αλλαγών σε αυτά τα χαρακτηριστικά (δηλαδή, οι τροχιές αυτών των παραγόντων) έναντι του κινδύνου ΚΑΝ μπορεί να ερευνηθεί μόνο με την παρατήρηση ενός πληθυσμού μέσω πολλαπλών εξετάσεων κατά τη διάρκεια μιας μακροχρόνιας παρακολούθησης. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση των τροχιών χαρακτηριστικών του τρόπου ζωής και η συσχέτισή τους με την 20ετή εμφάνιση ΚΑΝ στον σημερινό αστικό Ελληνικό πληθυσμό. **Υλικό και μέθοδος:** Το 2002, κατά την έναρξη της μελέτης συμμετείχαν $n=1.514$ άνδρες και $n=1.528$ γυναίκες (>18 ετών) χωρίς καμία κλινική ένδειξη καρδιαγγειακής ή άλλης χρόνιας νόσου, που ζούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Το 2022, η 20ετής παρακολούθηση πραγματοποιήθηκε σε $n=2.169$ συμμετέχοντες (ποσοστό συμμετοχής 71%). Η επίπτωση θανατηφόρου ή μη θανατηφόρου καρδιαγγειακού συμβάντος ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD-10. **Αποτελέσματα:** Στη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν συνολικά 1.988 συμμετέχοντες που είχαν πλήρη δεδομένα για την εμφάνιση ΚΑΝ (μέση ηλικία κατά την παρακολούθηση (Τυπική απόκλιση): 64 (14) έτη). Η 20ετής επίπτωση ΚΑΝ ήταν 3.600 νέες περιπτώσεις ανά 10.000 άτομα. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, το 30% της εμφάνισης ΚΑΝ αποδόθηκε σε μακροπρόθεσμες τροχιές τροποποιήσιμων παραγόντων του τρόπου ζωής. Το ιατρικό ιστορικό μαζί με ανθρωπομετρικούς δείκτες, την ηλικία και το φύλο αντιπροσώπευαν το 56% του αποδιδόμενου κινδύνου, ενώ η συσώρευση μακροχρόνιων τροποποιήσιμων συνθηκών του

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τρόπου ζωής πρόσθεσαν 30% στον προηγούμενο αποδιδόμενο κίνδυνο (δηλ., 86%). Συγκεκριμένα, η συνεχής ενεργή σωματική δραστηριότητα ήταν ωφέλιμη, ενώ το συνεχές κάπνισμα ή το υπερβάλλον βάρος ήταν επιζήμιο για τον κίνδυνο ΚΑΝ. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή ήταν προστατευτική έναντι της ΚΑΝ, ακόμη κι αν αυτή η προσκόλληση εφθινε με τον χρόνο. **Συμπεράσματα:** Για να αποφευχθεί η επιβάρυνση της ΚΑΝ στον Ελληνικό πληθυσμό, απαιτείται μια εξατομικευμένη προσέγγιση σε όλη τη διάρκεια ζωής, με έμφαση σε μακροχρόνια χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής.

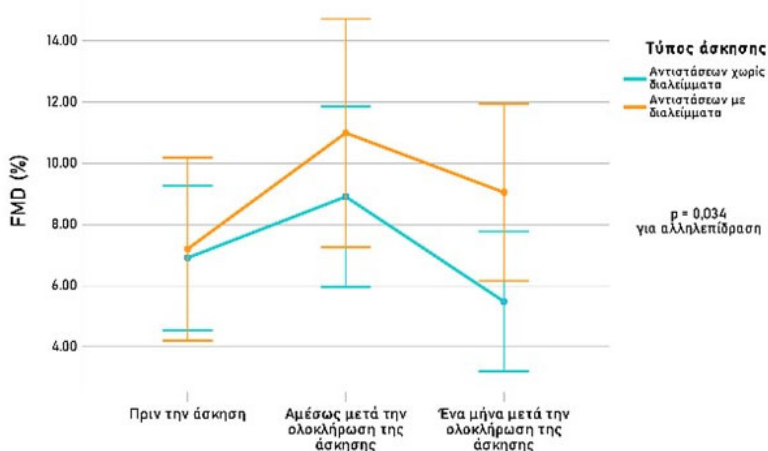
AA129 | Σύγκριση και αποτελεσματικότητα διαφόρων εξισώσεων υπολογισμού της LDL-χοληστερόλης σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο
Μ. Μαλκότς¹, Χ. Ναλμπαντ¹, Μ. Β. Κουτρούλης¹, Γ. Χαλικιάς¹, Δ. Στάκος¹, Α. Λαντζουράκη¹, Α. Θωμαΐδη¹, Δ. Τζιακάς¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Το λιπιδικό προφίλ και η σημασία του ακριβούς ποσοτικού προσδιορισμού της LDL-χοληστερόλης είναι υψίστης κλινικής σημασίας για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Παραδοσιακά ο υπολογισμός της γίνεται χρησιμοποιώντας την εξίσωση Friedewald. Με τους περιορισμούς της εξίσωσης Friedewald, αναπτύχθηκαν εναλλακτικές εξισώσεις μέτρησης της LDL-C, όπως η εξίσωση του Martin και του Sampson-National Institutes of Health (NIH) οι οποίες και είναι ιδανικές για ασθενείς με χαμηλές τιμές LDL-χοληστερόλης, με υψηλό επίπεδο τριγλυκεριδίων καθώς και σε ασθενείς με Σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διαπιστώσουμε εάν η χρήση διαφορετικών (από αυτήν του Friedewald) εξισώσεων υπολογισμού της LDL-χοληστερόλης οδηγούσε σε σημαντικές κλινικές επιπτώσεις. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ** Αυτή η μελέτη είναι μια αναδρομική ανάλυση στην οποία συμμετείχαν 100 άτομα (83 άνδρες, 17 γυναίκες) μέσης ηλικίας 59±10 ετών που νοσηλεύθηκαν ως Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (62% ως STEMI και 38% ως NSTEMI/UA) στην Μονάδα Εμφραγμάτων της Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Οι τιμές της LDL χοληστερόλης σύμφωνα με την εξίσωση Sampson-NIH υπερεκτιμούσαν την LDL χοληστερόλη κατά +3.16 mg/dL ενώ σύμφωνα με την εξίσωση Marton κατά +3.96 mg/dL, συγκριτικά με τις υπολογιζόμενες τιμές σύμφωνα με την εξίσωση του Friedewald. Σύμφωνα με την εξίσωση του Friedewald, το μέσο ποσοστό μείωσης της LDL χοληστερόλης που απαιτείτο για την επίτευξη του στόχου <5mg/dL ανερχόταν στο 36%. Αντίστοιχα το ποσοστό αυτό με την εξίσωση του Sampson-NIH ανερχόταν στο 39% (Wilcoxon matched test, p<0.001) ενώ με την εξίσωση Marton στο 40% (Wilcoxon matched test, p<0.001). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η χρήση διαφορετικών (από αυτή του Friedewald) εξισώσεων για τον υπολογισμό της LDL χοληστερόλης, ενώ αριθμητικά οδηγεί σε μεγαλύτερες αλλά κλινικά ασήμαντες τιμές LDL χοληστερόλης κατά τον υπολογισμό της απαιτούμενης μείωσης ώστε να επιτευχθεί ο στόχος του 55 mg/dL οδηγεί σε στατιστικά σημαντικά αύξηση του απαιτούμενου ποσοστού. Αυτό αναδύει ίσως την χρήση ισχυρότερων στατινών (απ' ό,τι με τον υπολογισμό με την εξίσωση Friedewald) ώστε να επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος των <55mg/dL.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA130 | Επιδράσεις της διαλειμματικής σε σύγκριση με τη συνεχή άσκηση αντιστάσεων στην ενδοθηλιακή λειτουργία και την αρτηριακή σκληρία σε υγιείς ενήλικες****Β. Τσίγκου¹, Α. Παπασταύρου¹, Γ. Κοκώσιος¹, Ν. Ζάρας²,****Θ. Μπάμπουλης³, Π. Παντελίδης¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Τερζής³,****Δ. Τούσουλης⁴, Γ. Σιάσος¹**¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"² Τμήμα Επιστημών Ζωής, Σχολή Επιστημών Ζωής και Υγείας, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Κύπρος³ Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ), ΕΚΠΑ⁴ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η χρόνια άσκηση με αντιστάσεις έχει ευεργετικές καρδιαγγειακές επιδράσεις. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση των επιδράσεων της χρόνιας διαλειμματικής άσκησης αντίστασης (άρσης βαρών) έναντι της κλασικής άσκησης αντίστασης στην ενδοθηλιακή λειτουργία και την αρτηριακή σκληρία υγιών εθελοντών. **Υλικό και μέθοδος:** Δείγμα 17 υγιών, μέτρια γυμνασμένων εθελοντών τυχαιοποιήθηκε σε δύο ομάδες: α) της συνεχούς άσκησης (ωθήσεις των κάτω άκρων σε μηχανήμα πρέσσας, 4 σετ των 6 επαναλήψεων, για 8 εβδομάδες, δύο φορές/εβδομάδα) και β) της διαλειμματικής (όμοιου προγράμματος, με 20 δευτερόλεπτα διάλειμμα μεταξύ των επαναλήψεων). Οι μετρήσεις διενεργήθηκαν πριν την άσκηση, αμέσως μετά και ένα μήνα μετά από την ολοκλήρωσή της. Η ενδοθηλιακή λειτουργία αξιολογήθηκε με την ενδοθηλιο-εξαρτηριακή αγγειοδιαστολή (flow-mediated dilation, FMD) στη βραχιόνιο αρτηρία, ενώ η αρτηριακή σκληρία μετρήθηκε με την καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (carotid-femoral pulse wave velocity, PWV) με τη χρήση του προγράμματος SphygmoCor®. **Αποτελέσματα:** Το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν άντρες, με μέση ηλικία 23±5 έτη, χωρίς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και χωρίς διαφορά στα βασικά κλινικά/δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το σύνολο των συμμετεχόντων παρουσίασε σημαντική αύξηση στην τιμή του FMD αμέσως μετά την άσκηση κατά 2,85%±2,13% (p<0,01), η οποία επανήλθε στις αρχικές μετρήσεις μετά την αποχή (-0,16%±2,51%, p=0.818, σε σχέση με τη βασική μέτρηση). Ωστόσο, οι συγκρίσεις των επιμέρους ομάδων έδειξαν ότι το FMD παραμένει αυξημένο μετά την περίοδο αποχής για την ομάδα διαλειμματικής άσκησης (κατά 1,85%±2,74%), σε αντίθεση με την ομάδα συνεχούς άσκησης, όπου οι τιμές FMD μειώθηκαν ελαφρώς σε σχέση με τη βασική μέτρηση (κατά 1,43%±1,32%, p=0,01). Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση επιβεβαίωσε την αλληλεπίδραση μεταξύ του τύπου άσκησης και του FMD σε βάθος χρόνου, με την ομάδα διαλειμματικής άσκησης να επιδεικνύει συγκριτικά υψηλότερες τιμές FMD ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης (p=0,034). Αντίθετα, η PWV δε διέφερε για το συνολικό δείγμα ή μεταξύ των επιμέρους ομάδων, σε όλες τις μετρήσεις. **Συμπεράσματα:** Η χρόνια άσκηση αντιστάσεων επιδρά ευεργετικά στην ενδοθηλιακή λειτουργία νέων, υγιών ατόμων. Η διάρκεια αυτής της επίδρασης τείνει να είναι μεγαλύτερη για το διαλειμματικό τύπο άσκησης, όπως αποτυπώνεται από την παρατεινόμενη βελτίωση του FMD, σε σχέση με τη συνεχή, μη διαλειμματική άσκηση.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και μετρήσεις αμέσως μετά και μετά από ένα μήνα από το τέλος της περιόδου άσκησης

	Συνολικός πληθυσμός (n=17)	Άσκηση χωρίς διαλείμματα (n=7)	Άσκηση με διαλείμματα (n=8)	p-value
<i>Βασικά χαρακτηριστικά</i>				
Ηλικία (έτη)	23 ± 5	22 ± 2,9	24 ± 7	0,55
BMI (kg/m ²)	23,9 ± 2,3	24,6 ± 2,8	23,1 ± 1,4	0,2
Κεντρική ΣΑΠ (mmHg)	109 ± 17	101 ± 15	117 ± 14	0,04*
Καρδιακή συχνότητα (bpm)	61 ± 10	59 ± 10	63 ± 10	3,44
baFMD (%)	6,93 ± 2,66	7,03 ± 2,23	6,81 ± 3,32	3,88
cfPWV (m/sec)	5,73 ± 0,59	5,58 ± 0,6	5,68 ± 0,57	0,33
<i>Μετρήσεις αμέσως μετά την ολοκλήρωση της περιόδου άσκησης</i>				
baFMD (%)	9,79 ± 3,43	9,22 ± 2,9	10,52 ± 4,13	-
cfPWV (m/sec)	5,98 ± 0,73	5,62 ± 0,39	6,18 ± 0,93	-
Μεταβολή από αρχική baFMD (%)	2,85 ± 2,13	2,19 ± 1,59	3,7 ± 2,54	0,17
Μεταβολή από αρχική cfPWV (m/sec)	0,14 ± 0,76	-0,32 ± 0,73	0,3 ± 0,81	0,42
<i>Μετρήσεις μετά από ένα μήνα από το τέλος της άσκησης</i>				
baFMD (%)	6,85 ± 3,35	5,48 ± 3,01	9,1 ± 2,81	-
cfPWV (m/sec)	5,8 ± 0,67	5,58 ± 0,7	6,1 ± 0,57	-
Μεταβολή από αρχική baFMD (%)	-0,16 ± 2,51	-1,43 ± 1,32	1,85 ± 2,74	0,01*
Μεταβολή από αρχική cfPWV (m/sec)	0,07 ± 0,63	-0,03 ± 0,57	0,18 ± 0,71	0,54

Στον πίνακα παρουσιάζονται η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τις βασικές μεταβλητές κατά ποσοστό (%) για τις ποσοτικές μεταβλητές. Για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήσαμε το τεστ Wilcoxon, ενώ για τους I-I και I-II χρησιμοποιήσαμε το τεστ Mann-Whitney U-test. Τα αποτελέσματα είναι σημαντικά διαφορετικά (p < 0,05).

baFMD: Ενδοθηλιακό-εξορθομετρητικό ελαστικό αγγειακό αγγείο (αγγειακή ελαστικότητα), BMI: δείκτη μάζας σώματος, cfPWV: Κεντρική Σφαιρική Αρτηριακή Αγωγιμότητα, ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA132 | Analysis of myocardial deformation and pro-arrhythmic indices in patients with first****S. Sioros^{1,2}, M. Plakoutsis⁴, A. Bechlioulis², A. Rammos², G. Georgiou⁴, A. Karampas⁴, C. Mantas⁴, T. Hyphantis⁴, P. Petrikis⁴, K. Naka², L. Michalis²**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ² 2nd DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF IOANNINA, GREECE,³ 2nd DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, UNIVERSITY OF IOANNINA, GREECE⁴ DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF IOANNINA, GREECE

Background. It has been consistently shown that psychotic disorder patients have higher incidence of sudden cardiac death when compared to the general population. The aim of the study was to assess arrhythmogenic risk and the presence of subclinical myocardial dysfunction in a cohort of young patients with first psychotic episode. **Methods.** 60 patients without established cardiovascular disease or known risk factors. A thorough echocardiographic analysis including myocardial strain analysis (global longitudinal strain - GLS) was performed in all patients. A 24-hour Holter-ECG recording was obtained in all patients; QT interval and heart rate variability (HRV) indices (SDNNI, SDANNI, RMSSD, pNN50) were recorded. PANSS score was used to assess symptom severity of psychotic episode. **Results.** The mean age of our patients was 31±8 years. Patients had a normal left and right ventricular function as assessed by classical echocardiographic indices. Approximately 18% of patients had an abnormal GLS (i.e. <6% sic). In Holter-ECG recordings, mean 24-hour QT interval was within normal limits. Approximately 10% of patients presented abnormal values of HRV indices (low SDNNI, RMSSD and pNN50). There was no significant association between GLS and HRV indices. Duration of psychotic symptoms and PANSS scores were not related to GLS or HRV indices. **Conclusions.** In a population of young patients with first psychotic episode and no overt cardiovascular disease, 10-20% of these patients presented with asymptomatic left ventricular myocardial dysfunction and/or increased sympathetic activation (i.e. increased pro-arrhythmic risk). Psychotic symptoms at presentation were not related to these abnormalities. Our findings need further validation in terms of prognostic significance as well as the choice of anti-psychotic medications with potential cardiac side effects.

AA133 | Αξιολόγηση της επίδρασης της λοίμωξης από SARS-CoV-2 σε παραμέτρους καρδιοαναπνευστικής και νευρογνωσιακής λειτουργικότητας σε ασθενείς που νόσησαν**Μ. Καριώρη¹, Χ. Φραγκούλης¹, Χ. Χρυσόχου¹, Α. Πρεντάκης¹, Ε. Κοντογιάννη¹, Α. Μπανός¹, Α. Βαλατσού¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Θ. Καλός¹, Π. Τσιούφης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Θωμόπουλος², Μ. Πηρουνάκη¹, Κ. Αγγέλη¹, Α. Πολίτης¹, Δ. Βασιλόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εισαγωγή/Στόχος: Ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών μετά από λοίμωξη από Covid-19, που να εξετάζουν τόσο την σωματική όσο και την πνευματική υγεία. Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης είναι η παρακολούθηση των ασθενών 3 μήνες μετά την πρώτη ημέρα λοίμωξης. **Μέθοδος και υλικό:** Όλοι οι ασθενείς που εκτιμήθηκαν ήταν σε καλό λειτουργικό και πνευματικό στάδιο ώστε να πραγματοποιήσουν καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης, και προτυποποιημένα ερωτηματολόγια υπό την επίβλεψη μια διεπιστημονικής ομάδας ειδικών που περιλάμβανε καρδιολόγους, ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ανάγκη για νοσηλεία και μη. **Αποτελέσματα:** Διακόσιοι διαδοχικοί ασθενείς (μέση ηλικία 50±16 ετών, άνδρες 44.4%) μελετήθηκαν. Στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος ήταν σημαντικά μεγαλύτερα. Ομοίως, το ποσοστό της αρτηριακής υπέρτασης, του σακχαρώδους διαβήτη, της δυσλιπιδαιμίας και της στεφανιαίας νόσου ήταν σημαντικά υψηλότερο. Κατά τη σύγκριση των υπερηχογραφικών δεικτών, τόσο το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ%) ($p<0.001$) όσο και η επιμήκης παραμόρφωση της δεξιάς κοιλίας (RVLS) ($p<0.001$) φάνηκαν σημαντικά επηρεασμένες. Αυτό αντικατοπτρίστηκε τόσο στις παραμέτρους της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας όσο και στις ψυχομετρικές δοκιμασίες (DASI METS ($p<0.001$), SF-12 ($p<0.001$)). Η κατανάλωση οξυγόνου τόσο στο μέγιστο της κόπωσης (VO 2 max: $p<0.001$) όσο και κατά το 1ο λεπτό της αποκατάστασης ($p<0.01$), το VO2 AT ($p<0.001$), ο κατά λεπτό αερισμός (VE, $p=0.04$), η διάρκεια της άσκησης ($p<0.001$), τα μεταβολικά ισοδύναμα (METS) ($p<0.01$), η διαστολική αρτηριακή πίεση τόσο κατά την ηρεμία ($p=0.01$) όσο και κατά τη διάρκεια του 1ου λεπτού της αποκατάστασης ($p=0.02$) και η μέγιστη καρδιακή συχνότητα (maxHR, $p<0.001$) ήταν σημαντικά επηρεασμένες στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν. Τέλος, χρησιμοποιώντας μοντέλογραμμικής συσχέτισης προσαρμοσμένο για την ηλικία, το φύλο και τη στεφανιαία νόσο, η νοσηλεία για Covid αποδείχθηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για τη μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου, τον κατά λεπτό αερισμό και την επιμήκη παραμόρφωση της δεξιάς κοιλίας. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη μειωμένη ικανότητα για άσκηση την ευθραυστότητα των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κι έχριζαν οξυγόνου υψηλής ροής συγκριτικά με τους ασθενείς με ηπιότερη συμπτωματολογία. Συνεπώς, απαιτείται μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση των ασθενών και ιδιαίτερα εκείνων που έλαβαν οξυγόνο υψηλής ροής.

Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομο

Πρόεδροι: **A. Σαμαράς** (Βέροια), **I. Μποστανίτης** (Θεσσαλονίκη)

AA134 | Το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σε ασθενείς ηλικίας >70 ετών σε περιφερειακό νοσοκομείο

Γ. Νικήτας¹, Π. Λαγκαδινός¹, Α. Βενετσιάνου², Α. Κατρανης¹, Κ. Κιντής¹, Σ. Σαλαβάκος¹, Σ. Αντωνοπούλου¹, Α. Δουμάζου¹, Π. Κωτσιοπούλου¹, Ε. Αποστολοπούλου¹, Α. Κολονιάρης¹, Μ. Βρουλιδάκη¹, Δ. Χρυσός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΑΡΚΑΔΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εισαγωγή-Σκοπός: Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου και σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένεται να προκαλέσει άνω των 23.6 εκατομμυρίων θανάτων έως το 2030. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψουμε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου(OEM) σε ασθενείς(A) ηλικίας> ετών σε περιφερειακό νοσοκομείο για χρονικό διάστημα 14 ετών. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν όλοι οι Α>70 ετών, που προσήλθαν με OEM και νοσηλεύθηκαν στο Καρδιολογικό Τμήμα(KT) από 1-1-2006 μέχρι 31-12-2019. Εξετάστηκαν το φύλο, ο τύπος του OEM(STEMI-NSTEMI), η ηλικιακή και εποχική κατανομή του (ΗΚ,ΕΚ), οι προδιαθεσικοί παράγοντες (ΠΠ)(αρτηριακή υπέρταση-ΑΥ, σακχαρώδης διαβήτης-ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα), ο χρόνος και το μέσο προσέλευσης(ΧΠ,ΜΠ), η λήψη θρομβολυτικής αγωγής και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα(ΕΘ). Αποτελέσματα: Στο διάστημα από 1-1-2006 μέχρι 31-12-2019 νοσηλεύθηκαν στο ΚΤ(από το 2015 λειτουργεί αιμοδυναμικό εργαστήριο) 1943Α με OEM. Από αυτούς, οι 961Α(49.5%) ήταν> ετών, 681 άνδρες(ΑΝ)(71%) και 280 (ΓΥΝ)(29%). Η ΗΚ των Α ήταν: 71-80 ετών:536Α(55.8%), 81-90:377Α(39.2%), 91-100:48Α(5%). Η ΕΚ του OEM δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά. Από τους ΠΠ το 53% των Α είχαν ΑΥ, το 40.3%ΣΔ, το 37% δυσλιπιδαιμία και το 27.6% κάπνισμα. Οι 581Α(60.5%) προσήλθαν με ιδιωτικό μέσο(IM) και οι 380Α(39.5%) με το ΕΚΑΒ. Ο ΧΠ ήταν εντός 1 ώρας:250Α(26%), εντός 2 ωρών:660Α(68.7%), εντός 3 ωρών:41(4.3%) και πέραν των 3 ωρών:10(1%). Οι 589Α(61.3%) είχαν STEMI και 372(38.7%) NSTEMI. Οι ΑΝ υπερτερούσαν των ΓΥΝ τόσο στα STEMI (73.7% έναντι 26.3% αντίστοιχα), όσο και στα NSTEMI(66.4% έναντι 33.6% αντίστοιχα). Η μέση ηλικία ήταν: ΑΝ:78,7 και ΓΥΝ:74.8 έτη. Θρομβολύθηκαν οι 269Α(45.7%). Σε στεφανιογραφία υποβλήθηκε το 55.2%(531/961) των Α και 9Α(9/157,5.7%) σε πρωτογενή αγγειοπλαστική (ΠΑ). Η ΕΘ ήταν 11.9%(114/961), εκ των οποίων το 66.7% ήταν ΑΝ και το 33,3% ΓΥΝ. **Συμπεράσματα:** Περίπου ο ένας στους δύο Α με OEM είναι ηλικίας> ετών. Επικρατεί το STEMI έναντι του NSTEMI, είναι συχνότερο στους ΑΝ τόσο το STEMI όσο και το NSTEMI. Η πλειοψηφία των Α έρχονται εντός των πρώτων τριών ωρών και προτιμούν το IM. Η θρομβόλυση παραμένει θεραπεία εκλογής για την επαναιμάτωση τις πρώτες ώρες του STEMI. Περισσότεροι από τους μισούς Α υποβάλλονται σε στεφανιογραφία, ενώ η ΠΑ παραμένει σε χαμηλό ποσοστό. Η ΕΘ είναι υψηλή και είναι πιο συχνή στους άνδρες.

AA135 | Αντιαμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς με MINOCA: Προγνωστικοί παράγοντες λήψης αποφάσεων στην κλινική πρακτική

Ε. Μαντζουράνης¹, Ι. Λεοντίνης¹, Α. Σακαλίδης¹, Π. Βλαχάκης¹, Ε. Δρη¹, Π. Ηλιάκης¹, Ι. Ανδρίκου¹, Κ. Κωνσταντίνου¹, Ν. Αργυρίου¹, Χ. Φραγκούλης¹, Θ. Καλός¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Στοιχεία από μεγάλες κλινικές δοκιμές έχουν καθιερώσει τη βέλτιστη αντιαμοπεταλιακή στρατηγική σε ευρύ φάσμα της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, τα δεδομένα εξακολουθούν να είναι ελάχιστα για τους ασθενείς με MINOCA, υποδεικνύοντας έναν δυνητικά ευεργετικό ρόλο της μονής αντιαμοπεταλιακής αγωγής (SAPT) στους περισσότερους

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ασθενείς. Δεν υπάρχει αυτή η ένδειξη στο σύνδρομο Takotsubo (TTS). Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση δεδομένων της τρέχουσας κλινικής πρακτικής σχετικά με την αντιαιμοπεταλιακή θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με διάγνωση εργασίας MINOCA και η διερεύνηση παραμέτρων, που μπορεί να επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων. **Υλικό και μέθοδος:** 74 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) πλοιούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια MINOCA (31,1% άνδρες, μέση ηλικία: 61 ± 11 ετών, 54,8% υπέρτασικοί, 19,4% διαβητικοί, 23,6% καπνιστές) και συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) που διεξήχθη σε 60 ασθενείς κατέδειξε ισχαιμικό πρότυπο καθυστερημένης ενίσχυσης γαδολινίου (LGE) που επιβεβαίωσε τη διάγνωση του αληθινού OEM σε 19 περιπτώσεις (32%). Άλλα ευρήματα περιλάμβαναν TTS (n=19, 32%), μυοκαρδίτιδα (n=4, 6%), ενώ η CMR δεν παρουσίασε αξιόλογα ευρήματα σε 18 περιπτώσεις (30%). **Αποτελέσματα:** Όσον αφορά την αντιαιμοπεταλιακή στρατηγική κατά την έξοδο, το 50% των ασθενών έλαβε διπλή αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία (DAPT), το 37,9% μονή (SAPT) και το 12,1% καμία αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία. Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η επιλογή τουλάχιστον SAPT και DAPT έναντι κανενός αντιαιμοπεταλιακού σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τη βαθμολογία INTERTAK score ($r=-272$, $p=0,036$) και την αρχική ηχωκαρδιογραφική εικόνα ($r=-343$, $p=0,006$), αλλά δεν επηρεάζεται από παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, νεφρική λειτουργία, ΗΚΓ αλλοιώσεις, επίπεδα τροπονίνης, προηγούμενη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, μη φυσιολογικά αγγειογραφικά ευρήματα και αξιολόγηση αιμορραγικού κινδύνου (HAS BLED & DAPT Score). Η επιλογή της DAPT έναντι SAPT σχετίστηκε μόνο με μη φυσιολογικά αγγειογραφικά ευρήματα (OR, 0,124, CI 95%, 0,030-0,512, $p=0,004$). Πολυπαραγοντικό μοντέλο προσαρμοσμένο στους παράγοντες κινδύνου, στο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF), τις ΗΚΓ αλλοιώσεις και τα υψηλότερα επίπεδα τροπονίνης (OR 0,153, CI 95%, 0,032-0,729, $p=0,018$) επιβεβαιώνει την ανεξάρτητη προγνωστική του τελευταίου. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης μας υπογραμμίζουν την ανάγκη για καθιέρωση τελικής διάγνωσης σε ασθενείς με MINOCA, καθώς η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα και αποκαλύπτει ότι η λήψη αποφάσεων για τη βέλτιστη αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση στην κλινική πρακτική.

AA136 | **Right ventricular global longitudinal strain and short-term prognosis in patients with first acute myocardial infarction**

V. Anastasiou¹, S. Daios¹, D. V. Moysidis¹, T. Zegkos¹, A. C. Liatsos¹, N. Stalikas¹, M. Didagelos¹, D. Tsalikakis¹, P. Sarafidis², V. Delgado³, C. Savopoulos⁴, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

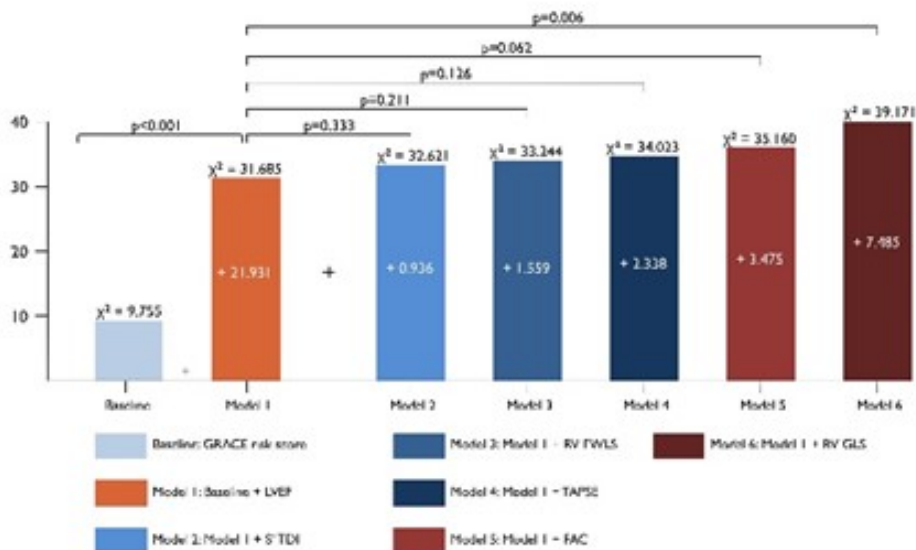
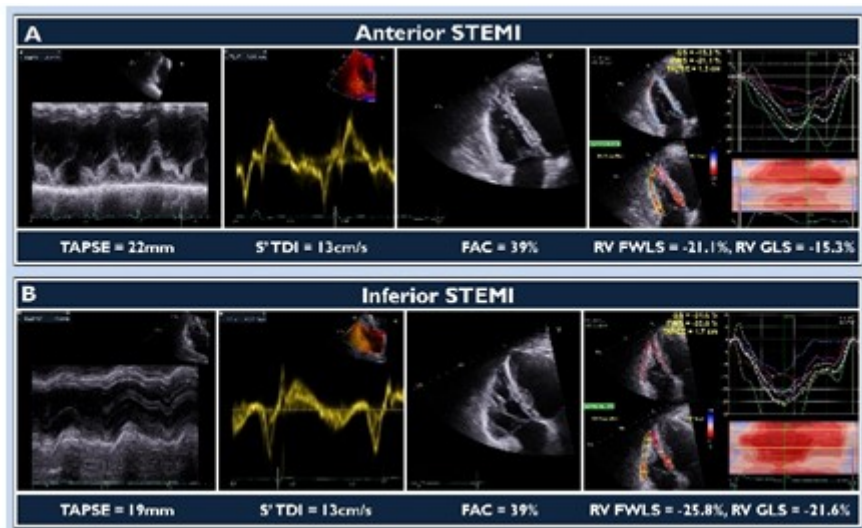
¹ First Department of Cardiology, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

² First Department of Nephrology, Ippokraton Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

³ Department of Cardiology, Hospital University Germans Triasi Pujol, Barcelona, Spain

⁴ First Propedeutic Department of Internal Medicine, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

Background: Right ventricular (RV) dysfunction after acute myocardial infarction (AMI) is a recognized predictor of dismal prognosis. However, the most reliable RV index to predict mortality

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

early after revascularization remains undetermined. This study aims to explore the ability of RV global longitudinal strain (GLS) to predict in-hospital mortality in patients with first AMI. **Methods:** All consecutive patients with first AMI were prospectively enrolled from 3/2022 until 2/2023. An echocardiogram was performed 24 hours after successful revascularization and RV GLS alongside with conventional echocardiographic indices were measured. In-hospital mortality was recorded. **Results:** A total of 300 patients (age 61.2±11.8 years, 74% males) were included in the study. RV GLS was the only RV performance index that differed significantly between anterior and inferior ST-segment-elevation AMI patients (14.5±5.2% vs. 17.4±5.1% respectively, P<0.001). After revascularization, 23 patients (7.7%) died in-hospital. The model of global registry of acute coronary event (GRACE) risk score and left ventricular ejection fraction (LVEF), built for predicting in-hospital mortality, significantly improved its prognostic performance only by the addition of RV GLS (χ^2 value increase by 7.485, P=0.006) compared to the other RV function indices. RV GLS was independently associated with in-hospital mortality (odds ratio, 0.83 [95% CI, 0.71-0.97], P=0.017) after adjustment for GRACE risk score and LVEF. **Conclusions:** Echocardiographic RV GLS measured 24 hours after revascularization in patients with first AMI outperformed conventional RV function indices in predicting in-hospital mortality.

AA137 | **Μετα-ανάλυση της αποτελεσματικότητας του coronary sinus reducer σε ασθενείς με ανθεκτική στηθάγχη**

**Π. Θεοφίλης¹, Ε. Οικονόμου², Π. Βλαχάκης¹, Α. Σακαλίδης¹,
Α. Βορδώνη¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Π. Τσιούφης¹, Χ. Χασικίδης³,
Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ανθεκτική στηθάγχη είναι ένα συχνό ενόχλημα ασθενών με στεφανιαία νόσο, της οποίας η αντιμετώπιση είναι προκλητική παρά τις υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες. Σε αυτή την κατεύθυνση, έχουν μελετηθεί διάφορες επεμβατικές θεραπείες, με τον coronary sinus reducer (CSR) να είναι η βασική επιλογή. **Σκοπός:** Ο σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι να διαπιστώσει την αποτελεσματικότητα του CSR στη βελτίωση των συμπτωμάτων και των καρδιαγγειακών καταληκτικών σημείων σε ασθενείς με ανθεκτική στηθάγχη. **Μέθοδοι:** Διενεργήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω της βάσης δεδομένων του Pubmed έως και τις 26/2/2023 για μελέτες που εξέταζαν την επίδραση του CSR στην ανθεκτική στηθάγχη. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η βελτίωση στην της στηθάγχης στην κλίμακα κατά Canadian Cardiovascular Society (CCS) για τουλάχιστον μια κατηγορία. Δευτερεύον καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η επιτυχής εμφύτευση, το ποσοστό των ασθενών που βελτιώθηκαν κατά 2 τουλάχιστον κατηγορίες CCS, καθώς και την επίπτωση νέου εμφράγματος μυοκαρδίου/διαδερμικής επέμβασης στεφανιαίων και θνητότητας κατά την παρακολούθηση. **Αποτελέσματα:** Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε 190 μελέτες και μετά από έλεγχο των τίτλων/περιλήψεων αλλά και του πλήρους κειμένου, συμπεριλήφθηκαν 10 μελέ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τες (1400 ασθενείς) στην μετα-ανάλυση. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 12.8 μήνες (εύρος 4-24 μήνες). Καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά επιτυχούς εμφύτευσης (97%, 95% confidence interval (CI) 95%-98%). Διαπιστώθηκε βελτίωση κατά τουλάχιστον μια κατηγορία στην κλίμακα CCS σε 77% των ασθενών (95% CI 73%-81%) και κατά τουλάχιστον δύο κατηγορίες σε 41% (95% CI 36%-47%). Το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισε νέο έμφραγμα μυοκαρδίου ή χρειάστηκε διαδερμική επέμβαση στεφανιαίων ήταν 7% (95% CI 3%-16%), ενώ η θνητότητα κατά την παρακολούθηση ήταν 7% (95% CI 3%-14%). **Συμπέρασμα:** Η τεχνική CSR περιβάλλεται από υψηλά ποσοστά επιτυχούς εμφύτευσης και είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των συμπτωμάτων σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ανθεκτική στηθάγχη.

