



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

45⁰

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

PANHELLENIC
CONGRESS
OF CARDIOLOGY

ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

31/10 & 1-2/11/2024

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «ΜΙΚΗΣ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ»
CULTURAL CONFERENCE CENTER "MIKIS THODORAKIS"

ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ, ΚΡΗΤΗ
HERSONISSOS, CRETE



**ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

**ΠΕΜΠΤΗ
31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024**

**THURSDAY,
OCTOBER 31st 2024**

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

09.00-11.00 Καλύτερες προφορικές ανακοινώσεις / Best Oral Presentations

Πρόεδροι: **Γ. Κοχιαδάκης** (Ηράκλειο), **Ι. Κανακάκης** (Αθήνα), **Κ. Τούτουζας** (Αθήνα)
 Chairpersons: **G. Kochiadakis** (Heraklion), **I. Kanakakis** (Athens), **K. Toutouzas** (Athens)

ΕΑ001 | Η παράταση του διαστήματος QTc είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ ασθενών με καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη και σχετίζεται με πρόοδο της νόσου

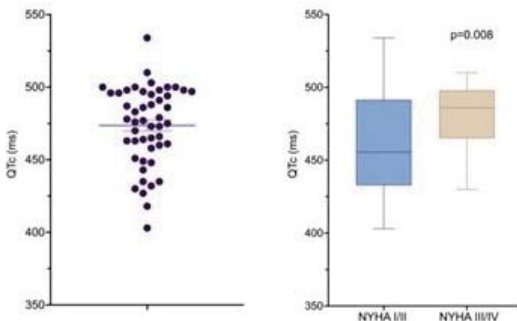
**Θ. Τσάμπρας¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Α. Κασιακόγιας¹,
 Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Α. Λαϊνά¹, Α. Κουρουτζόγλου¹, Α. Ξηνταράκου²,
 Θ. Κατσιμίχας¹, Γ. Λάζαρος¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹**

¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο Α' Πανεπιστημιακή Κλινική,

² Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός Καρδιολογική Κλινική

Εισαγωγή Η μυοκαρδιοπάθεια λόγω τρανσθυρετίνης (ATTR-CM) αποτελεί μια υποδιαγνωσμένη κλινική οντότητα με πτωχή πρόγνωση. Παρά τις αυξανόμενες παραπομπές και διαγνώσεις της νόσου, πολλά χαρακτηριστικά της παραμένουν ακόμη ανεπαρκώς κατανοητά, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτροκαρδιογραφικών (ΗΚΓ) παραμέτρων που συνδέονται με τη μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη και μπορούν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες επιδείνωσης ή ύφεσης της νόσου. Σκοπός Η παρούσα ανάλυση στοχεύει στην ταυτοποίηση πιθανών ηλεκτροκαρδιογραφικών δεικτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση και παρακολούθηση ασθενών με αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη. Υλικά και Μέθοδοι Συνολικά μελετήθηκαν 70 ασθενείς που διαγνώστηκαν με καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη και παρακολουθούνται στη Μονάδα Καρδιογενετικής και Αθλητικής Καρδιολογίας της Α Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.. Καταγράφηκαν συστηματικά παράμετροι όπως η διάρκεια του συμπλέγματος QRS, η διάρκεια του διαστήματος PR, η διάρκεια του διαστήματος QTc και η ύπαρξη κολποκοιλιακών ή σκελικών/ημισκελικών αποκλεισμών. Για αυτή την ανάλυση, μελετήθηκε το ΗΚΓ που διενεργήθηκε στην αρχική επίσκεψη των ασθενών. Σκοπός ήταν η διερεύνηση και ταυτοποίηση πιθανών παραμέτρων που

συνδέονται με τη μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη και ενδέχεται να συνδέονται με την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου. Αποτελέσματα Μεταξύ των ΗΚΓ παραμέτρων που αναλύθηκαν, το διάστημα QTc αναγνωρίστηκε ως μια δυναμικά σημαντική παράμετρος με κλινική σημασία για τη νόσο. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη διαπιστώθηκε ότι είχαν παρατεταμένο διάστημα QTc. Η μέση τιμή του διαστήματος QTc υπολογίστηκε στα 473,7ms (95% CI: 465,9-481,4). Μεταξύ



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

των ανδρών ασθενών, το 48.9% βρέθηκε να έχει παράταση του QTc με τιμή μεγαλύτερη από 470ms, ενώ στο 43.8% των γυναικών το QTc είχε τιμή μεγαλύτερη από 480ms. Οι ασθενείς λειτουργικού σταδίου NYHA I/II είχαν σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή QTc σε σύγκριση με τους ασθενείς λειτουργικού σταδίου NYHA III/IV (459,1±8,9ms έναντι 481,4±3,5ms αντίστοιχα, $p=0,008$). Αυτό υποδηλώνει ότι η παράταση του διαστήματος QTc συνδέεται με προχωρημένο στάδιο νόσου και επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών. Συμπεράσματα Η παράταση του διαστήματος QTc είναι ιδιαίτερα συχνή μεταξύ των ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη, ενώ φαίνεται να συνδέεται με πρόοδο της νόσου και προχωρημένο λειτουργικό στάδιο κατά NYHA.

EA002 | Οι περιβαλλοντικές παράμετροι ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου αρτηριακής υπέρτασης H. Σανίδας², Π. Τ. Κολιώτης¹, Δ. Παπαδόπουλος², Μ. Βέλλιου³, M. Παπαδοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος²

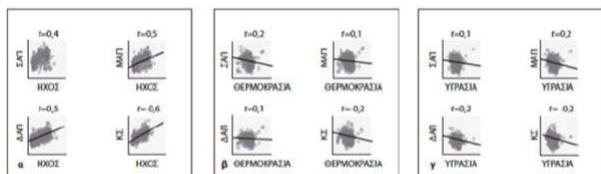
¹ Εργαστήριο Φυσικής Γεωγραφίας και Περιβαλλοντικών Επιπτώσεων, Σχολή Αγρονόμων & Τοπογράφων Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο,

² Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό Καρδιολογική Κλινική

³ Πανεπιστημακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΠΓΝ Αττικών, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός. Οι συνθήκες του περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένης της ηχορρύπανσης, της θερμοκρασίας και της υγρασίας, έχει φανεί ότι συμβάλλουν στην εκδήλωση και πρόγνωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, μεταξύ των οποίων και της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ). Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι αλλαγές στις προαναφερθείσες παραμέτρους, όπως σε περιπτώσεις μετανάστευσης σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές ή σε μεταβολές της θερμοκρασίας, δύνανται να τροποποιήσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση αυτών με τη συστολική, τη διαστολική και τη μέση αρτηριακή πίεση (ΑΠ) σε ασθενείς χωρίς γνωστό ιστορικό ΑΥ στο πλαίσιο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Υλικό και Μέθοδος. Μελετήθηκαν συνολικά 40 ασθενείς (20 άνδρες και 20 γυναίκες), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ. Παράλληλα, μέσω μιας επιπρόσθετης φορητής συσκευής έγινε καταγραφή της ηχορρύπανσης (σε dB), της

Εικόνα. Η γραμμική συσχέτιση της ηχορρύπανσης (α), της θερμοκρασίας (β) και της υγρασίας (γ) του περιβάλλοντος με τη ΣΑΠ, τη ΜΑΠ, τη ΔΑΠ και την καρδιακή συχνότητα στον πληθυσμό μελέτης. ΔΑΠ: διαστολική αρτηριακή πίεση, ΚΣ: καρδιακή συχνότητα, ΜΑΠ: μέση αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ: συστολική αρτηριακή πίεση



θερμοκρασίας (σε °C) και της υγρασίας (σε %) του περιβάλλοντος ανά δευτερόλεπτο. Αποτελέσματα. Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού μελέτης ήταν τα 47±13,8 έτη. Οι ασθενείς εκτέθηκαν σε θορύβους εντάσεως 51.6±5.1dB, θερμοκρασία 32.5±3.9°C και υγρασία 44.2±7.1%. Από τη στατιστική ανάλυση που

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

διενεργήθηκε βρέθηκε ότι η ηχορύπανση παρουσίαζε μέτρια θετική συσχέτιση με τη συστολική ΑΠ και ισχυρή θετική συσχέτιση με τη διαστολική ΑΠ, τη μέση ΑΠ και την καρδιακή συχνότητα. Αντιθέτως, η θερμοκρασία και η υγρασία εμφάνιζαν ασθενή αρνητική συσχέτιση με την ΑΠ και την καρδιακή συχνότητα (Εικόνα). Συμπεράσματα. Τα πρώτα στοιχεία αυτής της μονοκεντρικής μελέτης παρατήρησης καταδεικνύουν ότι η ηχορύπανση σχετίζεται με την αύξηση της ΑΠ. Αντιθέτως, η θερμοκρασία και η υγρασία του περιβάλλοντος σχετίζονται αντίστροφα με την ΑΠ, δηλαδή οι χαμηλότερες θερμοκρασίες και τα χαμηλότερα επίπεδα υγρασίας αυξάνουν την ΑΠ. Οι ανωτέρω παρατηρήσεις ενισχύουν την άποψη ότι οι περιβαλλοντικές συνθήκες, και ιδιαίτερώς η ηχορύπανση, αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για την ΑΥ.

ΕΑ003 | Η βηματοδότηση αριστερού σκέλους ως bail-out σε μια σειρά περιστατικών αποτυχίας της κλασικής αμφικολιακής βηματοδότησης
**Π. Μανωλάκου¹, Μ. Αγγελάκη¹, Α. Χρήστου¹, Γ. Φώτος¹, Π. Σεραφείμ¹,
 Ι. Ματσούκης¹, Ε. Σιδηροπούλου¹, Σ. Αλεξανδράς¹, Μ. Μπονέτη¹,
 Μ. Μουρατίδου¹, Α. Ι. Χαλδούπης¹, Χ. Θεοδοσοπούλου¹, Ε. Τερολι¹,
 Ζ. Προγκάκη¹, Ε. Ιωαννίδης¹, Ι. Καραλής¹, Κ. Φλέσσα¹**

¹ Γενικό Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Αττικής Α' Καρδιολογικό Τμήμα

Εισαγωγή: Σκοπός την παρούσης μελέτης είναι η παρουσίαση μιας σειράς περιστατικών όπου η βηματοδότηση αριστερού σκέλους (LBBr) επέτρεψε την αντιμετώπιση διαφορετικών περιορισμών της κλασικής αμφικολιακής βηματοδότησης στα πλαίσια θεραπειών επανασυγχρονισμού σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Παρουσίαση περιστατικών: Ο ασθενής #1 είναι άνδρας 81 ετών με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας και μόνιμη κολπικής μαρμαρυγής. Έλεγχος προϋπάρχουσας συσκευής CRT-D ανέδειξε θραύση του ηλεκτροδίου της δεξιάς κοιλίας με ακέραιη λειτουργία του απινιδωτικού πηνίου και αδυναμία σύλληψης από το ηλεκτρόδιο αριστερής κοιλίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επιτυχή εμφύτευση ηλεκτροδίου LBBr παρά την εκτεταμένη διαφραγματική ίνωση με δευτερεύον βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο στην δεξιά κοιλία. Η προϋπάρχουσα συσκευή μπόρεσε να χρησιμοποιηθεί συνδέοντας το ηλεκτρόδιο LBBr στην θύρα του κολπικού ηλεκτροδίου, παρέχοντας την δυνατότητα υποστηρικτικής βηματοδότησης της δεξιάς κοιλίας μέσω DDDR προγραμματισμού με εξειδικευμένες παραμέτρους AV delay. Ο ασθενής #2 είναι άνδρας 51 ετών με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας, μόνιμη κολπικής μαρμαρυγής και προϋπάρχουσα συσκευή CRT-D με παθολογικά υψηλό συδό του αριστερού ηλεκτροδίου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε συμπληρωματική εμφύτευση ηλεκτροδίου LBBr. Με σύνδεση στην θύρα του κολπικού ηλεκτροδίου παρείχε LBBr με δυνατότητα υποστηρικτικής βηματοδότησης της δεξιάς κοιλίας μέσω DDDR προγραμματισμού, όπως στο προηγούμενο περιστατικό. Ο ασθενής #3 είναι άνδρας 71 ετών με νεοδιαγνωσθείσα ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια που υπεβλήθη σε κατάλυση λόγω πολλαπλών επεισοδίων κοιλιακής ταχυκαρδίας παρά την πλήρη επαναιμάτωση. Το ΗΚΓ ηρεμίας χαρακτηριζόταν από στενό QRS που δεν πληρούσε κριτήρια για CRT-D, αλλά με συχνές καταγραφές διεύρυνσης του QRS ως επί LBBB στα πλαίσια της αντιαρρυθμικής αγωγής. Τελικά ο