AA138 | Παρουσίαση του πρωτοκόλλου και των πρώτων αποτελεσμάτων της μελέτης VIP-Cardio: Διερεύνηση της αξίας της παρεχόμενης φροντίδας από την οπτική των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο
Ο. Σίσκου¹, Π. Γαλάνης², Ο. Κωνσταντακοπούλου², Η. Καραγκούνη², Β. Κατσή³, Γ. Χαραλάμπους³, Ε. Σιάφης³, Η. Παγκοζίδης³, Σ. Μπελεχάκης³, Σ. Τσαλαμανδρή³, Α. Παπανικολάου³, Κ. Τσιούφης³, Κ. Χατζικά⁴, Δ. Παλητζήκα⁴, Κ. Μίλκας⁴, Ι. Ζαρίφης⁴, Κ. Πέτσιος⁵, Η. Κοσμάς⁵, Ζ. Γκαμάλια⁵, Ε. Δαρβύρη⁵, Ι. Ιακώβου⁵, Π. Μινογιάννης⁵, Μ. Χατζοπούλου⁶, Δ. Συγκούνα⁶, Α. Λιαριγκοβινού⁷, Ε. Αναγνωστοπούλου⁷, Π. Πελέκα², Σ. Παπαστεφανάτος², Α. Λαμπρινού⁹, Α. Μερκούρης⁹, Κ. Βέμμος⁸, Δ. Καϊτελίδου²

¹ Πανεπιστήμιο Πειραιώς / Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο

⁴ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπανικολάου

⁵ Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

⁶ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό

⁷ Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ

⁸ Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

⁹ Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Εισαγωγή/Σκοπός: Περιορισμένος αριθμός μελετών στην Ελλάδα έχει δημοσιευτεί σχετικά με τους αυτό-αναφερόμενους δείκτες εμπειριών και εκβάσεων των ασθενών, που αποτελούν βασικές παράμετροι εκτίμησης της αξίας της φροντίδας διεθνώς. Στο πλαίσιο αυτό, σχεδιάστηκε η μελέτη VIP-Cardio με σκοπό τη διερεύνηση των αυτό-αναφερόμενων βιωματικών εμπειριών και εκβάσεων καρδιολογικών ασθενών σε σχέση και με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους **Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική μη παρεμβατική μελέτη παρατήρησης με στόχο την εγγραφή 1.500 ασθενών που για πρώτη φορά υπέστησαν Οξύ Έμ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

φραγμα του Μυοκαρδίου (OEM) ή υπεβλήθησαν σε διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI). Οι ασθενείς προέρχονται από τέσσερα δημόσια τριτοβάθμια νοσοκομεία της χώρας (τρία στην Αττική και ένα στη Θεσσαλονίκη). Όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνται για έξι και 12 μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η διερεύνηση των βιωματικών εμπειριών των ασθενών γίνεται με τη χρήση ειδικού εργαλείου (κατόπιν άδειας από τους Δανούς δημιουργούς και προσαρμογής του στην ελληνική πραγματικότητα) μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Η συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη πραγματοποιείται μόνον κατόπιν εξασφάλισης της ενημερωμένης συγκατάθεσής τους. Το πρωτόκολλο της μελέτης είναι πλήρως εναρμονισμένο με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και έχει λάβει

Χρόνια λήψη βρογχοδιασταλτικών	13 (6,1%)	<i>Self-expandable</i>	36 (48,6%)
		<i>Δεν διευκρινίζεται</i>	24 (32,4%)
Θάνατος	55 (25,9%)	Έκβαση Heart QoL (M.T, SD)	26,24 (1,14)
*European system for cardiac operative risk evaluation ** European system for cardiac operative risk evaluation *** After vertebral augmentation M.T= Μέση τιμή, SD= Σταθερή Απόκλιση			

Πίνακας 2: Η μέση βαθμολογία* των εμπειριών των ασθενών που υπέστησαν OEM, από τη νοσηλεία τους

Λιάσταση	OEM (N=80)	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Λαμβάνοντας υπόψη τις συν νοσηρότητες	3,6813	,83531
Οργάνωση	3,6963	,36505
Πληροφορίες για τη νόσο και τη θεραπεία	3,6360	,51546
Επικοινωνία στο νοσοκομείο	3,5480	,24049
Επικοινωνία με τον ιατρό εκτός νοσοκομείου	3,5452	,50846
Φαρμακευτική αγωγή	3,1750	,87507
Αποκατάσταση/ Υποστήριξη	2,5256	,46263
Πληροφορίες για την ψυχοκοινωνική επίδραση της νόσου	2,0595	1,09465
Συμμετοχή των συγγενών	1,8476	1,18031

*Το εύρος τιμών κυμαίνεται από 1-4, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δηλώνουν θετικότερες εμπειρίες

Δεν παρουσιάζονται οι εμπειρίες των ασθενών που υπεβλήθησαν σε TAVI λόγω του περιορισμένου αριθμού των ολοκληρωμένων συνεντεύξεων

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

έγκριση από όλους τους αρμόδιους φορείς. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση με τη χρήση του SPSS.v21. **Αποτελέσματα:** Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από 212 ασθενείς που υπέστησαν OEM και 74 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε TAVI. Η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα βρέθηκαν να είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου (Πίνακας 1) και στις δύο κλινικές ομάδες. Αναφορικά με τις εμπειρίες, οι ασθενείς με OEM δήλωσαν ότι οι συν-νοσηρότητες λαμβάνονταν υπόψη από τους θεράποντες σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, και επιπλέον αξιολόγησαν θετικά τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας όπως και την επικοινωνία που είχαν τόσο κατά τη νοσηλεία όσο και σε εξωνοσοκομειακή βάση με τους υγειονομικούς. Αντίθετα, οι θετικές τους εμπειρίες αναφορικά με την υποστήριξη μετά την έξοδο από το νοσοκομείο περιορίζονται σημαντικά, ενώ τονίζεται η περιορισμένη συμμετοχή των συγγενών τους στο πλάνο φροντίδας (Πίνακας 2). **Συμπεράσματα:** Από τα πρόδρομα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύεται η ανάγκη αποτελεσματικότερου συντονισμού της φροντίδας μετά την οξεία φάση και αναγνωρίζεται η ανάγκη για πιο ενεργή συμμετοχή των συγγενών των ασθενών στο σχεδιασμό της φροντίδας. Χρηματοδότηση: Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας- ΕΛΙΔΕΚ

AA139 | Προγνωστική αξία των Grace 3.0 και CHIP-PCI scores σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο που υποβάλλονται σε μη επείγουσα αγγειοπλαστική

Β. Καλογερά¹, Δ. Τζάλας², Δ. Οικονόμου², Β. Τάσση², Χ. Δημάρη², Γ. Παπιγγιώτης², Ε. Χαματζόλα², Δ. Κυριακοπούλου², Α. Κοτζαρίδης², Η. Παπαδοπούλου², Δ. Σταλίκας², Κ. Τριανταφύλλου²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα το νέο GRACE 3.0 score (Gs) συμβάλλει στη διαστρωμάτωση κινδύνου, κατόπιν εκτίμησης της ηλικίας, της κλινικής εικόνας κατά την προσέλευση στο νοσοκομείο και επιπλέον του φύλου, διορθώνοντας την υποεκτίμηση του κινδύνου ενδονοσοκομειακής θνητότητας στις γυναίκες. Επιπλέον, το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών καρδιαγγειακών επιπλοκών (MACCE) μετά από αγγειοπλαστική (PCI) μπορεί να εκτιμηθεί κατόπιν υπολογισμού του CHIP-PCI score (CPs) με βάση 7 παράγοντες σχετιζόμενους με τον ασθενή και 6 με PCI. Ασθενείς με GPs ≥ 5 θεωρούνται υψηλού κινδύνου, καθώς παρουσιάζουν $\geq 4,4$ % πιθανότητα ενδονοσοκομειακών MACCE, ενώ εξαιρούνται ασθενείς με πρωτογενή και επείγουσα PCI. Σκοπός της παρούσας μονοκεντρικής μελέτης είναι η εκτίμηση των Gs 3.0 και CPs στην καθημερινή κλινική πράξη. **Υλικό και μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν αναδρομικά 356 διαδοχικοί ασθενείς με NSTEMI μη υψηλού κινδύνου ή ασταθή στηθάγχη που υποβλήθηκαν σε PCI. Κατά την εισαγωγή τους υπολογίστηκαν τα Gs 3.0 και CPs. Ως σύνθετο πρωτογενές καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ενδονοσοκομειακή εκδήλωση MACCE (καρδιακός θάνατος, περιεπεμβατικό έμφραγμα μυοκαρδίου-εγκεφαλικό επεισόδιο). Δευτερευόντως εξετάστηκαν οι μείζονες αιμορραγίες, η οξεία νεφρική βλάβη και η συνολική θνητότητα. **Αποτελέσματα:** Η

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

μέση ηλικία των ασθενών ήταν 67±12 έτη με μέσο CPs 1,92 ± 2,1 και διάμεσο Gs 0,8 [0-69.4] %. Συνολικά 86 ασθενείς (24%) είχαν υψηλή ενδοσοκομειακή θνητότητα βάσει του Gs (>3%) και οι υπόλοιποι 270 ταξινομήθηκαν ως χαμηλού-μέσου κινδύνου (πίνακας 1). Οι υψηλού κινδύνου ασθενείς παρουσίαζαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μερικούς από τους παράγοντες του CPs, όπως μεγαλύτερη ηλικία (> 80 ετών), γυναικείο φύλο, χρόνια νεφρική νόσο και PCI στελέχους (όλα, p <0.001). Ταυτόχρονα Gs 3.0>% και CPs ≥5 είχαν 28 ασθενείς (p<0.001), από τους οποίους ένας απεβίωσε από καρδιακό θάνατο (3,6%) και οι υπόλοιποι δεν παρουσίασαν επιπλοκές. Στον υπόλοιπο πληθυσμό το πρωτογενές καταληκτικό σημείο δεν εντοπίστηκε, πλην ενός μη καρδιακού θανάτου και ολιγάριθμων επεισοδίων μείζονας αιμορραγίας (ανωτέρου πεπτικού και οπισθοπεριτοναϊκού αιμάτωματος) και οξείας νεφρικής βλάβης στα δευτερεύοντα σημεία (πίνακας 2). **Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή των Gs 3.0 και GPs σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία επεισόδια που πρόκειται να υποβληθούν σε μη πρωτογενή ή επείγουσα PCI φαίνεται να προσφέρει καλή εκτίμηση κινδύνου των ενδοσοκομειακών MACCE, συμβάλλοντας στην εξατομικευμένη προσέγγιση και πιθανά την αποφυγή αυτών.

Πίνακας 1 Χαρακτηριστικά ασθενών και επεμβάσεων

	Grace 3.0 score		p-value
	Χαμηλή-Ενδιάμεση (≤ 3%) n=270	Υψηλή (> 3%) n=86	
Κλινικά χαρακτηριστικά			
Ηλικία, mean (SD)	63,2 (10,6)	77 (8,7)	<0.001
> 80 ετών, n (%) *	14 (5,2)	33 (38,4)	<0.001
Γυναίκες, n (%) *	38 (14,1)	27 (31,4)	<0.001
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	194 (71,9)	61 (71)	0.869
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	87 (32,2)	39 (45,3)	0.076
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	194 (71,9)	55 (64)	0.301
Κάπνισμα, n (%)	143 (53)	40 (46,5)	0.297
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%) *	19 (7)	30 (34,9)	<0.001
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%) *	8 (1,9)	5 (5,8)	0.095
Περιφερική αγγειακή νόσος, n (%) *	23 (8,5)	15 (17,4)	0.013
Προηγούμενο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, n (%) *	94 (34,8)	39 (45,3)	0.189
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF) < 30%, n (%) *	18 (6,7)	15 (17,4)	0.003
Ασταθής στηθάγχη, n (%)	144 (53,4)	14 (16,3)	<0.001
CHIP-PCI score, mean	1,3	3,8	<0.001
CHIP-PCI score > 5, n (%)	14 (5,2)	28 (32,6)	<0.001
Χαρακτηριστικά επέμβασης			
Διπλή προσπέλαση, n (%) **	0 (0)	2 (2,3)	0.058
Αγγειοπλαστική στελέχους, n (%) **	4 (1,5)	9 (10,5)	<0.001
Αγγειοπλαστική 3 αγγείων, n (%) **	19 (7)	0 (0)	0.100
Περιστεροφικός αθηροτόμος, n (%) **	4 (1,5)	4 (4,7)	0.092
Ενδοαρτηρική αντλία / Συσκευή υποβοήθησης αριστερής κοιλίας, n (%) **	0 (0)	2 (2,3)	0.058
Συνολικό μήκος ενδοστεφανιαίων προθέσεων > 60 mm, n (%) **	37 (13,7)	22 (25,6)	0.100

* CHIP παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή (7)

** CHIP παράγοντες σχετιζόμενοι με την επέμβαση (6)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Πίνακας 2 Ενδονοσοκομειακά καταληκτικά σημεία

Σύνθετο καταληκτικό σημείο, n (%)	Grace score ≤ 3% CHIP-PCI score <5 n=256	Grace score ≤3% CHIP-PCI score ≥ 5 n= 14	Grace score > 3% CHIP-PCI score <5 n=58	Grace score > 3% CHIP-PCI score >5 n= 28
Καρδιακός θάνατος, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)
Περικαρδιακό έμφραγμα μυοκαρδίου, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Περικαρδιακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Συνολικά MACCE*, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)
Μείζονες αιμορραγικές επιπλοκές, n (%)	2 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Οξεία νεφρική βλάβη, n (%)	1 (0,4)	0 (0)	2 (3,4)	0 (0)
Θάνατος από μη καρδιακή αιτία, n (%)	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Σύνολο επιπλοκών, n (%)	4 (1,6)	0 (0)	2 (3,4)	1 (3,6)

*MACCE: Major adverse cardiac and cerebrovascular events (καρδιακός θάνατος, περικαρδιακό έμφραγμα μυοκαρδίου, περικαρδιακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

AA140 | **Σύνδρομο Κούνης: μια σπάνια περίπτωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου**
Π. Βαλάκη¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Λ. Πούλιου¹, Δ. Ράπτης¹,
Α. Δεστούνης², Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς², Ν. Λάμα³,
Ν. Πλατογιάννης⁴, Ε. Μπράχος¹, Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

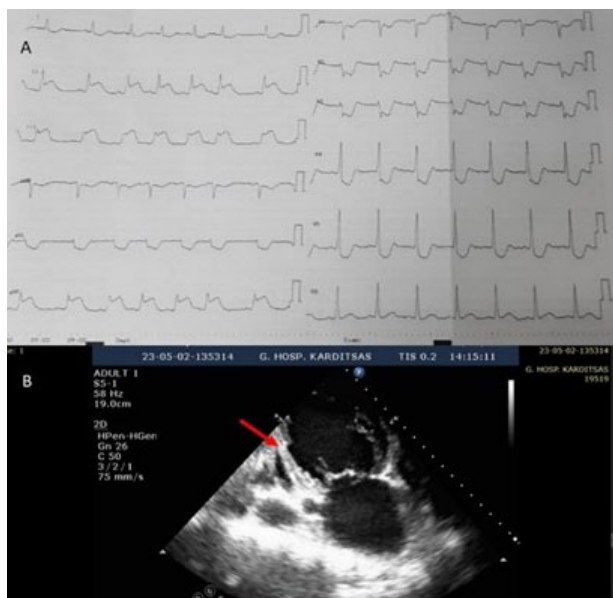
³ Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Το σύνδρομο Κούνης ή σύνδρομο «αλλεργικής στηθάγχης» αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, η οποία προκαλείται από την ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων μετά από αλλεργικές και αναφυλακτικές αντιδράσεις. Στο φάσμα των εκδηλώσεων του συνδρόμου ανήκουν τρεις τύποι που περιλαμβάνουν την αγγειοσπαστική αλλεργική στηθάγχη με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία, το αλλεργικό έμφραγμα του μυοκαρδίου με ρήξη αθηρωματικής πλάκας και τη θρόμβωση stent με αποφρακτικό θρόμβο, που είναι διηθημένος από ηωσινόφιλα και/ή μαστοκύτταρα. Πρόκειται για μια παναρτηριακή αναφυλαξία με ποικίλους εκλυτικούς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται τροφές, δήγματα εντόμων και φαρμακευτικές ουσίες. Η επίπτωση του συνδρόμου είναι άγνωστη, καθώς στην βιβλιογραφία υπάρχουν καταγεγραμμένες λίγες μεμονωμένες περιπτώσεις. **Υλικό/μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με εμφάνιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου κατόπιν αναφυλακτικής αντίδρασης. **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άνδρα 60 ετών, ο οποίος διεκομίσθη στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας από κέντρο υγείας λόγω εμφάνισης αναφυλακτικού σοκ μετά από λήψη αντιβιοτικής αγωγής. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση και στεφανιαία νόσος με μη κριτική στένωση (50%) στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Ο ασθενής προσεκομίσθη στο κέντρο υγείας αιμοδυναμικά ασταθής, με έντονο ολοσωματικό

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

εξάνθημα, υπόταση και αίσθημα προκάρδιας δυσφορίας λίγη ώρα μετά την λήψη της αντιβίωσης. Στο κέντρο υγείας υπέστη ανακοπή, από την οποία ανένηψε μετά από επιτυχή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και μεταφέρθηκε επείγοντως στο νοσοκομείο μας υποστηριζόμενος με ινóτροπα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου ανέδειξε εικόνα οξέος κατωτέρου διατοχωματικού εμφράγματος και από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ακινησία κατωτέρου τοιχώματος. Ο ασθενής διεκομίσθη άμεσα στο πλησιέστερο αιμοδυναμικό εργαστήριο, όπου πραγματοποιήθηκε επείγουσα αγγειοπλαστική δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. **Συμπεράσματα:** Η ταυτόχρονη εμφάνιση στηθάγχης και αλλεργίας που συνοδεύεται από κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα της κλασικής στηθάγχης προκαλούμενης από έκλυση μεσολαβητών φλεγμονής κατά την αλλεργική προσβολή πρέπει να εγείρει υποψίες για την ύπαρξη του συνδρόμου. Το διατοχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια σπάνια επιπλοκή που μπορεί να συμβεί ακόμη και σε ασθενείς με φυσιολογικές στεφανιαίες αρτηρίες συνέπεια αναφυλακτικών αντιδράσεων, αν και στην περίπτωση του δικού μας ασθενούς, το κλινικό σύνδρομο ήταν απότοκο ρήξης πρύπταρχουσας αθηρωματικής πλάκας.



Εικόνα 1: Α: Ηλεκτροκαρδιογράφημα του ασθενούς στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας Β: Διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα – κορυφαία τομή 2 κολυτήτων. Ακινησία κατωτέρου τοιχώματος (βέλος)



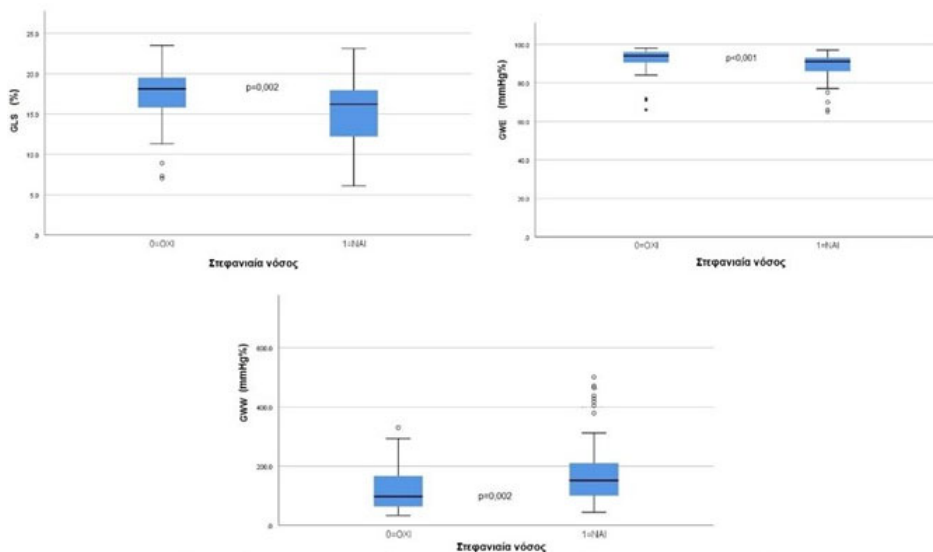
Εικόνα 2: Στεφανιογραφία - Ρήξη αθηρωματικής πλάκας στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (βέλος)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA141 | **Η συμβολή της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης και του μυοκαρδιακού έργου στη διάκριση μεταξύ αποφρακτικής και μη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με NSTEMI**
Α. Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακωστα¹, Δ. Ντιλουδη¹, Ν. Κατσιλλης¹, Δ. Μαρίτσα¹, Α. Αρχοντίκης¹, Ν. Αρνας¹, Α. Καλύβη¹, Ν. Καραμηνάς¹, Ν. Μίαρης¹, Α. Δημόπουλος¹, Π. Ζάχος¹, Α. Δεστούνης¹, Ν. Κάσινος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Σε ένα ποσοστό ασθενών που εισάγονται στην Καρδιολογική Κλινική με αρχική διάγνωση οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (NSTEMI) δεν ανευρίσκεται αποφρακτική στεφανιαία νόσος στη στεφανιογραφία. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναζήτηση πιθανής εφαρμογής της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (GLS) και του μυοκαρδιακού έργου στην έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών αυτών. **ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς ηλικίας έως 85 ετών με NSTEMI και ελεύθερο καρδιαγγειακό ιστορικό, οι οποίοι εκτιμήθηκαν στο ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος» από τον 5/2021 έως τον 6/2023. Με βάση τη στεφανιογραφία, οι ασθενείς διακρίθηκαν σε εκείνους με αποφρακτική στεφανιαία νόσο (στένωση >70% σε κάποιο από τα επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία) και εκείνους χωρίς. Οι δείκτες που μελετήθηκαν ήταν το GLS και το μυοκαρδιακό έργο με τους δείκτες Global Work Index (GWI),



Διαγράμματα: Σύγκριση διάμεσων τιμών συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης και μυοκαρδιακού έργου σε ασθενείς με NSTEMI και αποφρακτική ή όχι στεφανιαία νόσο

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Global Constructive Work (GCW), Global Wasted Work (GWW) και Global Work Efficiency (GWE). Κατόπιν, έγινε συγκριτικός έλεγχος των διάμεσων τιμών των 2 ομάδων με Mann Whitney Test, αφού οι μεταβλητές δεν είχαν κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στη μελέτη συμμετείχαν 120 ασθενείς (85 άνδρες) με NSTEMI, 73 με αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ΣΝ) διάμεσης ηλικίας 61,6 έτη (εύρος 40-85) και 47 χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο, διάμεσης ηλικίας 59,9 έτη (εύρος 24-84). Οι ασθενείς με αποφρακτική ΣΝ είχαν διάμεση τιμή GLS 16,2% (απόλυτη τιμή), GWI 1689mmHg%, GCW 1938,5mmHg%, GWW 151,5mmHg% και GWE 91%. Με τη σειρά τους οι ασθενείς με μη αποφρακτική στεφανιαία ΣΝ νόσο είχαν διάμεση τιμή GLS 18,1% (απόλυτη τιμή), GWI 1862mmHg%, GCW 2077mmHg%, GWW 97mmHg% και GWE 94%. Οι ασθενείς με αποφρακτική ΣΝ εμφάνιζαν χαμηλότερες απόλυτες τιμές GLS ($p < 0,002$) και GWE ($p < 0,001$) συγκριτικά με εκείνους χωρίς αποφρακτική ΣΝ. Επίσης, είχαν υψηλότερες τιμές GWW ($p = 0,002$) σε σχέση με εκείνους χωρίς αποφρακτική ΣΝ. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το GWI και το GCW. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Φαίνεται ότι το GLS και οι δείκτες του μυοκαρδιακού έργου μπορούν να συμβάλουν στην έγκαιρη διάκριση των ασθενών με αποφρακτική ή όχι ΣΝ. Μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες είναι απαραίτητες για να ενισχυθεί το εύρημα αυτό.

Πίνακας 1: Διάμεσες τιμές ηχωκαρδιογραφικών δεικτών σε ασθενείς με ή χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ΣΝ)

	Ασθενείς με αποφρακτική ΣΝ (N=73)		Ασθενείς χωρίς αποφρακτική ΣΝ (N=47)		p
	ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Εύρος	ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Εύρος	
GLS (%)	16,2	6,1-23,1	18,1	7,0-23,5	0,002
GWI (mmHg%)	1689,0	678,0-2763,0	1862,0	626,0-3167,0	0,051
GCW (mmHg%)	1938,5	871,0-3069,0	2077,0	686,0-3269,0	0,160
GWW (mmHg%)	151,5	44,0-501,0	97,0	33,0-441,0	0,002
GWE (%)	91,0	65,0-97,0	94,0	66,0-98,0	<0,001

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA142 | **Η εφαρμογή της περιοχικής επιμήκου παραμόρφωσης και του μυοκαρδιακού έργου στη διάκριση αποφρακτικής και μη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με NSTEMI**
A. Ε. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Δ. Ντιλούδη¹, Ν. Κατσιλλής¹, Τ. Τζινιέρης¹, Δ. Π. Ζαμπέλης¹, Σ. Μητσιάδης², Δ. Μπουκης¹, Κ. Πάγκου³, Γ. Γαβριελάτος¹, Ε. Μπούσουλα¹, Α. Δεστούνης¹, Π. Ζάχος⁴, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹, Ν. Κάσινος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

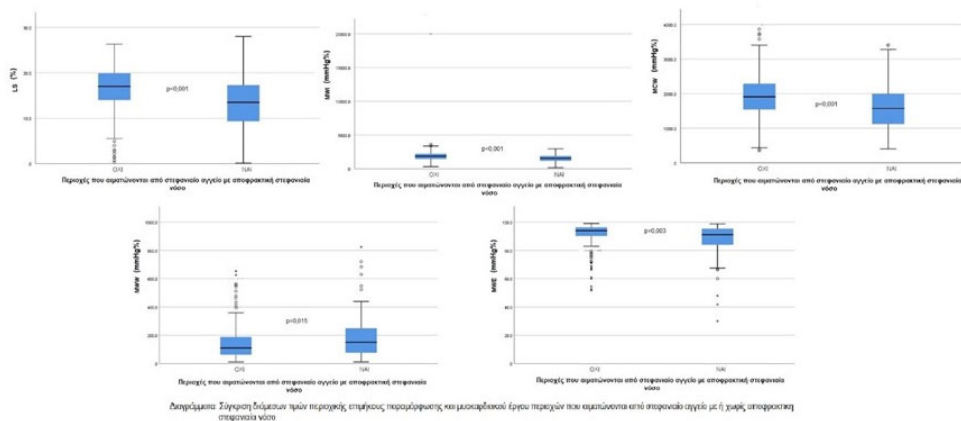
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

³ The Cardio Clinic Heart Center

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η ηχωκαρδιογραφική πρόβλεψη της ύπαρξης ή όχι αποφρακτικής ΣΝ και της κατανομής της σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) μπορεί να μεταβάλει την περαιτέρω διαχείρισή τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναζήτηση διαφορών στην περιοχική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) και το μυοκαρδιακό έργο σε μυοκαρδιακές περιοχές που αιματώνονται από στεφανιαίο αγγείο με ή χωρίς αποφρακτική νόσο. **ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς ηλικίας έως 85 ετών με NSTEMI και ελεύθερο καρδιαγγειακό ιστορικό, οι οποίοι εκτιμήθηκαν στο ΚΕΗΤ «Δ. Μπελντέκος» από τον 5/2021 έως τον 6/2023. Όλοι υποβλήθηκαν σε πλήρη διαθωρακική μελέτη και στεφανιογραφία. Οι δείκτες που εκτιμήθηκαν ήταν το τμηματικό LS κατά απόλυτη τιμή και τα τμηματικά myocardial work index (MWI), myocardial constructive work (MCW), myocardial wasted work (MWW) και myocardial work efficiency (MWE). Ακολούθως, σε κάθε ασθενή υπολογίστηκε ο μέσος όρος κάθε δείκτη με βάση την περιοχή κατανομής του κάθε επικαρδιακού αγγείου (τρεις μέσοι όροι για τις τρεις περιοχές για κάθε ασθενή) και αντιστοιχίστηκαν με τα ευρήματα της στεφανιογραφίας (περιοχές με ή χωρίς αποφρακτική ΣΝ). Ο συγκριτικός έλεγχος των διαμέσων τιμών έγινε με Mann Whitney Test, αφού οι μεταβλητές δεν είχαν κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στη μελέτη συμμετείχαν 120 ασθενείς (85 άνδρες) με NSTEMI διάμεσης ηλικίας 64 ετών [εύρος 24-85], 73 με και 47 χωρίς αποφρακτική ΣΝ. Ο συνολικός αριθμός των περιοχών που αξιολογήθηκαν ήταν 357, οι 227 αντιστοιχούσαν σε στεφανιαίο αγγείο χωρίς αποφρακτική νόσο και 130 σε αγγείο με αποφρακτική νόσο. Για τις περιοχές χωρίς αποφρακτική ΣΝ η διάμεση τιμή του LS υπολογίστηκε 17,0%, του MWI 1845,0mmHg%, του MCW 1907,7mmHg%, του MWW 110,0mmHg% και του MWE 94,0%. Για τις περιοχές με αποφρακτική ΣΝ η διάμεση τιμή του |LS| υπολογίστηκε 13,5%, του MWI 1538,4mmHg%, του MCW 1571,3mmHg%, του MWW 150,4mmHg% και του MWE 91,2%. Οι περιοχές με αποφρακτική ΣΝ εμφάνιζαν χαμηλότερες |LS| ($p < 0,001$), MWI ($p < 0,001$), MCW ($p < 0,001$) και MWE ($p = 0,003$) συγκριτικά με εκείνες χωρίς αποφρακτική ΣΝ και υψηλότερες τιμές MWW ($p = 0,015$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Φαίνεται ότι οι τιμές των περιοχικών LS και μυοκαρδιακού έργου ήταν χαμηλότερες στις περιοχές με αποφρακτική ΣΝ συγκριτικά με εκείνες χωρίς αποφρακτική ΣΝ.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Πίνακας 1: Διάμεσες τιμές ηχωκαρδιογραφικών δεικτών για περιοχές με και χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ΣΝ)

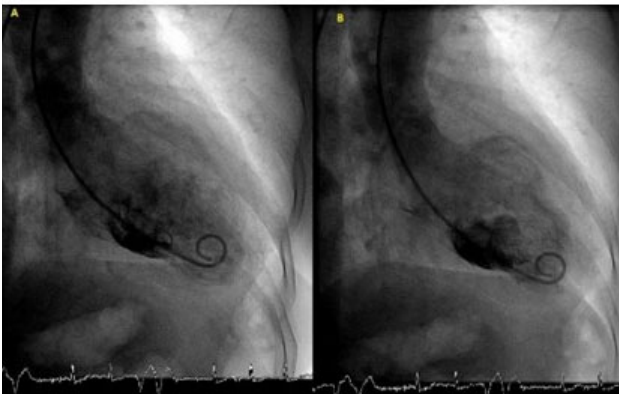
	Περιοχές με αποφρακτική ΣΝ (N=130)		Περιοχές χωρίς αποφρακτική ΣΝ (N=227)		p
	ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Εύρος	ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Εύρος	
LS (%)	13,5	0,1-28,0	17,0	0,3-26,3	<0,001
MWI (mmHg%)	1538,4	136,3-2947,3	1845,0	299,9-2995,3	<0,001
MCW (mmHg%)	1571,3	401,4-3405,7	1907,7	349,9-3862,0	<0,001
MWW (mmHg%)	150,4	11,8-824,7	110,0	11,3-703,0	0,015
MWE (%)	91,2	30,0-98,8	94,0	51,7-99,1	0,003

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

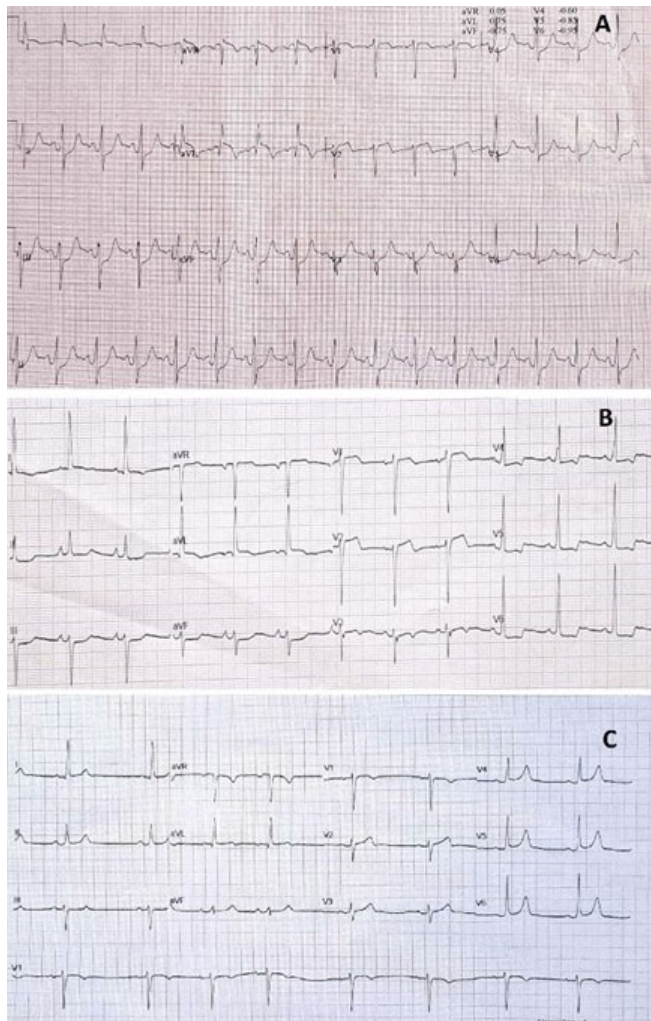
AA143 | **Κλινική Περίπτωση Σπάνιας Παραλλαγής Ανάστροφου Takotsubo**
Δ. Τασούλας¹, Θ. Λάμπρου¹, Κ. Τουχαντζίδου¹, Ε. Ναυπλιώτης¹,
Ν. Μακρινδάκης¹, Ε. Διαμαντάκης¹, Ε. Δήμος¹, Α. Θεοφίλου¹,
Α. Μακρινδάκης¹, Ν. Νάκας¹, Α. Mancsiczky¹, Ν. Βλαντ¹, Κ. Μπούκη¹,
Α. Παπασπυρόπουλος¹, Ε. Καψάλη¹, Α. Κωτσάκης¹, Σ. Ψυχάρη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Το σύνδρομο Takotsubo περιγράφεται ένα οξύ, συνήθως αναστρέψιμο σύνδρομο καρδιακής ανεπάρκειας, το οποίο παρουσιάζει παρόμοια χαρακτηριστικά με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η περίπλοκη παθοφυσιολογία του δεν είναι πλήρως κατανοητή για την διαμόρφωση αυτού κατεχολαμινεργικού πλήγματος που δέχεται το μυοκάρδιο. Αφορά συνήθως μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μετά από έντονο στρες, ενώ σπάνια είναι ιατρογενές. Συχνότερα προσβάλλει τα κορυφαία τοιχώματα της ΑΡ κοιλίας, (75-80% των περιπτώσεων) με χαρακτηριστική διάταση της κορυφής και συνοδό υπερσυσπαστικότητα των βασικών τοιχωμάτων. Περιγράφονται και άλλες μορφές, όπως η ανεστραμμένη βασική που εμφανίζεται στην συγκεκριμένη κλινική περίπτωση, ενώ μπορεί να παρουσιάζονται με προσβολή και των δύο κοιλιών ή της ΔΕ κοιλίας. **Υλικό Μέθοδος:** Γυναίκα 63 ετών καταθλιπτική, με ελεύθερο καρδιαγγειακό ιστορικό, χωρίς πρόσφατη λοίμωξη προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω θωρακαλγίας και δύσπνοιας, ενώ προηγήθηκε έντονο ψυχοσωματικό stress το τελευταίο διάστημα. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και η κλινική εξέταση φυσιολογική. Το ΗΚΓ ανέδειξε ανάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές I, AVL, II, III, AVF. Οι δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης ήταν αυξημένοι hs-Tn I=2180 ng/ml (φ.τ <8 ng/L). ECHO (ΤΕΠ): σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα ΑΡ κοιλίας με υποκινησία των βασικών τοιχωμάτων. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε αποφρακτικές βλάβες, θρόμβο ή διαχωρισμό. Η αριστερή κοιλιογραφία ανέδειξε ακινησία του βασικού προσθίου κατωτέρου τοιχώματος με ταυτόχρονη υπερσυσπαστικότητα της κορυφής και σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας LVEF 35-40%. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, οι διαταραχές κινητικότητας που δεν ακολουθούσαν κατανομή ενός αγγείου, η αύξηση τροπονίνης και η έκλυση από stress οδή-



γησαν στην διάγνωση του Takotsubo. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής έλαβε θεραπεία με b blocker, ραμπριλίη και ασπιρίνη, με ομαλή κλινική πορεία. Η συσταλτικότητα της ΑΡ κοιλίας βελτιώθηκε ταχέως τις επόμενες ημέρες, η τιμή της τροπονίνης υποχωρούσε, ΗΚΓ εμφάνισε αρνητικά Τ κύματα στις V2-V4, που στην συνέχεια θετικοποιήθηκαν. Ένα μήνα μετά, η ασθενής ήταν ασυμπτωματική με φυσιολογική υπερηχογραφική μελέτη όπως και η μαγνητική

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

καρδιάς. **Συμπερασματικά** το σύνδρομο Takotsubo έχει παρόμοια κλινική εικόνα με αυτή του ΟΣΣ και πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση, ειδικά στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θωρακικό άλγος ή δυσφορία μετά από stress. Η αριστερή κοιλιογραφία, αποτελεί ακριβές και εξαιρετικά χρήσιμο διαφοροδιαγνωστικό εργαλείο. Η έγκαιρη, μετά το εξιτήριο, μαγνητική καρδιάς είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την διαφορική διάγνωση της μυοκαρδίτιδας και του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου- MINOCA.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA144 | Το εύρος του QTc σχετίζεται με παρασυμπαθητικοτονία σε ασθενείς με σύνδρομο Takotsubo (TTS)****I. Λεοντσίνης¹, E. Μαντζουράνης¹, A. Σακαλίδης¹, I. Νταλακούρας¹, M. Σαρρου¹, Π. Βλαχάκης¹, Σ. Δρογκαρης¹, E. Δρη¹, E. Μαντά¹, Π. Ηλιάκης¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Χ. Φραγκούλης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η συμπαθητική υπερενεργοποίηση έχει προταθεί ως βασικός μηχανισμός στην ανάπτυξη του συνδρόμου Takotsubo (TTS). Οι αλλαγές στο ΗΚΓ στο TTS συχνά παραμένουν και μετά την αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας και η προγνωστική τους σημασία παραμένει αινιγματική. Οι μεταβολές του τόνου του αυτονόμου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) επηρεάζουν το δυναμικό ενέργειας του καρδιακού μυοκυττάρου, ενώ παράλληλα μπορεί να αντανakλούν την παρουσία μυοκαρδιακού οιδήματος και ισχαιμίας. Σε αυτή τη μελέτη στοχεύσαμε να διερευνήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ της δραστηριότητας του ΑΝΣ και του βαθμού παράτασης του διαστήματος QT κατά τη διάρκεια της φυσικής πορείας του TTS. **Υλικό και μέθοδος:** Μελετήσαμε 38 ασθενείς (36 γυναίκες, μέση ηλικία: 67 ± 10 έτη, 16,2% με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη) με διάγνωση TTS μετά από κλινική και απεικονιστική αξιολόγηση, η οποία περιλάμβανε μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Ημερήσιες καταγραφές ΗΚΓ κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του TTS ήταν διαθέσιμες για όλους τους ασθενείς. Το QTc υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τον τύπο Bazett. Ο συμπαθητικός τόνος αξιολογήθηκε μέσω μικρονευρογραφίας μύος (MSNA) εντός 30 ημερών από το συμβάν. **Αποτελέσματα:** Το μέγιστο διάστημα QTc κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης TTS συσχετίστηκε αντιστρόφως ανάλογα με τα αποτελέσματα MSNA που μετρήθηκαν σε ώσεις/100 καρδιακούς παλμούς ($r=-561$, $p=0,003$). Σε μοντέλο πολυπαραγοντικής ανάλυσης σταθμισμένο για την ηλικία, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (σύγχρονο με μετρήσεις ΗΚΓ) και χρήση βήτα αποκλειστών, τα προαναφερθέντα αποτελέσματα παρέμειναν στατιστικά σημαντικά (OR, 0.210; CI 95%: 0.067 – 0.354, $p=0.006$). **Συμπεράσματα:** Στον πληθυσμό μας, στους ασθενείς με TTS, η αυξημένη παρασυμπαθητική δραστηριότητα και η απόσυρση της συμπαθητικής δραστηριότητας κατά τον πρώτο μήνα του συμβάντος αντικατοπτρίζουν αυξημένη διάρκεια επαναπόλωσης κατά την οξεία φάση του συνδρόμου.

AA145 | Συσχέτιση του σημείου Frank στους λοβούς των αυτιών με αποφρακτική στεφανιαία νόσο σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
M. Πατέλλη¹, N. Κουρής¹, E. Βιλλιώτης¹, B. Κωστόπουλος¹, B. Γόγολας¹, B. Γιάνναρης¹, I. Σιωνίδη¹, Π. Μπούνας¹, Χ. Ολύμπιος¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Η παρουσία πτυχής μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα στους λοβούς των αυτιών (σημείο Frank) έχει συσχετισθεί με τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ) καθώς και με αυξημένη θνητότητα και νοσηρό-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τητα. Σκοπός της μελέτης είναι η αναγνώριση του σημείου σε ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική λόγω οξέως στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) και αποδείχθηκε στεφανιογραφικά η ύπαρξη ΣΝ. **Υλικό & Μέθοδοι:** Εσήντα έξι ασθενείς (Α, 47 άνδρες) εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική με συμπτώματα και σημεία ΟΣΣ. Όλοι οι Α υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο και παρέμβαση, αναλόγως ενδείξεων και καταλληλότητας. Σε όλους καταγράφηκε η παρουσία ή όχι του σημείου Frank, η έκταση και η βαρύτητά του. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των Α ήταν 65 ± 13 χρόνια. Σε 58 από αυτούς αναδείχθηκε σημαντική αποφρακτική ΣΝ, 42 αντιμετωπίστηκαν με αγγειοπλαστική και σε 16 συστήθηκε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Ιστορικό καπνίσματος, αρτηριακής υπέρτασης, διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και κληρονομικότητας ΣΝ αναφέρθηκε σε 47%, 60%, 33%, 46% και 33% αντίστοιχα. Σημείο Frank βρέθηκε συνολικά σε 56 Α (84%). Από αυτούς σε 8 Α βρέθηκαν φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία, ενώ 43 Α είχαν αμφοτερόπλευρη εντόπιση και 13 ετερόπλευρη (7 μόνο στο αριστερό). Σε 14 Α βρέθηκε σοβαρή ΣΝ 3 αγγείων \pm νόσος στελέχους, από τους οποίους μόνον οι 5 Α είχαν αμφοτερόπλευρο σημείο Frank. Τέλος, από τους 10 Α ηλικίας <0 ετών σε 6 βρέθηκε σημείο Frank ενώ σε 1 από αυτούς τα στεφανιαία αγγεία ήταν φυσιολογικά, ενώ σε κανέναν από τους 4 Α ηλικίας <0 ετών με αποφρακτική ΣΝ δεν βρέθηκε σημείο Frank. **Συμπέρασμα:** Από τα παραπάνω φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ΣΝ και σημείου Frank, όμως η ηλικία επηρεάζει σημαντικά την παρουσία του ευρήματος. Η έκταση και η εντόπισή του δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη βαρύτητα της ΣΝ.