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Ασθενής 1	Ασθενής 2	Ασθενής 3	Ασθενής 4
Ηλικία	81	51	71	62
Μυοκαρδιοπάθεια	Ισχαμική	Ισχαμική	Ισχαμική	Υπερτροφική
ΚΕ (%)	<30%	30%	<30%	35%
Προϋπάρχουσα συσκευή	CRT-D	CRT-D	Όχι	Όχι
Πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος (mm)	8	9	6	15
Αίσθηση ηλεκτροδίου αριστερού σκέλους (mV)	4,0	6,0	4,9	20,8
Αντίσταση ηλεκτροδίου αριστερού σκέλους (Ω)	490	456	456	722
Ουδός ηλεκτροδίου αριστερού σκέλους (V) στα 0.4 ms	2,25	0,75	0,50	0,75
Θύρα ηλεκτροδίου αριστερού σκέλους	Θύρα κολπικού ηλεκτροδίου	Θύρα κολπικού ηλεκτροδίου	Θύρα ηλεκτροδίου δεξιάς κοιλίας σε συνδυασμό με απινιδωτικό ηλεκτρόδιο με τρία ανα DF1	Θύρα αριστερού ηλεκτροδίου (IS1)
Συμπληρωματικά ηλεκτρόδια	Βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο δεξιάς κοιλίας, απινιδωτικό ηλεκτρόδιο δεξιάς κοιλίας	Απινιδωτικό ηλεκτρόδιο δεξιάς κοιλίας	Κολπικό ηλεκτρόδιο, συνδυασμός με απινιδωτικό ηλεκτρόδιο δεξιάς κοιλίας με τρία ανα DF1	Κολπικό ηλεκτρόδιο, απινιδωτικό ηλεκτρόδιο δεξιάς κοιλίας

ασθενής υπεβλήθη σε εμφύτευση διπλοσυστακτικού απινιδωτή με συνδυασμό κλασσικού απινιδωτικού ηλεκτροδίου με βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο LBBr μέσω DF1, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα LBBr αν επιμείνουν οι διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγής στο μέλλον. Ο ασθενής #4 είναι άνδρας 62 ετών με ιστορικό υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας και καρδιακής ανεπάρκειας με εκτεταμένη ουλή κορυφής. Φλεβογραφία του στεφανιαίου κόλπου ανέδειξε μια μονήρη πλάγια φλέβα προς την ουλώδη κορυφή, με αδυναμία σύληψης από όλες τις δυνατές θέσεις. Ακολούθησε επιτυχή εμφύτευση ηλεκτροδίου LBBr παρά την σημαντική διαφραγματική υπερτροφία με επιτυχή θεραπεία επανασυγχρονισμού.

Συμπεράσματα: Η βηματοδότηση

αριστερού σκέλους αποτελεί βιώσιμη εναλλακτική λύση ως bail-out σε διαφορετικές μορφές αποτυχίας της κλασσικής αμφικοιλιακής βηματοδότησης, ακόμη και σε περιπτώσεις διαφραγματικής υπερτροφίας ή ουλής.

EA004 | Κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με μηχανική υποστήριξη αριστερής κοιλίας

Ο. Καρίκη¹, Α. Σαπλαούρας¹, Π. Μιληλής¹, Χ. Καπέλιος², Σ. Αδαμόπουλος², Α. Γκουζιούτα², Μ. Μπόνιος², Σ. Δράγασης³, Κ. Λέτσας³, Μ. Εφραιμίδης³

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ,

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ,

³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι εμμένουσες κοιλιακές αρρυθμίες σε ασθενείς με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια υπό μηχανική υποστήριξη αριστερής κοιλίας (LVAD) επιβαρύνουν την πρόγνωση των ασθενών λόγω του αυξημένου κινδύνου επιδείνωσης της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας και του σχηματισμού ενδοκαρδιακών θρόμβων. Βιβλιογραφικά έχουν αναφερ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

θεί μικρές σειρές ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επεμβατική κατάλυση. Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε έναν ασθενή με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια υπό LVAD που υποβλήθηκε σε κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας λόγω ηλεκτρικής θύελλας. Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 64 ετών με διατακτική μονοκαρδιοπάθεια υπό LVAD με πολλαπλές νοσηλείες λόγω ηλεκτρικής θύελλας (επεισόδια μονομορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας δύο μορφολογιών) και συνεπακόλουθη προοδευτική επιδείνωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε κατάλυση με το σύστημα EnSite NavX Precision, Abbott. Για την χαρτογράφηση όπως και την κατάλυση έγινε ανάδρομη προσέγγιση της αριστερής κοιλίας μέσω της αορτής. Πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση ενεργοποίησης της κοιλιακής ταχυκαρδίας με εντόπιση του σημείου εξόδου και εισόδου του κυκλώματος μακροεπανεισόδου πέριξ της αορτικής βαλβίδας. Δεν εντοπίστηκαν μεσοδιαστολικά δυναμικά πιθανόν λόγω επικαρδιακής εντόπισης του ισθμού της ταχυκαρδίας. Ακολούθησε ενδοκαρδιακή κατάλυση στις περιοχές ενδιαφέροντος με καταστολή της κλινικής ταχυκαρδίας. Ο ασθενής δεν εμφάνισε νέο επεισόδιο εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά το επόμενο τρίμηνο. Ακολούθως ανευρέθηκε συμβατός δότης και υποβλήθηκε σε επιτυχή ορθοτοπική μεταμόσχευση καρδιάς. Αποτελέσματα: Η επεμβατική καταστολή της ηλεκτρικής θύελλας σε ασθενείς με LVAD μέσω της κατάλυσης αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για την παράταση του χρόνου αναμονής ανεύρεσης συμβατού μοσχεύματος. Συμπεράσματα: Η κατάλυση κοιλιακών ταχυκαρδιών σε ασθενείς με LVAD είναι εφικτή και δυναμικά αποτελεσματική λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς (δυσχερής ανάδρομη αορτική προσέγγιση λόγω λειτουργικής στένωσης αορτικής βαλβίδας, περιοχές ακατάλληλες για χαρτογράφηση πέριξ της κάνουλας εισροής λόγω αυξημένου θορύβου, δυσχερής έως αδύνατη επικαρδιακή προσέγγιση).

EA005 | Pulsed field versus hybrid ablation in patients with long standing persistent atrial fibrillation: a propensity score matched comparison
I. Doundoulakis¹, A. Kordalis¹, D. G. Della Rocca², L. Pannone², V. Sousonis³, C. K. Antoniou¹, P. Tsioufis¹, G. Oikonomou¹, S. Chiotis², S. Boveda³, A. Sarkozy², G. Battista Chierchia², C. de Asmundis², K. Tsioufis¹, D. Tsiachris¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

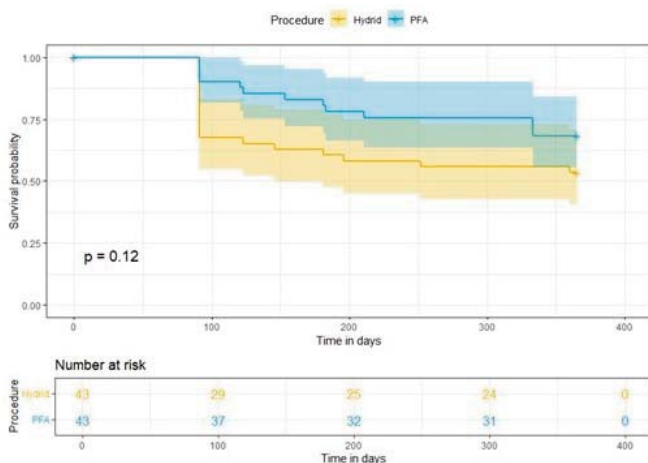
² Heart Rhythm Management Centre, Postgraduate Program in Cardiac Electrophysiology and Pacing, Universitair Ziekenhuis Brussel - Vrije Universiteit Brussel, European Reference Networks Guard-Heart, Brussels, Belgium,

³ Heart Rhythm Management Department, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Background/Aim: The procedural endpoint for patients with persistent atrial fibrillation (AF) remains doubtful. Rhythm control strategy of long standing persistent AF is significantly more challenging, due to advanced electrical and structural remodeling of the left atrium. The aim of this study was to explore the 1-year efficacy of pulsed field ablation (PFA) with a single stage hybrid ablation in a propensity score matched cohort of patients with long standing persistent AF undergoing first time left atrium ablation. Materials and Methods: In this prospective multicenter observational study, consecutive patients with long standing persistent AF (was defined as con-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



tinuous AF with duration more than 12 months) undergoing a first left atrium ablation with the PFA platform (Farapulse, Menlo Park, CA, USA) at three different European centers, were enrolled using a 1:1 propensity score matching. Results: 55 consecutive patients with PFA and 79 consecutive patients with single stage hybrid ablation were included in the study. The mean age was 67.3 (\pm 10) years, 38.1% were female and the mean CHA₂DS₂-VASc score was 2.7 (\pm 1.4). Arrhythmia recurrence occurred in 17 (30.9%) PFA and 33 (41.8%)

hybrid patients ($P = 0.201$). No significant differences were documented in the type of recurrent arrhythmia. After 1:1 propensity score matching, based on six demographic and clinical variables yielded 43 PFA patients and 43 Hybrid patients. The results remain unchanged, the 1-year Kaplan-Meier estimated freedom from any atrial tachyarrhythmia was 69.8% with PFA and 53.5% with hybrid (log-rank P -value: 0.121). Conclusion: PFA contributed to significantly shorter procedural times and lower procedural complications. Long-term arrhythmia freedom in patients with long standing persistent AF was high and not significantly different between PFA and Hybrid ablation.

EA006 | Radiomics αξονικής τομογραφίας μυοκαρδίου για τη διάγνωση καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη

A. Αντωνόπουλος¹, I. Παναγιωτόπουλος^{1,2}, K. Καραμπίνος¹, K. Σπάργιας³, X. Παπαστάμος¹, Θ. Τσάμπρα¹, N. Αξυπόλυτος¹, Σ. Σημαντήρης¹, Γ. Μπενέτος¹, N. Κτενόπουλος¹, M. Κουτελού², K. Τούτουζας¹, M. Ιωαννίδης⁴, X. Ευτυχίου⁴, Π. Κανατάς¹, X. Μουρμουρης³, Θ. Βραχλιώτης², X. Αντωνιάδης⁵, K. Τσιούφης¹, X. Βλαχόπουλος¹

¹ Μονάδα Κληρονομικών και Σπανίων Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

² Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καλλιθέα, Ελλάδα

³ Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα, Ελλάδα

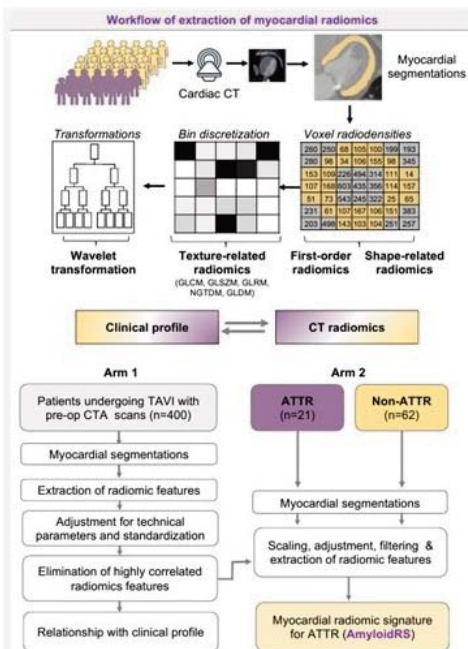
⁴ Καρδιολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

⁵ Acute Multidisciplinary Imaging and Interventional Centre (AMIC), RDM Division of Cardiovascular Medicine, University of Oxford

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Η μυοκαρδιοπάθεια λόγω καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη (ATTR-CM) παραμένει υποδιαγνωσμένη. Στην παρούσα μελέτη εξετάζουμε την αξία των radiomics της υφής του μυοκαρδίου από αξονική τομογραφία (CT) για την ανίχνευση της ATTR-CM. Μέθοδοι: Η μελέτη συμπεριέλαβε 483 ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (AS) και διαθέσιμες αξονικές αγγειογραφίες (CT). Το μυοκάρδιο της αριστερής κοιλίας (LV) τμηματοποιήθηκε από τις CT εικόνες και εξήχθη ένα σύνολο 851 radiomics (first-order, shape- και texture-related). Στο Σκέλος 1 (n=400 ασθενείς), εξήχθησαν 851 radiomic-μυοκαρδίου για ανάπτυξη της μεθόδου, έλεγχο σταθερότητας σε τεχνικές παραμέτρους, φιλτράρισμα και αξιολόγηση της αξίας των radiomics ως βιοδείκτες. Στο Σκέλος 2 (n=83), ασθενείς με AS και διαγνωσμένη ATTR-CM μέσω Tc99m σπινθηρογραφήματος οστών αντιστοιχήθηκαν με ασθενείς με AS και αρνητικό σπινθηρογράφημα οστών από δύο ανεξάρτητες κοόρτες (Κοόρτη A, n=63 και Κοόρτη B, n=20) και επιλέχθηκαν radiomics για τη δημιουργία μιας ραδιομικής υπογραφής για ATTR-CM. Αποτελέσματα: Στο Σκέλος 1, τα μη υψηλά συσχετιζόμενα radiomics του μυοκαρδίου διατηρήθηκαν και προσαρμόστηκαν σε τεχνικές παραμέτρους. Οι ομάδες των ασθενών βάσει των radiomics διέφεραν σημαντικά στα κλινικά τους χαρακτηριστικά μετά από t-distributed SNE και k-means clustering. Τα κορυφαία 10 radiomics συσχετίστηκαν ισχυρά με την παρουσία στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης, διαβήτη και συστολικής δυσλειτουργίας. Στο Σκέλος 2, τα φιλτραρισμένα radiomics εισήχθησαν σε αλγόριθμο random forest και μετά από επανειλημμένο cross-validation επιλέχθηκαν τα κορυφαία radiomics που χαρακτηρίζουν το μυοκάρδιο των ασθενών που πάσχουν από ATTR-CM. Τα κορυφαία πέντε radiomics εισήχθησαν σε γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης για τη δημιουργία ενός σύνθετου σκορ (AmyloidRS) για την ATTR-CM (c-index 0,88, 95% CI: 0,80-0,96). Το AmyloidRS ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ασθενείς με ATTR-CM σε σύγκριση με τους ασθενείς με AS χωρίς ATTR-CM σε ολόκληρη την κοόρτη (ATTR-CM: 5,4±0,7 έναντι AS: 1,6±0,2, p=2,7x10⁻⁷) και στις δύο γεωγραφικά και τεχνικά διακριτές κοόρτες (Κοόρτη A: ATTR-CM: 5,8±0,9 έναντι AS: 1,5±0,3, p=3,6x10⁻⁶, Κοόρτη B: ATTR-CM: 4,4±1,1 έναντι AS: 1,8±0,5, p<0,05). Συμπεράσματα: Παρουσιάζουμε μια ολοκληρωμένη μέθοδο εξαγωγής radiomics από CT για τον χαρακτηρισμό του μυοκαρδιακού ιστού, που μπορεί να παρέχει κλινικές πληροφορίες και να ανιχνεύει την μυοκαρδιοπάθεια από αμυλοειδές. Η AmyloidRS, μια ραδιομική υπογραφή για την ATTR-CM, δύναται να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση ATTR-CM από κοινές αξονικές τομογραφίες.

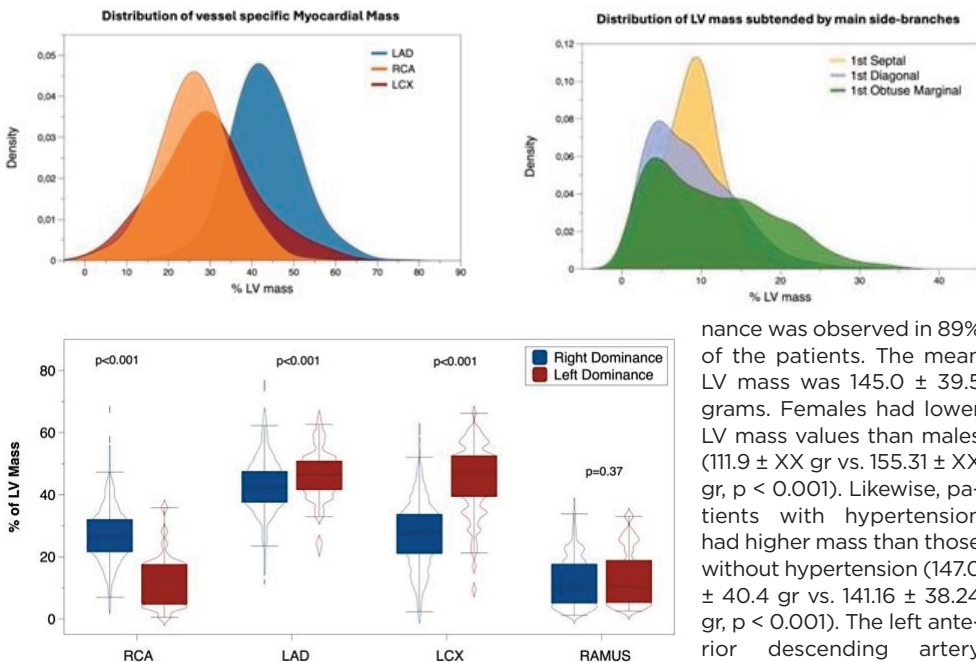


ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

EA007 | Mapping the Heart: Quantitative Analysis of Vessel-Specific Myocardial Mass in Coronary Artery Disease**N. Stalikas¹, T. Mizukami¹, D. Munhoz², F. Bouisset³, K. Ikeda³, A. Tajima³, J. Sonck³, B. De Bruyne³, C. Collet³**¹ Cardiovascular Center Aalst, Belgium,² Cardiovascular Center Aalst, Belgium,³ Cardiovascular Center, Aalst, Belgium

Introduction The myocardial mass of the left ventricle (LV) supplied by each coronary artery is essential information during the evaluation of patients with coronary artery disease (CAD). Nonetheless, the quantification of myocardial mass is not standardized and is most of the time performed qualitatively. This study aimed to describe the distribution of vessel-specific myocardial mass using a quantitative method based on coronary CT angiography. Methods This pooled analysis of 5 prospective multicenter studies included patients with stable CAD who underwent CCTA. Left ventricular and vessel-specific myocardial mass were calculated using Voronoi's algorithm, which links each voxel of the left ventricle with the closest voxel of the adjacent coronary artery. Results A total of 949 patients were included. The mean age was 63, and 76% were males. Arterial hypertension was present in 65% and 22% had diabetes. Right coronary domi-



nance was observed in 89% of the patients. The mean LV mass was 145.0 ± 39.5 grams. Females had lower LV mass values than males ($111.9 \pm XX$ gr vs. $155.31 \pm XX$ gr, $p < 0.001$). Likewise, patients with hypertension had higher mass than those without hypertension (147.0 ± 40.4 gr vs. 141.16 ± 38.24 gr, $p < 0.001$). The left anterior descending artery

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

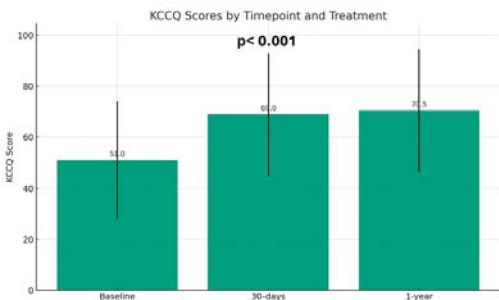
(LAD) subtended 42.6% of LV mass (IQR: 38, 48), the left circumflex artery (LCX) 28.9% (IQR: 22, 36), and the right coronary artery (RCA) 26.4% (IQR: 21, 32). In patients with left dominance anatomy, the LCX subtended 48.5% of LV mass compared to 30.2% in those with right dominance system ($p < 0.001$). The median percentages of LV mass subtended by the first septal, first diagonal, and first obtuse marginal arteries were 9.0% (IQR: 6.4 - 11.1), 8.0% (IQR: 4.5 - 12.2), and 10.2% (IQR: 5.1 - 16.9), respectively. Conclusion This is the first large-scale description of the distribution of vessel-specific myocardial mass. The LAD subtends approximately 40% of the LV mass in patients with right coronary dominance. In patients with left coronary dominance, the LAD and LCX subtend a similar amount of LV mass. Surprisingly, the first septal subtends similar mass to the first diagonal and obtuse marginal.

EA008 | Advancements in Mitral Regurgitation management with MitraClip system: Procedural outcomes and Quality of Life improvements from a single-center study

G. Papadopoulos¹, I. Ninios¹, S. Evangelou¹, A. Ioannides¹, V. Ninios¹

¹2nd Cardiology Department, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Introduction/ Purpose: Transcatheter mitral edge to edge repair (TEER) is an approved mitral regurgitation (MR) treatment strategy for high surgical risk patients. This study aims to evaluate procedural outcomes and changes in quality of life (QOL) in patients who underwent TEER with the MitraClip® G4 system. **Materials and Methods:** Patients diagnosed with moderate-to-severe (3+) or severe (4+) degenerative MR (DMR) or functional MR (FMR), classified as New York Heart Association (NYHA) class III or IV, who underwent TEER with the MitraClip® G4 system at our center between January 2021 and December 2023 were included. Data encompassing demographic, clinical, laboratory, imaging, and hemodynamic parameters were collected. The primary outcome was change in QOL measured by disease-specific health status (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-Overall Summary score [KCCQ-OS] at 30-days and 1-year. Statistical analysis was performed using Wilcoxon signed-rank test. **Results:** A total of 83 patients (71% FMR) underwent TEER, with a median age of 70 years (IQR: 11) at baseline. The implantation success rate was 100%, with median device and procedure times of 26 minutes (IQR: 8) and 55 minutes (IQR: 11),



respectively. The mean \pm SD length of hospital stay was 2.86 ± 0.6 days, and all patients (100%) were discharged home. There were no in-hospital or 30-day major adverse events (MAEs) such as death, stroke, myocardial infarction, major bleeding, acute kidney injury (AKI), single-leaflet device attachment (SLDA), or need for surgery. One patient (1.2%) underwent atrial septal defect (ASD) closure due to a right-to-left shunt (Table 1). The mean KCCQ score increased from 51 ± 20 at baseline to 69 ± 15 at 30 days and 70.5 ± 15 at 1 year

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Table 1. Procedural outcomes and major adverse events (in-hospital and 30-days)

<i>Procedural Outcomes</i>	Overall = 83	<i>In-hospital and 30-days MAE</i>	Overall = 83¹
Acute procedure success	83 / 83 (100)	Death	0 / 83 (0)
Implantation rate	83 / 83 (100)	Stroke	0 / 83 (0)
Device time, mins	26 (8)	MI	0 / 83 (0)
Procedure time, mins	55 (11)	Major Bleeding	0 / 83 (0)
Length of stay, days	2.86 (0.6)	AKI	0 / 83 (0)
Discharged home	83 / 83 (100)	SLDA	0 / 83 (0)
		Need for Surgery	0 / 83 (0)
		ASD closure	1 / 83 (1.2)

¹ Median (IQR): n / N (%)

Note: Continuous variables are presented as median value with interquartile range (IQR). Categorical variables are presented as n / N (%). Abbreviations: MAE: Major adverse events, MI: Myocardial infarction, AKI: Acute kidney injury, SLDA: Single leaflet device attachment, ASD: Atrial septal defect

($p < 0.001$, Figure 1). Conclusions: This single-center study demonstrates exceptional safety and efficacy of the TEER procedure with the MitraClip® G4 system, showing substantial improvement in patients' quality of life.