AA146 | **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΥΝΙΣ: ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

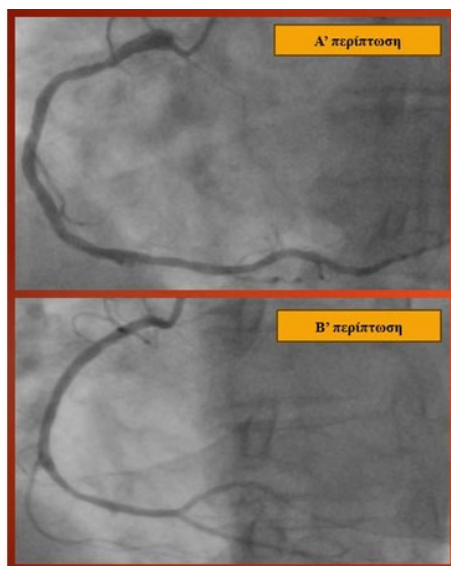
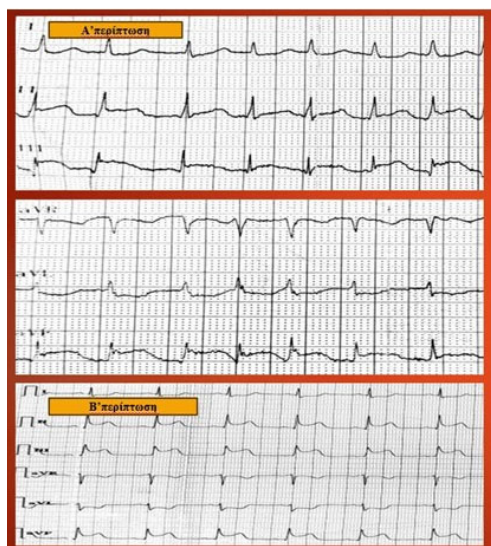
**Β. Γόγολας¹, Π. Μπούνας¹, Ι. Ρόδης¹, Ε. Βιλλιώτης¹, Α. Δρίκος¹,
Ν. Κουρής¹, Α. Δαγρέ¹, Ε. Καρτσαγκούλης¹, Χ. Ολύμπιος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Kounis αποτελεί σπάνια αιτία οξέως στεφανιαίου συνδρόμου για την οποία θα πρέπει να υπάρχει πάντοτε η υποψία σε περιπτώσεις ασθενών που εκδηλώνουν αλλεργική αντίδραση με συνοδό συμπτωματολογία ασταθούς στηθάγχης χωρίς ιστορικό προϋπάρχουσας στεφανιαίας νόσου. Προκύπτει ύστερα από έκθεση κυρίως σε φάρμακα, χημικούς παράγοντες όπως το latex, τρόφιμα ακόμα και δήγμα από ερπετά. Κομβικό ρόλο στην εξέλιξη του διαδραματίζει η ισταμίνη που απελευθερώνεται με την αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων και προκαλεί σπασμό στα στεφανιαία αγγεία. Παρουσιάζονται τρία περιστατικά συνδρόμου Kounis, δύο μετά χορήγησης ομεπραζόλης και ένα μετά χορήγησης σκιαγραφικού τύπου Sonouue. **Υλικό:** Πρόκειται για δύο γυναίκες ασθενείς ηλικίας 56 και 64 ετών αντίστοιχα, η πρώτη με εξάνθημα μετά από λήψη αντιβιοτικού και η δεύτερη με επιγαστραλγία, που έλαβαν μεταξύ άλλων ενέσιμη ομεπραζόλη. Η πρώτη ασθενής εντός ώρας εμφάνισε αίσθημα παλμών με συνοδό στηθάγχη και ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα κοιλικής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και ανάσπαση του διαστήματος ST στις κατώτερες απαγωγές. Η δεύτερη ασθενής ομοίως εντός ώρας από τη χορήγηση ομεπραζόλης, εκδήλωσε στηθάγχη με παροδική ανάσπαση του διαστήματος ST στις κατώτερες απαγωγές. Ένας άντρας 72 ετών προσήλθε για διενέργεια Echo-Stress που χρειάστηκε επιπλέον χορήγηση Sonouue. Δέκα λεπτά μετά τη χορήγηση Sonouue παρουσίασε αναφυλακτικό shock δύσκολα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

αναταχθέν και μία ώρα μετά παρουσίασε οξύ προκάρδιο άλγος με συνοδό ανάσπαση του ST στις πρόσθιες απαγωγές. Οι δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης παρουσίασαν αύξηση και στις τρεις περιπτώσεις. Επακολούθησε άμεση στεφανιογραφία και στους τρεις. **Αποτελέσματα:** Στην πρώτη ασθενή αποκαλύφθηκε στένωση 50% στην εγγύς μοίρα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και στενώσεις 50- 60% σε μικρότερους κλάδους του αριστερού στεφανιαίου δικτύου. Στη δεύτερη ασθενή τα στεφανιαία αγγεία ελέγχθηκαν αθηρωματικά με στένωση 50-60% στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου. Στον τρίτο διαπιστώθηκε οξεία απόφραξη stent προσθίου κατιόντα τοποθετηθέντος προ τετραμήνου που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς. Και οι τρεις επέζησαν, χωρίς περαιτέρω ανάλογα συμπτώματα. **Συμπεράσματα:** Ομπεραζόλη και Σονονιουε προστίθενται στο μακρύ κατάλογο των ουσιών που δύνανται να ευοδώσουν σύνδρομο Kounis. Οι περιπτώσεις των δύο γυναικών αφορούν εκδήλωση συνδρόμου Kounis τύπου II (ήπια στεφανιαία νόσος) και του άνδρα IIIα (σημαντική στεφανιαία νόσος), τύπου λιγότερο συχνοί σε σχέση με τον κλασικό του τύπου I που εκλείπει η στεφανιαία νόσος.



AA147 | **MINOCA: Μια ετερογενής ομάδα μυοκαρδιακής βλάβης**
**Δ. Ράπτης¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Βαλάκη¹, Α. Καλέση²,
 Α. Δεστούνης², Θ. Φλώρος³, Κ. Μιχαηλίδης³, Ε. Αλεξίου³, Ε. Μπράχος¹,
 Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹**

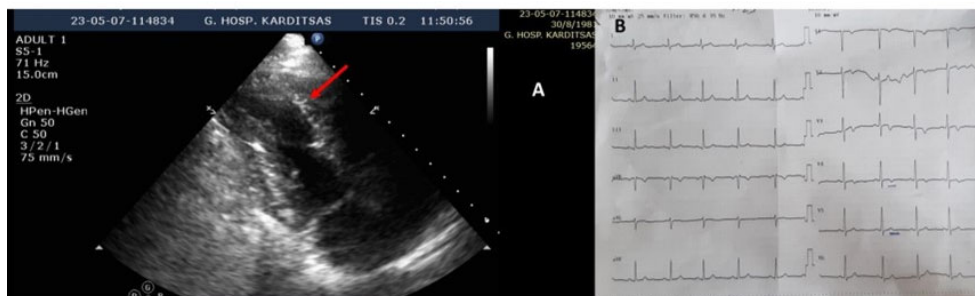
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

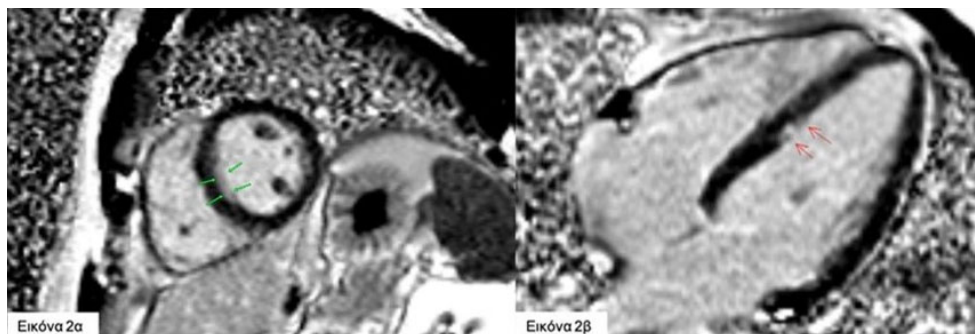
³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λάρισας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

Εισαγωγή/Σκοπός: Το έμφραγμα του μυοκαρδίου με μη αποφραγμένες στεφανιαίες αρτηρίες (MINOCA) χαρακτηρίζεται από κλινικές ενδείξεις εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) με φυσιολογικές ή σχεδόν φυσιολογικές στεφανιαίες αρτηρίες στη στεφανιογραφία (στένωση <0%). Το MINOCA, αναφέρεται στο 6-15% των ασθενών με ΟΕΜ και παρατηρείται συνήθως σε σχετικά νεαρούς ασθενείς. Η ακριβής παθοφυσιολογία της νόσου δεν είναι πλήρως κατανοητή σήμερα. Δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί πιθανοί μηχανισμοί, δεν είναι βέβαιο ότι η κλασική πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη και θεραπεία για τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ) είναι η βέλτιστη για τους ασθενείς με MINOCA. Η πρόγνωση και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τους ασθενείς με MINOCA παραμένουν ασαφή. **Υλικό/Μέθοδος:** Περιγράψουμε περιστατικό της κλινικής μας με MINOCA. **Αποτελέσματα:** Άνδρας 41 ετών προσήλθε αιτιώμενος επεισόδια στηθάγχης από 10 ημέρου, με φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) εισόδου, αλλά με διαπίστωση υποκινησίας προσθίου μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ) εκ του διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος (ΤΤΕ). Υπεβλήθη σε επείγουσα στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε αθηρωματικά αγγεία χωρίς στενώσεις. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρατηρήθηκαν εξελικτικές ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές και αύξηση μυοκαρδιακών ενζύ-



Εικόνα 1: Α. ΤΤΕ: Υποκινησία προσθίου ΜΚΔ (βέλος) Β. ΗΚΓ: Διφασικά κύματα Τ στις απαγωγές V2-V4



Εικόνα 2α

Εικόνα 2β

2α: Καθυστερημένη λήψη short axis μετά την χορήγηση σκιαγραφικού (Late gadolinium enhancement - LGE), παρατηρείται υπενδοκαρδιακή πρόσληψη στο μεσοκοιλιακό τοίχωμα στα μεσαία τμήματα (βέλη), ενδεικτική ισχαιμίας

2β: Η εν λόγω περιοχή σε λήψη τεσσάρων κοιλιοτήτων (βέλη)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

μων νέκρωσης, με σταδιακή αποκατάσταση των διαταραχών κινητικότητας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (εικόνα 2) με διαπίστωση ισχαιμικού προτύπου καθυστερημένη πρόσληψη γαδολινίου (LGE) των μεσαίων τμημάτων του προσθίου ΜΚΔ, με αυξημένους χρόνους στις ακολουθίες ιστικού διαχωρισμού, ευρήματα συμβατά με MINOCA. **Συμπεράσματα:** Όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, μόνο στο ένα τέταρτο των περιστατικών με MINOCA, η CMR ήταν φυσιολογική. Σήμερα, η χρήση της CMR σε ασθενείς με MINOCA είναι απαραίτητη και οι κύριοι περιορισμοί αποτελούν τη διαθεσιμότητα και την τεχνολογία, η οποία όμως επεκτείνεται γρήγορα. Η απουσία αποφρακτικής ΣΝ στο πλαίσιο ενός OEM δεν πρέπει να καθυστερεί τον καρδιολόγο. Παρά το γεγονός ότι είναι μια καλά εδραιωμένη κλινική οντότητα, οι υποκείμενοι μηχανισμοί του MINOCA μπορεί να είναι διαφορετικοί και πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για τον εντοπισμό της υποκείμενης αιτίας.

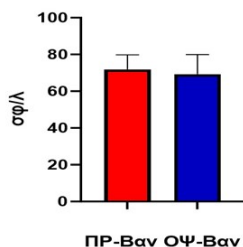
AA148 | **Ασφάλεια πρώιμης χορήγησης β-αναστολέα σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου**

Μ. Κονδύλης¹, Α. Χαλδούπης¹, Γ. Μακαβός², Ε. Ρεπάσος¹, Ε. Άννινος¹, Γ. Κωνσταντίνου¹, Ν. Ζωγράφος¹, Δ. Ζενέτος¹, Ε. Σερτεδάκη¹, Α. Μισεγιαννίδης¹, Ν. Μπαλάσκα¹, Ι. Κανακάκης¹, Ι. Παρασκευαϊδής¹, Α. Νταλιάνης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες συστήνεται η χορήγηση β-αναστολέα σε όλους τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (OEM) εντός του 1ου 24ωρου μετά την εισαγωγή εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη. Η πρώιμη χορήγηση β-αναστολέα σε OEM είναι πιθανό να σχετίζεται με ευεργετική επίδραση στο μυοκάρδιο αν και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η ασφάλεια της πρώιμης χορήγησης της από του στόματος τρυγικής μετοπρολόλης σε ασθενείς με OEM. **Υλικό/Μέθοδος:** Τυχαιοποιήθηκαν ασθενείς με OEM αφού υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική (ΠΑ) σε 2 ομάδες (με αναλογία 3:1) :1) Ομάδα πρώιμης χορήγησης [εντός των πρώτων 3 ωρών μετά την ΠΑ (ομάδα ΠΡ-Bav)], 2) Ομάδα όψιμης χορήγησης [8 ώρες μετά την ΠΑ (ομάδα ΟΨ-Bav)]. Ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, βραδυκαρδία (σφ<0/λ), υπόταση (συστολική αρτηριακή πίεση<0), αλλεργία ή δυσανεξία στο β-αναστολέα αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Στην ομάδα ΠΡ-Bav χορηγούνταν 12,5 mg μετοπρολόλης εντός των 3 πρώτων ωρών μετά την ΠΑ και εν συνεχεία επιπλέον 25mg στις 6 ώρες και 50mg μετά από 12 ώρες εφόσον η καρδιακή συχνότητα ήταν>60 σφ/λ. Στην ομάδα ΟΨ-Bav χορηγούνταν 12,5mg μετοπρολόλης μετά τις πρώτες 8 ώρες από τη διενέργεια της ΠΑ και 25mg στις 24 ώρες εφόσον η ΚΣ ήταν>60 σφ/λ. Ως τελικά σημεία ασφάλειας καταγράφηκαν η ΚΣ και η αρτηριακή πίεση το πρώτο 24ωρο μετά την ΠΑ, η εμφάνιση σοβαρής βραδυκαρδίας (<0 σφ/λ), συμπτωματικής υπότασης (συστολική αρτηριακή πίεση<0mmHg), καρδιογενούς καταπληξίας/χαμηλής παροχής, οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. **Αποτελέσματα:** Τυχαιοποιήθηκαν συνολικά 60 ασθενείς (οι 43 στην ομάδα ΠΡ-Bav). Δεν υπήρχε διαφορά στις

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ 24h**

2 ομάδες όσον αφορά τη baseline ΚΣ (78,4±4 vs 83,3±4, p=ns), την ΚΣ στις 6 ώρες (73,8±4 vs 73,1±4, p=ns) και στις 24 ώρες (71,2±4 vs 69,4±4, p=ns, Εικόνα). Ελαφρά υψηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση στο baseline διαπιστώθηκε στην ομάδα PP-Bav (137,2±7 vs 119,9±6, p=0,02) αλλά όχι στις 6 (127,2±7 vs 126,5±6, p=ns) και 24 ώρες (124±7 vs 121,5±6, p=ns). Δεν παρατηρήθηκε κάποιο ανεπιθύμητο σύμβαμα και στις 2 ομάδες.
Συμπεράσματα: Η πρώιμη χορήγηση από του στόματος μετοπρολόλης σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου μετά τη διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής είναι ασφαλής.

AA149 | Συσχέτιση λιπώδους διήθησης και καρδιαγγειακής νόσου**I. Μιξιάκη¹, Φ. Ζαμπετάκης¹**¹ ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Εισαγωγή/ Σκοπός Βασικός προβληματισμός είναι η αναζήτηση και επιλογή των κατάλληλων τεχνικών διάγνωσης της στεφανιαίας νόσου για την πιο έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, ιδιαίτερα σε νέους και ασυμπτωματικούς ασθενείς, κατηγορίες στις οποίες το όφελος είναι σαφώς μεγαλύτερο. Νέοι ισχυροί τροποποιητές παράγοντες κινδύνου όπως το calcium score και το πάχος τοιχώματος του έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων αναγνωρισμένων από τις επιστημονικές κοινότητες. Η παχυσαρκία και η NAFLD δεν αποτελούν γνωστούς τροποποιητές διαστρωμάτωσης κινδύνου. Αν και η παχυσαρκία και η MAFLD-NALFD αποτελούν πια γνωστό παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου, η σύνδεση της με τους νεότερους τροποποιητές διαστρωμάτωσης στεφανιαίας νόσου δεν έχει αποσαφηνιστεί. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς την συσχέτιση της λιπώδους διήθησης-στεατοηπατιτιδας με την καρδιαγγειακή νόσο καθώς και των νεότερων ισχυρών τροποποιητών διαστρωμάτωσης κινδύνου, και η ανεύρεση συσχέτισης της λιπώδους διήθησης με τους νέους ισχυρούς τροποποιητές διαστρωμάτωσης κινδύνου. Πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία για διάφορους λόγους. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από τις ήδη πραγματοποιημένες εξετάσεις η μέτρηση της λιπώδους διήθησης είναι εύκολη και χωρίς επιπλέον επιβάρυνση σκιαγραφικής ουσίας και ακτινοβολίας. Στους ασθενείς αυτούς αν η μέτρηση της λιπώδους διήθησης μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη ανεύρεσης στεφανιαίας νόσου δεν έχει σαφώς τεκμηριωθεί. Οποτε παραθέτουμε τα δεδομένα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο κέντρο μας με σκοπό τη σύγκριση της αξονικής τομογραφίας ως μεθόδου ανεύρεσης λιπώδους διήθησης και των νεότερων ισχυρών τροποποιητών στεφανιαίας νόσου που είναι το Calcium score και το πάχος τοιχώματος του έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων. **Υλικό και μέθοδος.** Αναλύθηκαν δεδομένα από αξονικές τομογραφίες που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια ελέγχου στεφανιαίας νόσου. Σε ασθενείς που είχαν παραπεμφθεί στο κέντρο μας για υλοποίηση αξονικής στεφανιογραφίας, υποβλήθηκαν σε μέτρηση του πάχους τοιχώματος του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων, και σε δεύτερο χρόνο εκτίμηση της λιπώδους διήθησης στην αξονική τομογραφία, από τις λήψεις που είχαν πραγματοποιηθεί για την αξονική στεφανιογραφία. Σε 157 διαδοχικούς ασθενείς, που είχαν παραπεμφθεί στο κέν-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

τρο μας για Αξονική Στεφανιογραφία, την περίοδο από 6/2021 έως τον 11/2021, στα πλαίσια διερεύνησης Στεφανιαίας Νόσου, ως επί τω πλείστον από καρδιολόγους πλησίον γεωγραφικών περιοχών, μετρήθηκε το calcium score σύμφωνα με τη μέθοδο Agatston, σε αξονικό Τομογράφο Siemens Somatom Definition 126x2 τομών, με τη χρήση του λογισμικού SyngoVia της Siemens και στη συνέχεια διενεργήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση B-mode του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων με υπέρηχο Mindray και Aloka a7 και κεφαλές linear 7,5 Mhz, με τη μέθοδο που περιγράφεται από την ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρεία. Γνωρίζοντας τη σημασία της παχυσαρκίας και της NAFLD, MAFLD, λιπώδους διήθησης και τη διασύνδεσή της με την στεφανιαία νόσο, θελήσαμε να δούμε σε ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε αξονική στεφανιογραφία, την εκτίμηση κατά την ίδια εξέταση χωρίς επιπλέον επιβάρυνση της λιπώδους διήθησης και της σχέσης της με την στεφανιαία νόσο στους ίδιους ασθενείς. **Αποτελέσματα / Συμπεράσματα** Ο ΔΜΣ ήταν ιδιαίτερα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της παρουσίας ηπατοστεάτωσης στην αξονική τομογραφία. Η ηπατοστεάτωση συνυπάρχει συχνά σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο. Η ηπατοστεάτωση είναι ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου για την παρουσία υποκλινικής καρδιαγγειακής νόσου. Οι μηχανισμοί που κρύβονται πίσω από αυτό είναι αβέβαιοι, αλλά περιλαμβάνουν αντίσταση στην ινσουλίνη, αλλοίωση του μεταβολισμού των λιπιδίων, φλεγμονή, οξειδωτικό στρες και ενδοθηλιακή και μικροαγγειακή δυσλειτουργία. Η ηπατοστεάτωση είναι ένα συχνό εύρημα, που εμφανίζεται στο 17%-25% των αξονικών τομογραφιών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετήσουμε τη συσχέτιση της λιπώδους διήθησης, όπως αυτή διαγιγνώσκεται στην αξονική τομογραφία, με δύο αποδεδειγμένα ισχυρούς τροποποιητές κινδύνου στεφανιαίας νόσου: το πάχος του τοιχώματος των καρωτίδων (IMT) και την εκτίμηση του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών (CAC). Στην συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε συσχέτιση του ΔΜΣ και της Λιπώδους διήθησης, όπως αυτή διαγιγνώσκεται στην αξονική τομογραφία, καθώς και συσχέτιση μεταξύ του πάχους τοιχώματος των καρωτίδων και του φορτίου ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών, δεν βρέθηκε απολύτως στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της λιπώδους διήθησης και του φορτίου ασβεστίου (0,054), όπως βρέθηκε σε πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (Scot-heart trial), πιθανά λόγω του μικρότερου πληθυσμού. Τροποποιητές κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, όπως το φορτίο ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών, το πάχος τοιχώματος των καρωτίδων και η λιπώδης διήθηση, μπορούν να συμβάλλουν στην ορθότερη εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και να συνδράμουν στην ορθότερη ανεύρεση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών ασθενών. Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ καρδιαγγειακής νόσου και NAFLD υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση και επαρκή θεραπεία των υπολοίπων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου σε αυτόν τον πληθυσμό. Από αυτή την άποψη, οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν ότι όλοι οι ασθενείς με NAFLD θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά για την παρουσία περαιτέρω καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου όπως υπερβαλλόν βαροπαχυσαρκία, ΣΔ2, δυσλιπιδαιμία και υπέρταση. Η αθηροσκληρωτική διαδικασία είναι μια συστηματική εξελικτική νόσος που προσβάλλει σε πολλά σημεία ταυτόχρονα το αγγειακό δίκτυο. Στην παρούσα μελέτη έγινε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη-μέτρησης του πάχους του έσω τοιχώματος των καρωτίδων και συγκρίθηκε με την εκτίμηση του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών (CAC). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής και της Αμερικανικής καρδιολογικής εταιρείας, έχουν ενταχθεί η μέτρηση του πάχους του έσω μέσου χιτώνα των καρωτίδων καθώς και του σκορ ασβεστίου σαν εργαλεία διαστρωμάτωσης καρδιαγγειακού κινδύνου. Όπως είναι αποδεκτό η παρουσία αθηρωματικών πλακών στις καρωτίδες συσχετίζεται με αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Σύμφωνα με την προσέγγιση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

βαθμολόγησης Framingham, ο μέσος όρος των αντίστοιχων καρδιαγγειακών κινδύνων σε άτομα με και χωρίς NAFLD υπολογίστηκε σε 16,0% και 12,7% στους άνδρες και 6,7% και 4,6% στις γυναίκες, αντίστοιχα. Παρά τη επικινδυνότητα του, το NASH δεν αναγνωρίζεται στην κλινική πράξη. Απαιτείται έγκαιρη αναγνώριση και στοχευμένη θεραπεία ασθενών με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα για τη βελτίωση της πρόγνωσης, συμπεριλαμβανομένης της καθοδήγησης των ασθενών προς εντατική τροποποίηση του τρόπου ζωής, την προώθηση της απώλειας βάρους και παραπομπή για βariatρική χειρουργική, όταν ενδείκνυται για τη διαχείριση της παχυσαρκίας και επιπλέον ρύθμιση των υπολοίπων μεταβολικών παραγόντων, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών με NAFLD επηρεάζεται από τα πρώιμα στάδια της και συχνά χαρακτηρίζεται από πρόσθετους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Η ταυτοποίηση αυτών των ασθενών δίνει την δυνατότητα ανίχνευσης ατόμων με υψηλό καρδιομεταβολικό κίνδυνο, τα οποία είναι υποψήφια για θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν συναμα στην πρόληψη της προοδευτικής NAFLD καθώς και της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου (CVD).

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

AA150 | Οξεία Στεφανιαία Σύνδρομα. Άτυπη συμπτωματολογία και καθυστέρηση στη διάγνωση
**Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Σ. Κουκιάς¹, Ε. Παπαοικονόμου¹,
Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Φουκαράκης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα που οδηγούν σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ενέχουν μεγάλη θνητότητα παγκοσμίως. Η κλινική εικόνα με την οποία παρουσιάζονται δεν είναι πάντοτε τυπική - οπισθοστερνικό άλγος, συσφιγκτικού χαρακτήρα, που εκλύεται στην κόπωση και υφίεται στην ηρεμία ή τη λήψη νιτρωδών. Η ύπαρξη άτυπης κλινικής εικόνας, που έως τώρα φαίνεται να είναι συχνότερη στο γυναικείο φύλο, καθυστερεί τη διάγνωση της οξείας μυοκαρδιακής ισχαιμίας και κατά συνέπεια το χρόνο έγκαιρης αντιμετώπισης της, αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά θνητότητας. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την κλινική περίπτωση ασθενούς 60 ετών, που προσήλθε στο Τμήμα επειγόντων περιστατικών του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου αιτιώμενος διαλείπον, νυγμώδες άλγος στο δεξί ημιθωράκιο από διημέρου, με αντανάκλαση στο δεξί άνω άκρο. Το άλγος δεν είχε σαφή εκλυτικό παράγοντα και δεν σχετιζόταν με την κόπωση ή με τις κινήσεις του σώματος. Αναφέρεται ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, πλην του ενεργού καπνίσματος. Στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, εικόνα ΗΚΓ με φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Από την ολοκλήρωση των εργαστηριακών εξετάσεων αναδείχθηκαν αυξημένες τιμές μυοκαρδιακών ενζύμων. Ο ασθενής έλαβε διπλή αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή και μεταφέρθηκε στο κοντινότερο Αιμοδυναμικό εργαστήριο εντός 24 ωρών. Η στεφανιογραφία ανέδειξε νόσο τριών αγγείων κι έγινε σύσταση για Καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Εν προκειμένω, η διαπίστωση κλινικών ενδείξεων που να συνηγορούν υπέρ ύπαρξης οξείας ισχαιμίας σε ασθενείς με άτυπη κλινική εικόνα είναι απαραίτητη για πιο άμεση αντιμετώπιση και μείωση της θνητότητας. Απαιτείται επαγρύπνηση όλων των ιατρικών ειδικοτήτων που έρχονται σε επαφή με αντίστοιχα κλινικά περιστατικά, ώστε να μη διαλάθει η διάγνωση τους.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA151 | Εμβολή στεφανιαίου αγγείου: Ασυνήθης αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου****Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Σ. Σταυράτης¹,
Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Φουκαράκης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η παρουσία εμβολής στα στεφανιαία αγγεία αποτελεί το 3% των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Η διάγνωση δεν μπορεί να γίνει αποκλειστικά από την κλινική εικόνα του ασθενούς και η υποψία τίθεται κατά τον στεφανιογραφικό έλεγχο όταν απεικονίζονται στεφανιαία αγγεία χωρίς αθηρωματικές αλλοιώσεις ή όταν πρόκειται για υποτροπιάζοντα επεισόδια θρόμβωσης. Στην παρούσα εργασία αναφέρουμε την κλινική περίπτωση ασθενούς 42 ετών, η οποία προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενης επιγαστραλγίας κι εμέτων από 6 ωρών. Στο ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς σημειώνεται ενεργό κάπνισμα, συγγενής μονόνεφρος και νοσηλεία προ τεσσάρων ετών για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο κατά τη διερεύνηση του οποίου η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε αθηροσκληρωτικές βλάβες παρά μόνο μυοκαρδιακή γέφυρα στο δεύτερο τριτημόριο του προσθίου κατιόντα κλάδου, ενώ ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν θετικός για ετεροζυγωτία στον παράγοντα FV Leiden. Κατά τη λήψη αναλυτικού ιατρικού ιστορικού η ασθενής αποκάλυψε πλημμελή συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Κατά την προέλευση στο ΤΕΠ η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη με εμμένουσα επιγαστραλγία. Στο ΗΚΓ εικόνα φλεβοκομβικού ρυθμού με ανασπάσεις ST διαστήματος στις απαγωγές του κατωτέρου και οπισθίου τοιχώματος (II,III, aVF,V8,V9). Η ασθενής έλαβε διπλή αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή σε δόση φόρτισης και μεταφέρθηκε στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αθηρωματικές αλλοιώσεις και ολική απόφραξη στην περιφέρεια του οπισθοπλαγίου κλάδου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Λόγω της θέσης της βλάβης δεν επιχειρήθηκε επαναιμάτωση. Διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος απέκλεισε το ενδεχόμενο για παράδοση ημβολή. Αποκλείστηκαν επίσης η πνευμονική ημβολή και η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, οπότε το επεισόδιο αποδόθηκε στη θρομβοφιλική διάθεση λόγω ετεροζυγωτίας για τον παράγοντα V Leiden. Η νοσηλεία της ασθενούς συνεχίστηκε με μονή αντιπηκτική και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές κι έλαβε εξιτήριο έπειτα από πέντε ημέρες. Σε επανεξέτασή της μετά από ένα μήνα πραγματοποιήθηκε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου χωρίς ενδείξεις ισχαιμίας. Η παρουσία ημβολής στα στεφανιαία αγγεία αποτελεί μικρό αλλά υπαρκτό ποσοστό στην κατηγορία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και δεν θα πρέπει να διαφεύγει της διαφοροδιάγνωσης του κλινικού Ιατρού. Η διαχείριση του περιστατικού προς εύρεση της υποκείμενης αιτίας στην οποία οφείλεται η παρουσία του ημβόλου είναι απαραίτητη και η αντιμετώπιση με από του στόματος αντιπηκτική αγωγή καθοριστική για την ασφαλή έκβαση του περιστατικού.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023**AA198 | Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο-μελέτη 70 ασθενών****Κ. Χατζικά¹, Δ. Παλητζήκα¹, Κ. Μίλλκας¹, Α. Μαγλαρά¹, Ι. Ζαρίφης¹**¹ Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/σκοπός: Το 23,86 % των θανάτων στη χώρα μας το 2020, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, οφείλονταν σε καρδιακά νοσήματα, αποτελώντας την πρώτη αιτία θανάτου. Παρά το οξύ σύμβαμα, οι ασθενείς αυτοί διαδράμουν μια μακρά και πολλές φορές «σιωπηρή» πορεία που έχει την απαρχή της στην αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων. Η δημιουργία αθηρωματικών πλακών είναι πολυπαραγοντική, με μια σειρά τροποποιήσιμων και μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου που προάγουν τη διαδικασία. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διαπιστώσει την επίπτωση κοινών τροποποιήσιμων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. **Υλικό και μέθοδος:** Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 70 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Καρδιολογικό Τμήμα του ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» κατά τη χρονική περίοδο 11ος 2022-5ος 2023 με STEMI και non STEMI/ασταθή στηθάγχη. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν δημογραφικά και σωματομετρικά δεδομένα, όπως επίσης η ύπαρξη κοινών τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία και η παχυσαρκία. **Αποτελέσματα:** Το δείγμα αποτελούνταν στην πλειονότητα (68,57 %) από άνδρες, προερχόμενους από το νομό Θεσσαλονίκης (57,14 %) και τους όμορους νομούς της Μακεδονίας και Θράκης, ηλικίας 60,7±11,8 ετών, με διάρκεια νοσηλείας 4,9±2,9 μέρες. Το 82,85 % είχαν κατά την επέλευση του επεισοδίου αρτηριακή υπέρταση, σε κάποιες περιπτώσεις αδιάγνωστη και χωρίς αγωγή ή με πλημμελή συμμόρφωση σε αυτή, ενώ το 24,28 % είχαν σακχαρώδη διαβήτη υπό αγωγή. Μόνο το 15,71 % δεν είχε κάνει χρήση καπνού ποτέ, ενώ η συντριπτική πλειονότητα ήταν ενεργοί ή παλαιοί καπνιστές. Το 81,42 % των ασθενών είχαν είτε γνωστή υπερλιπιδαιμία υπό αγωγή είτε πρωτοδιαγνωσθείσα διαταραχή, ενώ ο δείκτης μάζας σώματός τους ήταν 28,38±3,70 kg/m², με 18 ασθενείς να είναι σαφώς παχύσαρκοι, με BMI άνω του 30. **Συμπεράσματα:** Αναδείχθηκε η αυξημένη επίπτωση των κοινών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, γεγονός που επιβάλλει την επιθετική τροποποίησή τους. Για την ανάσχεση περαιτέρω βλάβης και τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, είναι επιβεβλημένη η άμεση διακοπή του καπνίσματος, η διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους, η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερλιπιδαιμία, ταυτόχρονα με υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής και σωματικής άσκησης.

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΣΑΒΒΑΤΟ
14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**E-POSTERS
SATURDAY,
OCTOBER 14th 2023**

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II

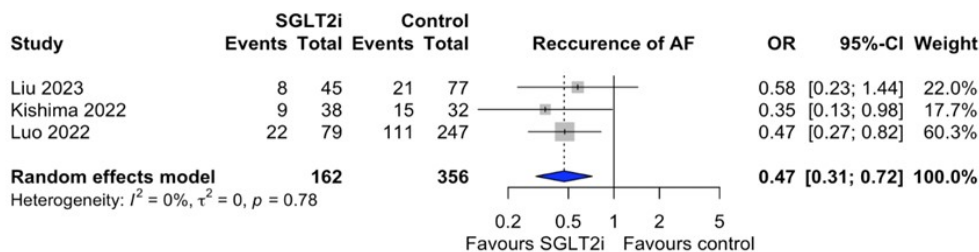
Επεμβατική καρδιολογία II

Μυοκαρδιοπάθειες, περικ. νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες II

Παρουσίαση Περιστατικού II

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II**Πρόεδροι: **A. Δικόφτης** (Γιαννιτσά), **H. Μαυράκης** (Ηράκλειο)**AA152 | Η επίδραση των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου γλυκόζης 2 στην διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού σε διαβητικούς ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής**
Π. Σταχτέας¹, Π. Καρακάσης¹, Ε. Καραγιαννίδης¹, Α. Νασουφίδου¹, Δ. Πατουλιάς¹, Σ. Αλεξίου¹, Γ. Ζορμπάς¹, Α. Σαμαράς¹, Γ. Κασσίμης¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Ν. Φραγκάκης¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη αρρυθμία στον ενήλικο πληθυσμό. Οι αναστολές του συμμεταφορέα γλυκόζης νατρίου 2 (SGLT2i) ενδέχεται να διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στη μείωση των υποτροπών της ΚΜ, ωστόσο, μέχρι στιγμής, τα στοιχεία από μελέτες βασικής και κλινικής έρευνας είναι αντικρουόμενα. Ο σκοπός της συγκεκριμένης μετα-ανάλυσης είναι να διερευνήσει την επίδραση των SGLT2i στην υποτροπή ΚΜ σε ασθενείς με ιστορικό παροξυσμικής ή εμμένουσας ΚΜ. **Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus μέχρι και τις 30 Ιουνίου 2023 αναζητώντας μελέτες που αφορούσαν στην επίδραση των SGLT2i στη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού σε ασθενείς με ιστορικό ΚΜ. Τόσο μελέτες παρατήρησης, όσο και τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές συμπεριλήφθηκαν, χωρίς γλωσσικό περιορισμό, ενώ αποκλείστηκαν οι ανασκοπήσεις, τα άρθρα σύνταξης, τα άρθρα γνώμης, οι παρουσιάσεις περιστατικών και τα ερευνητικά πρωτόκολλα. Το μοντέλο τυχαίων επιδράσεων χρησιμοποιήθηκε, ώστε να εξετάσει τις διαφορές στην επανεμφάνιση επεισοδίων ΚΜ στους ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2i συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού R (v. 4.2). **Αποτελέσματα:** Από τις αρχικά 280 σχετικές αναφορές, 20 επιλέχθηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση και τελικά 3 μελέτες κρίθηκε ότι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Συνολικά 518 ασθενείς αναλύθηκαν. Σε όλες τις περιπτώσεις οι ασθενείς είχαν διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ2) υπό αντιδιαβητική αγωγή και είχαν υποβληθεί σε επέμβαση κατάλυσης ΚΜ. Οι ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2i παρου-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

σίασαν σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα για υποτροπή ΚΜ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου που ελάμβανε άλλη κατηγορία αντιδιαβητικής θεραπείας (OR=0.47; 95% CI = [0.31-0.72]; I2=0%, Εικόνα 1). Λόγω του περιορισμένου αριθμού μελετών δεν υπήρχε η δυνατότητα ανάλυσης υποομάδων ή ανάλυσης ευαισθησίας. **Συμπεράσματα:** Μετά από επέμβαση κατάλυσης, η πιθανότητα υποτροπής της ΚΜ ήταν κατά 53% μικρότερη στους ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2i συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για να επιβεβαιωθεί το αντιαρρυθμικό όφελος των SGLT2i και να διαπιστωθεί εάν διατηρείται και σε ασθενείς χωρίς ΣΔ2.