EA009 | Myocardial Work indices in patients with obstructive and non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy

T. Gossios¹, T. Zegkos¹, S. Marmanidou¹, M. Sitmalidou¹, S. Aggelopoulou¹, N. Filippou¹, D. Parcharidou¹, G. Tziomalos¹, P. Rouskas¹, S. Katranas¹, V. Kamperidis¹, A. Ziakas¹, G. Efthimiadis¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Branchial systolic blood pressure (SBP) is utilized as a surrogate for left ventricular systolic pressure (LVSP) in the estimation of echocardiographic myocardial work. However, in obstructive hypertrophic cardiomyopathy (HCM), LVSP differs from peripheral SBP. Recently, it was proposed that the measurement of myocardial work in obstructive HCM is feasible using a non-invasive estimation of LVSP by combining Doppler gradients and branchial SBP. Purpose: The aim of this study was to examine the differences of myocardial work indices between HCM patients with and without left ventricular outflow tract (LVOT) obstruction. Methods: A total of 224 consecutive HCM patients (mean age: 51.5±17.3 years, 65.6% males) were echocardiographically examined. In individuals with resting LVOT obstruction, (resting LVOT gradient ≥30 mmHg) myocardial work indices were measured by replacing SBP with the estimated corrected LVSP: (mean LVOT pressure gradient + peak LVOT pressure gradient)/2 + SBP. Results: A total of 58 (26%) patients (mean age: 53.4±15.7) had LVOT obstruction among our cohort. Patients with obstructive HCM had higher left ventricular ejection fraction (71.3±7.2% vs 66.7±9.6%, $p=0.001$), increased left atrial volume index (39.1±18.8 ml/m² vs 32.6±16.7ml/m², $p=0.02$) and higher maximal wall thickness (18.6±4.3mm vs 16.7±4.6,

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Table. Differences of echocardiographic parameters and myocardial work indices between patients with obstructive and non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy

	Obstructive HCM	Non-obstructive HCM	P value
Left ventricular ejection fraction (%)	71.3±7.2	66.7±9.6	0.001
Left atrial volume index (ml/m ²)	39.1±18.8	32.6±16.7	0.02
Maximal wall thickness (mm)	18.6±4.3	16.7±4.6	0.008
Global longitudinal strain (%)	14.7±4	14.8±4	0.8
Myocardial Work Index (mmHg%)	1673.8±550	1511.8±555	0.06
Global Constructive Work (mmHg%)	2053±581	1842±596	0.02
Global Wasted Work (mmHg%)	255±163	184±106	<0.001
Myocardial Work Efficiency (%)	89.7±7	89.8±6	0.06

HCM: hypertrophic cardiomyopathy

p=0.008). With respect to 2D speckle tracking parameters, global constructive work (GCW) and (GWW) were significantly increased in obstructive HCM (GCW 2053±581mmHg% vs 1842±596 mmHg%, p=0.02 and GWW 255±163 mmHg% vs 184±106 mmHg%, p<0.001). Global longitudinal strain (GLS), myocardial work index (MWI) and myocardial work efficiency (MWE) did not differ between obstructive and non-obstructive individuals (Table). Conclusion: GCW and GWW were significantly increased in patients with HCM and LVOT obstruction using the corrected LVSP for obstructive HCM. This is in line with previous observations that LVOT obstruction is interrelated with a hypercontractile state.

EA010 | Η επίδραση της πρόσληψης υδατανθράκων στον σχετιζόμενο με φλεγμονή κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων: Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Σ. Π. Γιαννακοπούλου¹, Χ. Χρυσόχου², Α. Λουκίνα², Ε. Μιχαηλίδης², Α. Δ. Κουτσογιάννη³, Ι. Ανδρικού², Σ. Αντωνοπούλου¹, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος⁵, Π. Π. Σφηκάκης⁵, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

- ¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο,
- ² Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο,
- ³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»,
- ⁴ Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
- ⁵ Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι δίαιτες πλούσιες σε υδατάνθρακες έχουν συσχετιστεί με το σωματικό βάρος και τον γλυκαιμικό έλεγχο, ενώ η φλεγμονή είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Ο στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση της κατανάλωσης φυτικών ινών από τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζεται με τη φλεγμονή. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης συνελέχθησαν πληροφορίες για την πρόσληψη υδατανθράκων μέσω ημι-ποσοτικού ερωτηματολογίου κατανάλωσης τροφίμων και μετρήθηκαν τα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης υψηλής ευαισθησίας (hs-CRP). Οι συμμετέχοντες στρωματοποιήθηκαν με βάση την πρόσληψη υδατανθράκων (χαμηλή έναντι υψηλής) και περαιτέρω κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την ποιότητα της πηγής υδατανθράκων (υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες/χαμηλών φυτικών ινών έναντι υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες/υψηλών φυτικών ινών). Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Για κάθε 1 mg/L αύξηση των επιπέδων hs-CRP, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά την διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά περίπου 7,9% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 1,079, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) 1,038-1,122, p<0,001) Ωστόσο, η επίδραση της φλεγμονής στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου φάνηκε πιο έντονη σε άτομα που κατανάλωναν δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες και φτωχή σε φυτικές ίνες. Σε αυτήν την ομάδα, αύξηση των επιπέδων της hs-CRP κατά 1mg/L συσχετίστηκε με αύξηση του 20ετούς κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 40,5% (ΣΚ = 1,405, 95%ΔΕ 1,046-1,887, p=0,024), μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο, συνήθειες τρόπου ζωής και κλινικούς παράγοντες. Συμπεράσματα: Τα άτομα που καταναλώνουν δίαιτα υψηλή σε υδατάνθρακες αλλά χαμηλή σε φυτικές ίνες φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζεται με φλεγμονή. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την κλινική σημασία της παρακολούθησης των επιπέδων hs-CRP και υποδεικνύουν πιθανά οφέλη από διατροφικές τροποποιήσεις, με έμφαση στην αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών, για τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβάντων.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΕΑ011 | Μαγνητική τομογραφία καρδιάς για κοιλιακές αρρυθμίες: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση
Θ. Καραμήτσος¹, Χ. Παπαναστασίου², Μ. Α. Μπαζμπάνη¹, Π. Καμπακτής³, Θ. Ζέγκος¹, Γ. Σπάγος¹, Θ. Γκόσιος¹, Δ. Παρχαρίδου¹, Δ. Κοκκινίδης⁴, Ι. Τζιάτζιος⁵, Φ. Οικονόμου⁶, Χ. Νικολαΐδου⁷, Β. Καμπερίδης¹, Α. Τσάπας⁸, Α. Ζιάκας¹, Γ. Ευθυμιάδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ Columbia University Irving Medical Center, New York City, NY, USA,

⁴ Heart and Vascular Institute, L&M, Yale New Haven Health, Connecticut, USA,

⁵ 424 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁶ 424 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Gloucester, United Kingdom,

⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιτρέπει τον ιστικό χαρακτηρισμό του μυοκαρδίου, αναδεικνύοντας περιοχές μυοκαρδιακής φλεγμονής ή/και ίνωσης που συχνά προδιαθέτουν σε κοιλιακές αρρυθμίες. Σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης ήταν ο υπολογισμός της συχνότητας ανεύρεσης υποκείμενης δομικής καρδιοπάθειας με την μαγνητική τομογραφία καρδιάς, σε ασθενείς που παρουσιάζονται με σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες. Παράλληλα, ελέγχθηκε η προγνωστική αξία της μαγνητικής τομογραφίας στον ίδιο πληθυσμό. Μέθοδοι: 3 ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων ελέγχθηκαν για κατάλληλες μελέτες όπου συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς για διαγνωστικούς ή προγνωστικούς λόγους σε έδαφος κοιλιακών αρρυθμιών. Μετα-ανάλυση ποσοστού (meta-analysis of proportions) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συχνότητας δομικών καρδιοπαθειών σε αυτούς τους ασθενείς, ενώ τα μέτρα σχετικού κινδύνου (hazard ratio) των επιμέρους μελετών μετα-αναλύθηκαν για την εκτίμηση της προγνωστικής αξίας. Αποτελέσματα: Μετα-αναλύοντας τα δεδομένα από 18 συνολικά κατάλληλες μελέτες, βρέθηκε ότι η συχνότητα ανεύρεσης δομικής καρδιοπάθειας σε ασθενείς με κοιλιακές αρρυθμίες ανέρχεται στο 39%. Το ποσοστό αυτό ήταν 24% στην υπο-ομάδα των ασθενών με έκτακτες κοιλιακές συστολές ή/και μη εμμένονσα κοιλιακή ταχυκαρδία και 63% στους ασθενείς με πιο σοβαρές μορφές κοιλιακών αρρυθμιών (εμμένονσα κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή, αιφνίδιο καρδιακό θάνατο). Η μαγνητική τομογραφία οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό της αρχικής διάγνωσης στο 35% του πληθυσμού. Η πιο συχνή ανευρισκόμενη δομική καρδιοπάθεια ήταν οι φλεγμονώδεις νόσοι (μυοκαρδίτιδα/σαρκοείδωση - 23%), ακολουθούμενη από την ισχαιμική καρδιοπάθεια (21%), τη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (18%), την αρρυθμιόγono μυοκαρδιοπάθεια (9%) και τέλος την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (5%). Επίσης, από την μετα-ανάλυση προγνωστικής αξίας διαπιστώθηκε ότι ο καθυστερημένος εμπλουτισμός με γαδολίνιο σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για δυσμενή συμβάματα σε ασθενείς με κοιλιακές αρρυθμίες (pooled HR: 1.79; 95% CI: 1.33-2.42). Συμπεράσματα: Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποτελεί ένα εξαιρετικό χρήσιμο διαγνωστικό και προγνωστικό μέσο στην εκτίμηση ασθενών με κοιλιακές αρρυθμίες. Η πρώιμη εφαρμογή της στην διαγνωστική διερεύνηση αυτών των ασθενών μπορεί να οδηγήσει στην έγκυρη διάγνωση της υποκείμενης αιτίας, παρέχοντας παράλληλα σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

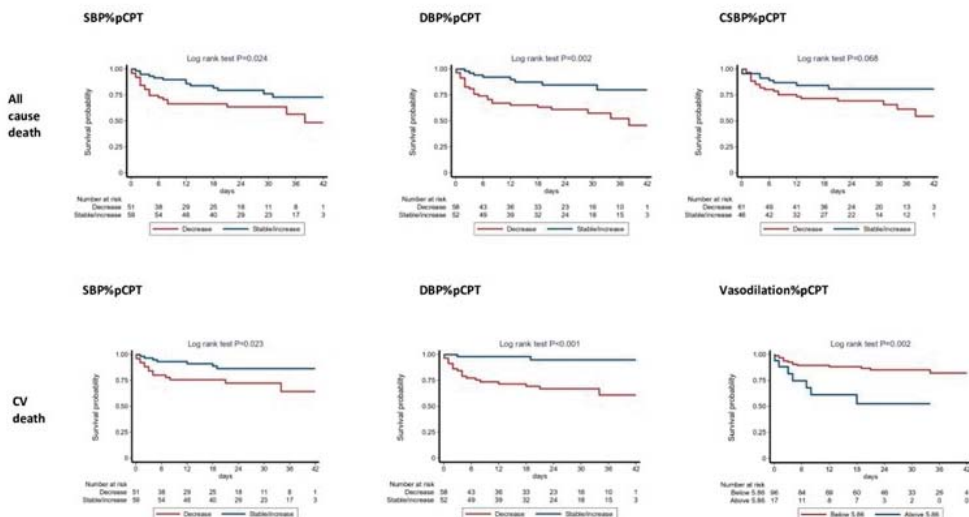
EA012 | Η παρατεταμένη παράδοση αγγειοδιαστολή και η μείωση της αρτηριακής πίεσης ως απόκριση στη διέγερση του συμπαθητικού ως δείκτες της σοβαρότητας της νόσου και της κακής επιβίωσης στην πρωτοπαθή AL-αμυλοείδωση.

Ρ. Πάτρας¹, Γ. Γεωργίου¹, Ι. Πετρόπουλος¹, Φ. Θεοδωρακάκου¹, Δ. Δελιάλης¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Μ. Γαβριατοπούλου¹, Π. Κοκκότης², Ε. Μανιός¹, Ε. Τέρπος¹, Μ. Α. Δημόπουλος¹, Ε. Καστρίτης¹, Κ. Σταματελόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΑΙΓΗΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι ασθενείς με AL αμυλοείδωση παρουσιάζουν παρατεταμένη παράδοση αγγειοδιαστολή ως απάντηση στη συμπαθητική διέγερση με τη δοκιμασία ψυχρού ερεθίσματος (CPT). Η κλινική σημασία αυτού του ευρήματος είναι άγνωστη. Διερευνήσαμε τη συσχέτιση μεταξύ των αγγειακών και αιμοδυναμικών αποκρίσεων που προκαλούνται από την CPT με τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου στην AL αμυλοείδωση. Μέθοδοι: Στρατολογήσαμε διαδοχικά 113 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με AL αμυλοείδωση πριν από την έναρξη της θεραπείας. Χρησιμοποιήθηκε υπερηχογραφία υψηλής ανάλυσης για τη μέτρηση της μέγιστης αγγειοδιαστολής της βραχιόνιας αρτηρίας ως απόκριση σε ψυχρό ερέθισμα και 3 λεπτά μετά την απόσυρσή του. Η συστολική (ΣΑΠ) και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) μετρήθηκαν στις ίδιες χρονικές στιγμές. Σε μια υποομάδα του πληθυσμού μετρήθηκαν επίσης κλινικοί και εργαστηριακοί παράγοντες αυτόνομης δυσλειτουργίας. Η ολική και η καρδιαγγειακή (CV) θνη-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

σιμότητα ορίστηκαν ως τελικά σημεία της μελέτης. Αποτελέσματα: Η παρατεταμένη αγγειοδιαστολή μετά την CPT (αγγειοδιαστολή%ρCPT) συσχετίστηκε με δείκτες αυτόνομης δυσλειτουργίας, δηλαδή με το φαινόμενο non-dipping ($p < 0,05$) και τη δυσλειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων ($p = 0,064$) και με το στάδιο κατά NYHA, τα επίπεδα NTproBNP και την καρδιακή ανεπάρκεια ($p < 0,05$ για όλα). Η μεταβολή της διαστολικής πίεσης μετά την CPT (Δ ΑΠ%ρCPT) συσχετίστηκε με την κλίμακα συμπτωμάτων νευροπάθειας ($p = 0,032$), ενώ η μεταβολή της συστολικής πίεσης μετά την CPT (Σ ΑΠ%ρCPT) συσχετίστηκε αντιστρόφως ανάλογα με το στάδιο κατά Mayo. Η αγγειοδιαστολή%ρCPT συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τον καρδιαγγειακό θάνατο (προσαρμοσμένο $HR = 1,154$, $p = 0,017$), ενώ τόσο η Δ ΑΠ%ρCPT ($HR = 0,955$, $p = 0,027$) όσο και η Σ ΑΠ%ρCPT ($HR = 0,947$, $p = 0,04$) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με τον θάνατο από όλες τις αιτίες (προσαρμοσμένο για το βασικό μοντέλο που περιλάμβανε την ηλικία, το φύλο, την ΣΑΠ, το στάδιο Mayo και τη συμμετοχή των νεύρων). Συμπέρασμα: Στην AL αμυλοείδωση, η παρατεταμένη παράδοση αγγειοδιαστολή και η μειωμένη ΣΑΠ και Δ ΑΠ σε απόκριση στη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος σχετίζονται με αυτόνομη δυσλειτουργία, σοβαρότερη καρδιακή συμμετοχή και δυσμενή επιβίωση.

Προφορικές Ανακοινώσεις

11.30-12.30 Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός I Arrhythmias, pacing and resync I

Πρόεδροι: **E. Κανουπάκης** (Ηράκλειο), **Π. Φλεβάρη** (Αθήνα)
Chairpersons: **E. Kanoupakis** (Heraklion), **P. Flevari** (Athens)

ΠΑ001 | Παραγωγικά Ανταγωνιστικά Δίκτυα (Generative Adversarial Networks, GANs) για τη Δημιουργία Συνθετικών Ηλεκτροκαρδιογραφημάτων 12 Απαγωγών με Συγκεκριμένες Παθήσεις

Π. Παντελίδης¹, E. Οικονόμου¹, I. Γαλαμάς¹, A. Γκολιοπούλου¹, Γ. E. Ζακυνθινός¹, B. Τσίγκου¹, A. Μαραθωνίτης¹, A. Αναστασίου¹, Σ. Σαράντος¹, A. Γιαννακόδημος¹, M. Σπάρταλης¹, Π. Δηλαβέρης², E. Βαβουρανάκης¹, Γ. Σιάσος¹

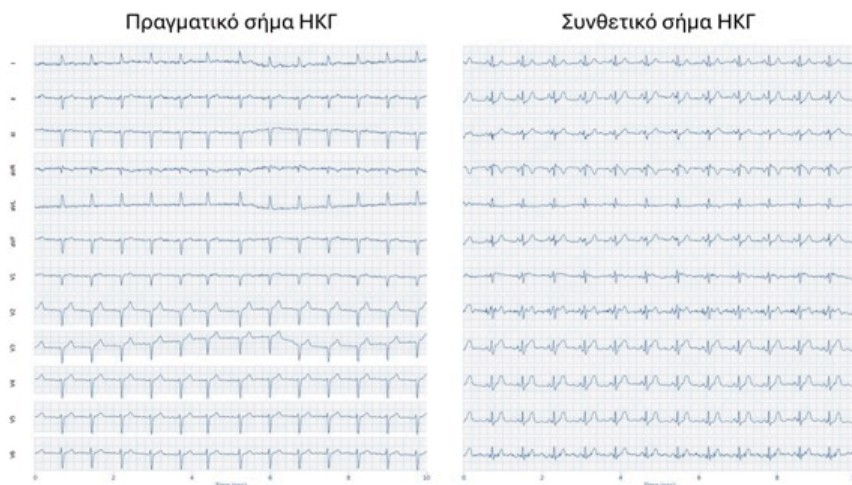
¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

² Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ "Ιπποκράτειο", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή/ Σκοπός Παρά τη σημαντική πρόοδο στην προηγμένη και αυτοματοποιημένη ανάλυση ηλεκτροκαρδιογραφικών (ΗΚΓ) σημάτων, η έλλειψη δειγμάτων δεδομένων ικανού μεγέθους αποτελεί σημαντικό περιορισμό, καθώς, όχι μόνο εμποδίζει την ανάπτυξη πολύπλοκων μοντέλων τεχνητής νοημοσύνης (TN), αλλά δυσχεραίνει και την εκπαίδευση νέων γιατρών σε μεγάλο όγκο ΗΚΓ. Η προσπάθεια αυτή εξετάζει τη χρήση Παραγωγικών Ανταγωνιστικών Δι-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



κτύων (Generative Adversarial Networks, GANs) για την παραγωγή ρεαλιστικών, συνθετικών σημάτων ΗΚΓ που μιμούνται συγκεκριμένες ασθένειες. Υλικό και Μέθοδος Αρχικά, σχεδιάστηκε ένα ειδικό δίκτυο GAN που μπορεί να αναγνωρίζει κοινά μοτίβα ("patterns") σε ΗΚΓ 12 απαγωγών με όμοια παθολογία, και έπειτα να παράγει νέα, συνθετικά και ετερογενή ΗΚΓ σήματα με την ίδια παθολογία. Για το έλεγχο αυτής της υπόθεσης εργασίας, το μοντέλο εκπαιδεύτηκε σε 5.288 ΗΚΓ με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, από τη βάση δεδομένων PTB-XL, για 7,5 ώρες. Έπειτα παρήγαγε αντίστοιχα συνθετικά ΗΚΓ με ρυθμό περίπου 2,500 ΗΚΓ ανά λεπτό. Το μοντέλο βρίσκεται στην ανοιχτή βάση δεδομένων github.com. Αποτελέσματα Δύο ειδικοί καρδιολόγοι αξιολόγησαν ανεξάρτητα τα συνθετικά ΗΚΓ προσπαθώντας να τα διακρίνουν από τα πραγματικά, σε δείγμα 200 σημάτων ίσου αριθμού κάθε κατηγορίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα συνθετικά σήματα ήταν δυσδιάκριτα από τα πραγματικά (ακρίβεια [accuracy, ACC]: 54% [95%CI: 47%, 61%] και 59% [95%CI: 52%, 66%] για τους δύο αναλυτές). Επιπλέον, ένα νευρωνικό δίκτυο TN με στόχο την ανίχνευση ανωμαλιών σε ΗΚΓ, εκπαιδεύτηκε σε σύνολο πραγματικών ΗΚΓ «εμπλουτισμένο» με συνθετικά δεδομένα, και η διαδικασία αυτή φάνηκε να υπερέχει σε σχέση με την εκπαίδευση μόνο σε πραγματικά δεδομένα (ACC: 89%, έναντι 82%, διαφορά 7% [95%CI: 0,1%, 14%]). Συμπεράσματα Η μελέτη αυτή αναδεικνύει το ρόλο των δικτύων GANs, που αποτελούν τεχνολογία αιχμής στον τομέα της TN, για τη μαζική παραγωγή ετερογενών και υψηλής ποιότητας συνθετικών ΗΚΓ, για συγκεκριμένες ασθένειες. Η προσέγγιση αυτή αντιμετωπίζει το πρόβλημα της περιορισμένης διαθεσιμότητας δεδομένων ειδικά για σπάνιες ασθένειες, και ακόμα ξεπερνά τους περιορισμούς ιδιωτικότητας σχετικά με τη χρήση ΗΚΓ δεδομένων πραγματικών ασθενών. Έτσι, η παραγωγή ρεαλιστικών ΗΚΓ δεδομένων με τη χρήση GANs μπορεί να βελτιώσει την εκπαίδευση των μοντέλων TN για ανάλυση ΗΚΓ, αλλά και να βοηθήσει στην εκπαίδευση των γιατρών παρέχοντάς τους μεγάλο όγκο και ποικιλία συνθετικών σημάτων.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ002 | Σύγκριση δύο στρατηγικών κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής με χρήση της νεότερης τεχνολογίας χορήγησης υψίσουχνου ρεύματος με πολύ υψηλή ενέργεια σε μικρή διάρκεια

**Ο. Καρίκη¹, Π. Μιληλής¹, Α. Σαπλαούρας¹, Θ. Εφραιμιδής¹,
Ε. Γ. Τσέτικα¹, Ε. Γκιργκινούδη¹, Σ. Δράγας¹, Κ. Λέτσας¹,
Μ. Εφραιμιδής¹**