AA153 | Η ΕΜΠΕΙΡΑ ΜΑΣ ΣΤΟ ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» ΣΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ (CIED)

Β. Αποστολάκη¹, Α. Πασχαλής¹, Π. Τόλιος¹, Α. Τρικας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμφύτευση ηλεκτροδίων στις δεξιές κοιλότητες αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με βραδυαρρυθμία ή διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής (εμφύτευση βηματοδότη), δευτερογενούς πρόληψης σε έδαφος κοιλιακών αρρυθμιών (απινιδωτής), πρωτογενούς πρόληψης επί εδάφους συγκεκριμένων μυοκαρδιοπαθειών ή διαυλοπαθειών, καθώς επίσης και με τη μορφή καρδιακού επανασυγχρονισμού σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (αμφικοιλιακή απινιδιστής) **ΣΚΟΠΟΣ:** Ακολουθώντας αποτυπώνεται η εμπειρία το καρδιολογικό τμήματος του νοσοκομείου μας στις εμφυτεύσεις CIED. **ΜΕΘΟΔΟΣ** Στο καρδιολογικό τμήμα του ΓΝΑ «Η Ελπίς» πραγματοποιήθηκαν από το 2017 έως και σήμερα συνολικά 437 εμφυτεύσεις μόνιμων συσκευών εκ των οποίων 387 μόνιμοι βηματοδότες, 20 απινιδωτές, 10 αμφικοιλιακοί απινιδιστές και 19 αντικαταστάσεις γεννήτριας. Οι βασικές ενδείξεις εμφύτευσης βηματοδότη ήταν: νόσος φλεβοκόμβου, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής (2:1, πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός) ή βραδεία κολπική μαρμαρυγή, ενώ απινιδωτές εμφυτεύτηκαν είτε στο πλαίσιο δευτερογενούς πρόληψης είτε κατόπιν πρόκλησης κοιλιακής ταχυκαρδίας (VT) σε ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο (ΗΦΕ) που διενεργήθηκε στο εργαστήριο μας (13 ΗΦΕ θετικής πρόκλησης την τελευταία 2ετία λειτουργίας). Αμφικοιλιακοί απινιδιστές εμφυτεύτηκαν κυρίως σε ασθενείς με ισχαιμική ΚΑ επιπλέον της βέλτιστης βάσει οδηγιών και ανεκτής από τον ασθενή αγωγής. Το 90% όλων των επεμβάσεων εμφύτευσης ηλεκτροδίων έγινε με αριστερή διαμασχαλιαία προσπέλαση, υπό τοπική αναισθησία, ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων χορηγήτο και ήπια καταστολή με στάγδην αραιό διάλυμα μιδαζολάμης («μέθη») κατόπιν επιθυμίας και των ίδιων των ασθενών. Η μέση ηλικία εμφύτευσης βηματοδότη ήταν τα 79,5 έτη, απινιδωτή τα 66,4 έτη και αμφικοιλιακού συστήματος τα 66,6 έτη. Η όλη διαδικασία είχε μέση διάρκεια 1,5 ώρα, ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις απαιτήθηκε επιπλέον χρόνος είτε λόγω ανατομικής παραλλαγής και άρα τροποποίησης προσπέλασης είτε για τεχνικούς λόγους. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από το σύνολο των 437 συσκευών η πλειονότητα των ασθενών είχε ομαλή μετεπεμβατική πορεία. Με εξαίρεση το άλγος στην περιοχή εμφύτευσης παροδικά μετεπεμβατικά, τοπικές επιπλοκές όπως μικρά αιματώματα (<5cm) εμφανίζονταν συχνότερα σε ασθενείς με χρόνια λήψη αντιθρομβωτικού φαρμάκου, ενώ 2 περιστατικά εμφάνι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

σαν αιμάτωμα >cm στους οποίους εδόθησαν οδηγίες περιορισμού κινήσεων άκρου και ενδελεχούς τοπικής απολύμανσης, χωρίς εν τέλει να απαιτηθεί παροχέτευση αιματώματος ή να συμβεί επιμόλυνση. Ένα περιστατικό εμφάνισε σε έδαφος πιθανής ρήξης ελεύθερου τοιχώματος σαθρού δεξιού κόλπου κατά το βίδωμα κολπικού ηλεκτροδίου, περικαρδιακή συλλογή και αιμοδυναμική αστάθεια και απαιτήθηκε περικαρδιοκέντηση και καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση, ενώ δύο περιστατικά στο δεύτερο 24ωρο μετεπεμβατικά εμφάνισαν αντιδραστική περικαρδίτιδα., που αντιμετωπίστηκε βάσει των οδηγιών. Από τους μόλις 19 αμφικολιακούς απινιδιστές δεν προέκυψε μετεπεμβατικά επιπλοκή που να σχετίζεται με την εμφύτευση και οι ασθενείς πλην ενός που απεβίωσε από ανεπάρκεια αντλίας, συνεχίζουν την παρακολούθηση τους στο ιατρείο καρδιακής ανεπάρκειας. Τέλος, τονίζεται ότι η εφαρμογή διαμασχαλιαίας προσπέλασης με σκιαγράφιση της μασχαλιαίας φλέβας και ακτινοσκόπηση αυτής προεπεμβατικά με παρέχει πολλά πλεονεκτήματα: διευκόλυνση παρακέντησης, χαμηλότερα ποσοστά αιματώματος, μικρότερη επίπτωση προστριβής ηλεκτροδίου και κάκωσης αυτού υπό την κλείδα. Εξάλλου, η αγγειακή προσπέλαση μέσω της μασχαλιαίας φλέβας (ή εναλλακτικά μέσω της κεφαλικής φλέβας) αντί της υποκλειδίου για τις εμφυτεύσεις CIED, αποτελεί και την πρώτη ενδεδειγμένη μέθοδο που συστήνεται βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών του 2021 για τις αρχές βηματοδότησης (“Cardiac pacing and CRT 2021 ESC guidelines”). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η εμπειρία του κέντρου μας στην εμφύτευση βηματοδοτικών και απινιδωτικών συσκευών όσο και αμφικολιακού συστήματος με διαμασχαλιαία προσπέλαση είναι ενθαρρυντική με αποδεκτή ασφάλεια και χωρίς υπέρβαση του απαιτούμενου χρόνου έκθεσης πεδίου σε σύγκριση με την κλασική προσέγγιση διά της υποκλειδίου φλέβας.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA154 | **Επίπτωση της ανίχνευσης κοιλιακών όψιμων δυναμικών στο ηλεκτροκαρδιογράφημα συγκερασμού ασθενών με κολπική μαρμαρυγή δίχως οργανική καρδιοπάθεια**

Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Κ. Γκατζούλης¹, Α. Ξηνταράκου¹, Ν. Βογιατζάκης¹, Π. Αρσενος¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Α. Λαϊνά¹, Ν. Μηλαράς², Δ. Τσιαχρής¹, Π. Δηλαβέρης¹, Π. Ξυδης¹, Χ. Κ. Αντωνίου¹, Α. Κορδαλης¹, Σ. Σιδερέης², Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ανίχνευση κοιλιακών όψιμων δυναμικών (ΟΔ) στο τελικό τμήμα του συμπηφισμένου και φιλτραρισμένου QRS συμπλέγματος αποτελεί έναν καλά μελετημένο δείκτη παρουσίας παθολογικού υποστρώματος για την εμφάνιση επικίνδυνων αρρυθμιών σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια ποικίλης αιτιολογίας. Στη περίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), υφίστανται δεδομένα που υποστηρίζουν μια δυσμενή έκβαση με κάποια αυξημένη επίπτωση αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει τα ΟΔ, ως δείκτη παρουσίας παθολογικού υποστρώματος για ανάπτυξη επικίνδυνων αρρυθμιών, σε ασθενείς με ΚΜ δίχως γνωστή υποκείμενη καρδιοπάθεια. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενείς χωρίς υποκείμενη οργανική καρδιοπάθεια με ΚΜ ή πτερυγισμό εντάχθηκαν στη μελέτη. Η παρουσία οργανικής καρδιοπάθειας αποκλείστηκε με τη βοήθεια υπερηχοκαρδιογραφήματος και δοκιμασιών ελέγχου ισχαιμίας. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα συγκερασμού και εκτιμήθηκε η παρουσία ΟΔ. Οι ασθενείς με ΚΜ συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από υγιή άτομα. Θετικό ΗΚΓ για ανίχνευση ΟΔ θεωρήθηκαν εκείνα που πληρούσαν 2 από τα 3 κλασσικά κριτήρια ενώ στη περίπτωση διευρυσμένου QRS χρησιμοποιήθηκαν τα τροποποιημένα κριτήρια. **Αποτελέσματα:** Η συχνότητα εμφάνισης ανιχνεύσιμων ΟΔ μελετήθηκε σε σύνολο 158 ασθενών (53,7 % άνδρες) με ιστορικό ΚΜ δίχως εμφανή καρδιοπάθεια. Η διάμεση τιμή της ηλικίας των ασθενών ήταν τα 66 έτη, με ακραίες τιμές τα 15 και 89 έτη. Σε ποσοστό 87% οι ασθενείς εκτιμήθηκαν για παροξυσμικά επεισόδια ΚΜ/πτερυγισμού. Παρουσία θετικών ΟΔ καταγράφηκε σε 72 (45,2%) ασθενείς συγκριτικά με 5 (11,1%) - ($\chi^2=17,1$, $p<0,001$) υγιείς ενήλικες εκ των 45 που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου με παρόμοια χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο) με τους ασθενείς της μελέτης ($p<0,001$). Μεταξύ των ασθενών με ΚΜ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της ανίχνευσης ΟΔ με το φύλο ή την ηλικία. Αν και η πλειοψηφία των ασθενών υπό αγωγή με φλεκαϊνίδη πληρούσε τουλάχιστον 2 θετικά κριτήρια για ανίχνευση ΟΔ (60,6%) και αυτή ήταν η ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά ΟΔ, δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ αντιαρρυθμικής φαρμακευτικής αγωγής και παρουσίας ΟΔ ($p=0,379$). **Συμπέρασμα:** Στους ασθενείς με ιστορικό ΚΜ παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επίπτωση ανιχνεύσιμων ΟΔ σε σχέση με τα προσαρμοσμένα βάσει ηλικίας και φύλου υγιή άτομα. Η παρατήρηση αυτή πιθανό να είναι ενδεικτική ύπαρξης παθολογικού υποστρώματος σε περιοχές τόσο του κοιλιακού όσο και του κολπικού μυοκαρδίου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA155 | **Πρόγνωση παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής βασισμένη σε εργοσπιρομετρικές παραμέτρους, νεότερους υπερηχοκαρδιογραφικούς και βιοχημικούς δείκτες: η μελέτη PLACEBO**

A. Μπούλμπου¹, X. Παπαδόπουλος¹, Γ. Ζορμπάς², Θ. Μωυσιάδης³, E. Παγκουρέλιας¹, Σ. Βεργόπουλος¹, Δ. Κοτζαδάμης¹, M. Πετρίδου¹, M. Τουμπουρλέκα¹, X. Τσαβούσογλου¹, Γ. Γιαννακούλας⁴, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ Department of Computer Science, School of Sciences and Engineering, University of Nicosia, Cyprus

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) συνιστά καρδιακή αρρυθμία με ολόένα αυξανόμενο επιπολασμό και υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Απαντώνται διάφορα είδη ΚΜ, τα οποία συνοδεύονται από παρόμοιο κίνδυνο για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στη διάγνωση και την παρακολούθηση καρδιαγγειακών, αναπνευστικών και μυοσκελετικών νοσημάτων, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε σειρά ετερογενών μελετών για την αξιολόγηση ασθενών με ΚΜ. Έχει αναφερθεί ότι οι ασθενείς με ΚΜ παρουσιάζουν χαμηλότερη αντοχή στην άσκηση, ενώ η καλή φυσική κατάσταση συνδέθηκε με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης ΚΜ. Αντιθέτως, σε μελέτες παρατήρησης έχει υπογραμμιστεί αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ΚΜ στα πλαίσια έντονης φυσικής άσκησης. Οι περισσότερες υπάρχουσες μελέτες αφορούν τη μόνιμη ΚΜ, ενώ καμία ως τώρα δεν εστιάζει στην πρόβλεψη των παροξυσμών της ΚΜ με τη χρήση των μετρούμενων μεταβλητών κατά τη διάρκεια της CPET. **Μέθοδοι:** Η μελέτη με τίτλο «Πρόγνωση παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής βασισμένη σε εργοσπιρομετρικές παραμέτρους, νεότερους υπερηχοκαρδιογραφικούς και βιοχημικούς δείκτες - thePLACEBO trial» (ClinicalTrials.gov identifier: NCT05246423), συνιστά μονοκεντρική, προοπτική μελέτη παρατήρησης όπου εντάσσονται ενήλικες ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ (ΠΚΜ). Η μελέτη στοχεύει στην ανάπτυξη προγνωστικού μοντέλου μελλοντικών παροξυσμών ΚΜ με τη χρήση παραμέτρων της CPET, καθώς και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών και βιοδεικτών. **Αποτελέσματα:** Στη μελέτη PLACEBO συμμετείχαν 65 ασθενείς με ΠΚΜ. Τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού παρουσιάζονται στον Πίνακα. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι 59,6 έτη, ενώ το 50,8% ανήκει στο θήλυ φύλο και εμφανίζει συννοσηρότητες, όπως αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Η πλειοψηφία των ασθενών ασκούνται τουλάχιστον περιστασιακά, ενώ τα 2/3 παρουσιάζουν καπνιστική συνήθεια, είτε ως ενεργοί είτε ως πρώην καπνιστές. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της ΚΜ, το 44,6% των ασθενών έχουν εμφανίσει στο παρελθόν 1 επεισόδιο, το 30,7% 2 επεισόδια, το 9,2% 3 επεισόδια και οι λοιποί πάνω από 3 επεισόδια ΚΜ. Το 76% των ασθενών εμφάνισαν επεισόδιο ΚΜ εντός του τελευταίου εξαμήνου πριν της ένατης, ενώ το 40% εντός του τελευταίου μήνα. Τέλος, η πλειοψηφία των ασθενών είναι συμπτωματικοί κατά τη διάρκεια των επεισοδίων. **Συμπεράσματα:** Η μελέτη PLACEBO αναμένεται να υπογραμμίσει το ρόλο της CPET στη διάγνωση και την πρόγνωση της ΠΚΜ. Η ανάπτυξη προγνωστικού μοντέλου με συνδυασμό δεικτών της CPET καθώς και βιοχημικών και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών, είναι πιθανόν να προσθέσει ακόμη ένα σημαντικό εργαλείο στη φαρέτρα της αποτελεσματικότερης διαχείρισης αυτής της ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Μεταβλητή	Ασθενείς με ΠΚΜ (n=65)	Μεταβλητή	Ασθενείς με ΠΚΜ (n=65)
Ηλικία (έτη)	59,6 (12,02)	Χαρακτηριστικά ΠΚΜ	
Θήλυ φύλο (%)	50,8	Σύνολο επεισοδίων (n, %)	
BMI	27,9 (4,37)	1 (n, %)	29 (44,6)
Ενεργοί καπνιστές (n, %)	20 (30,8)	2 (n, %)	20 (30,8)
Πρώην καπνιστές (n, %)	20 (30,8)	3 (n, %)	6 (9,2)
Σακχαρώδης διαβήτης (n, %)	6 (9,2)	>3 (n, %)	10 (15,4)
Αρτηριακή υπέρταση (n, %)	30 (46,2)	Επεισόδιο ΠΚΜ τον τελευταίο μήνα (n)	
Δυσλιπιδαιμία (n, %)	33 (50,8)	Ναι (n, %)	26 (40,0)
Κατανάλωση αλκοόλ (n, %)	34 (52,3)	Όχι (n, %)	39 (60,0)
<1/ημέρα (n, %)	27 (41,5)	Επεισόδιο ΠΚΜ το τελευταίο εξάμηνο (n)	
1/ημέρα (n, %)	7 (10,8)	Ναι (n, %)	50 (77,0)
Άσκηση (n, %)	48 (73,8)	Όχι (n, %)	15 (23,1)
Περιστασιακά (n, %)	26 (40,0)	Συμπτώματα (n)	
Τακτικά (n, %)	20 (30,8)	Ναι (n, %)	60 (92,3)
Εντατικά (n, %)	2 (3,1)	Όχι (n, %)	5 (7,7)
Καρδιακή ανεπάρκεια (n, %)	1 (1,5)		
Στεφανιαία νόσος (n, %)	3 (4,6)		
Βαλβιδική νόσος (n, %)	3 (4,6)		
Θυρεοειδική νόσος (n, %)	14 (21,5)		
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (n, %)	2 (3,1)		
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (n, %)	2 (3,1)		
Σύνδρομο απονοιών ύπνου (n, %)	7 (10,8)		

AA156 | **Συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με την κλινική έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή**
A. Μούρα¹, E. Μπαλιάφα¹, X. Αλεξανδρόπουλος¹, A. Παπάζογλου¹, A. Κάρτας¹, A. Σαμαράς², X. Σολοβού¹, Δ. Κοντοπούργου¹, M. Ιωάννου¹, Δ. Μωυσίδης¹, A. Μπεκριαρίδου¹, A. Τζίκας³, A. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

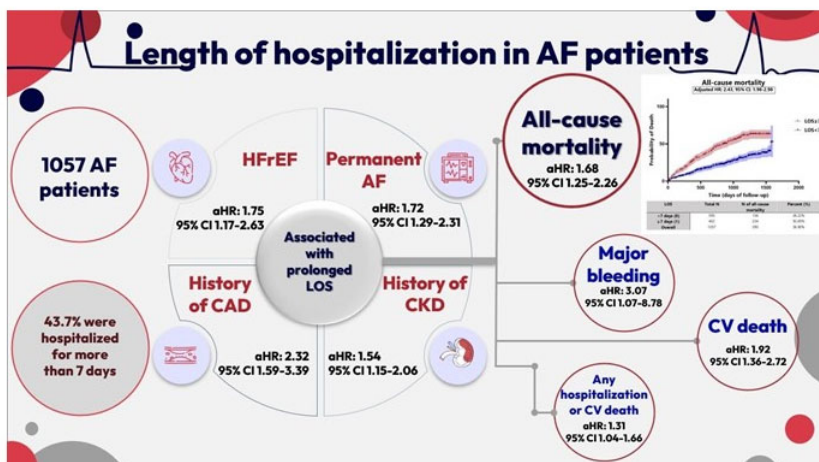
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ-ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Εισαγωγή / Σκοπός Η ύπαρξη δεδομένων που προβλέπουν τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι πενιχρή. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων παρατεταμένης νοσηλείας καθώς και της προγνωστικής αξίας αυτής. **Υλικό και μέθοδος** Σε αυτή την αναδρομική μελέτη παρατήρησης της τυχαιοποιημένης μελέτης MISOAC-AF πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης για τον εντοπισμό κλινικών παραμέτρων που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία (η οποία ορίστηκε ως άνω των 7 ημερών σύμφωνα με τις αναλύσεις διαγνωστικής ακρίβειας). Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις Kaplan-Meier και παλινδρόμησης Cox για τη δημιουργία καμπυλών επιβίωσης και προσαρμοσμένων λόγων κινδύνου (aHR) με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (CI) για το πρωτεύον καταληκτικό σημείο της συνολικής θνησιμότητας, καθώς και για δευτερεύοντα κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 3,7 ετών. **Αποτελέσματα** Από τους 1057 ασθενείς που μελετήθηκαν βρέθηκε ότι η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν οι 6 ημέρες και 462 από αυτούς (43,7%) χρειάστηκε να νοσηλευτούν για περισσότερες από 7 ημέρες. Η καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (aHR: 1,75, 95% CI: 1,17-2,63), η μόνη KM (aHR: 1,72, 95% CI: 1,29-2,31), το ιστορικό στεφανιαίας νόσου (aHR: 2,32, 95% CI: 1,59-3,39) και η προχωρημένη ή τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος (aHR: 1,54, 95% CI: 1,15-2,06) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με παρατεταμένη νοσηλεία. Η παρατεταμένη νοσηλεία συνδέθηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο συνολικής θνησιμότητας (aHR: 1,68, 95% CI: 1,25-2,26), καρδιαγγειακής θνησιμότητας (aHR: 1,92, 95% CI: 1,36-2,72), μείζονος αιμορραγίας (aHR: 3,07, 95% CI: 1,07-8,78) και της σύνθετης έκβασης καρδιαγγειακού θανάτου ή επανανοσηλείας (aHR: 1,31, 95% CI: 1,04-1,66). Κάθε επιπλέον ημέρα νοσηλείας αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα υψηλότερων ποσοστών θνησιμότητας (aHR=1,03, 95% CI: 1,02-1,04) **Συμπεράσματα** Οι ασθενείς με ΚΜ και σημαντικές συννοσηρότητες είναι πιθανότερο να χρειαστούν παρατεταμένη νοσηλεία. Συγκεκριμένα κάθε επιπλέον ημέρα νοσηλείας αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας κατά 3%. Οι ασθενείς με ≥ 7 ημέρες νοσηλείας φαίνεται να έχουν κατά 70% αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με εκείνους με < 7 ημέρες. Μια ολιστική προσέγγιση κρίνεται αναγκαία για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας ασθενών με ΚΜ.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA157 | **Επίδραση της θεραπείας καρδιακού επανασυγχρονισμού στην εμφάνιση κοιλιακών αρρυθμιών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια**
**A. Σαπλαούρας¹, Π. Μιληλής¹, Ο. Καρίκη¹, Σ. Δράγασης¹, Η. Πατσιώτης¹,
A. Χατζηαντωνίου¹, Δ. Αλεξίου¹, Ι. Παναγιωτόπουλος², A. Μαρτίνος¹,
B. Χειλάς¹, N. Φραγκάκης³, K. Λέτσας¹, M. Εφραιμίδης¹**

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το αυξημένο φορτίο κοιλιακών αρρυθμιών έχει συσχετιστεί με αυξημένη θνητότητα μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση της ανταπόκρισης στη θεραπεία επανασυγχρονισμού με το φορτίο των κοιλιακών αρρυθμιών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής ή μη αιτιολογίας. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής ή μη ισχαιμικής αιτιολογίας και αποκλεισμό αριστερού σκέλους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού παρακολούθηθηκαν για διάστημα 6 μηνών. Διακρίθηκαν σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την ανταπόκριση ή μη στη θεραπεία (αύξηση του κλάσματος εξώθησης $\geq 10\%$ ή μείωση του τελοσυστολικού όγκου $\geq 15\%$ ή βελτίωση της κατάταξης κατά NYHA). Οι ομάδες συγκρίθηκαν ως προς το φορτίο των κοιλιακών αρρυθμιών. **Αποτελέσματα:** Η μελέτη συμπεριέλαβε 82 ασθενείς [46 ασθενείς με ανταπόκριση (responders) και 36 ασθενείς χωρίς ανταπόκριση (non-responders) στη θεραπεία επανασυγχρονισμού]. Οι δυο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Ασθενείς με μη ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια ήταν περισσότερο πιθανό να ανταποκριθούν στην θεραπεία (74% έναντι 19.6%, $p < 0.01$). Κατά την 6μηνη παρακολούθηση, κοιλιακές αρρυθμίες (μη εμμένουσα/εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία/κοιλιακή μαρμαρυγή) καταγράφηκαν σε 9 ασθενείς της ομάδας των responders (19.6%) έναντι 20 (55.6%) στην ομάδα των non-responders ($p < 0.001$). **Συμπέρασμα:** Η ανταπόκριση στη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με μείωση των κοιλιακών αρρυθμιών κατά το διάστημα παρακολούθησης.

AA158 | **Πρωτοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας**
**E. Στεργιανός¹, A. M. Δασκαλοπούλου², Σ. Δαφνης¹, M. Μπεχλιβάνη¹,
K. Πλατανιάς¹, A. Πικάση¹, K. Τόλη¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής Σχολής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρουσία μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής (KM) σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας (KA) είναι γνωστό ότι αυξάνει τη θνητότητα των

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

εν λόγω ασθενών, ωστόσο η προγνωστική αξία της νεοδιαγνωσθείσας ΚΜ στο συγκεκριμένο πληθυσμό παραμένει ασαφής. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση του τρόπου που η παρουσία διαφόρων τύπων ΚΜ (μόνιμη ή νεοδιαγνωσθείσα) επηρεάζει την ενδονοσοκομειακή θνητότητα ασθενών που εισάγονται λόγω απορρύθμισης ΚΑ. **ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη, που συμπεριέλαβε 107 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας σε διάστημα 6 μηνών (Ιανουάριος 2022 - Ιούνιος 2022). Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε 3 υποομάδες, ανάλογα με τον τύπο της ΚΜ: μόνιμη ΚΜ (ασθενείς με γνωστό ιστορικό ΚΜ), πρωτοεμφανιζόμενη ΚΜ (απουσία ιστορικού ΚΜ και ΚΜ που διαγνώστηκε κατά τη νοσηλεία) και απουσία ΚΜ (χωρίς ιστορικό ΚΜ και χωρίς να εμφανιστεί ΚΜ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας). Τα κλινικά χαρακτηριστικά και οι θεραπείες που εφαρμόστηκαν υποβλήθηκαν σε σύγκριση μεταξύ των ομάδων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση η πρωτοεμφανιζόμενη ΚΜ, η ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση (>120bpm), η ηλικία, το θηλικό γένος, η παρουσία χαμηλού κλάσματος εξωθήσεως (ΚΕ <50%), η μέτρια-σοβαρή διάταση του αριστερού κόλπου καθώς και η χρήση αντιαρρυθμικών αναγνωρίστηκαν ως προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση η πρωτοεμφανιζόμενη ΚΜ παρέμεινε ανεξάρτητος παράγοντας θνητότητας (OR 1,5, 95% CI:1,1-2, p <0,001). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στους ασθενείς της μελέτης μας, η πρωτοεμφανιζόμενη ΚΜ ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

*OR=Odds Ratio, CI=Confidence Interval, p=p-value

Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά ασθενών

	Χωρίς ΚΜ (N=60)	Μόνιμη ΚΜ (N=36)	Πρωτοεμφανισθείσα ΚΜ (N=11)	P value
Μέση ηλικία	70	73	73	<0,001
Άρρεν φύλο (%)	54	51	52	0,005
ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση(%)	-	27	77	<0,001
ΚΕ <50% (%)	42	43	42	0,012
Μέτρια/Σοβαρή διάταση ΑΡ κόλπου (%)	13	28	17	<0,001
ΑΜΕΑ/ΑΥΑ ³ (%)	65	67	61	0,01
Β-αναστολέας ³ (%)	40	33	36	<0,001
Αντιαρρυθμικά ³ (%)	7	22	32	<0,001
Ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ	1	1	2	<0,001
Θνητότητα (%)	7	7	12	<0,001

ΚΜ=Κολπική Μαρμαρυγή, ΜΕΘ=Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΚΕ=Κλάσμα Εξωθήσεως, ΑΜΕΑ=Ανταγωνιστής Μετατρεπτικού Ενζύμου Αγγιοτενσίνης, ΑΥΑ=Ανταγωνιστής Υποδοχέων Αγγιιοτενσίνης

³Ποσοστό των ασθενών που ελάμβανε κατ' οίκον αγωγή με ΑΜΕΑ/ΑΥΑ, β-αναστολέα ή άλλο αντιαρρυθμικό

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA159 | Άμεση ανάταξη κοιλιακού πτερυγισμού παρακλίνια με τη χρήση οισοφαγικής βηματοδότησης. Παράγοντες που ευνοούν τη χρήση της μεθόδου****I. Βογιατζής¹, E. Σδόγκος¹, A. Σπαχίου¹, A. Γεωργακόπουλος¹,
Π. Θεοδοσίου¹, E. Μαρκίδης¹, Θ. Κωνσταντίνου¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

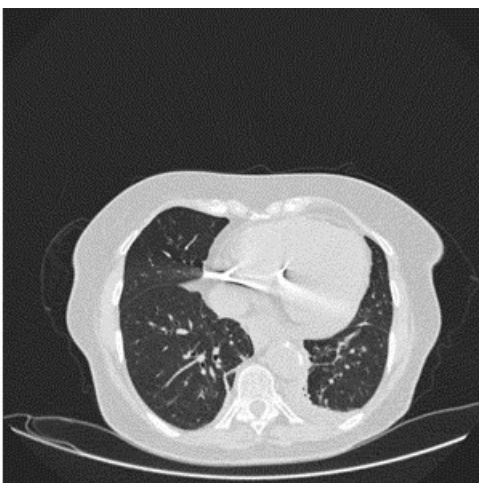
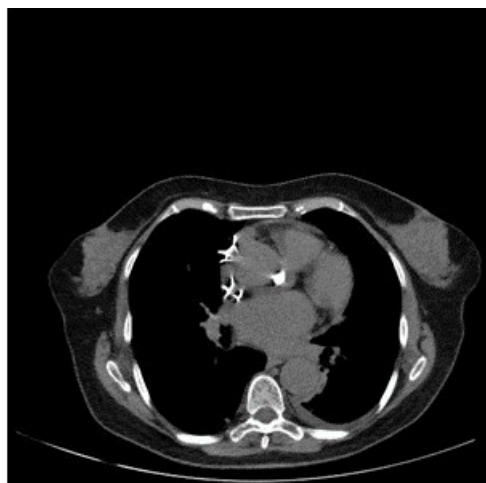
Εισαγωγή: Ο Κοιλιακός Πτερυγισμός (ΚΠ) είναι μία υψηλού επιπολασμού υπερκοιλιακή ταχυκαρδία που συχνά είναι δυσκόλως ανεκτή. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη για άμεση και ασφαλή ανάταξη παρακλίνια. Η οισοφαγική βηματοδότηση μας επιλύει το πρόβλημα. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της χρήσης της οισοφαγικής βηματοδότησης στην ανάταξη του ΚΠ παρακλίνια και οι παράγοντες που την ευνοούν. **Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 32 ασθενείς (16 άνδρες - 16 γυναίκες, μέσης ηλικίας 58,31±10,3 χρόνων) με επεισόδιο ΚΠ, διάρκειας 4,9±5,3 ωρών. Έγινε προσπάθεια ανάταξης με οισοφαγική βηματοδότηση, προκαλώντας υπερκέρωση, είτε με συνεχείς ριπές ερεθισμάτων, είτε με ταχεία βηματοδότηση, με σταδιακά μειούμενο μήκος κύκλου. Μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της μεθόδου και οι παράγοντες που την ευνοούν. **Αποτελέσματα:** Η αρρυθμία ανατάχθηκε σε 14 ασθενείς (43,8%). Η διάρκεια της αρρυθμίας ήταν 2,2±1,05 ώρες στους ασθενείς που ανατάχθηκαν έναντι 7,3±6,4 ώρες σε αυτούς που δεν ανατάχθηκαν (p=0,005). Παράγοντες που ευνοούν τη χρήση της μεθόδου ήταν η διάρκεια της αρρυθμίας <4 ώρες με OR=2,57 (ΔΕ=1,15-8,65 - p=0,001) και το μέγεθος του Αριστερού κόλπου με OR=1,17 (ΔΕ=1,15-2,65 - p=0,01). Ο τύπος του πτερυγισμού δεν επέδρασε στην επιτυχία της μεθόδου. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίστηκαν σε κανένα ασθενή. **Συμπέρασμα:** Η χρήση της οισοφαγικής βηματοδότησης για την ανάταξη του ΚΠ παρακλίνια, είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος στον τερματισμό ΚΠ, ανεξαρτήτως τύπου, αλλά προτείνεται ανεπιφύλακτα σε ΚΠ με χρόνο έναρξης της αρρυθμίας <4 ώρες και μετά από διουρητική αγωγή.

AA160 | Μυοκαρδιακή διάτρηση από ηλεκτρόδιο μόνιμου βηματοδότη
K. Στάμος¹, Σ. Α. Παπαδοπούλου¹, K. Ρώσσιος¹, N. Τσαναξίδης¹, I. Στυλιάδης¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ Η μηχανική μετανάστευση καλωδίου μόνιμου βηματοδότη καλωδίου αποτελεί μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή, μπορεί να οδηγήσει σε περικαρδιακή φλεγμονή, καθώς και περικαρδιακή συλλογή και επιπωματισμό. Οι ηλεκτρικές συνέπειες περιλαμβάνουν κακή αίσθηση/ σύλληψη και εξωκαρδιακή διέγερση. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν βήχα, πόνο, αιμόπτυση, δύσπνοια ή καθόλου συμπτώματα. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Γυναίκα ασθενής 78 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω πρόσθιας θωρακικής δυσφορίας με επέκταση στην ράχη αρχόμενο από 12ώρο, από το ΗΚΓ ΚΜ LBBB-like, ενώ από το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν διαπιστώθηκαν τμηματικές υποκινήσεις παρά μικρή περικαρδιακή συλλογή Η ασθενής είχε υποβληθεί σε εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη λόγω συνδρόμου νοσούντος φλεβοκόμβου προ 12 ετίας, χωρίς επιπλοκές έως σήμερα. Λόγω αυξημένης τροπονίνης, δ-διμερών και διά-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

τασης ανιούσας αορτής υπεβλήθη σε αξονική αορτογραφία προς αποκλεισμό οξέος αορτικού συνδρόμου και εισήχθη στην στεφανιαία μονάδα. Από την αξονική αποκλείστηκε το ΟΑΣ, αλλά αξιοσημείωτα το δεύτερο ηλεκτρόδιο εντοπίζεται στον δεξιό κόλπο διαπερνώντας το μυοκάρδιο και προβάλλοντας στο περικάρδιο. Παρουσία περικαρδιακού υγρού στην περιοχή της διάτρησης αυξημένων πυκνοτήτων ως επί αιμορραγικού υλικού. Λόγω των αυξημένων τιμών τροπονίνης υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο χωρίς να αναδειχθούν κριτικές στενώσεις. Καθόλη την νοσηλεία της η ασθενής ήταν αερομετρικά και αιμοδυναμικά σταθερή, ενώ



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ανέφερε ύφεση του προκάρδιου άλγους. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Μετά τα ανωτέρω ευρήματα κατέστη σαφές πως η συμπτωματολογία της ασθενούς που παρέπεμπε αρχικά σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο οφειλόταν στην σπάνια αυτή επιπλοκή. Κατόπιν επικοινωνίας με το νοσοκομείο στο οποίο είχε γίνει η εμφύτευση του μόνιμου βηματοδότη διακομίστηκε για επεμβατική αντιμετώπιση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η καρδιακή διάτρηση από μηχανική μετανάστευση ηλεκτροδίου μόνιμου βηματοδότη αν και σπάνια δεν θα πρέπει να διαλάθει της διαφοροδιάγνωσης του κλινικού ιατρού. Η ορθή χρήση των διαθέσιμων διαγνωστικών τεχνικών, η σωστή λήψη του ιστορικού, και η διαρκής επαναξιολόγηση της κλινικής εικόνας της ασθενούς οδήγησαν στην ορθή διάγνωση και κλινική βελτίωση της ασθενούς.

AA161 | Left bundle branch pacing as the alternative to suboptimal left ventricular lead position in a patient with CRTD

M. Angelaki¹, A. Christou¹, A. Sakellaropoulou¹, P. Serafim¹, A. Chaldoupis¹, E. Sidiropoulou¹, C. Theodosopoulou¹, K. Flessa¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Suboptimal left ventricular lead position can lead to no response to CRT therapy. Lead reposition can pose many challenges and left bundle brunch pacing could be an alternative. A 54 year old man with a history of a large anterior myocardial infarction, slow atrial fibrillation and CRTD since 2018 was admitted with peripheral edema and shortness of breath. The echo cardiogram revealed severe systolic dysfunction (EF 30%) with preserved intrventricular septum thickness (9mm) and dilated left ventricle. On admission, the patient was paced, QRS width was 180 ms with LBBB like morphology. Chest X ray revealed that the left ventricular lead (LV) lead was position at the anterior interventricular vein. Decision was made to reposition the LV lead. The cannulation of the coronary sinus (CS) was proved to be difficult and the attempt to introduce the sheath into the CS was futile. We decided to proceed with LBBB pacing, leading to a QRS width of 140ms and qR morphology in lead V1. The LBBB lead was attached to the atrial port of the device, which was programmed in DDD mode with long enough AV delay in order to achieve proper right ventricular lead sense and inhibition .Left bunble branch pacing may be a promising alternative strategy for failed biventricular pacing.

AA162 | Επανεμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μετά από ηλεκτρική ανάταξη: προοπτική μελέτη

K. Στάμος¹, N. Τσαναξίδης¹, B. Σαχπεκίδης¹, Δ. Φαρμάκης¹, H. Ζάρβαλης¹, M. Κωνσταντινίδου¹, I. Στυλιάδης¹, X. Γώγος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (AF) είναι μια κοινή καρδιακή αρρυθμία που χαρακτηρίζεται από ακανόνιστη και γρήγορη ηλεκτρική δραστηριότητα των κόλπων. Η ηλεκτρική καρδιοανάταξη μετά από διοισοφάγιο υπερηχογράφημα - είναι μια ασφαλής και ευρέως

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

χρησιμοποιούμενη διαδικασία για την αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού σε ασθενείς με ΚΜ. Ωστόσο, η επανεμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής μετά την καρδιοανάταξη είναι ιδιαίτερα συχνή. Η κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την επανεμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών στρατηγικών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. **Σκοπός:** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνήσει την συχνότητα επανεμφάνισης της κολπικής μαρμαρυγής έξι μήνες μετά την ηλεκτρική καρδιοανάταξη και να εξετάσει δυνητικούς κλινικούς παράγοντες που συνδέονται με αυτήν. **Υλικό και Μέθοδος:** Το σύνολο των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν τη μελέτη αποτελείται από ανώνυμα αρχεία ασθενών που προήλθαν από την Β' Καρδιολογική κλινική του ΓΝ.Θ. Παπαγεωργίου [κατόπιν έγκρισης από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου]. Τα κριτήρια συμπερίληψης για τη μελέτη ήταν ενήλικες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ηλεκτρική ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής μετά από διοισοφάγειο υπερηχογράφημα (προς αποκλεισμό παρουσίας θρόμβου εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου) και είχαν περίοδο παρακολούθησης έξι μήνες, όταν και επανεξετάστηκαν με ΗΚΓ. Οι συλλεγείσες μεταβλητές περιλάμβαναν φύλο, ηλικία, κατάσταση επανεμφάνισης και διάφορες κλινικές παραμέτρους, όπως το PR διάστημα, η διάρκεια του QRS, η διάρκεια του QT και οι διάφορες συννοσηρότητες (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια). **Αποτελέσματα:** Συνολικά, 55 συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 57% των ασθενών εμφάνισαν υποτροπή της κολπικής μαρμαρυγής στην εξάμηνη παρακολούθηση. Από τους συμμετέχοντες, το 64% ήταν άνδρες και το 36% γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 57 έτη. Κατά την ανάλυση, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλεκτροκαρδιογραφίων παραγόντων και της επανεμφάνισης της κολπικής μαρμαρυγής. Από τους 24 ασθενείς που επανεμφάνισαν κολπική μαρμαρυγή στους 6 μήνες το 42% είχε ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, το 29% σακχαρώδη διαβήτη, το 46% υπέρταση και το 38% στεφανιαία νόσο. Μόλις έξι ασθενείς από το σύνολο των 55 έλαβε εξιτήριο με αντιαρρυθμικό κλάσης I ή III και αυτοί είχαν διατηρήσει τον επιτυχώς τον φλεβοκομβικό ρυθμό στην επανεκτίμηση με ΗΚΓ στο εξάμηνο. **Συμπέρασμα:** Στο συνολικό δείγμα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ηλεκτρική ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής, το ποσοστό επανεμφάνισης στην εξάμηνη παρακολούθηση ήταν 57%. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλινικών παραγόντων που μελετήθηκαν και της επανεμφάνισης. Μόλις 6 από το σύνολο των 55 ασθενών έλαβαν εξιτήριο με αντιαρρυθμικό κλάσης I & III. Συμπερασματικά η ηλεκτρική ανάταξη της κολπικής είναι μια ασφαλής και εξαιρετικά επιτυχής μέθοδος ανάταξης. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό υποτροπής στο εξάμηνο και χρήζουν συνταγογράφησης αντιαρρυθμικού κλάσης I ή III προκειμένου να διατηρήσουν τον φλεβοκομβικό ρυθμό.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA163 | Ο προγνωστικός ρολός της βασικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας στην ανταποκρίση στην θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού, συστηματική ανασκοπήση και μεταναλυση****Γ. Σιδηρόπουλος¹, Α. Αντωνιάδης², Α. Σαπταούρας³, Γ. Μπαζούκης³, Θ. Καραμήτσος⁴, Γ. Παννόπουλος², Ν. Φραγκάκης⁵**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ένδειξη για θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Η ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη σχετικά με την επιβίωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ανεξάρτητα από την παρουσία δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τη σημασία της βασικής λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας στην απάντηση της αμφικοιλιακής βηματοδότησης είναι αντικρουόμενα. Στην παρούσα μετάνάλυση ελέγχουμε την σημασία της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας στην απάντηση της αμφικοιλιακής βηματοδότησης. **Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση των βάσεων δεδομένων MedLine και EMBASE από την έναρξη τους μέχρι τον Οκτώβριο 2021. Πραγματοποιήσαμε ποσοτική σύνθεση αναφορικά με τη συσχέτιση της συστολικής μετατόπισης του τριγλωχινικού δακτυλίου (TAPSE), της συνολικής μέγιστης επιμήκους παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (RVGLS), της κλασματικής μεταβολής της επιφάνειας της δεξιάς κοιλίας (RVFAC), της μέσης πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας (SPAP) με την ανταπόκριση στο CRT. Διενεργήθηκε meta-regression ανάλυση προκειμένου να εκτιμηθεί η επίδραση πιθανών συγχυτικών παραγόντων, συγκεκριμένα ηλικία, φύλο, αρχικό κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας και ισχαιμική αιτιολογία ΚΑ στις παραμέτρους της δεξιάς κοιλίας που μετρούνται μεταξύ των ασθενών που ανταποκρίνονται και αυτών που δεν ανταποκρίνονται στο CRT. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στο CRT έχουν αυξημένο βασικό TAPSE, RVGLS, RVFAC, και μειωμένη PASP συγκριτικά με αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στο CRT. Επιπλέον, δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη διαφορά TAPSE αυτών που ανταποκρίνονται και αυτών που δεν ανταποκρίνονται στο CRT με το αρχικό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, την ηλικία, το φύλο και την ισχαιμική αιτιολογία της ΚΑ. **Συμπεράσματα:** Η βασική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας, εκτιμώμενη μέσω TAPSE σχετίζεται με την ανταπόκριση στο CRT. Αυτή η συσχέτιση είναι ανεξάρτητη από το αρχικό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, την ηλικία, το φύλο και την ισχαιμική αιτιολογία της ΚΑ. Η προσθήκη της βασικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας σε προγνωστικούς αλγορίθμους που αφορούν την ανταπόκριση στην θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού δύναται να βελτιστοποιήσει την διαδικασία επιλογής ασθενών που παραπέμπονται για την θεραπεία αυτή.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**Επεμβατική καρδιολογία II**Πρόεδροι: **E. Ιωαννίδης** (Θεσσαλονίκη), **A. Μπάρμπας** (Θεσσαλονίκη)**AA164 | Σύγκριση δεικτών ηρεμίας και υπεραϊμίας στην αξιολόγηση των στεφανιαίων στενώσεων****E. Κλάδου¹, E. Σκαλίδης¹, Δ. Λεμπιδάκης¹, Σ. Πετούσης¹, E. Ζάχαρης¹, M. Πιταροκοίλης², E. Μαντζορογιώργου³, E. Σιδεράς¹, I. Φραγκιαδουλάκης¹, N. Πουλιδάκης¹, M. Σμαραγδάκη¹, Π. Ρογδάκης¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, M. Χαμηλός¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) και η στιγμιαία εφεδρεία ροής (iFR-instantaneous wave-free ratio) είναι δυο καθιερωμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται ευρέως στα αιμοδυναμικά εργαστήρια, προκειμένου να αξιολογηθεί η σοβαρότητα των ενδιάμεσων στενώσεων που βρίσκονται στο στεφανιογραφικό έλεγχο. **Σκοπός** Στόχος της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση της τιμής Pd/Pa (resting mean distal coronary pressure to mean aortic pressure), με το FFR και το iFR σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαίο σύνδρομο και ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεις. **Υλικά και Μέθοδος** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 183 ασθενείς (198 στενώσεις), που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Οι μετρήσεις έγιναν με Volcano ή Abbott Pressure Wires. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR, ενώ η τιμή Pd/Pa υπολογίστηκε στις 162 και το iFR υπολογίστηκε στις 107. **Αποτελέσματα** Η μέση τιμή από τις μετρήσεις Pd/Pa ήταν $0,93 \pm 0,03$. Οι αντίστοιχες τιμές για το FFR ήταν $0,83 \pm 0,06$ και για το iFR $0,91 \pm 0,06$. Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τιμών Pd/Pa με το FFR ($r=0,74$, $p<0,001$) και ακόμα καλύτερη συσχέτιση με το iFR ($r=0,85$, $p<0,001$). Η συσχέτιση μεταξύ FFR και iFR ήταν επίσης σημαντική ($r=0,69$, $p<0,001$), με συμφωνία σε ποσοστό 82%. Η συμφωνία ήταν σε ποσοστό 84% στον πρόσθιο κατιόντα, 90% στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία, 50% στην περισπώμενη και 80% στο στέλεχος. **Συμπεράσματα** Ο δείκτης Pd/Pa εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το FFR και πολύ ισχυρότερη με το iFR. Το FFR και iFR ήταν σύμφωνα στο 82.24% των στενώσεων.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA165 | Λειτουργική εκτίμηση των στεφανιαίων στενώσεων σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς****Ε. Κλάδου¹, Ε. Σκαλίδης¹, Δ. Λεμπιδάκης¹, Σ. Πετούσης¹, Ε. Ζάχαρης¹, Μ. Πιταροκοίλης², Ε. Μαντζορογιώργου³, Ε. Σάββα¹, Δ. Ανδριάνης¹, Α. Ηλιάκη¹, Ε. Μανουσάκης¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, Μ. Χαμηλός¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) και η στιγμιαία εφεδρεία ροής (iFR-instantaneous wave-free ratio) είναι δυο καθιερωμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται ευρέως στα αιμοδυναμικά εργαστήρια για την εκτίμηση ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων. Δεν είναι γνωστή η συσχέτιση των 2 αυτών δεικτών σε ασθενείς με σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), που είναι γνωστό ότι πάσχουν από εκτεταμένη αθηρωματική νόσο και διαταραχές στη μικροκυκλοφορία. **Σκοπός** Στόχος της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση του FFR με το iFR σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαίο σύνδρομο, ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεις με ή χωρίς ΣΔ. **Υλικά και Μέθοδος** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 188 ασθενείς (198 στενώσεις), που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Από αυτούς με ΣΔ ήταν οι 63 (34 %). Οι μετρήσεις έγιναν με Volcano Pressure Wire. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR και σε 128 βλάβες το iFR. **Αποτελέσματα** Η μέση τιμή από τις μετρήσεις Pd/Pa ήταν 0,93±0,03 vs 0,93±0,04 για τους μη διαβητικούς και τους διαβητικούς ασθενείς αντίστοιχα. Οι αντίστοιχες τιμές για το FFR ήταν 0,83±0,06 vs 0,85±0,07 και για το iFR 0,91±0,06 vs 0,9±0,06 (p=0,17). Η συσχέτιση μεταξύ FFR και iFR ήταν ισχυρή τόσο στους μη διαβητικούς (r=0,71, p<0,001), όσο και στους διαβητικούς ασθενείς (r=0,67, p<0,001). **Συμπεράσματα** Το FFR και iFR είχαν ικανοποιητική συσχέτιση τόσο στους ασθενείς με ΣΔ όσο και σε αυτούς χωρίς ΣΔ. Οι τιμές του iFR στους ασθενείς με ΣΔ ήταν χαμηλότερες από ότι σε αυτούς χωρίς ΣΔ, πιθανότητα λόγω της διάχυτης νόσου και των διαταραχών στη μικροκυκλοφορία που υπάρχουν σε αυτούς τους ασθενείς.