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η εισαγωγή καθετήρων κατάλυσης με δυνατότητα χορήγησης υψίσουχνου ρεύματος (RF) με πολύ υψηλή ενέργεια σε μικρή διάρκεια (very-high power short duration vHPSD, 90W/4s) έχει επιταχύνει τις επεμβάσεις κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής με χρήση RF. Στην παρούσα μελέτη συγκρίνονται δυο στρατηγικές κατάλυσης που χρησιμοποιούν την τεχνολογία vHPSD ως προς την αποτελεσματικότητα τους και τα χαρακτηριστικά των επεμβάσεων. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη συμπεριέλαβε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή ηλεκτρική απομόνωση του άντρου των πνευμονικών φλεβών με τον καθετήρα QDOT Micro™ (Biosense Webster, Inc., CA, USA). Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο στρατηγικές κατάλυσης. Στην πρώτη στρατηγική η απομόνωση των πνευμονικών φλεβών πραγματοποιήθηκε με χορήγηση βλαβών αποκλειστικά με τεχνολογία vHPSD (90W σε 4 δευτερόλεπτα)- ομάδα vHPSD, ενώ στην δεύτερη στρατηγική κατάλυσης η απομόνωση έγινε με υβριδική προσέγγιση (υβριδική ομάδα) δηλαδή με χορήγηση βλαβών vHPSD στο οπίσθιο τοίχωμα και high power short duration (HPSD- 50W με διάρκεια εφαρμογής μέχρι την επίτευξη ablation index 550) στο πρόσθιο τοίχωμα. Η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για υποτροπές έγινε με χρήση Holter 24 ωρου σε 1, 3, 6, 9 και 12 μήνες μετά την κατάλυση και επιπλέον ηλεκτροκαρδιογραφήματα επι συμπτωμάτων. Αποτελέσματα: Η μελέτη συμπεριέλαβε 126 ασθενείς (37 στην ομάδα vHPSD και 89 στην υβριδική ομάδα). Ο χρόνος χορήγησης RF ενέργειας ήταν σημαντικά μικρότερος στην ομάδα vHPSD (424.8±222.4 έναντι 864.5±179.8 δευτερόλεπτα, p<0.0001). Ωστόσο δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική διάρκεια της επέμβασης (79.19±13.67 έναντι 84.44±16.56 λεπτά, p=0.082). Η επίτευξη ηλεκτρικής απομόνωσης χωρίς ανάγκη χορήγησης πρόσθετων βλαβών (bilateral first pass isolation) ήταν υψηλότερη στην υβριδική ομάδα (51.35% έναντι 73.03%, p=0.023). Ως προς τις υποτροπές, οι δυο στρατηγικές είχαν συγκρίσιμα μακροχρόνια αποτελέσματα (21.62% έναντι 19.1%, p=0.81). Συμπεράσματα: Η υβριδική προσέγγιση κατάλυσης κατά την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών που περιλαμβάνει την χορήγηση βλαβών vHPSD στο οπίσθιο τοίχωμα και HPSD στο πρόσθιο τοίχωμα επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά bilateral first pass isolation έναντι της κατάλυσης αποκλειστικά με τεχνολογία vHPSD. Η συνολική διάρκεια της επέμβασης και οι μακροχρόνιες υποτροπές κολπικής μαρμαρυγής είναι συγκρίσιμες μεταξύ των στρατηγικών.

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ003 | Spontaneous Type 1 ECG and arrhythmic risk in Brugada Syndrome: a systematic review and meta-analysis of adjusted and unadjusted time-to-event data

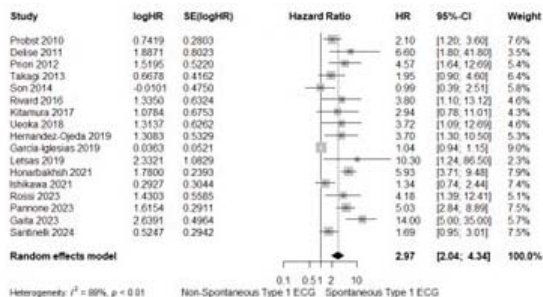
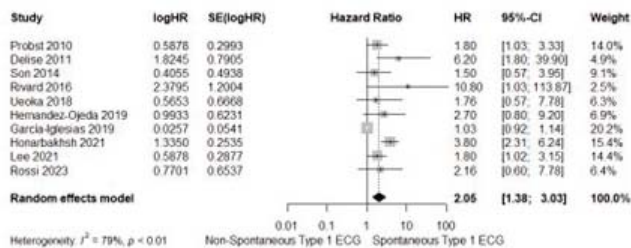
S. Chiotis¹, I. Doundoulakis², L. Pannone², D. G. Della Rocca², D. Tsiachris³, V. Vasilikos¹, G. Giannopoulos¹, G. Battista Chierchia², C. De Asmundis²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² Heart Rhythm Management Centre, Postgraduate Program in Cardiac Electrophysiology and Pacing, Universitair Ziekenhuis Brussel - Vrije Universiteit Brussel, European Reference Networks Guard-Heart, Brussels, Belgium,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Brugada Syndrome (BrS) is associated with an increased risk of major arrhythmic events (MAEs), particularly in patients with a spontaneous Type 1 ECG pattern. Previous meta-analyses have been conducted, using mainly crude or unadjusted data from observational studies. We conducted an updated meta-analysis of the prognostic role of spontaneous Type 1 ECG for MAEs in BrS patients combining adjusted and unadjusted data separately. Methods: We conducted a systematic search of PubMed and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) from inception to January 2024. Studies were included if they provided hazard ratios (HRs) for MAEs associated with spontaneous Type 1 ECG in BrS patients. Data were pooled using a DerSimonian-Laird random-effects model, and heterogeneity was assessed using Cochran's Q-test and the I^2 statistic. Subgroup and meta-regression analyses were performed to explore sources of heterogeneity. Results: Eighteen studies comprising 7,238 patients met the inclusion criteria, with 10 providing adjusted and 17 providing unadjusted data. Separate pooled analyses demonstrated a significantly increased risk of MAEs in BrS patients with spontaneous Type 1 ECG compared to those without, with a pooled HR of 2.97 (95% CI: 2.04-4.34, $I^2 = 88%$) in univari-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ate models and adjusted HR (aHR) of 2.05 (95% CI: 1.38-3.03, $I^2 = 79%$) in multivariate models. Subgroup analysis revealed higher risks in studies with non-Asian populations and those including patients with no history of aborted cardiac arrest (ACA) (Asians: aHR = 1.72, 95% CI: 1.09; 2.72, $I^2 = 0%$, non-Asians: aHR = 2.36, 95% CI: 1.35; 4.11, $I^2 = 85%$, history of ACA: aHR = 1.47, 95% CI: 1.02; 2.12, $I^2 = 57%$, no history of ACA: aHR = 3.56, 95% CI: 2.35; 5.41, $I^2 = 0%$). Quality of evidence was considered very low due to significant levels of heterogeneity and high risk of publication bias (Egger's test $P=0.005$). Conclusion: Despite the limitations in evidence quality, our analysis indicates a significantly higher risk of MAEs in Brugada Syndrome (BrS) patients with a spontaneous Type 1 ECG compared to those without.

ΠΑ004 | Πρώιμη γνωστική δυσλειτουργία σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή: καθιερωμένα και νέα διαγνωστικά εργαλεία

Δ. Ταχματζίδης¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Μ. Μελετίδου¹,

Σ. Ε. Κωνσταντινίδου¹, Α. Ζγουρίδου¹, Σ. Χ. Ζαγαλιώτη²,

Μ. Ι. Μουντουρλή¹, Β. Σχισμένος¹, Π. Μαμώλης¹, Κ. Τριανταφύλλου¹,

Α. Αντωνιάδης¹, Γ. Γιαννόπουλος¹, Β. Βασιλικός¹

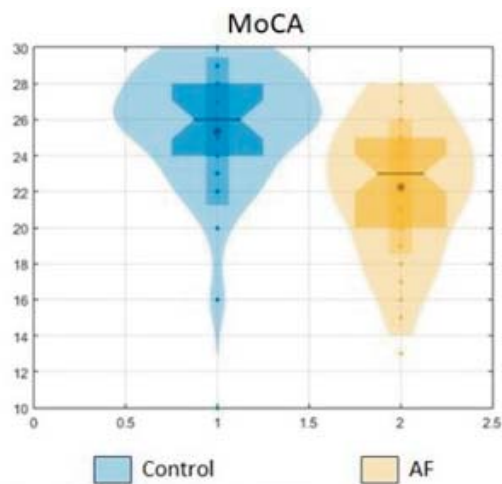
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση γνωστικής δυσλειτουργίας. Η διάγνωση αυτής της συσχέτισης παραμένει μια πρόκληση, ιδιαίτερως σε ήπια συμπτωματικούς ασθενείς. Η δοκιμασία REMEDES για το Alzheimer (R4Alz), που έχει σχεδιαστεί για την διάγνωση της πρώιμης έκπτωσης του γνωστικού ελέγχου, αποτελεί ένα ελκυστικό διαγνωστικό εργαλείο. Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση του επιπολασμού της πρώιμης, ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας σε άτομα με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή, χρησιμοποιώντας τόσο καθιερωμένα όσο και καινοτόμα διαγνωστικά εργαλεία. Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή, και σε ομάδα μαρτύρων, που διεξήχθη σε Καρδιολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου. Το ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή γνωστής γνωστικής δυσλειτουργίας αποτέλεσαν κριτήρια αποκλεισμού του πληθυσμού. Μετά την καταγραφών των δημογραφικών και κλινικών παραμέτρων των ασθενών, το σύνολο των συμμετεχόντων υπεβλήθη την ίδια ημέρα τόσο στη Γνωσιακή Δοκιμασία του Μόντρεαλ (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) όσο και στο R4Alz. Το R4Alz αξιολογεί τη γνωστική λειτουργία και την ικανότητα προσοχής σε τρία στάδια: την εργαζόμενη μνήμη (R1), το εποπτικό σύστημα προσοχής (R2) και τον ανασταλτικό έλεγχο και την εναλλαγή κανόνων/έργων (R3). Κύριο ερευνητικό ερώτημα αποτέλεσε η σύγκριση του επίπεδου γνωστικής λειτουργικότητας μεταξύ της ομάδας κοιλιακής μαρμαρυγής και της ομάδας ελέγχου καθώς και η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της δοκιμασίας R4Alz. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη γλώσσα προγραμματισμού R, με το επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ να θεωρείται στατιστικά σημαντικό. Αποτελέσματα:

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



	AF	Controls	p-value
MoCA	22.3 ± 3.72	25.4 ± 4.11	<0.001
R1a	16.2 ± 3.1	19 ± 4.13	<0.001
R1b	15 ± 3.94	19 ± 4.14	<0.001
R1c	8.7 ± 2.89	11.3 ± 1.97	<0.001
R2	134 ± 11.39	141.8 ± 9.6	0.001
R3a1	9.3 ± 6.37	6.1 ± 5.39	0.021
R3a2	20.1 ± 11.56	12.5 ± 8.82	0.003
R3b	2.5 ± 1.17	1.4 ± 1.08	<0.001

Πίνακας 1: Σύγκριση της γνωστικής απόδοσης ανάμεσα σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή και σε μάρτυρες.

Εικόνα 1: Σύγκριση της βαθμολογίας MoCA ανάμεσα σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή και σε μάρτυρες.

Μελετήθηκαν 55 ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και 34 μάρτυρες (Μέση ηλικία: 62,6 έτη, 62,9% γυναίκες). Οι βαθμολογίες MoCA (25,4 ± 4,11 για κοιλιακή μαρμαρυγή έναντι 22,3 ± 3,72 για μάρτυρες, τιμή $p < 0,001$) (Εικόνα 1) και οι βαθμολογίες R4AIz σε όλα τα στάδια (μνήμη εργασίας R1a, R1b, R1c, σύστημα εποπτικής προσοχής R2, εναλλαγή εργασιών/κανόνων - έλεγχος R3a1, R3a2, R3b) ήταν ενδεικτικές ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή. Η ομάδα ελέγχου εμφάνισε σημαντικά καλύτερη γνωστική απόδοση σε όλα τα εργαλεία αξιολόγησης (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη το διαγνωστικό εργαλείο R4AIz αποτελεί ένα καινοτόμο σύστημα διάγνωσης της ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας σε πρώιμα στάδια, με πολύ ικανοποιητική επίδοση. Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου ενδεχομένως να οδηγήσει σε εξατομικευμένη τροποποίηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και να βελτιώσει την πρόγνωση ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή.

ΠΑ005 | Effect of mineralocorticoid receptor antagonists on new-onset or recurrent atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of randomized trials

P. Karakasis¹, D. Patoulis¹, K. Pamporis², P. Stachteas¹, N. Zelevaris³, V. Nevras³, G. Tyrikos³, G. Gkounti³, T. Karamitsos⁴, N. Fragakis¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

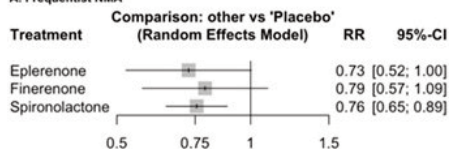
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Clinical and translational research suggests that mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs) may prevent atrial fibrosis and electrical remodeling associated with atrial fibrillation (AF). This study aimed to consolidate existing evidence from randomized controlled trials (RCTs) evaluating the effect of MRAs on incident or recurrent AF. Methods: Medline, Cochrane Library and Scopus were searched until February 12, 2024. Triple-independent study selection, data extraction and quality assessment were performed. Evidence was pooled using both pairwise and Bayesian and frequentist network meta-analyses. Results: Twenty-three RCTs (13,358 participants) were identified. Based on the pairwise random effects meta-analysis, MRAs were associated with a significant reduction in AF events compared to placebo or usual care (risk ratio {RR}= 0.75; 95% confidence interval {CI}= [0.66, 0.87]; P< 0.001; I²= 3%). This protective effect was robust both for new-onset and recurrent AF episodes (subgroup p-value= 0.69), while the baseline HF status was not a significant effect modifier (subgroup p-value= 0.58). MRAs demonstrated a significantly higher reduction in AF events for patients with chronic renal disease compared to placebo (RR= 0.78; 95% CI= [0.62, 0.98]; P= 0.03; I²= 0%). The network meta-analyses revealed that only spironolactone was associated with a significant reduction in AF events (Bayesian RR= 0.76; 95% CI= [0.65, 0.89]; P< 0.001; level of evidence moderate; SUCRA 0.731), while eplerenone and finerenone showed a neutral effect. Conclusion: MRAs confer a significant benefit in terms of reducing incident or recurrent AF episodes, irrespective of HF status. In this context, spironolactone may be preferable compared to eplerenone or finerenone.

A. Frequentist NMA



B. Bayesian NMA



ΠΑ006 | Comparative Outcomes of Ischemic and Non-Ischemic Dilated Cardiomyopathy in ICD Recipients: A 30-Year Retrospective Analysis

E. Koutalas¹, T. Pateromichelakis¹, H. Mavrikis¹, E. Kallergis¹, G. Kochiadakis¹, E. Kanoupakis¹

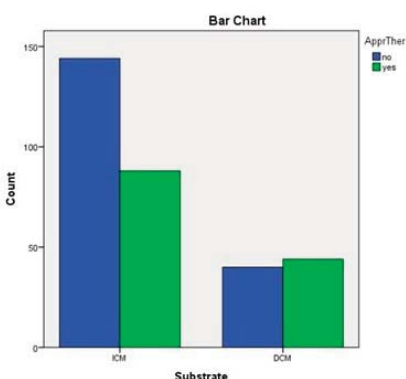
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Ischemic cardiomyopathy (ICM) and dilated non-ischemic cardiomyopathy (DNICM) are the two main clinical entities included in the landmark studies that established the use of implantable-cardioverter-defibrillators (ICDs). While arrhythmogenesis is in both cases triggered

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

primarily in fibrotic areas of the ventricular myocardium due to reentry mechanisms, little is known regarding outcomes of patients with ICM vs NIDCM after the implantation of the device. Methods: Data from the ICD registry of the Cardiology Department of the University Hospital of Heraklion, Crete, were analyzed. The registry encompasses data from 1993 to present day. All patients that receive an ICD for primary or secondary prevention on the island of Crete are registered. We retrospectively compared the two main subgroups of patients, those with ICM vs NIDCM, regarding appropriate therapies from the ICD (anti-tachycardia pacing or shock). Results: A total of 1582 patients were included in the analysis. Of them, 1064 suffered from ICM and the rest (518 patients) from NIDCM. The majority of the patients were male (91%). In the whole cohort, 1265 patients received an ICD for primary prevention and 317 patients for secondary prevention. In 77.3% of the patients an electrophysiological study (EPS) to induce ventricular arrhythmias (VA) was conducted. In 45.6% of patients a sustained VA was induced. Regarding the risk of receiving an appropriate therapy, ICM patients in general did not differ from the NIDCM ones (26.4% vs 30.7%, $p=0.074$), nor did patients in the primary prevention subgroup, respectively (23% vs 26%, $p=0.18$). On the contrary, in the secondary prevention subgroup, NIDCM patients received appropriate therapies more often than the ICM ones, a difference that reached statistical significance (52.3% vs 37.9%, $p=0.021$). Conclusions: In secondary prevention ICD recipients the risk of malignant arrhythmias is substantially higher in the NIDCM subgroup vs ICM. A possible genetic background giving rise to more wild phenotypes in NIDCM patients in accordance with the evolving nature of the arrhythmogenic substrate in NIDCM seem to play a significant role.



Secondary prevention ICM and NIDCM patients receiving appropriate therapies

ΠΑ007 | **SCN5A gene variants and arrhythmic risk in Brugada Syndrome: a systematic review and meta-analysis**

S. Chiotis¹, P. Tsioufis², A. Kordalis², G. Battista Chierchia³, C. De Asmundis³, D. Tsiachris², I. Doundoulakis³, L. Pannone³, D. G. Della Rocca³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

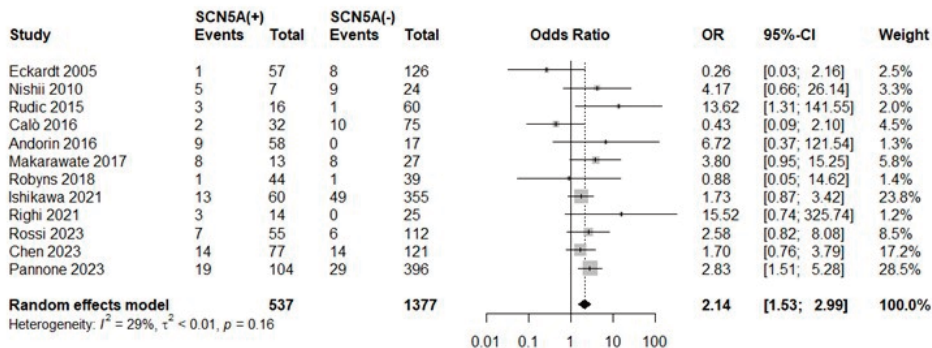
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ Heart Rhythm Management Centre, Postgraduate Program in Cardiac Electrophysiology and Pacing, Universitair Ziekenhuis Brussel - Vrije Universiteit Brussel, European Reference Networks Guard-Heart, Brussels, Belgium

Background: A rare gene variant in SCN5A can be found in approximately 20-25% of patients with Brugada syndrome (BrS). **Objective:** The aim of this systematic review and meta-analysis is

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



to evaluate: (1) differences in clinical characteristics of BrS patients with and without SCN5A rare variants and (2) the prognostic role of SCN5A for ventricular arrhythmias in BrS. Methods: PubMed and Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) were systematically searched from inception to January 2024 to identify all the relevant studies. A basic search strategy was developed for PubMed database and was accordingly modified for the other research databases. Studies were analyzed if including patients diagnosed with BrS in whom genetic testing for SCN5A variants was performed and arrhythmic outcomes were reported. Results: A total of 17 studies with 3568 BrS patients, of whom 3030 underwent to genetic testing for SCN5A variants, fulfilled the eligibility criteria and were included. Compared with SCN5A- patients, SCN5A+ BrS patients had more frequently spontaneous type I ECG, history of syncope and documented arrhythmias. Furthermore, higher PQ and QRS intervals in SCN5A+ BrS patients, compared with SCN5A- have been found. The pooled analysis demonstrated a significant association between the presence of SCN5A rare variants in BrS patients and the risk of MAEs, with a pooled OR of 2.14 (95% CI: 1.53; 2.99, $I^2 = 29\%$). Sensitivity analysis demonstrated that loss of function (LoF) SCN5A+ mutation status was associated with an elevated risk of MAEs when compared to non-LoF SCN5A+ BrS patients (OR = 4.05, 95% CI: 1.54; 10.64, $I^2 = 0\%$) as well as in comparison with SCN5A- (OR = 3.4, 95% CI: 1.59; 7.6, $I^2 = 38\%$). There was no association between non-LoF SCN5A+ vs SCN5A- BrS patients and the risk of MAEs (OR = 0.9, 95% CI: 0.13; 5.9, $I^2 = 49\%$). Conclusion: SCN5A+ BrS patients showed a worse clinical phenotype compared with SCN5A-. The pooled analysis demonstrated a significant association between SCN5A+ mutation status and the risk of MAEs in BrS patients.

ΠΑ008 | Retrospective Observational Study of Tricuspid Regurgitation in Patients with Device Implantation (PM, CRT) in LBBP Position

K. M. Nastouli¹, M. Bozika¹, G. Leventopoulos¹, P. Chronopoulos¹, A. Perperis¹, I. Koniari¹, E. Kapsali², E. Papastaurou¹, P. Davlourous¹

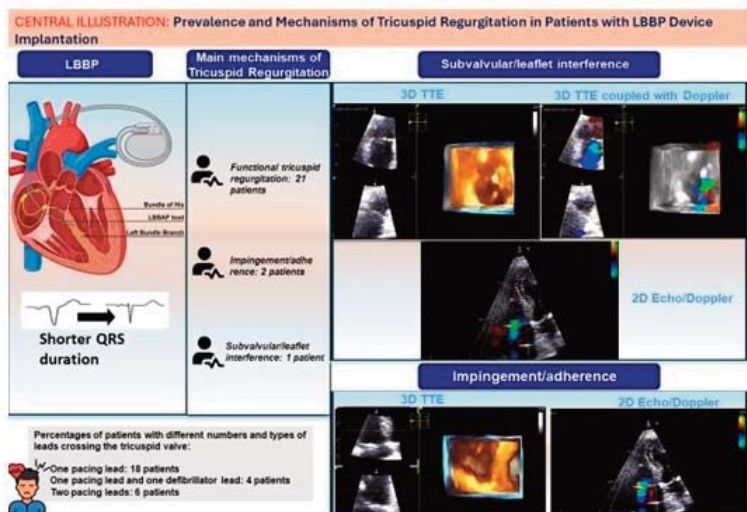
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Objective: To investigate the prevalence and mechanisms of tricuspid regurgitation (TR) in patients undergoing left bundle branch pacing (LBBP) device implantation. Methods: A retrospective observational study was conducted on 29 patients who underwent LBBP device implantation. Echocardiographic data by 2D and 3D TTE (transthoracic echocardiography) evaluation, including TR severity and mechanism were collected. The number of leads crossing the tricuspid valve and the distance of the LBBP lead from the left ventricular base were recorded. Results: Out of the 29 patients, 24 (83%) had TR, with the majority having mild to moderate severity. The main mechanisms of TR were functional (not lead related) (72%), impingement/adherence in 2 patients (7%), and subvalvular/ leaflet interference in 1 patient (3%) (Figure 1). TTE demonstrated lead interference with the subvalvular apparatus in one patient, impairing leaflet coaptation and causing moderate tricuspid regurgitation. Another patient exhibited lead impingement of the anterior leaflet, restricting its motion and resulting in moderate tricuspid regurgitation. Both mechanisms were confirmed by 3D echocardiography and color Doppler imaging. 19 patients had a single pacing lead, 4 had one pacing and one defibrillator lead, and 6 had two pacing leads. TR prevalence did not differ significantly among lead configurations ($p>0.05$). The median LBBP lead distance from the left ventricular base was 31.0 mm (IQR: 29.0-39.0 mm). Devices implanted were LOT CRT-D (10%), LOT CRT-P (10%), CRT-P (LV-RV 80) (21%), DR PPM (55%), and CRT-D (LV-RV 80) (3%). Indications were dyssynchrony (30%), conduction disorders (48%), upgrade from previous pacemaker (14%), and atrial fibrillation pace and ablate strategy (3%). Conclusion: In this retrospective study, a high prevalence of predominantly mild to moderate TR was observed in patients undergoing LBBP device implantation. The main mechanism was functional, likely secondary to RV dilatation. The number of leads did not significantly impact TR prevalence,



suggesting other factors may play a role. However, the lack of pre-implantation echocardiographic data limits the ability to determine the true impact of LBBP on TR. As this is preliminary data from an ongoing study, further research is needed to elucidate the potential mechanisms and long-term implications of TR in this population.