AA166 | Σύγκριση δύο τελευταίας γενιάς drug-eluting stents με βιοαποδομίσιο πολυμερές**Β. Καλογερά¹, Δ. Τζάλας², Δ. Οικονόμου², Δ. Χαρίτος², Θ. Μαραγκούλια², Α. Ρ. Παπαπαναγιώτου², Λ. Παππάς², Δ. Σταλίκας², Κ. Τριανταφύλλου²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Στόχοι: Τόσο τα επικαλυμμένα με sirolimus stents με πολύ λεπτό πλέγμα και βιοαποδομίσιο πολυμερές (BP-SES), όσο και τα επικαλυμμένα με everolimus stents με λεπτό πλέγμα και βιοαποδομίσιο πολυμερές (BP-EES) θεωρούνται ασφαλή και αποτελεσματικά

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

για τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI). Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των κλινικών αποτελεσμάτων μεταξύ αυτών των δύο τύπων stents. **Υλικό και μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν από ένα κέντρο αναδρομικά 190 διαδοχικοί ασθενείς που υπεβλήθησαν σε σύνολο 194 PCIs και ολοκλήρωσαν παρακολούθηση ενός έτους. Πρωτογενές καταληκτικό συμπέρασμα ήταν η σύνθετη ανεπάρκεια της βλάβης στόχου (TFL, target lesion failure), που ορίστηκε ως επαναγγελίωση βλάβης στόχου, έμφραγμα οφειλόμενο σε βλάβη στόχο ή καρδιακός θάνατος. Αιμορραγικές επιπλοκές, εγκεφαλικά επεισόδια και θάνατος από κάθε αιτία συμπεριλήφθηκαν στα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 65±11 έτη και οι άνδρες ήταν 79,5 %. PCI με BP-SES πραγματοποιήθηκε σε 101 και με BP-EES σε 89 ασθενείς. Συνολικά εμφυτεύθηκαν 287 stents (148 BP-SES και 139 BP-EES). Η συχνότερη ένδειξη καθετηριασμού ήταν η σταθερή στηθάγχη (42,1%). Σύμπλοκες αγγειοπλα-

Πίνακας 1 Χαρακτηριστικά των ασθενών και των επεμβάσεων

Περιγραφικά χαρακτηριστικά (n= 190)	BP-SES ασθενείς n = 101	BP-EES ασθενείς n= 89	p-value
Ανδρες n (%)	79 (78.2)	72 (80.8)	0.648
Μέση ηλικία, έτη	63.95 (32-95)	65.95 (44-88)	0.180
Αρτηριακή Υπέρταση, n (%)	66 (65.3)	54 (60.6)	0.505
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	28 (27.7)	36 (40.4)	0.327
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	66 (65.3)	55 (61.7)	0.612
Κάπνισμα, n %	78 (77.2)	60 (67.4)	0.130
Γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, n (%)	40 (39.6)	41 (46.1)	0.369
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας < 50%, n (%)	35 (34.6)	29 (32.6)	0.657
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	5 (4.9)	9 (10.1)	0.174
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, n (%)	4 (3.9)	3 (3.4)	0.570
Χαρακτηριστικά επέμβασης (n=194)	BP-SES επεμβάσεις n=104	BP-EES επεμβάσεις n=90	
Ένδειξη καρδιακού καθετηριασμού			
STEMI, n (%)	18 (17.3)	16 (17.8)	0.932
NSTEMI, n (%)	22 (21.2)	19 (21.1)	0.994
Ασταθής στηθάγχη, n (%)	23 (22.1)	16 (17.8)	0.452
Σταθερή στηθάγχη, n (%)	41 (39.4)	39 (43.3)	0.581
Κερκδική προσπέλαση, n (%)	77 (74)	60 (66.7)	0.261
Πολυαγγειακή PCI, n (%)	13 (12.5)	14 (15.5)	0.540
Σύμπλοκη PCI, n (%)	24 (23.1)	28 (31.1)	0.056
Καρδιοχειρουργική απόρριψη, n (%)	4 (3.8)	9 (0.1)	0.087
Αριθμών stents, n (%)	148	139	
Στέλεχος (LM)	2 (1.4)	4 (2.8)	0.419
Πρόσθιος καπόντας κλάδος (LAD)	75 (51)	68 (48.9)	0.587
Περιστευμένη αρτηρία (LCx)	32 (21.6)	29 (20.8)	0.828
Δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA)	41 (27.7)	42 (30.2)	0.309
Αρτηριακά μοσχεύματα (LIMA/RIMA)	0 (0)	0 (0)	
Φλεβικά μοσχεύματα (SVGs)	0 (0)	3 (2.1)	0.045
Κλασματική εφάρδρα ροής (FFR), n (%)	9 (8.7)	4 (4.4)	0.242
Ενδαγγειακός υπέρηχο (IVUS,) n (%)	2 (1.9)	5 (5.6)	0.253
Οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT), n (%)	5 (4.8)	1 (1.1)	0.219

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

στικές πραγματοποιήθηκαν σε 24 ασθενείς με sirolimus stents και σε 28 ασθενείς με everolimus stents ($p=0.056$). Στη μελέτη μας μόνο BP-EES χρησιμοποιήθηκαν για αγγειοπλαστική φλεβικών μοσχευμάτων (3 stents, $p<0.001$). Τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των επεμβάσεων περιγράφονται στον Πίνακα 1. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ενός έτους, 22 ασθενείς εκ των οποίων οι 12 έλαβαν BP-SES, απεβίωσαν και 37 ασθενείς (19 με BP-SES) νοσηλεύτηκαν σε καρδιολογική κλινική. Συνολικά το πρωτογενές καταληκτικό σημείο διαπιστώθηκε σε 5 στους 101 (4,95 %) ασθενείς με sirolimus stents και σε 6 στους 89 (6,74 %) ασθενείς με everolimus stents, χωρίς στατιστική διαφορά ($p=0.598$). Σημειώνονται επιπλέον 3 επεισόδια μείζονας αιμορραγικής επιπλοκής, που περιλαμβάνουν αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και ενδοκράνια αιμορραγία και παρουσιάστηκαν στην ομάδα των BP-SES. Από στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης μόνο ένας ασθενής βίωσε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο οποίος είχε λάβει BP-EES ($p=0.468$) (Πίνακας 2). **Συμπεράσματα:** Στη διάρκεια ενός έτους παρακολούθησης, η μελέτη αυτή ανέδειξε ότι η χρήση των BP-SES είναι τόσο ασφαλής και αποτελεσματική όσο και των BP-EES, καθότι δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα πρωτογενή και δευτερογενή καταληκτικά σημεία.

Πίνακας 2. Πρωτογενή και δευτερογενή καταληκτικά σημεία στο ένα έτος παρακολούθησης.

Σύνθετο καταληκτικό σημείο, n (%)	BP-SES ασθενείς n=101	BP-EES ασθενείς n=89	p-value
Σύνθετο TLF, n (%)	5 (4.95)	6 (6.74)	0.598
Καρδιακός θάνατος, n (%)	4 (3.96)	5 (5.61)	0.591
Μυοκαρδιακό έμφραγμα οφειλόμενο σε TLF, n (%)	1 (1.99)	0 (0)	0.532
Επαναγγείωση βλάβης στόχου λόγω TLF, n (%)	0 (0)	1 (1.12)	0.468
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	0 (0)	1 (1.12)	0.468
Μείζονες αιμορραγικές επιπλοκές, n (%)	3 (2.97)	0 (0)	0.249
Ελάσσονες αιμορραγικές επιπλοκές, n (%)	2 (1.98)	1 (1.12)	0.548
Θάνατος από κάθε αιτία, n (%)	12 (11.9)	10 (11.2)	0.890

AA167 | **Η πρακτική χρήση των κριτηρίων υπέρβασης χορήγησης όγκου σκιαγραφικού σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδερμική στεφανιαία επανααιμάτωση. Μια μελέτη κοορτής**
Χ. Ναλμπαντ¹, Μ. Μαλκοτς¹, Μ. Β. Κουτρούλος¹, Α. Θωμαΐδη¹, Α. Λαντζουράκη¹, Γ. Χαλικιάς¹, Δ. Στάκος¹, Δ. Τζιακάς¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ
 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ Η εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης (AKI- acute kidney injury) μετά από διαδερμική στεφανιαία επανααιμάτωση με τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης (PCI- percutaneous coronary intervention) λόγω σκιαγραφικού είναι σπάνια αλλά μπορεί να αποτελέσει

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

σοβαρή επιπλοκή της επέμβασης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε την ικανότητα πρόγνωσης εμφάνισης της AKI χρησιμοποιώντας τα κριτήρια υπέρβασης χορήγησης όγκου σκιαστικού μετά από PCI. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Συμπεριλάβαμε συνολικά 202 άτομα που υποβλήθηκαν σε PCI. Εισήχθησαν 158 άνδρες και 44 γυναίκες με μέση ηλικία 66±10 ετών. Για την πρόληψη της οξείας νεφρικής βλάβης έγινε αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου πριν τη αγγειοπλαστική και όλοι οι συμμετέχοντες τέθηκαν σε IV ενυδάτωση ή και IV χορήγηση διττανθρακικών όπου χρειαζόταν. Ως κριτήρια υπέρβασης χορήγησης όγκου σκιαστικού χρησιμοποιήσαμε τα ακόλουθα: Criterion 1: όγκος σκιαστικού > 350mL, Criterion 2: Volume / eGFR > 3.7, Criterion 3: Volume/eGFR>, Μέγιστος επιτρεπόμενος όγκος χορήγησης σκιαστικού κατά by Cigarroa et al. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στην μελέτη συμμετείχαν 202 άτομα (158 άνδρες, 44 γυναίκες) μέσης ηλικίας 66±10 ετών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε PCI. Στην συγκεκριμένη κοόρτη παρατηρήθηκαν 7 (3.5%) περιστατικά AKI. Κανένα από τα 4 κριτήρια υπέρβασης χορήγησης όγκου σκιαστικού δεν προέβλεψαν την εμφάνιση AKI σύμφωνα με την ανάλυση ROC [Criterion 1 (Volume>mL, AUC 0.456 95%CI 0.250-0.662, p=0.693), Criterion 2 (Volume /eGFR > 3.7, AUC 0.471 95%CI 0.258-0.685, p =0.795), Criterion 3 (Volume /eGFR>, AUC 0.467 95%CI 0.243-0.692) and Criterion 4 (Maximum allowed Contrast Dose, AUC 0.496 95%CI 0.278-0.711, p=0.961)]. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Κανένα από τα 4 δημοσιευμένα κριτήρια υπέρβασης χορήγησης όγκου σκιαστικού στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες δεν προέβλεπαν στατιστικά σημαντικά την εμφάνιση AKI. Στην προσπάθεια ακριβούς πρόβλεψης εμφάνισης AKI μετά από PCI πρέπει να συμπεριληφθούν και άλλοι παράγοντες επίδρασης του χρησιμοποιηθέντος σκιαστικού στους νεφρώνες πέραν του όγκου αυτού.

AA168 | Διακαθετηριακή edge-to-edge επιδιόρθωση σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας οφειλόμενης σε ασβέστωση μιτροειδικού δακτυλίου

Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης², Κ. Αζναουρίδης², Σ. Σουλαϊδόπουλος², Π. Τσιούφης², Ε. Μαντζουράνης², Α. Σακαλίδης², Κ. Τσιούφης², Κ. Αγγέλη²

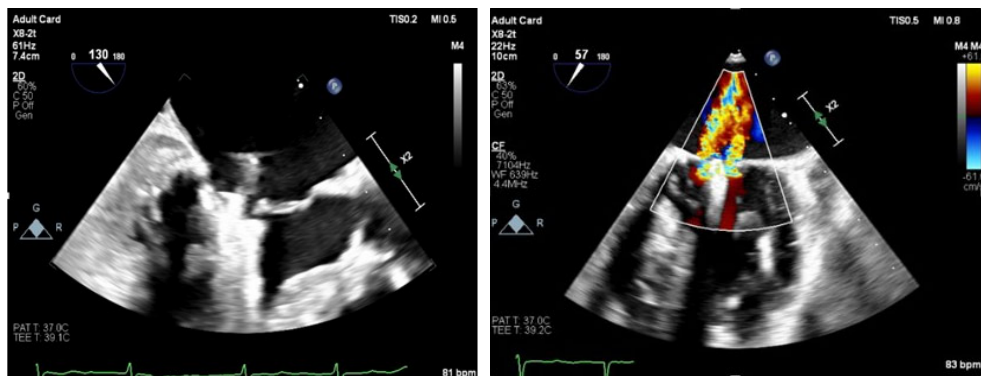
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Σε ανεγχείρητους ασθενείς με ασβέστωση μιτροειδικού δακτυλίου (mitral annular calcification - MAC), η διαδερμική επιδιόρθωση ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας με την τεχνική edge-to-edge (TEER) με ανεξάρτητη σύλληψη των γλωχίνων είναι εφικτή. **Υλικό και Μέθοδος** Ασθενής 75 ετών με αμοιβικό ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας και χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής προσήλθε αιτιώμενη προσοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια στην κόπωση σε έδαφος σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας (MR). Στο παρελθόν, είχε επαναλαμβανόμενες νοσηλείες λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας. Μετά την επίτευξη ευβολαιμίας με διουρητική αγωγή, το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαίωσε τη σοβαρή MR με έκκεντρο jet παλινδρόμησης. Το διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε πρόσδεση (tethering) της οπίσθιας γλωχίνας (scallop P2) εξαιτίας της ήπιας ασβέστωσης του οπίσθιου μιτροειδικού δακτυλίου με επακόλουθη ψευδοπρόπτωση του A2 φεστονίου

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

της πρόσθιας γλωχίνας και την εμφάνιση ενός μικρού ελλείμματος σύγκλεισης (coarctation defect). Αποφασίστηκε λόγω του υψηλού χειρουργικού κινδύνου της ασθενούς, η διενέργεια TEER με τη χρήση MitraClip NTW. **Αποτελέσματα** Πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές ανεπιτυχείς προσπάθειες σύγχρονης σύλληψης των δυο γλωχίνων λόγω του μικρού μήκους της οπίσθιας γλωχίνας (9mm). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτούσε η μη σύλληψη του αβεστωμένου τμήματος της οπίσθιας γλωχίνας. Αποφασίστηκε συνεπώς η ανεξάρτητη σύλληψη αρχικά του κινητού τμήματος της οπίσθιας γλωχίνας και ακολούθως της πρόσθιας. Ωστόσο, λόγω της υψηλής τάσης που ασκούταν στην πρόσθια γλωχίνα δεν κατέστη αυτό εφικτό. Συνεπώς, πραγματοποιήθηκε αρχικά σύλληψη αρχικά του ελεύθερου, κινητού τμήματος της οπίσθιας γλωχίνας παρά τον υψηλό κίνδυνο ρήξης της εξαιτίας stretching. Μετά την επιτυχή ανεξάρτητη σύλληψη των γλωχίνων, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της MR. Το άμεσο αποτέλεσμα αποτυπώθηκε και στο follow-up του ενός μηνός, όπου η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωματολογίας. **Συμπεράσματα** Η TEER με την τεχνική της ανεξάρτητης σύλληψης των γλωχίνων μπορεί να εφαρμοστεί σε σύμπλοκες ανατομίες εκφυλιστικής μιτροειδοπάθειας από έμπειρους επεμβατικούς και απεικονιστές.



AA169 | Διαδερμική στεφανιαία παρεμβάση (PCI) για αποτυχία stent στη σύγχρονη κλινική πρακτική

Χ. Βαρλάμος¹, Ι. Ξενογιάννης¹, Δ. Ρ. Μπενέτου¹, Χ. Παππάς¹, Φ. Κολοκάθης¹, Σ. Δευτεραίος¹, Δ. Αλεξόπουλος¹, Γ. Καραμάσης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Τα σύγχρονα Drug-Eluting Stents (DES) και η σύγχρονη φαρμακοθεραπεία έχουν μειώσει δραματικά τη μελλοντική αποτυχία των stents (stent failure), δηλαδή την επαναστένωση (in-stent restenosis-ISR) και τη θρόμβωση (stent thrombosis-ST). Ωστόσο, δεδομένου ότι εκατομμύρια stents έχουν εμφυτευθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οι δύο κλινικές οντότητες συνεχίζουν να υπάρχουν και προβληματίζουν. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ήταν να καταγράψει τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της αγγειοπλαστικής για αποτυχία stent στη σύγχρονη κλινική πρακτική. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Η ανάλυση βασίστηκε σε δεδομένα από την προοπτική Καταγραφή του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου της Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής του ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ. Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική λόγω αποτυχίας stent (ομάδα stent-failure PCI) συγκρίθηκαν με τους υπόλοιπους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική (non-stent-failure PCI). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από την 1 Σεπτεμβρίου 2022 έως 30 Ιουνίου 2023, 507 ασθενείς υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική εκ των οποίων 46 λόγω αποτυχίας stent (9.07%). Εξ αυτών, 78.3% αφορούσε ISR και 21.7% ST. Οι ασθενείς της ομάδας stent-failure PCI είχαν συχνότερα δυσλιπιδαιμία (89.1% vs. 51.8%, $p < 0.0001$) και μία τάση αυξημένης επίπτωσης σακχαρώδη διαβήτη (45.7% vs. 32.1%, $p = 0.06$). Επιπλέον, οδηγήθηκαν συχνότερα σε PCI λόγω ασταθούς στηθάγχης (21.7% vs. 8.7%, $p = 0.005$). Στους ασθενείς με stent-failure PCI, τοποθετήθηκε νέο DES στο 50% (vs. 91.5% στον non-stent-failure PCI, $p < 0.0001$). Οι υπόλοιποι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με drug-coated balloons (34.8%) ή POBA (8.7%). Η ενδοαγγειακή απεικόνιση χρησιμοποιήθηκε σημαντικά περισσότερο στην ομάδα stent-failure PCI (28.3% vs. 10.4%, $p = 0.0004$). Τέλος, παρατηρήθηκε αριθμητική διαφορά στην τεχνική επιτυχία της επέμβασης (97.4% για non-stent-failure PCI vs. 93.5% για stent-failure PCI, $p = 0.14$, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με χρόνια ολική απόφραξη). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Σχεδόν 1 στις 10 αγγειοπλαστικές στην καθημερινή κλινική πρακτική πραγματοποιούνται λόγω ISR ή ST παλαιότερα εμφυτευμένου stent.

AA170 | Διακαθετηριακή εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας (TAVI) - Συσχέτιση της γωνίας της αορτικής ρίζας με τον βαθμό δυσκολίας της επέμβασης

Μ. Μαλκότς¹, Χ. Ναλμπάντ¹, Μ. Β. Κουτρούλος¹, Γ. Χαλικιάς¹, Δ. Στάκος¹, Α. Θωμαΐδης², Δ. Τζιακάς¹, Α. Λαντζουράκη¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η διακαθετηριακή εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας (TAVI - transcatheter aortic valve implantation) αποτελεί μια καθιερωμένη μέθοδο θεραπείας για την συμπτωματική σοβαρού βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας σε ηλικιωμένους ενδιάμεσου-υψηλού χειρουργικού κινδύνου ασθενείς. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση της γωνίας της αορτικής ρίζας με την αριστερή κοιλία όσον αφορά την δυσκολία ολοκλήρωσης της μεθόδου όπως αυτή χαρακτηρίζεται από τον χρόνο της επέμβασης, τον όγκο του σκιαγραφικού μέσου και την μετα-διάταση της βαλβίδας μετά την εμφύτευση. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη, όπου αξιολογήθηκαν 50 άτομα που υποβλήθηκαν σε TAVI, στην Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝΑ σε διάστημα 2 ετών (2021-2023). Στη μελέτη συμμετείχαν 26 άνδρες, 24 γυναίκες με μέση ηλικία 81 ± 5 ετών. Όλοι οι ασθενείς έφεραν αξονική τομογραφία αορτικής βαλβίδας, θωρακικής και κοιλιακής αρ-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

της. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στην μελέτη συμμετείχαν 50 άτομα (26 άνδρες, 24 γυναίκες) μέσης ηλικίας 81 ± 5 ετών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε TAVI. Οι ασθενείς με περισσότερο οριζόντια αορτή είχαν δυσχερέστερη εμφύτευση αφού συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη διάρκεια επέμβασης (Spearman's Rho 0.073, $p=0.053$). Δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις όσον αφορά τον αριθμό των μεταδιάτασεων μετά την εμφύτευση (Kendall's Tau-b- 0.061, $p=0.603$), ή με τον όγκο του σκιαστικού που χρησιμοποιήθηκε (Spearman's Rho 0.065, $p=0.653$). Η ROC ανάλυση έδειξε ότι γωνία της αορτής μεγαλύτερη των 42ο συσχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια επέμβασης (AUC 0.65 95%CI 0.502-0.807, $p=0.051$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η παρουσία οριζόντιας αορτής (> 42ο) αποτελεί ένα ανατομικό χαρακτηριστικό που αυξάνει τον βαθμό δυσκολίας της επέμβασης TAVI αφού συσχετίστηκε με παρατεταμένη διάρκεια της μεθόδου.

AA171 | Ξεπερνώντας τα εμπόδια στην κάλυψη ενός γίγαντα

Β. Μπολης¹, Π. Οικονόμου¹, Ε. Καλαμπόκη¹, Α. Κότσια¹, Ε. Παππά¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών ανευρίσκονται στο 0,3-4,9% των ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική προσέγγιση, ενδοπρόθεση καλυμμένη με μόσχυμα (covered stent), εμβολισμό με coils και χειρουργική εκτομή. Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα είναι ελλιπή και δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες αντιμετώπισης, ενώ οι ασθενείς συνήθως είναι ασυμπτωματικοί, οπότε, απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση. **Σκοπός:** Η ανάδειξη της δυσκολίας προσέγγισης στη θεραπεία των στεφανιαίων ανευρυσμάτων και η παρουσίαση μίας μεθόδου θεραπείας με ταυτόχρονη αντιμετώπιση επιπλοκής της επέμβασης. **Υλικό και μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού που αφορά ασθενή 64 ετών αιμοκαθαιρόμενο, που προσκομίστηκε στο νοσοκομείο με κατώτερο STEMI. Η στεφανιογραφία ανέδειξε την ένοχη βλάβη στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία, η οποία αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική. Επιπλέον, εγγύς στον πρόσθιο κατιόντα αποκαλύφθηκε ευμεγέθες ανεύρυσμα, με παρουσία σημαντικής στένωσης άπω του ανευρύσματος. Το IVUS και το OCT έδειξαν ότι ο αυχέννας του ανευρύσματος ήταν 29,4mm και η μέγιστη διάμετρος 7,26mm. Ο ασθενής κρίθηκε ακατάλληλος για χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ λόγω υψηλού θρομβωτικού κινδύνου απορρίφθηκε η αντιμετώπιση με covered stent. Λόγω της παρουσίας σημαντικής στένωσης μετά το ανεύρυσμα επιλέχθηκε εμβολισμός με coil καθοδηγούμενος από stent. Αρχικά τοποθετήθηκε stent που κάλυψε τον αυχένα του ανευρύσματος και τη στένωση. Μέσα από τα struts εισήχθη μικροκαθετήρας εντός του ανευρύσματος, μέσω από τον οποίο προωθήθηκαν τα coils. Ωστόσο, πριν το τέλος της διαδικασίας ένα coil πέρασε μέσα από τα struts προς τον αυλό του αγγείου. Συνεπώς, τοποθετήθηκε δεύτερο stent που εγκλώβισε το coil ανάμεσα στα δύο stents διατηρώντας τον αυλό ελεύθερο. **Αποτελέσματα:** Κατά την επανεκτίμηση μετά από 2 μήνες η επαναληπτική στεφανιογραφία με OCT και IVUS αποκάλυψε αν διατήρηση καλού αγγειογραφικού αποτελέσματος με μερικό εμβολισμό του ανευρύσματος. **Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι τα ανευρύσματα των στεφανιαίων αγγείων είναι σπάνια, η διάδοση των πολλαπλών απεικονιστικών μεθόδων πιθανώς να αυξήσουν τη συχνότητά τους. Η εκτίμηση των διαφορετικών μεθόδων θεραπείας βασίζεται σε μελέτες περίπτωσης και οδηγίες ειδικών και η επιλογή κατάλληλης θεραπείας και μεθόδου αποτελούν πραγματική πρόκληση.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA172 | **Συγκριτική μελέτη του είδους αναισθησίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή ενδοαγγειακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας**

Γ. Νάζου, Η. Σαμιώτης, Π. Δεδεηλίας, Μ. Αργυρίου, Κ. Ρωμανά, Α. Αναλυτή, Ι. Αναγνωστόπουλος¹, Ν. Σχίζας

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η σοβαρή στένωση της αορτής (ΑΣ) αποτελεί ένα και ολοένα πιο σημαντικό πρόβλημα υγείας, κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Εάν η συμπτωματική ΑΣ δεν αντιμετωπιστεί, έχει κακή πρόγνωση με γρήγορη κατάληξη του ασθενούς. Η TAVR είναι η πιο συχνή πλέον μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ΑΣ. **Σκοπός:** Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε τα αποτελέσματα δύο διαφορετικών τεχνικών αναισθησίας σε ασθενείς μας που υποβλήθηκαν σε TAVR ως προς τη μεταβολή της Μέσης Αρτηριακής Πίεσης (ΔΜΑΠ). **Μέθοδος:** Σε αυτή τη μελέτη, 102 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδικασία TAVR με διάγνωση βαριάς μορφής ΑΣ αξιολογήθηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς χωρίστηκαν ανάλογα με τον τύπο της αναισθησίας που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια κάθε διαδικασίας σε ασθενείς που έλαβαν γενική αναισθησία και σε ασθενείς που έλαβαν καταστολή. **Αποτελέσματα:** Στην πλειοψηφία των ασθενών η TAVR έγινε υπό καταστολή (77,5%). Η μεση ηλικία ήταν 80,93έτη (SD=5,83) και η πιο συχνή συννοσηρότητα ήταν αυτή της εξωκαρδιακής αρτηριοπάθειας (77,5%) και ακολούθως η υπέρταση (66,7%), η νεφρική δυσλειτουργία (61,80%) και ο σακχαρώδης διαβήτης Τύπου II (47,10%). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVR υπό γενική αναισθησία είχαν αυξημένες πιθανότητες για μεγαλύτερη ΔΜΑΠ ($p<0,001$). Επίσης, μεγαλύτερη μεταβολή της ΜΑΠ βρέθηκε πως έχουν οι γυναίκες ($p=0,022$) και οι ασθενείς με υψηλό σκορ προεγχειρητικής κρισιμότητας ($p=0,001$). Επίσης, βρέθηκε πως η χορήγηση καταστολής έναντι γενικής αναισθησίας συσχετίζεται με μικρότερο χρόνο αναισθησίας ($p<0,001$), συνολικού χειρουργικού χρόνου ($p<0,001$) και ανάγκη χορήγησης νοραδρεναλίνης ($p=0,001$). Η γενική αναισθησία συ-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

σχετίστηκε με επιπλοκές όπως η ΟΝΑ ($p=0.004$), αναπνευστική ανεπάρκεια ($p<0.001$), ενώ ο στατιστικός έλεγχος έδειξε συσχέτιση με την αυξημένη παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ και το νοσοκομείο (όλα τα $p<0.001$). **Συμπεράσματα:** Σε αυτή τη μελέτη, διαπιστώθηκε πως η χορήγηση καταστολής έναντι γενικής αναισθησίας συσχετίζεται με μικρότερες μεταβολές της ΔΜΑΠ, με μικρότερο χρόνο αναισθησίας, συνολικού χειρουργικού χρόνου και ανάγκη χορήγησης νοραδρεναλίνης, ενώ η χορήγηση γενικής αναισθησίας συσχετίστηκε με επιπλοκές και αυξημένο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και τη ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα αυτά στοχεύουν να βοηθήσουν τον ειδικό αναισθησιολόγο στη λήψη της σωστής εξατομικευμένης κλινικής απόφασης για την επιλογή της μεθόδου αναισθησίας κατά τη διάρκεια της ΤΑΥΡ, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το όφελος του ασθενούς από την επέμβαση, βελτιστοποιώντας την έκβαση και αυξάνοντας το προσδόκιμο ζωής του.

AA173 | **Identifying the Culprit Lesion in a Patient Presented with Lateral ST-Elevation Myocardial Infarction**

Ε. Βιτωράκης¹, Θ. Σινανής¹, Κ. Καυκαλά¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

This case report discusses a patient with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) where identifying the culprit lesion causing the myocardial infarction was initially challenging. The patient presented with symptoms of acute coronary syndrome, and initial tests indicated STEMI. An emergency coronary angiogram revealed atherosclerosis in the right coronary artery and mild stenosis in the left descending artery, but the culprit lesion responsible for the ongoing ischemia and ST-segment elevations could not be identified. However, upon meticulous investigation of the coronary angiography, an anomalous origin of the left circumflex coronary artery was detected, originating from a separate stenotic ostium under the right coronary artery. A drug-eluting stent was implanted successfully, resulting in the patient's uneventful recovery. This case emphasizes the importance of careful examination of coronary angiography in cases of STEMI with an unclear culprit lesion, as it may lead to the identification of anomalous coronary arteries as the underlying cause of myocardial infarction. Proper diagnosis and treatment of patients with acute coronary syndromes require a thorough evaluation of coronary angiography.

AA174 | **Αξιολόγηση νεότερων δεικτών ηρεμίας για την εκτίμηση των στεφανιαίων στενώσεων**

Ε. Κλάδου¹, Ε. Σκαλίδης¹, Δ. Λεμπιδάκης¹, Σ. Πετούσης¹, Ε. Ζάχαρης¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Ε. Μαντζορογιώργου², Ε. Σιδεράς¹, Ι. Φραγκιαδουλάκης¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, Δ. Ανδριάνης¹, Α. Ηλιάκη¹, Ε. Μανουσάκης¹, Μ. Χαμηλός¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

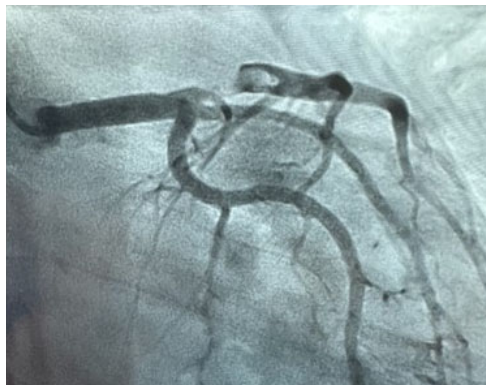
Εισαγωγή Η λειτουργική αξιολόγηση των στεφανιαίων βλαβών, οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα σε σχέση με την αγγειογραφική εκτίμηση. Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) είναι ο πλέον καθιερωμένος δείκτης σε αυτό το πεδίο. Το RFR (resting full-cycle ratio) αποτελεί έναν πιο πρόσφατο δείκτη ηρεμίας που επίσης χρησιμοποιείται για τη λειτουργική αξιολόγηση μιας βλάβης μέσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Σκοπός Στόχος της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση της τιμής του FFR με το RFR σε ασθενείς με χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο και ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεις. **Υλικά και Μέθοδος** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 183 ασθενείς (198 στενώσεις), που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Οι μετρήσεις έγιναν με Abbott Pressure Wires. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR, ενώ το RFR υπολογίστηκε στις 28. **Αποτελέσματα** Η μέση τιμή από τις μετρήσεις FFR ήταν $0,83 \pm 0,06$. Οι αντίστοιχες τιμές για το RFR ήταν $0,9 \pm 0,05$. Η συσχέτιση μεταξύ FFR και RFR ήταν στατιστικά σημαντική ($r=0,64$, $p<0,001$). Όταν το FFR θεωρήθηκε το gold standard για την εκτίμηση της σοβαρότητας μιας βλάβης η διαγνωστική ακρίβεια του RFR ήταν στο 75%. Το RFR απέτυχε τη σωστή ταξινόμηση του 25% των στενώσεων, υποεκτιμώντας τη σοβαρότητα στο 14% αυτών. **Συμπεράσματα** Ο δείκτης FFR εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το RFR. Όταν το FFR θεωρήθηκε το gold standard για την εκτίμηση της σοβαρότητας μιας βλάβης το RFR απέτυχε να ταξινομήσει σωστά το 25% των στενώσεων.

AA175 | **Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD) with Thrombus Formation in a Postpartum Patient**

Π. Αρβαντιδής¹, Π. Καλαμάτα¹, Ν. Πλατογιάννης¹, Δ. Πλατογιάννης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD) is a relatively rare but increasingly recognized cause of acute coronary syndrome, predominantly affecting young women. It accounts for a significant proportion of acute coronary events in women under the age of 50, com-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

prising approximately 35-45% of cases in this demographic. Pregnancy-associated Spontaneous Coronary Artery Dissection (P-SCAD) is the most common cause of myocardial infarction in pregnant and post-partum patients. **Case:** We report the case of a 35-year-old Caucasian woman at two weeks post-partum with a normal BMI and dyslipidemia who presented to our hospital with acute chest pain. The pain woke her up from sleep and was associated with symptoms of numbness in arms, sweating, and back pain. Electrocardiographic (ECG) ischemic changes were present, cardiac troponin levels were elevated, and the coronary angiogram revealed occlusion with thrombus formation in the left ascending coronary artery. **Results-management:** Upon confirmation of the diagnosis through coronary angiography, primary angioplasty was performed, leading to a highly favorable outcome with TIMI 3 blood flow restoration. Primary angioplasty, or percutaneous coronary intervention (PCI), is recommended as the preferred revascularization strategy in specific patients, particularly those with significant coronary artery involvement and occlusion, especially when the left main coronary artery or the proximal part of the left ascending coronary artery is affected. **Conclusion:** Most cases of pregnancy-associated Spontaneous Coronary Artery Dissection occur in the third trimester or early postpartum period, although Spontaneous Coronary Artery Dissection can also occur as early as 5 weeks of gestation or several months to a year after childbirth, especially in women who are still breastfeeding. The left main or left anterior descending artery is commonly affected in these cases. Prompt recognition, accurate diagnosis, and appropriate management are crucial in optimizing outcomes for Spontaneous Coronary Artery Dissection patients. In this case, emergency coronary angiography confirmed the presence of Spontaneous Coronary Artery Dissection with occlusion in the proximal part of the left anterior descending coronary artery.

AA176 | **Preliminary data για την επίπτωση κοιλιακής μαρμαρυγής μετά από σύγκλιση ανοικτού ωοειδούς τρήματος**

Π. Κωστάκης¹, Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης², Κ. Αζναουρίδης², Ι. Νταλακούρας¹, Κ. Αγγέλη², Α. Βαλατσου²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Στο κέντρο μας (ΓΝΑ Ιπποκράτειο) πραγματοποιείται πληθώρα επεμβάσεων δομικής καρδιολογίας, συμπεριλαμβανομένης της σύγκλισης ανοικτού ωοειδούς τρήματος σε ασθενείς με κρυπτογενές εγκεφαλικό επεισόδιο. Από την παρακολούθηση των ασθενών αυτών μετά την σύγκλιση παρατηρείται αυξημένη επίπτωση παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται απο 2-6%. Τελευταίες μελέτες που έχουν δημοσιευτεί πρόσφατα δείχνουν ότι ίσως η πραγματική επίπτωση να είναι τελικά αρκετά μεγαλύτερη. Στην δική μας, μέχρι τώρα καταγραφή παρατηρείται σημαντικά αυξημένο ποσοστό >5% (5/11 ασθενείς). Το τρέχον ερευνητικό πρωτόκολλο έχει σαν στόχο να συμπεριλάβει 80 ασθενείς.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες II**Πρόεδροι: **Ε. Χαμόδρακα** (Αθήνα), **Θ. Γκόσιος** (Θεσσαλονίκη)

AA177 | Η επίδραση της ταφαμίδης στην καρδιαγγειακή γήρανση σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη-Μία μελέτη παρατήρησης
**Δ. Δελιαλής¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Δ. Δελιαλής¹,
Λ. Αγγελιδάκης¹, Φ. Θεοδωρακάκου¹, Ι. Πετρόπουλος¹,
Μ. Ε. Τσελεγγίδη¹, Γ. Ζέρβας¹, Α. Δημουλά¹, Ρ. Πάτρας¹,
Χ. Κωνσταντάκη¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Π. Μανιφάβα¹, Α. Κυριαζοπούλου¹,
Ι. Τρουγάκος¹, Α. Μπριασούλης¹, Μ.Α. Δημόπουλος¹, Ε. Καστρίτης¹,
Κ. Σταματελόπουλος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ

Ιστορικό: Η σποραδική καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (wtATTR) είναι μια νόσος που σχετίζεται με την ηλικία, με δυσμενή πρόγνωση και συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης. Η ATTR ενδέχεται να επιβαρύνει την αγγειακή λειτουργία και να επιταχύνει την αγγειακή γήρανση. Η ταφαμίδη, ένας νέος παράγοντας που σταθεροποιεί το τετραμερές της TTR βελτιώνει την πρόγνωση της wtATTR, ενώ είναι άγνωστο αν επιδρά στις διαδικασίες αγγειακής γήρανσης. **Σκοπός:** Να αξιολογηθεί η επίδραση της θεραπείας με ταφαμίδη στους δείκτες της αγγειακής γήρανσης. **Μέθοδοι:** Οι ασθενείς με wtATTR που έλαβαν ταφαμίδη παρακολούθηθηκαν προοπτικά κατά την έναρξη της θεραπείας, 3, 6 μήνες και 1 έτος για μη επεμβατικούς δείκτες αγγειακής γήρανσης, συμπεριλαμβανομένης της αρτηριακής σκληρίας μέσω της ταχύτητας του παλμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), και δείκτες που προέρχονται από την ανάλυση του σφυγμικού κύματος και συγκρίθηκαν με ηλικιωμένους μάρτυρες χωρίς αμυλοείδωση (N=30, ηλικία>70 ετών), οι οποίοι επανεκτιμήθηκαν για την αγγειακή λειτουργία 1 έτος μετά την αρχική τους επίσκεψη. **Αποτελέσματα:** Είκοσι ένας ασθενείς με wtATTR που λάμβαναν ταφαμίδη ολοκλήρωσαν και τις 4 επισκέψεις. Η PWV μειώθηκε προοδευτικά σε σύγκριση με την αρχική τιμή, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων παρακολούθησης στους ασθενείς που έλαβαν ταφαμίδη [αρχική τιμή έναντι α) 3 μηνών: -0,95 μέση διαφορά (95%CI -1,73, -0,159) p-value=0,0121, β) έναντι 6 μηνών: -1,36 μέση διαφορά (95%CI -2,19, -0,54) p-value=0,0002, γ) έναντι 1 έτους: -1,08 μέση διαφορά (95%CI -2,03, -0,12) p-value=0,00214]. Η ομάδα ελέγχου ηλικιωμένων χωρίς αμυλοείδωση παρουσίασε σημαντική αύξηση της PWV μετά από 1 έτος σε σύγκριση με την αρχική τιμή (13,63 m/s έναντι 11,99 m/s, p=0,001 αντίστοιχα, ενώ η PWV ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα wtATTR μετά από 1 έτος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου παρά τη μικρότερη μέση ηλικία των τελευταίων (p for interaction=0,0089). Η αορτική συστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκε μετά από 6 μήνες θεραπείας, ενώ επέστρεψε στα αρχικά επίπεδα μετά από 1 έτος [mixed model analysis, αρχική τιμή έναντι 6 μηνών -5,95 μέση διαφορά (95%CI -10,31, -1,60) p-value=0,007, αρχική τιμή έναντι 1 έτους -0,47 μέση διαφορά (95%CI -5,42, 4,49) p-value=0,854]. **Συμπέρασμα:** Τα παρόντα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ταφαμίδη μπορεί να καθυστερήσει την αγγειακή εκτός από την καρδιακή γήρανση σε ασθενείς με wtATTR.

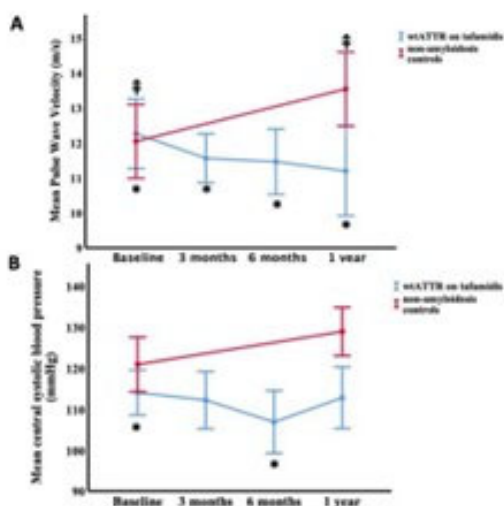
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Πίνακας 1. Βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρδιακή wtATTR και των ατόμων ελέγχου χωρίς αμυλοείδωση. Οι τιμές P-values προκύπτουν από το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τις συνεχείς μεταβλητές και το Fischer exact t-test για τις κατηγορικές μεταβλητές. Συντομογραφίες: : wtATTR= wild type transthyretin amyloidosis, BMI= body mass index, NYHA= New York Heart Association, eGFR= estimated glomerular filtration rate, Nt-pro-BNP= N-terminal natriuretic peptide, RAAS= renin-angiotensin system, MRAs= mineralocorticoid receptor antagonists, N/A= non applicable.

Μεταβλητή	wtATTR ασθενείς με ταφαμίδη (N=21)	Ομάδα ελέγχου χωρίς αμυλοείδωση (N=30)	P-value
Ηλικία (χρόνια)	80.57 (±5.34)	74.27 (±3.31)	0.001
Φύλο (άντρες)	18 (85.7%)	22 (73.3%)	0.071
BMI (kg/m ²)	27.38 (±10.93)	26.56 (±3.06)	0.743
Κάπνισμα/ πρώην καπνιστής (%)	7 (33.3%)	7 (23.3%)	0.522
Υπέρταση (%)	10 (47.6%)	23 (76.7%)	0.071
Δυσλιπιδαιμία (%)	12 (57.1%)	25 (83.3%)	0.100
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	2 (9.5%)	8 (26.7%)	0.279
Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (%)	5 (23.8%)	10 (33.3%)	0.542
Κολπική μαρμαρυγή (%)	9 (42.9%)	2 (6.7%)	0.004
NYHA class	2 (2-3)	N/A	N/A
Κρεατινίνη (mg/dL)	1.09 (±0.45)	0.92 (±0.26)	0.127
eGFR ml/min/1.73m ²	75.22 (±28.75)	75.95 (±38.8)	0.948
Nt-pro-BNP (pg/mL)	4697 (±6667.16)	N/A	N/A
B αποκλειστές (%)	15 (71.4%)	11 (36.7%)	0.019
Διουρητικά (%)	17 (81%)	6 (20%)	<0.001
ΑΜΕΑ (%)	7 (33.3%)	17 (58.6%)	0.148

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Στατίνες (%)	11 (52.4%)	13 (43.3%)	0.567
Ανταγωνιστές αλδοστερόνης (%)	9 (42.9%)	0	N/A
Αντιπηκτικά (%)	11 (52.4%)	1 (3.3%)	<0.0001

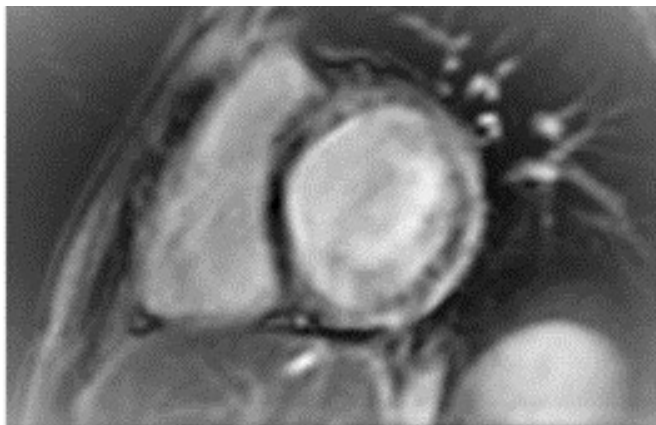


Εικόνα 1. Προοπτικές μεταβολές στην Α) PWV, Β) Κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση, στην ομάδα ασθενών με καρδιακή wtATTR (N=21) (μπλε γραμμή), σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου χωρίς αμυλοείδωση (N=30) (κόκκινη γραμμή). * Σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την αρχική τιμή για την ομάδα wtATTR (p-value < 0,05), ‡ σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με την αρχική τιμή για την ομάδα ελέγχου χωρίς αμυλοείδωση (p-value < 0,05). Οι ράβδοι σφάλματος αντιπροσωπεύουν το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου. Συντομογραφίες: wtATTR= σποραδική αμυλοείδωση από τρενσθυρετίνη, PWV= ταχύτητα σφυγμικού κύματος.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA178 | ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΣΗΣ ΜΕ SARS-COV-2 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENNE****Αικ. Παννακοπούλου¹, Α. Δ. Μπελεγρίνος¹, Μ. Τσότρα¹,
Μ. Κατσαλούλη², Ε. Καρανάσιος¹**¹ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφουμε τη διάγνωση μυοκαρδίτιδας σε ασυμπτωματικά παιδιά και εφήβους με Μυϊκή Δυστροφία Duchenne (DMD) μετά από ήπια νόσηση με COVID-19. Οι ασθενείς αυτοί παραπέμφθηκαν για μαγνητική τομογραφία (cMRI) λόγω ηλεκτροκαρδιογραφικών και ηχοκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, που δεν προϋπήρχαν της νόσησης με COVID-19. **ΥΛΙΚΟ:** Τέσσερις ασθενείς ηλικίας 6-12 ετών, με DMD, καλή κινητικότητα και χωρίς καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα υποβλήθηκαν σε καρδιακή αξιολόγηση <1 μήνα μετά τη διάγνωση νόσησης με COVID-19 με σκοπό να αποκλειστούν πιθανές καρδιακές επιπλοκές και επιβάρυνση της υποκείμενης νόσου. Όλοι υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ, υπερηχοκαρδιογράφημα, Holter ρυθμού και cMRI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο ΗΚΓ δύο ασθενείς εμφάνισαν εκτακτοσυστολική κοιλιακή αρρυθμιογένεση. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα (TEE) παρατηρήθηκε διάταση της αριστερής κοιλίας σε όλους τους ασθενείς, με μέτρια έως σοβαρή μείωση του κλάσματος εξώθησης (KE=45-55%). Η cMRI επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα και εντόπισε παρουσία σοβαρής φλεγμονής του μυοκαρδίου σε όλους τους ασθενείς με βάση την ασυνήθιστα αυξημένη αναλογία T2 του μυοκαρδίου, την όψιμη ενίσχυση γαδολινίου, τη φυσική χαρτογράφηση T1, τη χαρτογράφηση T2 και το κλάσμα εξωκυτταρικού όγκου. Αυτό συνδυάστηκε με τη ταυτόχρονη διαταραχή της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Σε όλες τις περιπτώσεις ξεκίνησε θεραπεία με ACEi, καρβεδιλόλη και επλερενόνη. Οι δύο από τους τέσσερις ασθενείς ανέπτυξαν στο Holter ρυθμού, στους επόμενους 6 μήνες επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας σε συνδυασμό με επιδείνωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας με EF<5-40% στο TEE. Στους ασθενείς αυτούς εμφυτεύτηκε προληπτικά βηματοδότης- απινιδωτής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, η εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας ασυμπτωματικών DMD ασθενών μετά από νόσηση με COVID-19 καταδεικνύει τη διαγνωστική αξία της cMRI στην ανίχνευση μυοκαρδίτιδας ώστε να υπάρχει έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA179 | Identification of a novel variant in the MYBPC3 gene associated with hypertrophic cardiomyopathy****N. Ταβερναράκης¹, I. Αναστασίου², A. Πατριανάκος², E. Λιναρδάκη¹, E. Τζαγκαράκη¹, A. Μπάτας¹, K. Φραγκιαδάκης², A. Πλευριτάκη², M. Πλατάκη², Φ. Παρθενάκης², Γ. Κοχιαδάκης²**¹ ΙΤΕ-IMBB² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM) constitutes the most common inherited myocardial disease and genetic testing is recommended in all affected individuals, primarily to facilitate identification of healthy family members at risk for developing the disease. Variants in the MYH7 and MYBPC3 genes account for the vast majority of known disease-causing mutations. The aim of this study was to assess the genetic background in a cohort of HCM patients from the island of Crete, Greece, and to investigate for potential mutational hotspot patterns, which are to be expected in island populations with relative geographical isolation.

Subjects and Methods: Blood sampling for genetic testing was performed in a total of 21 patients with an established diagnosis of HCM from 20 unrelated families; two patients were maternal half-siblings and were both treated as probands. Genomic DNA was analyzed using a commercially available targeted Next-Generation Sequencing (NGS) gene panel covering the complete coding sequence of 128 genes associated with cardiomyopathies and channelopathies. Pathogenic and/or likely pathogenic variants, as well as selected Variants of Uncertain Significance (VUS) were verified by Sanger Sequencing. Cascade genetic screening was subsequently performed in healthy and affected family members of probands with clinically relevant variants. **Results:** The results of our genetic studies are summarized in Picture 1. The two most prevalent variants in clinically relevant genes in our cohort were: i. A mutation of established pathogenicity in MYH7 gene, NM_000257:c.1063G>A p.(Ala355Thr), which was identified in 7/21 patients; ii. A novel variant in MYBPC3 gene, NM_000256: c.3784_3795del p.(Ala1262_Glu1265del), present in 6/21 patients, including the 2 maternal half-siblings of our cohort. It is noteworthy that all 5 families in which the MYBPC3 variant was detected are of proximal geographic origin, indicating a mutational hotspot as well as a possible founder effect of this variant in the Cretan population. **Discussion:** Our study revealed 2 mutational HCM hotspots, one of which involved a MYBPC3 variant that is not reported in dbSNP or ClinVar databases, and is absent in GnomAD database. The latter variant results in an in-frame deletion in the cardiac Myosin Binding Protein C, in particular in the C10 immunoglobulin domain, which facilitates interaction with titin and light meromyosin. The variant was initially classified as a VUS according to ACMG guidelines. However, the fact that it was the sole variant in genes with established causative association with HCM detected in patients with definite diagnosis of the disease from 5 unrelated families of proximal geographic origin within the island of Crete provides convincing evidence regarding the variant's disease-causing potential. This is reinforced by the results of family cascade screening, whereby it was present in all affected family members of the probands.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Gene	Variant	Classification	N of probands	N of Ph+/Gen+ family members (cascade screening)	N of Ph-/Gen+ family members (cascade screening)	N of Ph-/Gen- family members (cascade screening)	N of Ph+/Gen- family members (cascade screening)
MYH7	NM_000257:c.1063G>A p.(Ala355Thr)	Likely pathogenic	7	4	4	6	0
MBPC3	NM_000256:c.3784_3795del p.(Ala1262_Glu1265del)	VUS per ACMG guidelines; proposed upgrade to likely pathogenic	6	4	3	12	0
MBPC3	NM_000256:c.1483C>T p.(Arg495Trp)	Likely pathogenic	1	1	1	6	0
MBPC3	NM_000256:c.624G>C p.(Gln208His)	VUS	1	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	No clinically relevant variant detected	N/A	6	N/A	N/A	N/A	N/A

Legend: Ph+: Phenotype-positive; Ph-: Phenotype-negative, Gen+: Genotype-positive;

Gen-: Genotype-negative; VUS: Variant of uncertain significance; N/A: Non-applicable

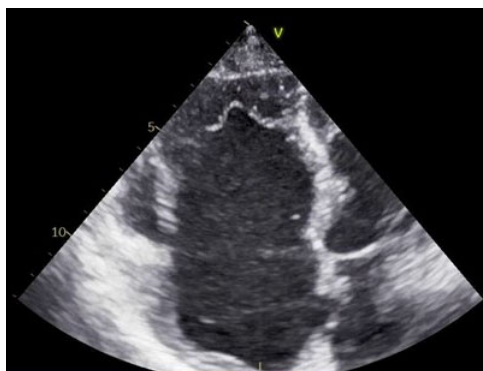
AA180 | Μια αναπάντεχη αιτία οξείας δύσπνοιας σε ηλικιωμένο ασθενή
**Ε. Τάτσης¹, Ι. Παπαδόπουλος¹, Κ. Παπαδόπουλος¹, Α. Σακελλαροπούλου¹,
 Δ. Οικονομίδης¹, Α.Ε Καλέση¹, Κ. Π. Γκινή¹, Γ. Μανώλης¹, Χ. Φλωροπούλου¹,
 Σ. Νικολιδάκης¹, Α. Μανώλης¹, Ι. Τσιαφούτης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
 Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ανωμαλία Ebstein είναι μία σπάνια συγγενής μυοκαρδιοπάθεια, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσπλασία της τριγλώχινας βαλβίδας. Τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, ενώ διαφέρουν αναλόγως του βαθμού της ανωμαλίας. Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίασης είναι να τονίσει την υψηλή κλινική υποψία που πρέπει να έχουμε απέναντι σε σπάνιες αιτίες δύσπνοιας, ακόμη και όταν εκείνες δεν συνάδουν με την ηλικία των ασθενών. **Υλικό/Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα 84 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, η οποία προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αιτώμενη δύσπνοια προοδευτικά επιδεινούμενη από εβδομάδος με συνοδά οιδήματα κάτω άκρων. Κατά την παραμονή της στο ΤΕΠ η ασθενής ήταν αερομετρικά επηρεασμένη (SatO₂ 80%, Fi O₂ 21%), ήπια ταχυπνοϊκή (22 αναπνοές/λεπτό) και απύρετη, με παρουσία οιδημάτων στα κάτω άκρα και διατεταμένες σφαγιτίδες. Διενεργήθη

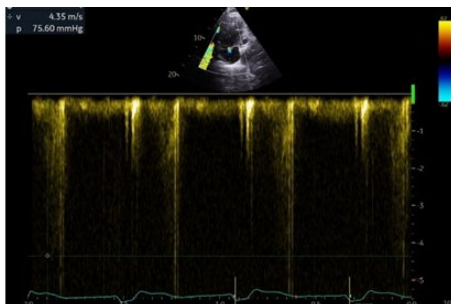
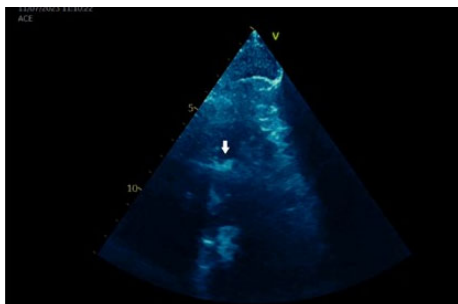
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με αποκλεισμό δεξιού σκέλους και εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με αυξημένη τιμή BNP. Η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε μεγάλη διάταση του δεξιού κόλπου, σημαντική ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας, με έλξη και καθήλωση (tethering) των γλωχίνων και μετατόπιση της διαφραγματικής γλωχίνας προς την κορυφή της δεξιάς κοιλίας, καθώς και αυξημένες διαστάσεις στην κάτω κοίλη φλέβα, ενώ δεν υπήρχαν ευρήματα συμβατά με αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία πνευμονικών αρτηριών με την οποία αποκλείστηκε η πιθανότητα πνευμονικής εμβολής, ενώ η διενέργεια διοισοφάγειας ηχοκαρδιογραφικής μελέτης επιβεβαίωσε τα ευρήματα της διαθωρακικής μελέτης. Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας της παρέμεινε άπυρρη με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής. Τέθηκε η διάγνωση της ανωμαλίας Ebstein και σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες επιλέχθηκε η συντηρητική αντιμετώπιση. Προ του εξιτηρίου η ασθενής εμφάνισε συγκοπτικό επεισόδιο με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και έγινε εμφύτευση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη. **Συμπεράσματα:** Σπάνια, κάποιες συγγενείς καρδιοπάθειες μπορεί να παραμείνουν αδιάγνωστες για χρόνια και να προκαλέσουν συμπτώματα σε μεγάλη ηλικία, όπως συνέβη στη συγκεκριμένη ασθενή. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ανωμαλία Ebstein μπορεί να επιπλακεί με διαταραχής αγωγής του συστήματος. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι σε κάποιους ασθενείς η διάγνωση μπορεί να αποτελεί έκπληξη.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023AA181 | **HACEK endocarditis in a Melody valve; a rare but hazardous complication****Σ. Μ. Αγγελοπούλου¹, Α. Κωτσάκης¹, Ε. Φαρδούλης¹, Ε. Μπαλταγιάννη¹, Θ. Ζέγκος¹, Α. Αρβανιτάκη¹, Β. Καμπερίδης¹, Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Aim: The percutaneous pulmonic valve implantation (PPVI) has emerged as an alternative to the surgical reconstruction of the right ventricular outflow tract (RVOT). Up until now the outcomes data have illustrated excellent procedural success. However, one of the most important long-term complications of the PPVI is infective endocarditis (IE), with the risk amplifying at least over the first three years after implantation. **Methods and results:** We present a case of a 26-year-old Caucasian male with repaired truncus arteriosus and a history of prior mechanical aortic valve replacement 18 years ago and Melody valve implantation (MPVI) in the pulmonary valve position 5 years ago. He presented to our hospital with one episode of low-grade fever one month ago and anaemia of 6 months duration. On cardiac examination there was a harsh, pan-systolic murmur in the left upper sternal border. The laboratory data was notable for an elevated CRP and an N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-pro BNP) of 800 pg/ml. An echocardiogram 10 months ago demonstrated mild right ventricular (RV) to pulmonary artery (PA) mild conduit stenosis (peak gradient 35mmHg) whereas the current echocardiogram illustrated mobile echodense masses detected inside the Melody Valve causing severe conduit stenosis (peak gradient 78mmHg). RV was hypertrophic and marginally dilated (RVinlet 4,3 cm, RVOT 2,9 cm). Blood cultures were positive for an unusual organism, *cardiobacterium hominis*, and therefore, patient was diagnosed with HACEK bioprosthetic Melody valve endocarditis (PVE) based on the modified Duke criteria (echo densities on pulmonary valve considered as vegetations and microbiological cultures meeting major criteria). The patient received a 6-week treatment with ceftriaxone and remained afebrile. He is currently under monitoring for further surgical intervention to address the valve dysfunction. **Conclusions:** Complications from percutaneous pulmonic valve implantation (PPVI) are seldom but essential to understand. The risk factors for (IE) of Melody valve include male gender, older age, cutaneous infections and prior history of IE before implantation. A high index of suspicion for IE should be observed after MPVI. Patients should be advised for lifelong prophylaxis after MPVI. In case of IE, surgery should be considered for valve dysfunction or no clinical improvement in spite of medical treatment.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA182 | **Μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου Gerbode: μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή χειρουργικής αποκατάστασης μεσοκοιλιακής επικοινωνίας**
Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Π. Βαλάκη¹, Δ. Ράπτης¹, Α. Δεστούνης², Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς², Ν. Λάμα³, Σ. Δεσποτόπουλος⁴, Σ. Αποστολοπούλου⁴, Ν. Τζιώλας¹, Ε. Μπράχος¹, Κ. Τσατίρης¹

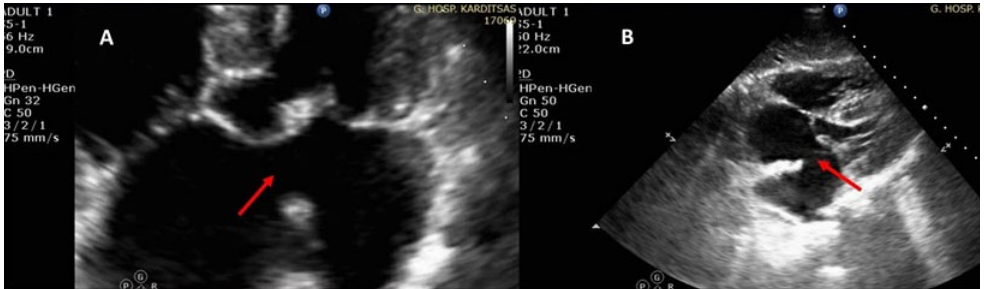
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

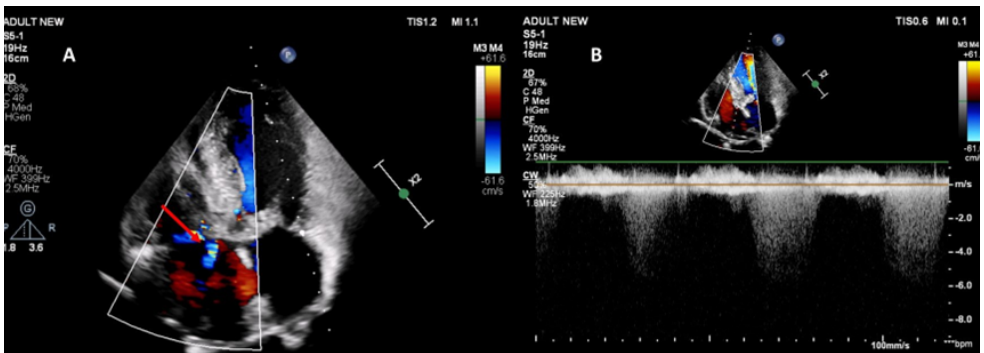
³ Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επικοινωνία τύπου Gerbode αποτελεί μια σπάνια επικοινωνία που επιτρέπει τη ροή αίματος από την αριστερή κοιλία (ΑΚ) στο δεξιό κόλπο (Δκ). Παρά το γεγονός ότι κατατάσσεται κυρίως ως συγγενής καρδιοπάθεια, ο αριθμός των επίκτητων περιστατικών είναι σαφώς μεγαλύτερος. Η επίκτητη μπορεί να είναι ιατρογενής, έπειτα, είτε από καρδιοχειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση αορτικής/ μιτροειδούς βαλβίδας, σύγκλιση μεσοκοιλιακής/μεσοκοιλιακής επικοινωνίας) είτε από διαδερμικές καρδιακές παρεμβάσεις (κατάλυση κολποκοιλιακού κόμβου, μυοκαρδιακή βιοψία, τοποθέτηση δακτυλίου τριγύλινας) και μη ιατρογενής με κύριο εκπρόσωπο τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα. **Υλικό/ Μέθοδος:** Παρουσιάζεται περιστατικό του Παιδοκαρδιολογικού Ιατρείου και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του νοσοκομείου μας με μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου Gerbode, έπειτα από χειρουργική αποκατάσταση πρωτογενούς μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. **Αποτελέσματα:** Το περιστατικό αφορά σε άνδρα, 47 ετών, με ατομικό ιστορικό χειρουργηθείσας πρωτογενούς μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και σχισμής (cleft) πρόσθιας γλωχίνας μιτροειδούς βαλβίδας προ έτους, ο οποίος προσήλθε προγραμματισμένα στα πλαίσια ετήσιας παρακολούθησης. Η διαθωρακική μελέτη (TTE) ανέδειξε ΑΚ φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με ικανοποιητική συνολική συστατικότητα, δεξιά κοιλία οριακών πλέον διαστάσεων με καλή συστατικότητα, εικόνα χειρουργικής επιδιόρθωσης πρόσθιας μιτροειδικής γλωχίνας και παρουσία εμβάλωματος στην περιοχή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, χωρίς ανάδειξη υπολειπόμενης επικοινωνίας. Με τη συμβολή του έγχρωμου Doppler αναδείχθηκε μετρίου βαθμού ανεπάρκειας και των δυο κολποκοιλιακών βαλβίδων, χωρίς σημεία πνευμονικής υπέρτασης, ενώ αποκαλύφθηκε μικρή, αιμοδυναμικά μη σημαντική, περιοριστική επικοινωνία μεταξύ ΑΚ και Δκ, τύπου Gerbode, με αριστερο-δεξιά ροή. Ακολούθησε διοισοφάγειος μελέτη, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία Gerbode επικοινωνίας και τα λοιπά ευρήματα της διαθωρακικής μελέτης, ενώ αποκλείστηκε υπολειπόμενη μεσοκοιλιακή επικοινωνία με τη χορήγηση αναδευμένου φυσιολογικού ορού. **Συμπεράσματα:** Η χειρουργική παρέμβαση για συγγενή καρδιοπάθεια αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία ιατρογενούς επικοινωνία Gerbode, με συνθεστέρα εξ αυτών την σύγκλιση μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Στην βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μόνο δύο ακόμα περιστατικά με Gerbode μετά από χειρουργηθείσα μεσοκοιλιακή επικοινωνία και σχισμή μιτροειδούς. Η δε διάγνωση της αποτελεί μία πρόκληση με τη διοισοφάγειος μελέτη καθώς η διαφυγή αίματος κατά τη διάρκεια της συστολής ως αποτέλεσμα σημαντικής διαφοράς πίεσης μεταξύ ΑΚ και ΔΚ μπορεί λανθασμένα να εκληφθεί ως τριγύλινη ανεπάρκεια.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Εικόνα 1: Προεχειρητική ΤΤΕ. Πρωτογενής μεσοκοιλιακή επικοινωνία (βέλη)



Εικόνα 2: Α. Gerbode επικοινωνία (βέλος) Β. Περιοριστική επικοινωνία

AA183 | Περιστατικό SVASD (Sinus Venosus Atrial Septal Defect) με συνοδό ανώμαλη εκβολή της δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας στην άνω κοίλη φλέβα

Β. Τάσση¹, Χ. Δημαρη¹, Α. Κοτζαρίδης¹, Γ. Παπιγγιώτης¹, Ι. Χαβελές¹, Δ. Σταλίκας¹, Η. Ν. Παπαδοπούλου¹

¹ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Τα ελλείμματα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (atrial septal defect- ASD) αντιπροσωπεύουν την δεύτερη σε συχνότητα συγγενή ανωμαλία, με επίπτωση 10-17% σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Το έλλειμμα του φλεβώδους κόλπου ASD προς την άνω κοίλη φλέβα (superior SVASD) είναι μια σπάνια παραλλαγή, η οποία αποτελεί το 5% όλων των ελλειμμάτων του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και συχνά συνυπάρχει με μερική ή πλήρη ανώμαλη εκβολή των πνευμονικών φλεβών προς τον δεξιό κόλπο. **Παρουσίαση περιστατικού:**

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Περιγράφουμε περιστατικό το οποίο νοσηλεύθηκε στην Καρδιολογική κλινική αιτώμενη δύσπνοια στην ελάχιστη προσπάθεια από μηνός. Πρόκειται για ασθενή 41 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε παράδοξο διχασμό του S2 και το ΗΚΓ ατελές RBBB. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε σοβαρή διάταση δεξιών κοιλοτήτων με καλή συσταλτικότητα (EF RV = 53%), διατηρημένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας, σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση, συστολικό και διαστολικό D-shape του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, σημεία ενδεικτικά υπερφόρτωσης όγκου και πίεσης της RV. Δεν σημειώνεται ενδοκαρδιακή διαφυγή και επικοινωνία στο χρώμα Doppler, ούτε αιμοδυναμικά σημαντική ανεπάρκεια από την πνευμονική βαλβίδα. Η αναλογία πνευμονικής προς συστηματική ροή αίματος (Qp:Qs) ήταν 2. Εν συνεχεία διενεργήθηκε TOE το οποίο ανέδειξε εικόνα μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με ροή αριστερά προς τα δεξιά, τύπου Superior Venous ASD. Ελέγχθησαν οι πνευμονικές φλέβες οι οποίες εκβάλλουν στον αριστερό κόλπο πλην της δεξιάς άνω που εκβάλλει στην άνω κοίλη φλέβα. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, που ακολούθησε, επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα. Η ασθενής τρεις μήνες αργότερα, υποβλήθηκε σε επιτυχή χειρουργική αποκατάσταση με αυτόλογο περικαρδιακό εμφύλωμα στο ASD και αποκατάσταση ροής της πνευμονικής φλέβας στο αριστερό κόλπο μέσω του ASD. **Συμπεράσματα-Συζήτηση:** Το SVASD είναι μια σπάνια διαταραχή που μπορεί να διαλάθει της διάγνωσης. Επισημαίνεται πως η ανεξήγητη υπερφόρτωση όγκου της δεξιάς κοιλίας, μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη για τη διάγνωση του SVASD.

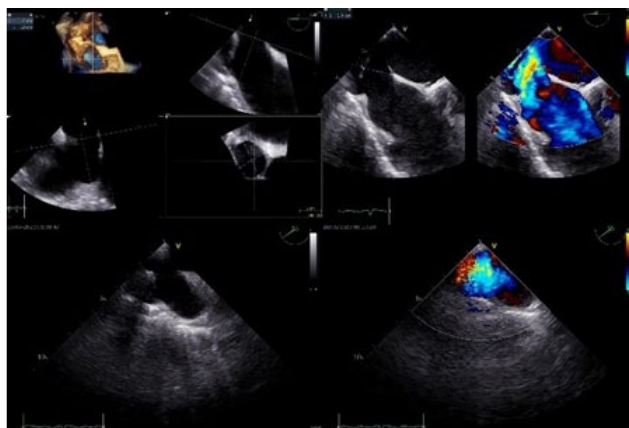


IMAGE 1 A, B TOE 0 ο ροή από αριστερά προς τα δεξιά και 3 D απεικόνιση του ελλείμματος C, D TOE 35ο ανώμαλη έκφυση δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας

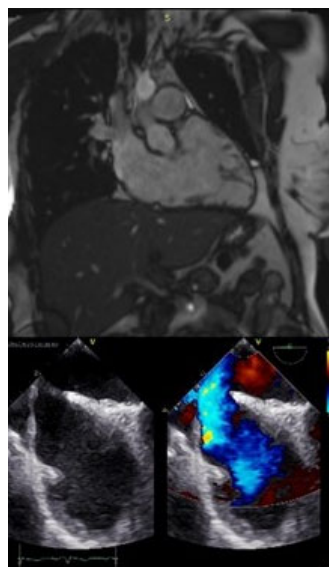


IMAGE 2 A. Ανώμαλη έκφυση δεξιάς άνω πνευμονικής από MRI καρδιάς B . TOE 0ο Ανώμαλη έκφυση δεξιάς άνω πνευμονικής

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA184 | Αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά περικαρδίτιδας χωρίς συνυπάρχοντα αποκλεισμό σκέλους στο ΗΚΓ, σε ασθενείς με Χρονεία Νεφρική Ανεπάρκεια****Σ. Παπάζογλου¹, U. Jaffer¹, M. Aslam¹, N. Standfield¹**¹ Vascular Surgery Dept., Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, U.K.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η Χρονεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) αποτελεί αιτία μερικής ή/και ολικής αναπηρίας ανα τον κόσμο στις μέρες μας. Το ανθρώπινο περικάρδιο μπορεί να αποτελεσει πιθανή εστία επιπλοκών σε ασθενείς με χρόνιες νεφρικές βλάβες. Τα χαρακτηριστικά ευρήματα στο ΗΚΓ για τη διάγνωση της περικαρδίτιδας υπερκαλύπτονται αρκετές φορές από εν μέρει αποκλεισμούς του δεξιού ή/και του αριστερού σκέλους στο δεμάτιο του His. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας σε χρόνιους νεφροπαθείς που εκδηλώνουν φλεγμονή στο περικάρδιο όταν το ΗΚΓ τους δεν εμφανίζει διαταραχές αγωγιμότητας στο δεμάτιο του His. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** 403 ασθενείς (219 άνδρες, 184 γυναίκες) με ΧΝΑ, συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 53 - 77 έτη. Η κλινική αξιολόγηση των ασθενών βασίστηκε σε ΗΚΓ, αιματολογικές εξετάσεις και κοιλιογραφίες. Για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας υπολογίστηκε η αναλογία BUN:Cr και κρίθηκε παθολογική όταν >, ενώ για την εκτίμηση των επιπτώσεων της περικαρδίτιδας έγιναν μετρήσεις των διαστολικών πιέσεων του αριστερού κόλπου (ΔΠΑΚ) όπου και κρίθηκαν παθολογικές όταν > mmHg. Για την επεξεργασία του συνόλου των δεδομένων έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και ANOVA. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως μεσες τιμές ± SD και οι τιμές των έγιναν αποδεκτές όταν $p < 0.05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα κλινικά δεδομένα αναλύθηκαν σε 403 ασθενείς (219 άνδρες, 184 γυναίκες) με Χρονεία Νεφρική Ανεπάρκεια και παρουσία περικαρδίτιδας χωρίς συνοδό εν μέρει αποκλεισμούς σε σκέλος του δεματίου His. 94 (23.3%) ασθενείς εμφάνισαν αναλογία BUN:Cr 29.4 ± 7.9 και ΔΠΑΚ 22.9 ± 2.7 mmHg. 103 (25.6%) ασθενείς εμφάνισαν αναλογία BUN:Cr 38.1 ± 6.2 και ΔΠΑΚ 24.3 ± 1.9 mmHg. 99 (24.6%) ασθενείς εμφάνισαν αναλογία BUN:Cr 47.8 ± 9.6 και ΔΠΑΚ 26.4 ± 1.6 mmHg. 107 (26,5%) ασθενείς εμφάνισαν αναλογία BUN:Cr 76.4 ± 11.1 και ΔΠΑΚ 28.2 ± 2.1 mmHg. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως παρουσία περικαρδίτιδας σε ασθενείς με ΧΝΑ η αναλογία BUN:Cr ($p < 0.0001$) δύναται να προσδιορίζει την αύξηση των ΔΠΑΚ όταν στο ΗΚΓ δεν εμφανίζονται σκελικοί αποκλεισμοί ($p < 0.0001$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι ασθενείς με ΧΝΑ που παρουσιάζουν περικαρδίτιδα και στο ΗΚΓ δεν εμφανίζονται εν μέρει αποκλεισμοί σκέλους έχουν σημαντικώς αυξημένες ΔΠΑΚ όταν η αναλογία BUN:Cr είναι παθολογικά αυξημένη.

AA185 | Γενετικές μυοκαρδιοπάθειες με οξεία κλινική παρουσίαση σε νοσηλεύομενους καρδιολογικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς**Θ. Τσάμπρας¹, Α. Μήκα¹, Α. Κολοβού¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Α. Μήλιου¹, Θ. Κατσιμίχας¹, Γ. Λάζαρος¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Εισαγωγή/Σκοπός Ο επιπολασμός των μυοκαρδιοπαθειών σε νοσηλεύόμενους καρδιολογικούς ασθενείς με οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα παραμένει άγνωστος και συχνά υποδιαγνωσμένος. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) είναι πολύτιμο εργαλείο για την αρχική διάγνωση και εκτίμηση ασθενών με πιθανή μυοκαρδιοπάθεια. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναλύσουμε τον επιπολασμό σπάνιων μυοκαρδιοπαθειών σε ασθενείς με οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα που υποβλήθηκαν σε CMR κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. **Υλικό και μέθοδος** Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε αναζήτηση του αρχείου των απεικονιστικών εξετάσεων του Ιπποκρατείου Γ.Ν.Α.. Καταγράφηκαν όλες οι μαγνητικές καρδιάς από την στιγμή εγκατάστασης του μαγνητικού τομογράφου στο νοσοκομείο έως και τον Μάρτιο του 2023 και επιλέχθηκαν για περαιτέρω ανάλυση οι CMR μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην οξεία φάση σε νοσηλεύόμενους καρδιολογικούς ασθενείς. Στόχος ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός των μυοκαρδιοπαθειών σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών. Η διάγνωση τέθηκε σε κάθε περίπτωση με βάση τα ευρήματα της CMR. Επιπλέον, μελετήθηκαν ο επιπολασμός των επιμέρους τύπων μυοκαρδιοπαθειών καθώς και τα επίπεδα βιοδεικτών (λ.χ. τροπονίνη I, NT-proBNP, C αντιδρώσα πρωτεΐνη) σε αυτούς τους ασθενείς. **Αποτελέσματα** Από την αναζήτηση των απεικονιστικών αρχείων προέκυψαν 99 μαγνητικές τομογραφίες καρδιάς οι οποίες διενεργήθηκαν στο εν λόγω χρονικό διάστημα σε νοσηλεύόμενους καρδιολογικούς ασθενείς. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι 3/10 (33%) των CMR μελετών ήταν ενδεικτικές υποκείμενης μη ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας. Η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια αποτέλεσε την συχνότερα διαγνωσκόμνη κλινική οντότητα (~4/10 ή 36% μεταξύ του συνόλου των μυοκαρδιοπαθειών), ενώ η δεύτερη πιο συχνά ευρισκόμνη μυοκαρδιοπάθεια ήταν η αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια (ARVC/ALVC, ~2/10 ασθενείς ή 24%). Μεταξύ ασθενών με παρουσία ως επεισόδιο μυοκαρδίτιδας, σε ~2/10 ασθενείς (22%) η CMR ήταν ενδεικτική ύπαρξης υποκείμενης αρρυθμογόνου μυοκαρδιοπάθειας. Επιπλέον, ασθενείς που προσήλθαν με στηθάγχη (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries-MINOCA), ~2/10 (15%) είχαν CMR ευρήματα συμβατά με αρρυθμογόνου μυοκαρδιοπάθεια (ARVC/ALVC). **Συμπεράσματα** Η διαθεσιμότητα της CMR εντός ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη διάγνωση περιστατικών μυοκαρδιοπάθειας σε ασθενείς που προσέρχονται με οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα.

AA186 | Αμυλοείδωση σε ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση που υποβάλλονται σε διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας
M. Ιωαννίδης¹, X. Ευτυχίου¹, Π. Αβρααμίδης¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Εισαγωγή/ Σκοπός Η αορτική στένωση είναι η συχνότερη από τις βαλβιδοπάθειες και συναντάται συχνότερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Ο επιπολασμός της είναι 3% σε άτομα πάνω από 75 ετών και προκαλείται από την ασβέστωση και σκλήρυνση διπτευχων ή τρίπτυχων αορτικών βαλβίδων. Είναι η συχνότερη βαλβιδοπάθεια για την οποία ο ασθενής καταλήγει ή να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε διαδερμική αντικατάσταση βαλβίδας. Η καρδιακή αμυλοείδωση είναι διηθητική νόσος που οφείλεται στην εξωκυττάρια εναπόθεση παθολογικά δομημένων πρωτεϊνών ή τμημάτων τους στο μυοκάρδιο. Θεωρείται σπάνια νόσος που προοδευτικά επι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

δεινώνεται, όμως πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν ότι έχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης, ότι υποδιαγιγνώσκεται και ότι η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε βελτίωση της πρόγνωσης λόγω της χορήγησης σύγχρονης φαρμακευτικής αγωγής. Οι συχνότεροι τύποι αμυλοειδωσης στη καρδιά είναι η AL και η ATTR (από τρανθουρετίνη). Η ATTR αμυλοειδωση χωρίζεται σε δυο τύπους, τον wild type (ATTRwt) που είναι η επίκτητη μορφή και την αμυλοειδωση ATTRn που έχει κληρονομικό υπόβαθρο. Ποσοστό 16-32% των ασθενών με σοβαρή αορτική στένωση νοσει και από καρδιακή αμυλοειδωση, κυρίως από την wild type. Ασθενείς με συνυπάρχουσα αμυλοειδωση φαίνεται να έχουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τους ασθενείς με αμιγή αορτική στένωση. Η παράλληλη, με την παρεμβατική αντιμετώπιση της αορτικής στένωσης, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αμυλοειδωση από τρανθουρετίνη πιθανό να βελτιώσει τη πρόγνωση και την κλινική εικόνα. **Υλικό και μέθοδος** Στο Καρδιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας από τη 1-1-22 διερευνούμε όλους τους ασθενείς που παραπέμπονται για διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας για τη πιθανότητα καρδιακής αμυλοειδωσης. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την καταγραφή των 101 περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν στη κλινική μας από 1-1-22 έως 31-12-22.

- Στη μελέτη συμμετέχουν όλοι οι ασθενείς άνω των 65 ετών με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας λόγω ασβέστωσης εκφυλιστικής αιτιολογίας, που παραπέμπονται στο Καρδιολογικό Τμήμα για διαδερμική αντικατάσταση.
- Η διάγνωση της σοβαρής αορτικής στένωσης και η απόφαση για χειρουργική ή παρεμβατική αντιμετώπιση βασίζεται στα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.
- Όλοι οι ασθενείς παραπέμπονται για εξετάσεις αίματος και ούρων για ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών και για σπινθηρογράφημα οστών. Σκοπός είναι να αποκλειστεί ή να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της καρδιακής αμυλοειδωσης με βάση τον αλγόριθμο της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Αποτελέσματα

TAVI and Amyloidosis.

Table 1. Patients' characteristics

Characteristic	All patients (101)	Amyloidosis (6)	No Amyloidosis (95)	P value
Age	79.2 +/- 6.1 (65-90)	78.8 +/- 6.2	79.3 +/- 6.2	0.872
Male sex	51.5% (52)	50% (3)	51.6% (49)	1.000
Heart failure	17.8% (18)	16.7% (1)	17.9% (17)	1.000
Previous Myocardial Infarction	10.9% (11)	33.3% (2)	9.5% (9)	0.127
CABG	7.9% (8)	0% (0)	8.4% (8)	1.000
Previous PCI	35.6% (11)	50% (3)	34.7% (33)	0.663
Permanent Pacemaker	11.9% (12)	16.7% (1)	11.6% (11)	0.541
Atrial Fibrillation	26.7% (27)	16.7% (1)	27.4% (26)	1.000
Previous Stroke	4% (4)	16.7% (1)	3.2% (3)	0.220
Carotid Artery Disease	4% (4)	0% (0)	4.2% (4)	1.000
Peripheral Vascular Disease	17.8% (18)	16.7% (1)	17.9% (17)	1.000
Pulmonary Hypertension	12.9% (13)	16.7% (1)	12.6% (12)	0.572
Chronic Lung Disease	24.8% (25)	16.7% (1)	25.3% (24)	1.000
Chronic Kidney Disease	28.7% (29)	33.3% (2)	28.4% (27)	1.000
Diabetes Mellitus	42.6% (43)	0% (0)	45.3% (43)	0.037
Smoking	6.9% (7)	0% (0)	7.4% (7)	1.000
Malignancy	22.8% (23)	33.3% (2)	22.1% (22)	0.617
History of Chest Radiation	4% (4)	0% (0)	4.2% (4)	1.000
Porcelain Aorta	5% (5)	0% (0)	5.3% (5)	1.000

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

TAVI and Amyloidosis.

Table 2. Baseline echocardiographic, CT, hematology and ECG data

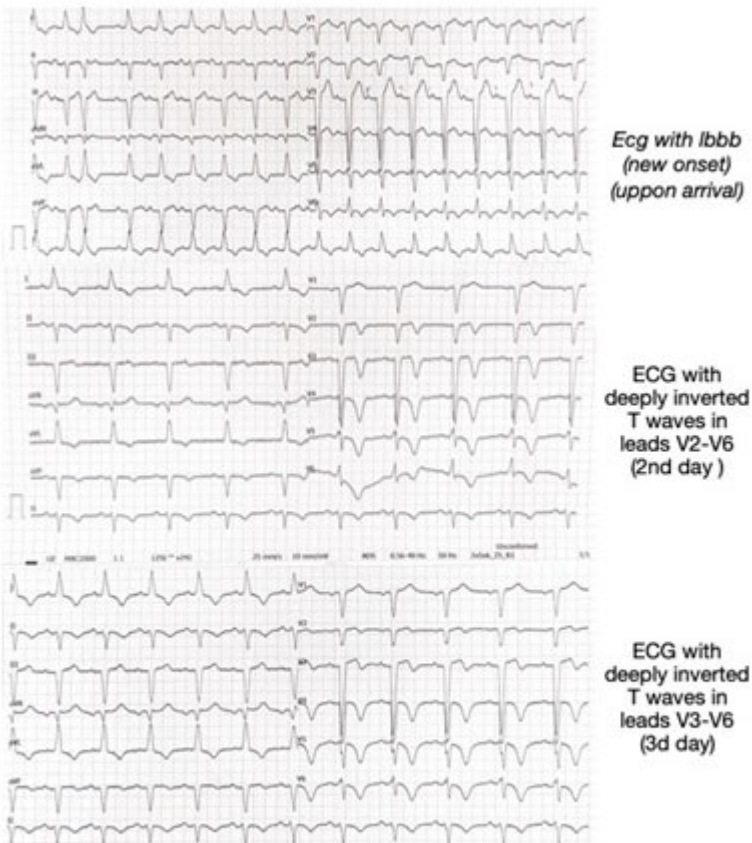
Data	All patients (101)	Amyloidosis (6)	No Amyloidosis (95)	p-value
Ejection Fraction (EF)-%	55.6+/-9.4	50%+/-7.8	55.9+/-9.4	0.136
Right Ventricle Systolic Pressure (RVSP)-mmHg	1.6+/-1.5	43.0+/-12.3	39.1+/-16.3	0.640
Peak Aortic Valve gradient-mmHg	66.7+/-25.3	47.0+/-8.0	67.7+/-25.5	0.111
Mean Aortic Valve gradient-mmHg	39.5+/-17.4	26.8+/-4.0	40.1+/-17.5	0.133
LV-Aorta pullback gradient-mmHg	47.0+/-19.2	31.8+/-15.0	48.1+/-19.1	0.044
AV Annular Area on CT-mm ²	437.8+/-83.5	434.3+/-83.2	438.0+/-84.0	0.917
AV annulus diameter on CT-mm	23.3+/-2.1	23.0+/-2.5	23.3+/-2.1	0.763
AV annulus perimeter on CT-mm	74.6+/-7.0	74.4+/-6.4	74.6+/-7.0	0.947
Hemoglobin-g/dL	11.8+/-1.7	12.7+/-0.9	11.8+/-1.7	0.487
Creatinine-mg/dL	1.6+/-1.5	0.99+/-0.1	1.6+/-1.6	0.568
First degree AV block	10.1% (10)	20.0% (1)	9.6% (9)	0.420
Left Bundle Branch Block	16.2% (16)	0% (0)	17.0% (16)	0.593
Right Bundle Branch Block	19.2% (19)	20% (1)	19.1 (18)	0.593
IVSEDD (Intraventricular septum end diastolic dimension)	11.1+/-2.2	11.0+/-2.4	11.1+/-2.2	0.946
PWFEDD (Posterior wall end diastolic dimension)	10.6+/-1.9	10.5+/-1.9	10.6+/-1.9	0.877

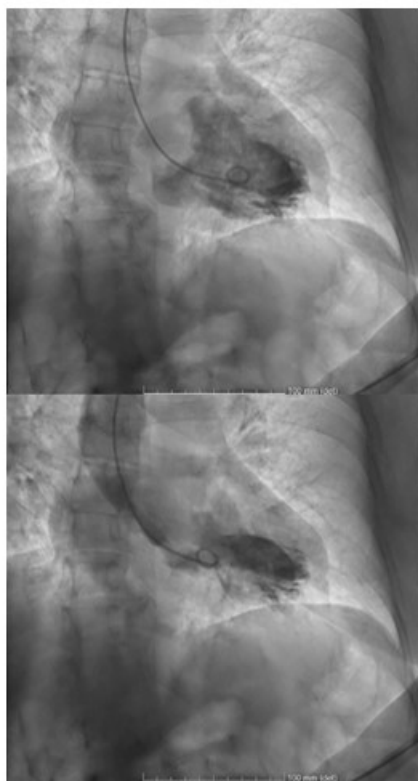
Συμπεράσματα Η επίπτωση στον πληθυσμό που υποβλήθηκε σε διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας στη διάρκεια ενός έτους είναι 6% κάτι που συμβαδίζει με παρόμοιες μελέτες που έχουν δημοσιευθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι κλασσικοί παράγοντες κινδύνου, ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου δεν διαφέρουν ανάμεσα στους ασθενείς που έχουν αμυλοείδωση σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν. Σημαντικό να σημειώσουμε ότι οι 4 από τους 6 ασθενείς που βρέθηκε να έχουν αμυλοείδωση δεν είχαν υπερτροφία των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας.

Παρουσίαση Περιστατικού IIΠρόεδροι: **Γ. Νικήτας** (Τρίπολη), **Ζ. Καλλινίκου** (Ηράκλειο)**AA187 | Takotsubo Cardiomyopathy with a new onset LBBB: a case report**
V. Cheilas¹, E. G. Tsetika², A. Saplouras¹¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**Aim/Objective:** The primary objective of this case report is to present a comprehensive analysis of a 66-year-old female patient who presented with chest pain and new onset left bundle

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

branch block (LBBB) and was subsequently diagnosed with Takotsubo cardiomyopathy. The report aims to underscore the challenges faced in diagnosing Takotsubo cardiomyopathy when complicated by the presence of LBBB. Furthermore, it emphasizes the critical importance of timely recognition and appropriate management in improving patient outcomes. **Materials and Methods:** The patient underwent a thorough diagnostic workup, which encompassed various diagnostic modalities, including electrocardiography, cardiac enzymes, chest X-ray, transthoracic echocardiography, cardiac catheterization, and cardiac magnetic resonance. The diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy was meticulously established based on a comprehensive evaluation of the patient's clinical presentation, supported by findings from electrocardiography, echocardiography, and magnetic resonance imaging. **Results:** The patient's clinical presentation was characterized by the sudden onset of chest pain, dyspnea, and diaphoresis, accompanied by new



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023Ventriculography
in diastoleVentriculography
in systole

onset LBBB and elevated cardiac markers. Transthoracic echocardiography revealed apical ballooning and hypokinesis of the left ventricular apex. Cardiac catheterization effectively excluded significant coronary artery disease with the ventriculography establishing the suspicion of the syndrome, while cardiac magnetic resonance further confirmed the diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy. The patient responded favorably to standard heart failure therapy, and follow-up echocardiography demonstrated near-complete recovery of left ventricular function prior to discharge. **Conclusions:** This case report underscores the imperative of considering Takotsubo cardiomyopathy as a differential diagnosis in patients presenting with acute chest pain and ECG abnormalities, even in the presence of new onset LBBB. The coexistence of new onset LBBB in the clinical presentation can pose diagnostic challenges, necessitating a thorough and systematic evaluation. Prompt recognition of this unique syndrome and appropriate management are essential in achieving positive

clinical outcomes. Further research efforts are warranted to advance our understanding of the underlying pathophysiology and to optimize the management strategies for Takotsubo cardiomyopathy, particularly in cases complicated by LBBB.

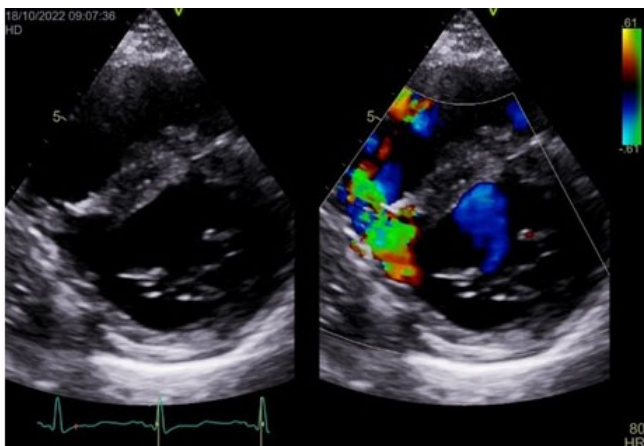
AA188 | Ενδιαφέρον περιστατικό όψιμης ρήξης μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που υποβλήθηκε σε πρωτογενή αγγειοπλαστική

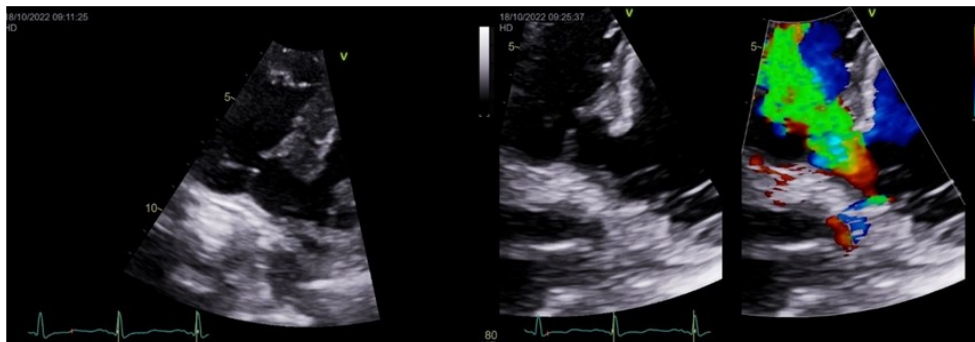
Α. Ε. Καλεση¹, Μ. Καρακώστα¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Κ. Νταλέκου¹, Δ. Ντιλούδη¹, Σ. Λιναρδάκης¹, Ν. Καραμηνάς¹, Ν. Μίαρης¹, Ν. Κάσιμος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Στην εποχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής οι μηχανικές επιπλοκές του εμφράγματος είναι ιδιαίτερα σπάνιες. Συνήθως διαπιστώνονται σε ηλικιωμένους ασθενείς με καθυστερημένη επαναμάτωση την πρώτη εβδομάδα μετά το έμφραγμα, ενώ η θνητότητα παραμένει υψηλή. **ΣΚΟΠΟΣ** Η παρουσίαση μιας όψιμης μετεμφραγματικής μηχανικής επιπλοκής σε ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που υποβλήθηκε σε πρωτογενή αγγειοπλαστική. **ΜΕΘΟΔΟΙ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 71 ετών η οποία νοσηλεύθηκε στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζανείου» με οπισθοκατώτερο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα στεφανιογραφία 150 λεπτά μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και πρωτογενή αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα που ακολούθησε ανευρέθηκε επηρεασμένη συνολική συσπαστικότητα της αριστερής κοιλίας με ακινησία οπισθοκατώτερου τοιχώματος και βασικού οπισθίου μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Η μετεπεμβατική της πορεία παρέμεινε ανεπίπλεκτη για τα επόμενα τρία 24ωρα και την τέταρτη ημέρα εξήλθε με οδηγία για τακτική καρδιολογική παρακολούθηση. Έξι μήνες αργότερα, στη διάρκεια των οποίων δεν είχε καμία καρδιολογική παρακολούθηση, προσέρχεται εκ νέου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με δύσπνοια προσπαθείας σταδιακά επιδεινούμενη από ημερών. Ακροαστικά εντοπίστηκε τραχύ συστολικό φύσημα σε όλο το προκάρδιο το οποίο δεν προϋπήρχε. Στη νέα διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη διαπιστώθηκε σημαντική λέπτυνση και ανευρυσματική διαμόρφωση του βασικού οπισθίου μεσοκοιλιακού διαφράγματος με παρουσία αιμοδυναμικά σημαντικής μεσοκοιλιακής επικοινωνίας (εικόνες 1,2 και 3) με το Qr/Qs να υπολογίζεται 2,3. Η δεξιά κοιλία εκτιμήθηκε διατεταμένη με συνοδό σοβαρή πνευμονική υπέρταση (συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας -70mmHg υπολογισμένη με τον τύπο Συστολική Αρτηριακή Πίεση - 4VVSD2). Η ασθενής τέθηκε σε διουρητική αγωγή και μετά την κλινική βελτίωσή της παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η μετεμφραγματική ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή επαναμάτωση είναι εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή, ειδικά όταν εμφανίζεται μήνες μετά το έμφραγμα. Οι περιοχές ουλής με ανευρυσματική διαμόρφωση στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα είναι περισσότερο ευάλωτες να υποστούν όψιμη ρήξη.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA189 | Ευμέγεθες ανεύρυσμα στελέχους πνευμονικής αρτηρίας χωρίς ρήξη: παρουσίαση περιστατικού και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
N. Ιωακείμης¹, Δ. Βαλασιάδης¹, Γ. Γκουντέλας², Π. Πέπης³, Κ. Μητρούση⁴, Π. Τόσιος³

¹ Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Καρδιολογική Κλινική

² Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Ακτινολογικό Τμήμα

³ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική

⁴ Διαγνωστικό Κέντρο «Υγεία Πτολεμαΐδας», Τμήμα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα της Πνευμονικής Αρτηρίας (ΠΑ) αποτελούν σπάνια κλινική οντότητα με εκτιμώμενη επίπτωση 1 στα 14.000 άτομα σε νεκροτομικές μελέτες. Δύνανται να είναι συγγενή ή επίκτητα. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη βέλτιστη διαχείρισή τους και η θεραπεία, φαρμακευτική ή χειρουργική, εξατομικεύεται κατά περίπτωση καθώς τα στοιχεία για τη φυσική τους εξέλιξη και πρόγνωση είναι περιορισμένα. **Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας ασθενής 77 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του οικείου δευτεροβάθμιου νοσοκομείου αιτιώμενος δύσπνοια προσπάθειας και αμβλύ οπισθοστερνικό ενόχλημα περίπου από εβδομάδος. Από το ατομικό του αναμνηστικό σημειώνονται: κάπνισμα 60 pack-years, αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή, δυσλιπιδαιμία υπό στατίνη, μέτριας βαρύτητας ΧΑΠ, γνωστό ανεύρυσμα ανιούσης αορτής και παλαιά φυματίωση. Κατά την απεικονιστική διερεύνηση, αρχικά υπερηχοκαρδιογραφικά και έπειτα σε αξονική αγγειογραφία αορτής (Εικόνες 1 και 2), εντοπίστηκε ανεύρυσμα του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας μέγιστης εγκάρσιας διαμέτρου 61 mm, χωρίς στοιχεία ρήξης. Ο ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική ως απορρυθμισο καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως και τα συμπτώματά του βελτιώθηκαν μετά από χορήγηση ενδοφλέβιων διουρητικών. Προσκόμισε παλαιά μαγνητική τομογραφία θώρακος η οποία διενεργήθηκε επτά έτη προ της νοσηλείας του και περιέγραφε το ανεύρυσμα του στελέχους της ΠΑ μέγιστης διαμέτρου 51-52 mm. Ζητήθηκε καρδιοχειρουργική εκτίμηση από τριτοβάθμιο κέντρο και αποφασίστηκε η συντηρητική αντι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

μετώπιση του ανευρύσματος στη βάση των συννοσηροτήτων του ασθενούς και της βραδείας αύξησης του μεγέθους του ανευρύσματος. **Συμπεράσματα:** Η διαχείριση των ανευρυσμάτων της ΠΑ απαιτεί προσέγγιση «ομάδας καρδιάς» λαμβάνοντας υπόψη τα συμπτώματα και τις συννοσηρότητες κάθε ασθενούς. Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία περιγράφονται ανευρύσματα της ΠΑ διαμέτρου από 35 - 100 mm και εύρος ηλικίας των ασθενών από 16 - 76 έτη, με την πλειοψηφία αυτών να αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Απαιτούνται περισσότερα δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες με σκοπό την κατάρτιση ενός τεκμηριωμένου θεραπευτικού σχεδίου με αποδεκτό προφίλ κινδύνου-οφέλους για κάθε ασθενή, ιδιαίτερα για τα ανευρύσματα ΠΑ χωρίς στοιχεία ρήξης.



AA190 | Έγκυος ασθενής με εκδήλωση μη τυπικής μορφής μυοκαρδιοπάθειας από στρες

Θ. Γεωργοπούλου¹, Μ. Στρατινάκη¹, Σ. Σταυράτης¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Γ. Αλετράς¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Γ. Γαριδας¹, Ε. Ρογδάκης¹, Π. Καφαράκης¹, Ε. Φουκαράκης¹, Ζ. Καλλινίκου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η κλινική προσέγγιση περιστατικού γυναίκας με εμφάνιση μη τυπικής μορφής μυοκαρδιοπάθειας από στρες των μεσαίων μυοκαρδιακών τμημάτων. **Υλικό και Μέθοδος/Αποτελέσματα:** Γυναίκα 39 ετών, έγκυος 40 εβδομάδων με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αρνητική καρδιακή λειτουργία εμβρύου. Έγινε πρόκληση τοκετού με γέννηση νεκρού εμβρύου και επακόλουθη μαιευτική αιμορραγία. Λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας, διενεργήθη απολίνωση μιτροειδικών αγγείων με επιτυχή έλεγχο της αιμορραγίας και σταθεροποίηση του αιματοκρίτη. Μετεγχειρητικά η ασθενής εμφάνισε έντονη δύσπνοια χωρίς τυπικό σθηταγχικό ενόχλημα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε ανάσπαση του ST διαστήματος περί τα 0,5mm στις κατωτεροπλάγιες απαγωγές.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκε άνοδος δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης (τροπονίνη: 1549 pg/ml, NTpro-BNP: 5157 pg/ml). Έγινε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη που έδειξε ακινησία όλων των μέσων τμημάτων με διατηρημένη συσταλτικότητα των κορυφαίων και βασικών τμημάτων αριστερής κοιλίας και μέτρια επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα (κλάσμα εξωθήσεως 40%). Η πιθανότερη διάγνωση θεωρήθηκε η μυοκαρδιοπάθεια από στρες (InterTAK score 74 - πιθανότητα 92,9% για την παρουσία του σύνδρομου). Τα επόμενα εικοσιτετράωρα έγινε επαναληπτική διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη που έδειξε βελτίωση της κινητικότητας των μεσων τμημάτων και συνολική βελτίωση της συστολικής λειτουργικότητας (ΚΕ 45-50%). Τέθηκε σε αγωγή με αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, β-αναστολέα και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Υπεβλήθη σε αξονική στεφανιογραφία με απουσία αιμοδυναμικά σημαντικών στενώσεων και αορτικού διαχωρισμού, επιβεβαιώνοντας έτσι την αρχική διάγνωση. Ένα μήνα αργότερα η ασθενής επανεκτιμήθηκε με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα που έδειξε αποκατάσταση των τμηματικών διαταραχών κινητικότητας και βελτίωση του κλάσματος εξωθήσεως. **Συμπεράσματα:** Η διαφορική διάγνωση του περιστατικού περιλάμβανε το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο λόγω διαχωρισμού των στεφανιαίων αγγείων καθώς και την μυοκαρδιοπάθεια της λοχείας. Η παρουσία σοβαρά επηρεασμένης συστολικής λειτουργικότητας και η προχωρημένη ηλικία εγκυμοσύνης θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν την ύπαρξη υποκείμενης μυοκαρδιοπάθειας. Ωστόσο η ύπαρξη έντονου συναισθηματικού και σωματικού στρες, η κατανομή των διαταραχών κινητικότητας με την συνοδό ηχοκαρδιογραφική εικόνα και το υψηλό interTAK score έθεσαν ισχυρή υποψία για παρουσία μυοκαρδιοπάθειας από στρες η οποία και επιβεβαιώθηκε με την αρνητική αξονική στεφανιογραφία και την ταχεία βελτίωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας.

AA191 | **Υβριδική Αποκατάσταση Μεγάλου Ανευρύσματος του Αορτικού Τόξου με Ξεχωριστή Αντικατάσταση των Αγγείων του Τόξου (Debranching) Χωρίς Εξωσωματική Κυκλοφορία και Ενδοαγγειακό Stent στην Κατιούσα Θωρακική Αορτή**

Χ. Τουρμούσογλου¹, Σ. Σισμανίδης¹, Δ. Χατζής², Ε. Σαμαρά³, Γ. Γραμματικός¹, Σ. Συμινελάκης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

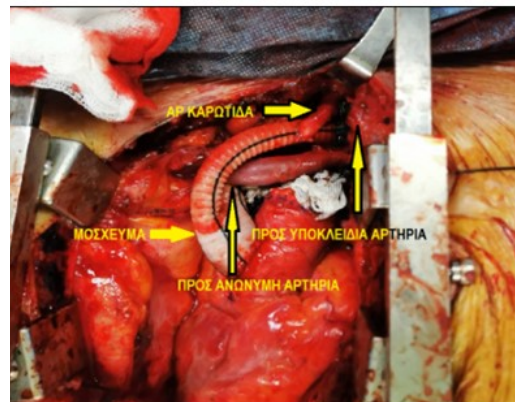
² ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

³ Α ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε το συγκεκριμένο περιστατικό με την υβριδική αποκατάσταση του γιγαντιαίου ανευρύσματος του αορτικού τόξου. Συνδυάζονται δύο τεχνικές. Δεν χρησιμοποιείται η εξωσωματική κυκλοφορία με κυκλοφορική παύση, η οποία συνοδεύεται από πληθώρα παρενεργειών και συνδυάζεται και με την ενδοαγγειακή αντικατάσταση της κατιούσας αορτής. **Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για ασθενή 52 ετών με γνωστό ανεύρυσμα του αορτικού τόξου, ο οποίος προσήλθε στην κλινική μας για εκλεκτική αποκατάσταση του ανευρύσματος. Από το

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ιστορικό αναφέρεται τροχαίο ατύχημα με σπληνεκτομή πριν 24 χρόνια. Οι διαστάσεις του ανευρύσματος του αορτικού τόξου ήταν 61X53 mm στο περιφερικό τμήμα του αορτικού τόξου προς τον ισθμό. Το ανεύρυσμα παρεκτόπιζε την αριστερή υποκλειδία αρτηρία και την αριστερή καρωτίδα. Η ανιούσα αορτή ήταν 32 mm και η αορτική βαλβίδα ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Επιλέχθηκε η υβριδική μέθοδος με ξεχωριστή αντικατάσταση των αγγείων του τόξου χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία. Χρησιμοποιήθηκε η εγκεφαλική οξυμετρία κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Πραγματοποιήθηκε μέση στερνοτομή και προέκταση προς την αρ.τραχηλική χώρα. Πραγματοποιήθηκε παρασκευή των αγγείων του αορτικού τόξου και απώθηση της ανωνύμου φλέβας. Χορηγήθηκε ηπαρίνη 10.000 μονάδες. Τοποθετήθηκε πλάγια λαβίδα αποκλεισμού της ανιούσας αορτής και χρησιμοποιήθηκε διχαλωτό μόσχευμα (18X9 mm, Le Maitre). Εκτελέστηκε η κεντρική αναστόμωση του μοσχεύματος στη μεσότητα της ανιούσας αορτής. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η τελικοτελική αναστόμωση του βραχιονοκεφαλικού στελέχους στον 1ο κλάδο του μοσχεύματος, αφού προηγήθηκε η απολίνωση του βραχιονοκεφαλικού στελέχους κεντρικά στο αορτικό τόξο. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η τελικοτελική αναστόμωση της αρ.υποκλειδίου αρτηρίας στο 2ο κλάδο του μοσχεύματος, αφού προηγήθηκε η απολίνωση της αρ.υποκλειδίου αρτηρίας κεντρικά στο αορτικό τόξο. Μετά πραγματοποιήθηκε η τελικοπλάγια αναστόμωση της αρ.κοινής καρωτίδας στον 2ο κλάδο του μοσχεύματος, αφού προηγήθηκε η απολίνωση της αρ.καρωτίδας αρτηρίας κεντρικά στο αορτικό τόξο. Όλες οι κεντρικές απολινώσεις έγιναν με συνεχή ραφή Prolene 4-0 με Teflon. Στη συνέχεια, η αγγειοχειρουργική ομάδα, διαμέσου της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας, τοποθέτησε ενδοαγγειακά στην κατιούσα θωρακική αορτή κωνικό ενδομόσχευμα της εταιρείας Ankura (stent graft) διαστάσεων [(38mm - 34 mm)-20 cm]. **Αποτελέσματα:** Ο ασθενής, μετά τη νοσηλεία στη μονάδα, μεταφέρθηκε στην κλινική και εξήλθε μετά 7ημερο σε αρίστη κατάσταση. **Συμπεράσματα:** Η υβριδική μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ανευρύσματα του αορτικού τόξου. Λιγότερες επιπλοκές, μικρότερος χειρουργικός χρόνος και ταχύτερη μετεχειρητική αποκατάσταση.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA192 | Καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (μετάλλαξη Pro24Ser): Ο πρώτος ασθενής στην Ελλάδα****I. Παναγιωτόπουλος¹, Ε. Παπαθεοδώρου², Α. Αναστασάκης², Π. Γούρζη², Ε. Καστρίτης³, Ζ. Κοντογεωργίου, Γ. Κούτσης, Γ. Καραδήμα, Μ. Κουτελού¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

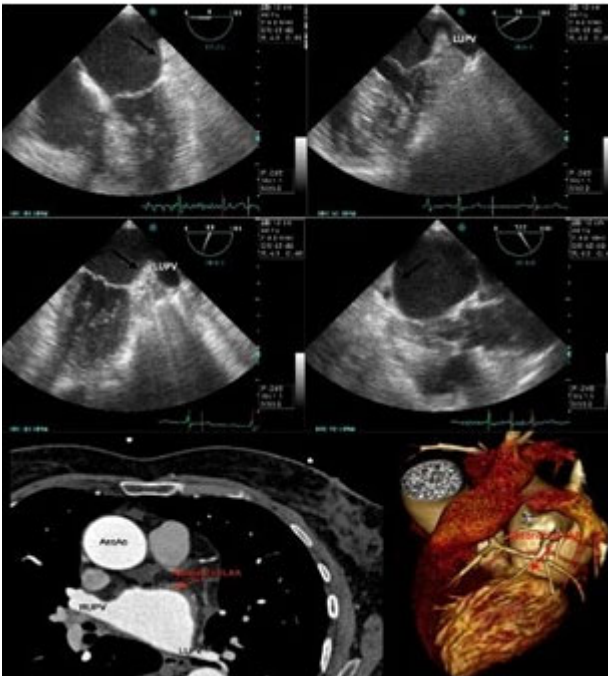
Εισαγωγή Η καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR-CA) είναι μια σπάνια και δυνητικά θανατηφόρος ασθένεια που προκαλείται από τη συσσώρευση ινιδίων τρανσθυρετίνης (TTR) στην καρδιά. Τα συμπτώματα της ATTR-CA είναι μη ειδικά και συχνά οδηγούν σε υποδιάγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της νόσου και τη θνησιμότητα. **Παρουσίαση περιστατικού** Άνδρας 73 ετών προσήλθε προς διερεύνηση λόγω δύσπνοιας (NYHA class III) στην προσπάθεια. Από το ιστορικό του έπασχε από περιφερική νευροπάθεια, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα άμφω, σπονδυλοδεσία και είχε οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε υπερτροφία αριστερής και δεξιάς κοιλίας, με πνευμονική υπέρταση, διαστολική δυσλειτουργία με περιοριστικό πρότυπο και εικόνα «sparkling». Από τις εργαστηριακές εξετάσεις ανευρέθηκε αυξημένη τιμή νατριουρητικών πεπτιδίων και ηπίως αυξημένη τιμή τροπονίνης ορού. Βάσει της κλινικής υποψίας, ο ασθενής υποβλήθηκε σε σπινθηρογράφημα οστών με Tc-99m DPD, το οποίο ανέδειξε ATTR-CA. Ακολούθησε ανάλυση αλληλούχισης γονιδίων TTR, η οποία αποκάλυψε τη σπάνια παθολόγο παραλλαγή p.Pro24Ser. Η τελική διάγνωση ήταν ATTR-CA που σχετίζεται με την παραλλαγή Pro24Ser TTR, μια εξαιρετικά σπάνια παραλλαγή, με λίγες μόνο περιπτώσεις να έχουν αναφερθεί παγκοσμίως. Ταυτόχρονα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος στην οικογένεια του ασθενούς ανέδειξε το ίδιο γονίδιο και σε έναν από τους δυο γιους του, χωρίς ο ίδιος να εκδηλώνει συμπτωματολογία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με tafamidis και inotersen, μαζί με αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και παρακολουθήθηκε προσοπτικά. Οι υπερηχογραφικοί δείκτες μυοκαρδιακής λειτουργίας παρέμειναν σταθεροί, αλλά η περιφερική νευροπάθεια του ασθενούς επιδεινώθηκε παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. **Συμπέρασμα** Το περιστατικό αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της κλινικής υποψίας για αμυλοείδωση. Η πολυσυστηματική συμπτωματολογία της νόσου, με καρδιακή και νευρολογική συμμετοχή, πρέπει να εγείρουν πάντα την υποψία της αμυλοείδωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το Tc-99m DPD σπινθηρογράφημα αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση της νόσου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA193 | ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗ ΩΤΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Χ. Τούντας¹, Δ. Καραγεώργου¹, Ν. Σμιγάδης¹, Δ. Μυτας¹, Μ. Μυλωνίδης¹,
Ε. Μπαλλας¹, Γ. Μοσχοβάκη¹, Α. Κίτσιου¹, Θ. Παπαφάνης¹¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Σισμανόγλειο Καρδιολογική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η συγγενής έλλειψη του ωτίου του αριστερού κόλπου είναι εξαιρετικά σπάνια. Η φυσιολογική λειτουργία του αριστερού κοιλιακού ωτίου δεν είναι καλά κατανοητή, ωστόσο αποτελεί σημαντική πηγή θρομβοεμβολής στην κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ). **ΥΛΙΚΑ/ΜΕΘΟΔΟΣ** Γυναίκα 75 ετών με ιστορικό υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και δύο επεισοδίων παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής με επιτυχή ηλεκτρική καρδιοανάταξη στο παρελθόν, χωρίς προηγούμενη καρδιαγγειακή επέμβαση, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αισθήματος παλμών. Στο ΗΚΓ των επειγόντων παρατηρείται κοιλιακή μαρμαρυγή 90bpm. Παρόλο που ήταν υπό αντιπηκτική αγωγή, παρατηρήθηκε ασυνέπεια στη δοσολογία την τελευταία εβδομάδα και προγραμματίστηκε μελέτη διοισφαγικής υπερηχοκαρδιογραφίας πριν από την ηλεκτρική καρδιοανάταξη. Αποκαλύφθηκε αμφικολπική διάταξη με παρουσία αυξημένης ηχοαντίθεσης χωρίς ενδοκαρδιακό θρόμβο, αλλά το ωτίο του αριστερού κόλπου δεν μπορούσε να απεικονιστεί σε συνηθισμένες όψεις ούτε μετά τη χορήγηση ενδοφλεβίως 250cc φυσιολογικού ορού. Δεδομένου ότι υπήρχαν ανησυχίες για νέο σχηματισμό θρόμβου ή για αγενεσία



ωτίου, η διαδικασία της καρδιοανάταξης εγκαταλείφθηκε και πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία καρδιάς που επιβεβαίωσε την εξαιρετικά σπάνια κατάσταση της συγγενούς απουσίας ωτίου αριστερού κόλπου. Το ωτίο του αριστερού κόλπου αναπτύσσεται την τρίτη εβδομάδα της εμβρυογένεσης και είναι η πιο κοινή θέση σχηματισμού θρόμβου στην κοιλιακή μαρμαρυγή, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90%. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την ανάγκη αντιπηκτικής αγωγής σε αυτούς τους ασθενείς και λόγω της μη συμμόρφωσης της ασθενούς σε αυτή την αγωγή, επιλέξαμε να σταματήσουμε την αντιπηκτική αγωγή. Ως γνωστόν, η σύγκλιση του ωτίου του αριστερού κόλπου, που προσομοιάζει παθοφυσιολογικά με την συγγενή έλλειψη

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

του ωτίου του αριστερού κόλπου, χρησιμοποιείται θεραπευτικά προκειμένου να εξαλειφθεί ο κίνδυνος θρομβοεμβολής, αποφεύγοντας έτσι τη χρήση της αντιπηκτικής αγωγής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η συγγενής έλλειψη ωτίου του αριστερού κόλπου είναι μια σπάνια πάθηση. Μια προσέγγιση απεικόνισης πολλαπλών τρόπων είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη του τελικού συμπεράσματος στις περισσότερες περιπτώσεις, δεδομένων των συνηθισμένων περιορισμών οποιασδήποτε μεμονωμένης μεθόδου. Άλλες σχετιζόμενες καρδιακές ανωμαλίες έχουν αναφερθεί σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση. Σε περίπτωση συγγενούς έλλειψης ωτίου, η διαχείριση της ανάγκης για αντιπηκτική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή δεν αναφέρεται στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες και η τελική απόφαση θα εξαρτηθεί από την κρίση του θεράποντος ιατρού.

AA194 | ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ 25 ΕΤΩΝ ΜΕ NSTEMI

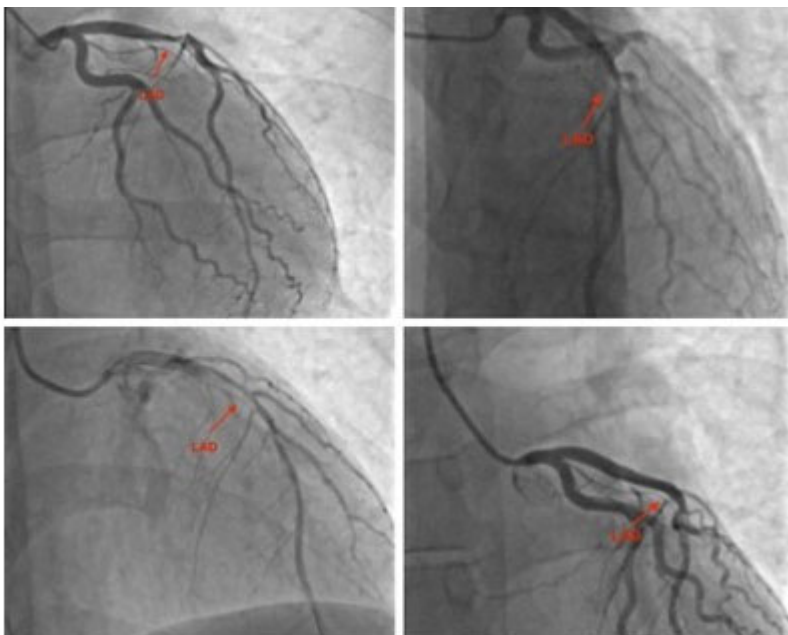
Γ. Ματθαίουπουλος¹, Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Δ. Νικητόπουλος¹, Χ. Μαντής¹, Ν. Λαζίλι¹, Κ. Βασιλειάδης¹, Α. Λιόδη¹, Α. Τσαντούλας¹, Ν. Καυκάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση είναι ένα σπάνιο μυελουπερπλαστικό νόσημα, που χαρακτηρίζεται από μονοκλωνικό πολλαπλασιασμό αιμοποιητικών βλαστοκυττάρων, που εκδηλώνεται κλινικά με υπερπαραγωγή αιμοπεταλίων. Οι ασθενείς αυτοί έχουν την τάση να εμφανίζουν θρομβοεμβολικά επεισόδια, με την επίπτωση των καρδιαγγειακών επιπλοκών να κυμαίνεται μεταξύ 4-21%. Οστόσο η θρόμβωση και η απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, που οδηγεί σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, είναι σπάνια. **Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 25 ετών με ατομικό ιστορικό καπνίσματος, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους με συνοδό δύσπνοια από δύο ημερών. Από το ΗΚΓ εισαγωγής παρατηρήθηκαν διφασικά Τ στις προκάρδιες απαγωγές με συνοδό αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης. Παράλληλα από τη γενική αίματος παρατηρήθηκε υπέρμετρη αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων >6 /μL. U/S Καρδιάς: EF:55% χωρίς εμφανείς εμβολικές ή περικαρδιακή συλλογή. Λήψη Απόφασης: Λόγω της επιμονής των συμπτωμάτων, της περαιτέρω αύξησης της Hs-Trop και του υψηλού αριθμού των αιμοπεταλίων αποφασίστηκε η διενέργεια στεφανιογραφίας. Ο έλεγχος των στεφανιαίων αρτηριών ανέδειξε ραγείσα αθηρωματική πλάκα, εγγύς στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο που προκαλούσε απόφραξη 80% οπότε και τοποθετήθηκε επιτυχώς ένα stent. Ταυτόχρονα υπεβλήθη σε πλήρη αιματολογικό έλεγχο όπου ανεδείχθη οικογενής ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση με μετάλλαξη W515L του εξονίου 10 του γονιδίου MPL, ενώ ήταν αρνητικός για τη σημειακή μετάλλαξη V617F στο γονίδιο JAK2. Ταυτόχρονα ανεδείχθη ετερόζυγος για τη μετάλλαξη του γονιδίου προθρομβίνης (Factor II ή Prothrombin 20210A). Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη, ροσουβαστατίνη και ΑΜΕΑ λόγω του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, καθώς και σε χαμηλή δόση ριβαροξαμπάνης σε συνδυασμό με υδροξυουρία, με στόχο τη μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων καθώς και την πρόληψη νέου θρομβοεμβολικού επεισοδίου λόγω της ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης. Σε ένα follow-up 7 μηνών ο ασθενής μας παραμένει ασυμπτωματικός με σημαντική πτώση του αριθμού των αι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

μοπεταλίων. **Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση ασθενών με ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση είναι απαραίτητη καθώς δύναται να αποτρέψει καταστροφικές θρομβωτικές επιπλοκές, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αναζητώντας τη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα μόνο περιστατικά όπου απαιτήθηκε αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών στα πλαίσια οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ενώ ταυτόχρονα δεν υπάρχει ομοφωνία ή κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την ορθή διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής σε αυτούς τους ασθενείς.



AA195 | A rare case of concomitant aortic hematoma rupture and massive pulmonary embolism. A double emergency.

**Χ. Θεοδοσοπούλου¹, Ε. Σιδηροπούλου¹, Α. Ι. Χαλδούπης¹, Γ. Φώτος¹,
Σ. Αλεξανδρής¹, Μ. Μπονέτη¹, Ε. Τερόλι¹, Ζ. Προγκάκη¹, Μ. Μουρατίδου¹,
Ι. Καράλης¹, Α. Σακελλαροπούλου¹, Π. Σεραφείμ¹, Μ. Αγγελάκη¹,
Α. Χρήστου¹, Ν. Μπουρμπούλης¹, Κ. Φλέσσα¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Aim The aortic intramural hematoma (IMH) in the aortic root is less common compared to other locations but it is more often complicated with rupture and poor outcome. Mas-

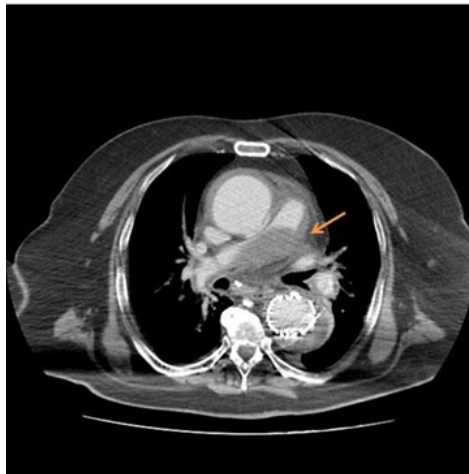
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

sive pulmonary embolism (PE) has high mortality rate per se. We present a case that suffered from both, IMH and PE, leading to management dilemma. **Case report** A 80-year-old male with a history of Thoracic Endovascular Aortic Repair (TEVAR) for descending aortic aneurysm 10 months ago, coronary artery disease and COPD, presented at emergency department with hypotension, severe chest pain and shortness of breath for the last 3 days. On admission, ECG was normal and the levels of troponin and D dimmers were elevated (258pg/ml - normal <8pg/ml and 33 μ g/ml- normal <0.50 μ g/ml respectively). Bedside echocardiography revealed moderate pericardial effusion (1.6cm) with signs of compression of the right chambers and no aortic valve regurgitation. Computed tomography- angiography of the aorta pointed out aortic root hematoma and rupture posteriorly towards the left sinus of Valsava accompanied with extravasation to the pericardium and massive pulmonary embolism with extensive filling defects in the common pulmonary artery. The decision that was made was not to treat the PE and refer the patient immediately to surgery. **Conclusion** Both IMH complicated with rupture and PE are medical emergencies, needing completely different treatment strategy. It is highly possible that PE came first, causing anxiety and pain to the patient that led to blood leaking in the media of the aortic root creating the intramural hematoma. The proximal location of IMH has been regarded as an independent predictor of progression to rupture. Concomitant complicated aortic hematoma and pulmonary embolism might be uncommon but their co-existence impose a major treatment dilemma and they are associated with worst outcome.

Figure 1
CT scan of aortic root rupture

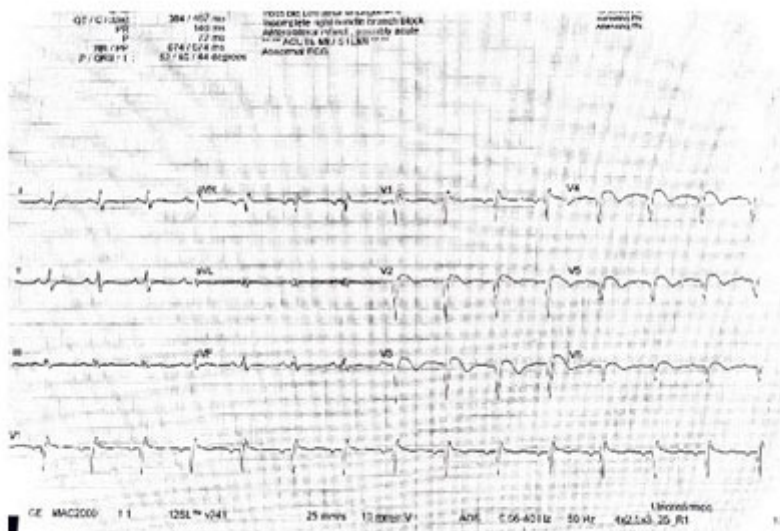


Figure 2
CT scan of pulmonary arteries filling defects



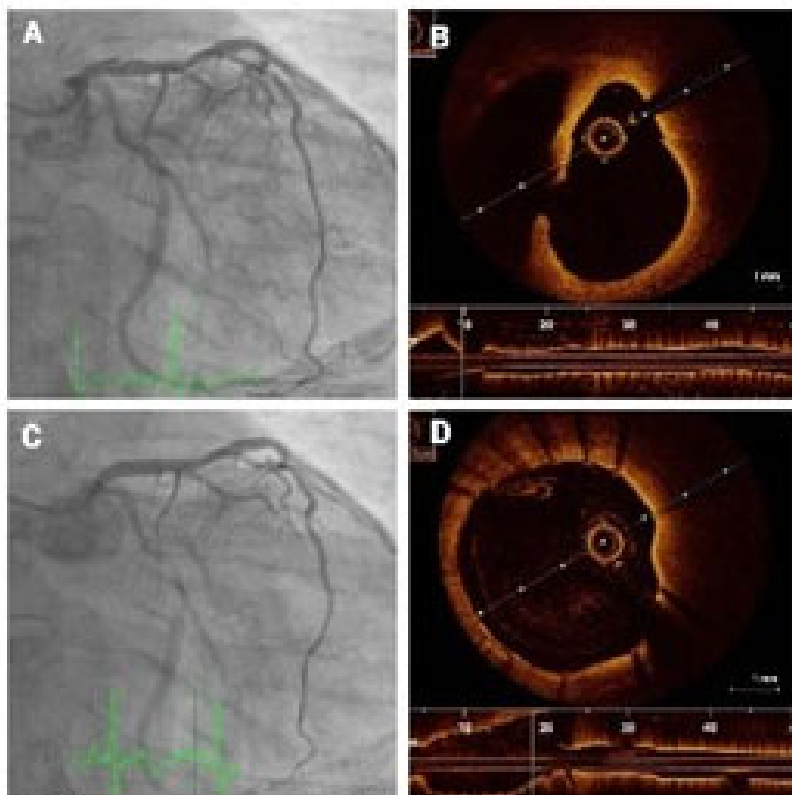
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023
AA196 | Traumatic coronary artery dissection due to blunt chest trauma in a young man
N. Βλαντ¹, Ε. Διαμαντάκης¹, Δ. Κοντογιάννη¹, Α. Κωτσάκης¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ
 Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

We present the case of a 43-year-old man, smoker, with a history of pulmonary embolism (PE) 15 years ago, after surgery, who presented to the emergency department of a remote district hospital after a motorcycle accident. On arrival, the patient was hemodynamically stable. He underwent a full-body computed tomography (CT) scan showing a very small subdural hemorrhage, without pericardial hemorrhage, haemothorax or pneumothorax. Due to mildly decreased level of consciousness, Glasgow coma score (GCS) 13/15, he was admitted to the hospital for observation. He remained asymptomatic and stable, until 10th day, when he developed a syncopal attack. The electrocardiogram (ECG) showed sinus rhythm with QS waves and slight ST elevation in leads V2-V5. He had a CT pulmonary angiogram showing massive PE, and repeat the brain CT with no signs of subdural hemorrhage. He was immediately started on anticoagulation therapy and was transferred to our hospital for further treatment. Upon admission to our cardiac department the patient was asymptomatic. The ECG remained unchanged (Fig.1). In the patient's initial blood test, troponin concentration was 887 ng/l (normal values <2 ng/l). The transthoracic echocardiogram showed a severe hypokinesia in the anterior and apical septal left ventricular wall, with an estimated ejection fraction of 40%. The patient was led to the cath lab, where coronary angiography showed a long dissection flap in the proximal left anterior descending artery (LAD) (Fig. 2A). We decided to use OCT just to confirm the diagnosis. The OCT clearly showed



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

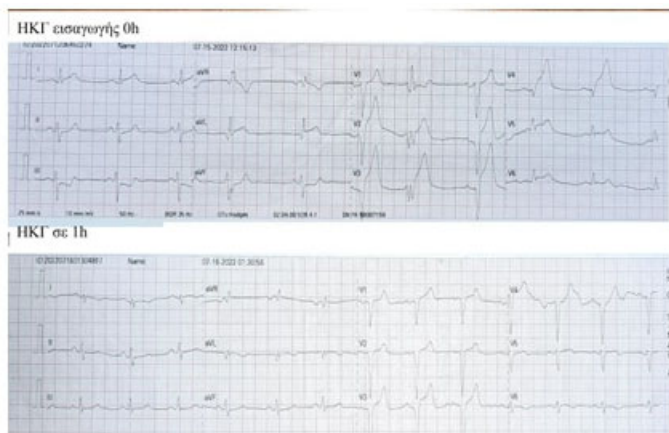
the dissection flap and a very large intramural hematoma in the proximal LAD (Fig. 2B). The final diagnosis was traumatic coronary artery dissection. We decided to perform percutaneous coronary intervention (PCI) with the guidance of OCT. A drug-eluting stent (DES) (4x16mm) was directly implanted (Fig. 2C). Repeat OCT revealed a satisfactory final angiographic result, with good stent deployment (Fig. 2D). The patient received medical treatment with clopidogrel, apixaban (for his massive PE), an ACE inhibitor, beta blocker and statin. 5 days post intervention, he was discharged home on the same medication. This case highlights the significance of early recognition of traumatic coronary dissection due to any type of blunt chest trauma, for the appropriate management and prevention of poor unexpected outcomes.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**AA197 | Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ως πρώτη εκδήλωση έλλειψης αντιθρομβίνης III****B. Νεύρας¹, X. Κατσιούλης¹, N. Μηλαράς², Π. Καρακάσης³, E. Κοϊμψίδου¹, Γ. Γκουντή¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Ασθενής, άρρεν, 30 ετών με καταγωγή από το Πακιστάν, προσήλθε αιτώμενος οπισθοστερνικό άλγος διάρκειας 2 ωρών, με αντανάκλαση στη ράχη και συνοδό εφίδρωση. Ο ασθενής παρουσίαζε ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Ο ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος (ΗΚΓ) κατέδειξε ανάσπαση ST στις απαγωγές I, aVL, V1-V4, με κατοπτρικές κατασπάσεις στις κατώτερες απαγωγές (εικ. 1). Ο ηχωκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε εκτεταμένη ακινησία κορυφής με κλάσμα εξώθησης 35%, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίασε κινητροποίηση μυοκαρδιακών ενζύμων. Τέθηκε, επομένως, η διάγνωση του οξέος διατοχωματικού προσθίου εμφράγματος του μυοκαρδίου. Έγινε φόρτιση με ασπιρίνη 325mg, τικαγρελόρη 180mg, 5.000IU κλασσικής ηπαρίνης και οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, με το άλγος να έχει υφεθεί πλήρως και το ΗΚΓ να εμφανίζει σημαντική βελτίωση (εικ.1). Ο στεφανιογραφικός έλεγχος κατέδειξε μια ενδιάμεση βλάβη στο εγγύς τμήμα του προσθίου κατιόντα κλάδου, με ροή TIMI 3, για την οποία συστήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση (εικ. 2). Λόγω της νεαρής ηλικίας ανεύρεσης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) στον ασθενή, απεστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας, με ανεύρεση μειωμένης δραστηριότητας αντιθρομβίνης III (AT III). Ο ασθενής εξήλθε λαμβάνοντας διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και συστήθηκε, μετά από 12 μήνες, συνέχιση μονής και παρακολούθηση από αιματολόγο για πιθανή έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Χορηγήθηκε πλήρης αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ συστήθηκε τακτική καρδιολογική παρακολούθηση και έλεγχος θρομβοφιλίας σε όλη την οικογένεια. **Συζήτηση** Η AT III είναι ένας φυσιολογικός αναστολέας του καταρράκτη της πήξης- η μείωση της οποίας αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για θρόμβωση, με τις φλεβικές θρομβώσεις να απαντώνται συχνότερα από τις αρτηριακές. Η ανεπάρκεια της AT III μπορεί να είναι συγγενής ή



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

επίκτητη, ενώ ποικίλες καταστάσεις μπορεί να σχετίζονται με μείωση της δραστηριότητάς της (κίρρωση του ήπατος, γαστρεντερική νόσος, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, αντισυλληπτικά δι-σκία). Η συγγενής έλλειψη AT III επηρεάζει μόλις το 0,02-0,2% του γενικού πληθυσμού. Η θεραπεία της νόσου στηρίζεται κυρίως στην αντιπηκτική αγωγή για τις φλεβικές θρομβώσεις (νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά ή ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ-προτιμητέα), με την ασπιρίνη να αποτελεί επιπρόσθετη επιλογή σε υποτροπιάζουσες αρτηριακές θρομβώσεις. **Συμπεράσματα** Η ανεύρεση ΟΣΣ σε νεαρά άτομα, χωρίς σημαντικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, πρέπει πάντα να εγείρει την υποψία θρομβοφιλίας. Η έλλειψη AT III αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια θρομβοφιλία, που δεν πρέπει ωστόσο, να διαλάθει της προσοχής των ιατρών.

AA115 | Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός επαγόμενος από την άσκηση

Δ. Οικονομίδης¹, Κ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Τάσης¹, Σ. Νικολιδάκης¹,

Α. Σακελλαροπούλου², Γ. Μανώλης¹, Κ. Κούβελας¹, Ι. Παπαδόπουλος¹,

Ι. Τσιαφούτης¹

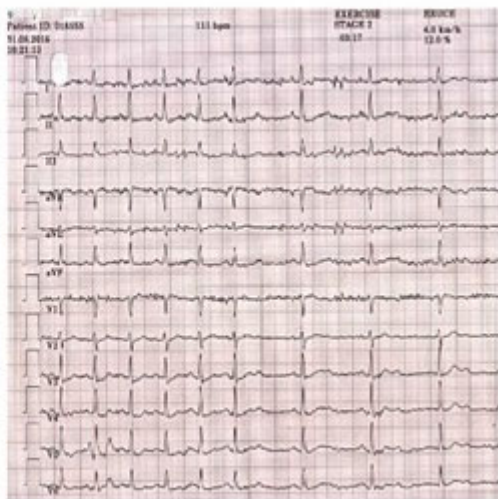
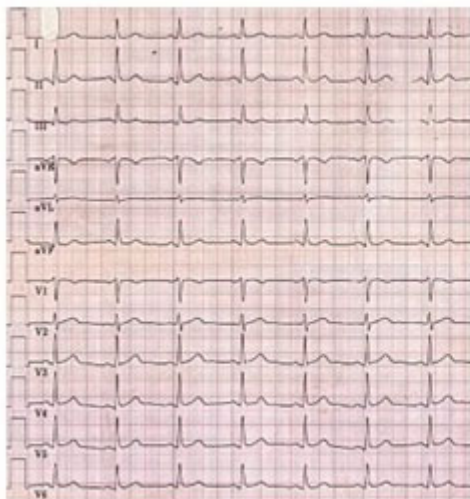
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αξιολόγηση ενός ασθενούς με συγκοπτικό επεισόδιο περιλαμβάνει αρχικά την προσεκτική λήψη ιστορικού, την ολοκληρωμένη φυσική εξετάση καθώς και τη διε-

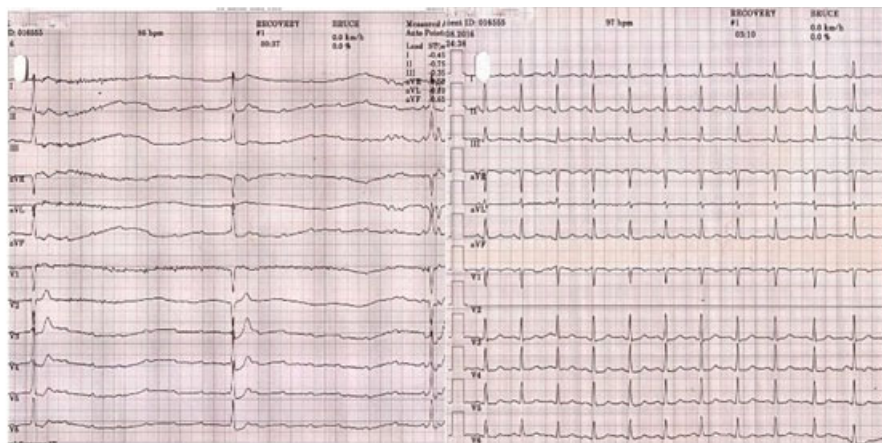
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

νέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος επιφανείας 12 απαγωγών. Συχνά απαιτούνται περισσότερες δοκιμασίες (μη επεμβατικές αλλά και επεμβατικές), ειδικά όταν η αιτία της συγκοπής παραμένει άγνωστη. Σκοπός της παρουσίασης του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να αναδείξει τον κείμενο ρόλο που μπορεί να διαδραματίζει η δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα σε ασθενείς με συγκοπτικό επεισόδιο. **Υλικό/Μέθοδος:** Άνδρας 75 ετών, με ατομικό αναπνευστικό αρτηριακής υπέρτασης προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), λόγω επαναλαμβανόμενων (τρία στον αριθμό) επεισόδια απώλειας συνείδησης φέροντας συνοδό κάκωση κεφαλής. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ο ασθενής περπατούσε, ενώ δεν είχε πρόδρομα συμπτώματα. Κατά την παρουσία του στο ΤΕΠ ήταν ασυμπτωματικός και αιμοδυναμικά σταθερός. (ΑΠ: 135/75 mmHg, 70 σφύξεις/λεπτό, SpO₂: 96%, χωρίς ορθοστατική υπόταση.) Αποτελέσματα: Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας (φλεβοκομβικός ρυθμός, 70 σφύξεις/λεπτό), και εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος χωρίς αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα. Έγινε διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε καλή συνολική συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας και μία ήπια στένωση της αορτικής βαλβίδας. Ο ασθενής υποβλήθη σε καρωτιδική μάλαξη αμφοτερόπλευρα (αρνητική) και ετέθη holter ρυθμού 24ώρου (χωρίς καταγραφή παθολογικών βραδυαρρυθμιών, χωρίς διαταραχές αγωγής και παραγωγής του ερεθίσματος). Δεδομένου ότι τα επεισόδια έγιναν κατά την κίνηση, ο ασθενής υπεβλήθη σε δοκιμασία κοπώσεως με κυλιόμενο τάπητα. Κατά το δεύτερο στάδιο της δοκιμασίας (Bruce Protocol, 4th min) καταγράφηκε στο ηλεκτροκαρδιογράφημα φλεβοκομβική ταχυκαρδία (111 σφύξεις/λεπτό) και έπειτα κολποκοιλιακός αποκλεισμός 2:1. Ο ασθενής αισθάνθηκε ζάλη, προλιποθυμικό επεισόδιο και η δοκιμασία διεκόπη. Κατά το στάδιο ανάκαμψης (Recovery Stage - 1st min) ο ασθενής υπέστη συγκοπτικό επεισόδιο σε ύπτια θέση και στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκε πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός με ένα ρυθμό διαφυγής με 18 bpm και στενά QRS. Κατά το 3ο λεπτό του σταδίου η κολποκοιλιακή



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

αγωγή αποκαταστάθηκε. Στον ασθενή τοποθετήθηκε μόνιμος τεχνητός βηματοδότης και έως την επανεκτίμηση 6 μήνες μετά παρέμεινε ασυμπτωματικός. **Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού κατά την άσκηση σε ασθενείς με στενά συμπλέγματα QRS και φυσιολογική κολποκοιλιακή σύναψη είναι ένα σπάνιο φαινόμενο. Δοκιμασία κόπωσης θα πρέπει να διενεργείται σε ασθενείς που υπέστησαν τα επεισόδια κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την άσκηση.



AA116 | Αρτηριοφλεβική επικοινωνία στεφανιαίων ως σπάνιο αίτιο μυοκαρδιακής βλάβης σε μη καρδιοχειρουργική επέμβαση
**Ε. Καραπέδη¹, Ν. Κοντογιάννης¹, Μ. Μπουτσικου², Α. Τσαγκαρόπουλος¹,
 Ι. Ακιλ¹, Α. Μ. Περβανα¹, Α. Κολυδα¹, Λ. Πουλημένος¹**

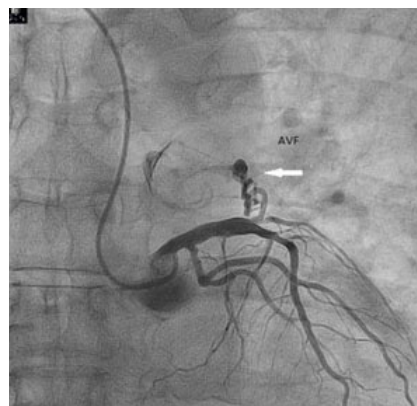
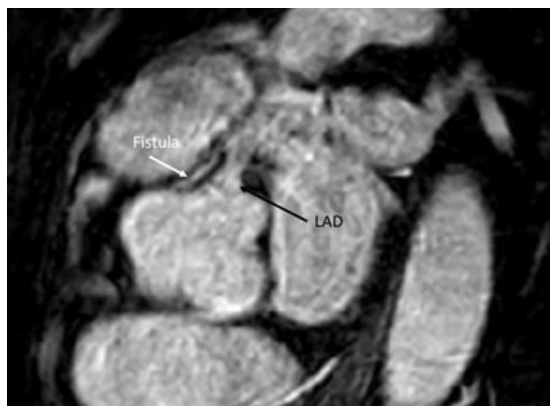
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Ειδικός Καρδιολόγος, Εξειδ/μενη σε Συγγενείς Καρδιοπάθειες και Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς Διευθύντρια Μονάδας MRI/CT καρδιάς, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η στεφανιαία αρτηριοφλεβική επικοινωνία (coronary AVF) αποτελεί σπάνια μορφή συγγενούς καρδιοπάθειας με επίπτωση μόλις 0,002% στο γενικό πληθυσμό, ωστόσο είναι η συχνότερη μορφή συγγενούς ανωμαλίας στεφανιαίων αγγείων. Συνήθως είναι ασυμπτωματική και ανευρίσκεται σε τυχαίο έλεγχο, ωστόσο ανάλογα με την ανατομία και το μέγεθος της ροής μπορεί να οδηγήσει σε διάταση των στεφανιαίων αρτηριών, μυοκαρδιακή ισχαιμία σε συνθήκες αυξημένων αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο λόγω του φαινομένου “υποκλοπής”, πνευμονική υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια λόγω υπερφόρτωσης δεξιάς κυκλοφορίας. Η μυοκαρδιακή βλάβη μετά από μη καρδιακό χειρουργείο (MINS) αναγνωρίζεται πλέον ως διαγνωστική οντότητα, με σημαντική προγνωστική αξία για την μετεγχειρητική

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

επιβίωση των ασθενών, η επίπτωση της οποίας υπολογίζεται στο 8% σε μελέτες παρατήρησης. **Υλικό/Μέθοδος:** Ασυπτωματικός άνδρας 59 ετών, καπνιστής με αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία και θετικό οικογενειακό ιστορικό για πρώιμη στεφανιαία νόσο, παραπέμφθηκε για επεμβατική στεφανιογραφία (ICA) στα πλαίσια διερεύνησης μυοκαρδιακής βλάβης μετά από μη καρδιακό χειρουργείο (MINS), και συγκεκριμένα διόρθωση βουβωνοκλήλης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν παρουσίαζε διαταραχές. Εκ του υπερηχοκαρδιογραφήματος, η αριστερή και η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογικών διαστάσεων, πάχους τοιχωμάτων με φυσιολογική συστολική απόδοση ενώ δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημειώτες βαλβιδοπάθειες. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ICA η οποία ανέδειξε επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία χωρίς βλάβες. Επιπλέον, απεικονίστηκε αγγειακός σχηματισμός ο οποίος εκφύεται από τον πρώτο διαγώνιο κλάδο και εκβάλλει εντός άλλου αγγείου, πιθανότατα εντός της πνευμονικής αρτηρίας. Πρόκειται για στεφανιαία AVF. **Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παραπέμφθηκε για διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς, η οποία ανέδειξε εύρημα συμβατό με ανώμαλη αρτηριοφλεβική επικοινωνία μεταξύ της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας (MPA) χωρίς σημαντική ροή ή συνδό διάταση του MPA, απουσία ευρημάτων ισχαιμίας και ίνωσης μυοκαρδίου. **Συμπέρασμα:** Παρά τη συχνότητα των MINS, δεν υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία για AVF ως αίτιο. Οι AVF είναι σπάνιες παθολογικές οντότητες, που όμως θα πρέπει να εντάσσονται πάντα στη διαφορική διάγνωση στηθάγχης, μυοκαρδιακής ισχαιμίας/βλάβης και πνευμονικής υπέρτασης. Η κλασική επεμβατική στεφανιογραφία, και οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές συμβάλλουν στον ανατομικό και λειτουργικό χαρακτηρισμό τους καθώς και στη θεραπευτική στρατηγική.

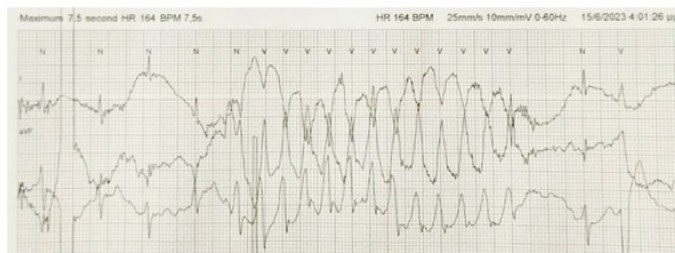


ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

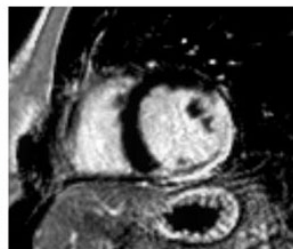
AA117 | **Μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία σε ασθενή με δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας και κύματα Q στο ηλεκτροκαρδιογράφημα**
**Χ. Θεοχάρη¹, Α.Κακκάβας¹, Ν. Τσιάμης¹, Μ. Σαραντινού¹, Γ. Αρματάς¹,
 Θ. Παπαφάνης¹, Α. Κίτσιου¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας εμφανίζουν συχνά κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες. Για την αντιμετώπιση αυτών των αρρυθμιών αρχικά απαιτείται η διερεύνηση του αιτίου του χαμηλού κλάσματος εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας, το οποίο μπορεί να σχετίζεται με ισχαιμική ή μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. **Παρουσίαση περιστατικού** Ασθενής 47 ετών, με ατομικό αναμνηστικό δυσλιπιδαιμίας είχε διερευνηθεί προ 9 ετών καθώς και προ έτους λόγω άτυπου θωρακικού άλγους και παρουσίας κυμάτων Q στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) στις απαγωγές II, III, aVF. Και τις δύο φορές είχε υποβληθεί σε στεφανιογραφικό έλεγχο ο οποίος δεν ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΗΧΟ) έδειξε τμηματικές διαταραχές κινητικότητας με ακινησία βασικού και μέσου κατωτέρου τοιχώματος. Στην παρούσα νοσηλεία, ο ασθενής προσήλθε λόγω αναφερόμενης αδυναμίας, προσυγκοπτικών επεισοδίων και δυσφορίας στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Έφερε πρόσφατο Holter ρυθμού 48-ώρου στο οποίο καταγράφηκαν πολλαπλές έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) και δύο επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (NSVT). Το ΗΚΓ έδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, συχνότητα 75/min, κύματα Q στις II, III, aVF και αραιές ΕΚΣ. Το ΗΧΟ έδειξε κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας 35-40%, καθώς και ακινησία βασικού και μέσου κατωτέρου τοιχώματος. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με αμιωδαρόνη και βισοπρολόλη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του δεν παρουσίασε άνοδο των δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης ούτε καταγράφηκαν άλλα επεισόδια NSVT. Διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) η οποία ανέδειξε μυοκαρδιακή ίνωση υποεπικαρδιακά και μεσοτοιχωματικά σε πάχος τοιχωμάτων 50-60% στο βασικό και μέσο κατώτερο και κατώτερο πλάγιο τοίχωμα καθώς και στο κορυφαίο πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας (LGEmass 20%), εικόνα συμβατή με πιθανή προηγηθείσα προσβολή από μυοκαρδίτιδα, η οποία δεν έγινε κλινικά αντιληπτή (εικόνα 1). Κατόπιν τούτου, έγινε εμφύτευση απινιδιστή (ICD). **Συμπεράσματα** Το περιστατικό αυτό καταδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της καρδιακής απεικόνισης στη διάγνωση και θεραπεία ασθενών με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς, που ήταν συμβατά με σημαντική έκταση μυοκαρδιακής ίνωσης, αποτέλεσαν ισχυρό κριτήριο για σύσταση εμφύτευσης ICD στον συγκεκριμένο ασθενή.



Holter ρυθμού 24-ώρου



CMR

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

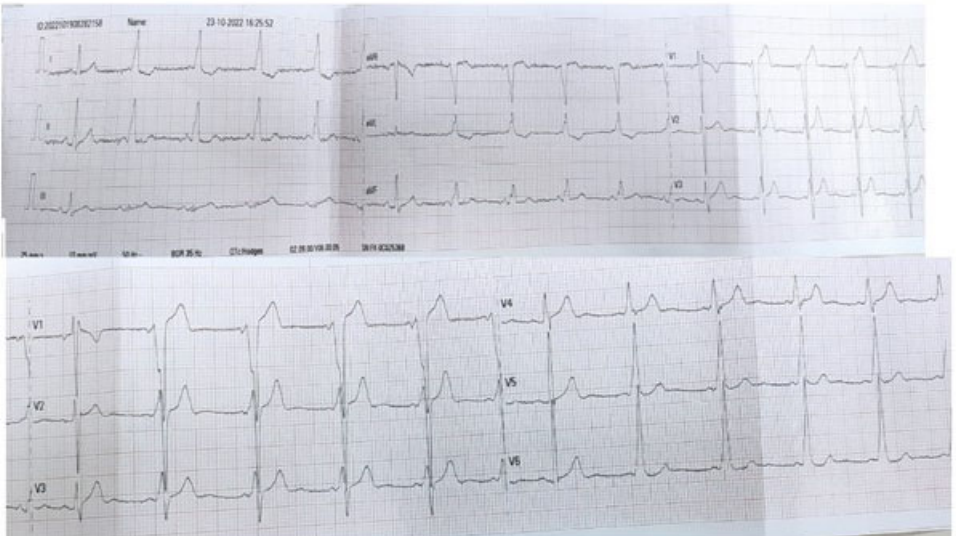
AA118 | **Διαλείπον σύνδρομο Wolff-Parkinson-White
σε ηλεκτροκαρδιογράφημα τυχαίου προαθλητικού ελέγχου:
Επιτρέπεται η άθληση;**

Χ. Κατσιούλης¹, Β. Νεύρας¹, Ν. Μηλαράς², Ε. Κοϊμψίδου¹, Γ. Γκουντή¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Άρρεν, 24 ετών, προσέρχεται σε προγραμματισμένο καρδιολογικό έλεγχο για έναρξη αθλήματος με επαφή. Αναφέρεται ελεύθερο ατομικό/οικογενειακό ιστορικό, χωρίς κάποιο σύμπτωμα. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε εικόνα διαλείποντος συνδρόμου WPW (Wolff-Parkinson-White)(εικ. 1). Λόγω του ευρήματος διερευνήθηκε με μη επεμβατικές μεθόδους (Holter ρυθμού 24ώρου, ηχωκαρδιογραφική μελέτη, δοκιμασία κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα) για διαστρωμάτωση κινδύνου για ΣΑΘ (σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου). Ο ηχωκαρδιογραφικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, το holter ρυθμού δεν ανέδειξε κακοήθεις αρρυθμίες, ενώ κατά την δοκιμασία κοπώσεως παρουσιαζόταν εξάλειψη του κύματος δ, από το 2ο στάδιο άσκησης (πρωτόκολλο Bruce). Μετά από ενημέρωση του ασθενή δόθηκαν οδηγίες για συνέχιση των δραστηριοτήτων του και την έναρξη άθλησης και συστήθηκε περιοδικός καρδιολογικός έλεγχος και επανεκτίμηση επί εμφάνισης συμπτωματολογίας **ΣΥΖΗΤΗΣΗ** Η διάγνωση του WPW βασίζεται σε χαρακτηριστικά ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια (κύμα δ, βράχυνση PR και διεύρυνση QRS) και αποτελεί εύρημα σε 1-4.5 ανά 1000 παιδιά και ενήλικες, ευθύνεται για 1% του ΣΑΘ σε αθλητές, με τον κίνδυνο θανατηφόρου αρρυθμίας να υπερτερεί στα παιδιά έναντι των ενηλίκων. Λόγω της συσχέτισης του WPW με δομικές καρδιοπάθειες (υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και ανωμαλία Ebstein) είναι απαραίτητος ο ανατομικός έλεγ-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

χος της καρδιάς ακολουθούμενος από έλεγχο με holter ρυθμού και δοκιμασία κόπωσης προκειμένου να γίνει αδρή εκτίμηση της ορθόδρομης αγωγιμότητας για διαστρωμάτωση κινδύνου για ΣΑΘ. Σε ασυμπτωματικούς αθλητές οι οποίοι εμφανίζουν αιφνίδια διακοπή της αγωγιμότητας μέσω του παραπληρωματικού δεματίου με φυσιολογικούς παλμούς θεωρείται πως ο κίνδυνος για κολιακή μαρμαρυγή είναι χαμηλός, αντιθέτως μπορεί να παρατηρηθούν διαφορετικές ηλεκτροκαρδιογραφικές μορφολογίες προδιέγερσης, εγείροντας την υποψία πολλών παραπληρωματικών δεματίων, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο. Η αιφνίδια εξαφάνιση του κύματος δ κατά την δοκιμασία κόπωσης, μπορεί να ενισχύσει με αρνητική προβλεπτική αξία στον κίνδυνο για ΣΑΘ, ωστόσο παρατηρείται σε χαμηλό ποσοστό αθλητών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου για ΣΑΘ, ιδιαίτερος στον υποπληθυσμό των αθλητών, πέραν του προαθλητικού καρδιολογικού ελέγχου πρέπει να προσφέρονται επιλογές στον αθλητή και στην ικανότητα του για άθληση χωρίς κίνδυνο. Η διαστρωμάτωση του κινδύνου σε αθλητές με WPW είναι σημαντική όπως και η στενή περιοδική καρδιολογική παρακολούθηση και η τήρηση οδηγιών από τους αθλητές για πρόληψη πιθανών συμβαμάτων.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

AA119 | **Μιτροειδικό προσωπίο ως επισκοπικό σημείο διάγνωσης σοβαρής στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας: Μία οντότητα που τείνει να εξαλειφθεί**

Χ. Κατσιούλης¹, Β. Νεύρας¹, Ν. Μηλαράς², Ε. Κοϊμψίδου¹, Γ. Γκουντή¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Ασθενής θήλυ, 52 ετών, προσεκομίσθη λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας/ορθόπνοιας από 7 ημέρου και οιδήματος ανά σάρκα ενώ από την κλινική εξέταση παρουσίαζε ακροαστικά υγρούς ρόγγους, θετικό ηπατοσφαγιτιδικό σημείο, ταχυκαρδία (διαπιστωθείσα κολπική μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως -150 σφύξεις), ενώ επισκοπικά παρουσίαζε εξάνθημα παρειών άμφω (υπόνοια μιτροειδικού προσωπίου) (εικ. 1). Αναφέρθηκε ατομικό ιστορικό υπέρτασης (πλημμελής λήψη αγωγής). Η ασθενής εισήχθη στην Στεφανιαία Μονάδα και ετέθη σε MEMA (μη επεμβατικό αερισμό) και βέλτιστη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας (αρχικά διούρηση για αποσυμφόρηση, έναρξη β-αποκλειστή για έλεγχο συχνότητας κατόπιν, αΜΕΑ, SGLT2), ωστόσο έγινε μετατροπή σε επεμβατικό αερισμό λόγω αναπνευστικού κάματος. Ο παρακλίνιος υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως ΑΡ κοιλίας, χαμηλή συστολική απόδοση και διάταση δεξιάς κοιλίας, μεικτή βλάβη της μιτροειδούς βαλβίδας με καθ'υπεροχήν σοβαρού βαθμού στένωση (πάχυνση και επασβέστωση γλωχίνων με μορφολογία δίκην hockey stick, μετρίου βαθμού ανεπάρκεια), αμφικολπική διάταση και σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση. Η ασθενής παρά την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή χρειάστηκε περαιτέρω κλιμάκωση της θεραπείας με έναρξη αγγειοδραστικής υποστήριξης ενώ επιπλέχθηκε περαιτέρω παρουσίαζοντας ενδονοσοκομειακή λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού, με τελικώς ανάπτυξη πολυοργανικής ανεπάρκειας και θάνατο. **ΣΥΖΗΤΗΣΗ** Η μιτροειδική στένωση αποτελεί την συνηθέστερη επιπλοκή του ρευματικού πυρετού, συνήθως αρκετές δεκαετίες μετά την οξεία προσβολή, με προοδευτική επασβέστωση και εκφύλιση της μιτροειδικής συσκευής. Λιγότερη συνήθεις αιτίες είναι το καρκινοειδές, ΣΕΛ (συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος), ρευματοειδής αρθρίτιδα, βλενοπολυσακχαρίδωση φαινοτύπου Hunter-Hurler, νόσος Whipple, νόσος Fabry και σε μικρότερο ποσοστό λόγω θεραπείας με μεθυσεργίδη ή συγγενούς αιτιολογίας. Το μιτροειδικό προσωπίο αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά επισκοπικά σημεία ασθενών με σοβαρή στένωση μιτροειδούς. Παρουσιάζεται με ερυθρά ζυγωματικά και περιστοματική κυάνωση (λόγω κατακράτησης ιστικού CO₂), συνέπεια της χαμηλής παροχής και αγγειοσύσπασης εκ της βαλβιδοπάθειας. Διαφοροδιαγνωστικά όμοιο εξάνθημα μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενείς με αληθή πολυκυτταραιμία, ομοκυστεϊνουρία ή ΣΕΛ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Λόγω της σημαντικής μείωσης των ασθενών με ρευματικό πυρετό/ρευματικές βαλβιδοπάθειες, στον δυτικό κόσμο, καθώς και την πρωιμότερης διάγνωσης αυτών, είναι σπανιότερη η εικόνα ασθενών που παρουσιάζουν μιτροειδικό προσωπίο, συνεπεία της στένωσης μιτροειδούς. Είναι σημαντική, ακόμα και στην εποχή που η τεχνολογία και ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει εξελιχθεί, να αναγνωρίζονται κλινικά σημεία τα οποία πιθανώς να θέτουν τη διάγνωση σε νόσους, πριν ακόμη προχωρήσουμε σε απεικονιστική/εργαστηριακή διερεύνηση.