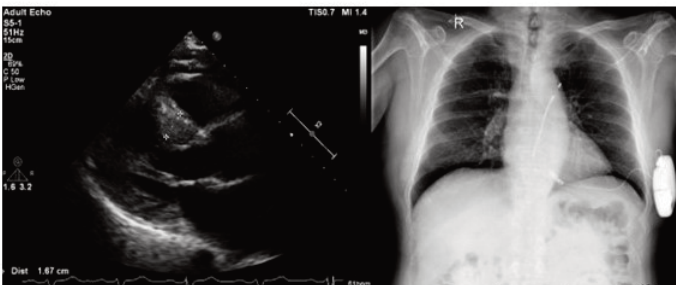
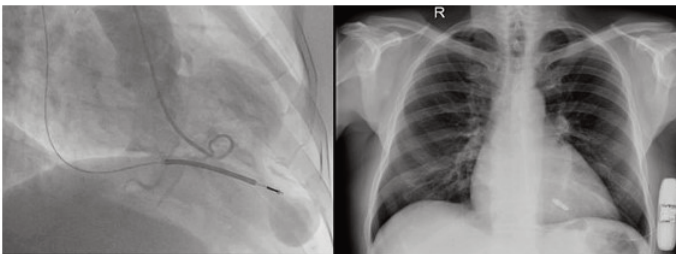
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ009 | Συνδυασμός συσκευών διαχείρισης καρδιακού ρυθμού σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**Ν. Μηλαράς¹, Β. Νεύρας², Π. Δούρβας¹, Σ. Σιδεράς¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Οι καρδιαγγειακές εμφυτεύσιμες συσκευές έχουν εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες με αποτέλεσμα την μείωση της επίπτωσης του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, την παράταση επιβίωσης και την βελτίωση ποιότητας ζωής. Ο καρδιολόγος δύναται να επιλέξει ανάμεσα σε πληθώρα τέτοιων συσκευών για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του, αναλόγως τις ενδείξεις και το προφίλ τους. Υλικό και μέθοδος: Case 1: Ασθενής 60 ετών με ιστορικό σαρκομερικής υπερτροφικής καρδιομυοπάθειας κορυφής (μετάλλαξη MYBPC3), ανεύρυσμα κορυφής και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αξιολόγηση λόγω δύο επεισοδίων συγκοπής (Εικόνα 1α). Σε 24ωρο Holter ρυθμού αποκαλύφθηκαν παύσεις έως και 3,5 δευτερόλεπτα κατά την εγρήγορση και τριπλέτες μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Λόγω υψηλού HCM Risk-SCD score 7,6%, εμφυτεύσαμε ένα διαφλέβιο απινιδωτή (ICD) προκειμένου να αντιμετωπίσουμε και τις δύο πιθανές αιτιολογίες συγκοπής. Μετά την εμφύτευση, ο ασθενής προσήλθε για ετήσιο επανέλεγχο με οίδημα κάτω άκρων και ήπια δύσπνοια στην κόπωση. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε νεοεμφανισθείσα σοβαρή τριγλώχινικη ανεπάρκεια (TR) λόγω καθήλωσης της πρόσθιας γλωχίνας από το κοιλιακό καλώδιο του ICD (Εικόνα 1). Μετά από ενδελεχή συζήτηση και χωρίς σχετικά δε-

δομένα στη βιβλιογραφία, προχωρήσαμε στην εξαγωγή του ICD και στην εμφύτευση ενός βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια (LP) όσο και ενός υποδόριου ICD(s-ICD), καθώς ο τελευταίος στερείται ικανότητα βηματοδότησης (Εικόνα 1). Case 2: Ασθενής 67 ετών με ιστορικό υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας διεκομίσθη για εκφύτευση απινιδωτή λόγω ενδοκαρδίτιδας από Saureus. Ο απινιδωτής είχε εμφυτευθεί προ 9ετίας λόγω μονόμορφης VT και έγινε αντικατάσταση γεννήτριας προ μόνος. Μετά την εκφύ-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τευση και αφού έλαβε 6 εβδομάδες αντιβίωση, έγινε επανεμφύτευση ICD στη δεξιά πλευρά. Διο μήνες αργότερα όμως διεγνώσθη με λοίμωξη θήκης και αναγκαστήκαμε να προχωρήσουμε εκ νέου σε εκφύτευση. Μετά τη λήψη αντιβίωσης για 2 εβδομάδες αποφασίσαμε να εμφυτεύσουμε S-ICD και ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου. Ένα έτος αργότερα, λόγω εμφάνισης επεισοδίων συγκοπής και καταγραφής σε Holter ρυθμού παύσεων αποφασίσαμε και σε αυτή την περίπτωση την εμφύτευση LP. Συμπέρασμα: Παρόλο που οι εμφυτεύσεις LP και S-ICD είναι βιώσιμες εναλλακτικές, διευκολύνοντας την καθημερινή πρακτική του εμφυτευτή, και οι δύο συσκευές χρησιμοποιούνται σπάνια ταυτόχρονα. Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η κύρια ένδειξη για την εμφύτευση αυτού του συνδυασμού CIED είναι η προηγούμενη μόλυνση. Σύμφωνα με την εμπειρία μας, εμφύτευση LP μετά από εκφύτευση λόγω μόλυνσης δεν οδηγεί σε επαναμόλυνση και δεν υπάρχουν σχετικές δημοσιευμένες αναφορές στη βιβλιογραφία. Για την αποφυγή απρόσφορων εκφορτίσεων ή απροσδόκητης αλληλεπίδρασης των συσκευών συνήθως λαμβάνουμε τα ακόλουθα μέτρα. Μετά την εμφύτευση δοκιμάζουμε την ικανότητα απινίδωσης του S-ICD στα 80J μετά την πρόκληση Κοιλιακής Μαρμαρυγής (VF). Ακόμη και εάν ο LP δεν ανασταλεί και συνεχίσει να βηματοδοτεί, ο S-ICD αναγνωρίζει την αλλαγή της συχνότητας και της μορφολογίας του QRS και προχωρά σε απόδοση θεραπείας. Στο εργαστήριο μας δεν παρουσιάστηκε δυσλειτουργία LP ή ορατή μετατόπιση μετά από απινίδωση. Ένα άλλο βασικό μέλημα με τη συνδυασμένη θεραπεία είναι ότι η βηματοδότηση αυξάνει το ύψος του QRS και T προκαλώντας κίνδυνο υπεραίσθησης του κύματος T και απρόσφορης εκφόρτισης από τον S-ICD. Για να το αντιμετωπίσουμε αυτό, πραγματοποιούμε ταυτόχρονη ανάκριση των συσκευών τόσο σε ύπτια όσο και σε όρθια θέση. Στη συνέχεια επιλέγεται η καλύτερη απαγωγή του S-ICD για να αποφευχθεί η υπεραίσθηση του κύματος T. Επιπλέον, το S-ICD είναι ικανό να αποθηκεύει και να αναγνωρίζει τα πρότυπα τόσο του εγγενούς όσο και του βηματοδοτούμενου συμπλέγματος QRS.

ΠΑ010 | Τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης αποτελούν προγνωστικό εργαλείο για τις υποτροπές της κοιλιακής μαρμαρυγής

Π. Χαραλαμπίδης¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Α. Μπούλμπου¹, Θ. Μωυσιάδης², Κ. Τσιώνη³, Ε. Τεπερικήδης¹, Θ. Καραμήτσος⁴, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟ,

² Department of Computer Science, School of Sciences and Engineering, University of Nicosia, Nicosia 2417, Cyprus,

³ Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο",

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η πιο κοινή διαταραχή καρδιακού ρυθμού, η οποία επηρεάζει περισσότερα από 46.000.000 άτομα παγκοσμίως, με επιπολασμό που αναμένεται να αυξηθεί τις επόμενες δεκαετίες παράλληλα με το γηράσκοντα πληθυσμό. Η ανάπτυξη της ΚΜ συνδέεται με πλήθος επιβαρυντικών παραγόντων, μεταξύ των οποίων η φλεγμονή διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο, καθώς συνιστά σημαντικό υποκείμενο μηχανισμό. Επιπλέον, η ομο-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κουστεϊνή (Hcy), η οποία συνδέεται με το οξειδωτικό στρες και τη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, εμπλέκεται στην παθογένεια της ΚΜ. Η κατανόηση του ρόλου της φλεγμονής και της Hcy στην ΚΜ μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την πορεία της νόσου, ενδεχομένως οδηγώντας σε νέες προσεγγίσεις για την πρόληψη και τη θεραπεία. Σκοπός: Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ρόλου των επιπέδων Hcy στο πλάσμα στην πρόγνωση της ΚΜ σε ένα δείγμα ασθενών με παροξυσμική ΚΜ (ΠΚΜ). Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν 49 ασθενείς με ΠΚΜ (23 εκ των οποίων γυναίκες) με μέση ηλικία 65±11 έτη. Ελήφθη αναλυτικό ιστορικό σχετικά με τα επεισόδια ΠΚΜ και τα συμπτώματα αυτής, βάσει του EHRA score, ενώ κατεγράφησαν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία. Διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα με έμφαση στους δείκτες διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (LV) και την ανατομία και λειτουργικότητα του αριστερού κόλπου (LA). Τα επίπεδα Hcy μετρήθηκαν σε δείγματα πλάσματος αποθηκευμένα στους -80°C και διαχωρίστηκαν ως είτε <3 μmol/L είτε > μmol/L. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν στη συνέχεια για μέση διάρκεια 12 μηνών, κατά την οποία κατεγράφησαν οι νοσηλείες σχετιζόμενες με την εμφάνιση ΠΚΜ. Αποτελέσματα: Οι πιο κοινές συννοσηρότητες του δείγματος περιλάμβαναν κάπνισμα σε ποσοστό 34,7%, στεφανιαία νόσο σε 8%, αρτηριακή υπέρταση σε 57% και σακχαρώδη διαβήτη σε 16%. Το μέσο κλάσμα εξώθησης της LV ήταν 61±5% και ο όγκος του LA ήταν 67±22 ml. Κατά την περίοδο παρακολούθησης, 35 ασθενείς δεν εμφάνισαν υποτροπή της ΚΜ, ενώ 12 παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΠΚΜ. Δύο ασθενείς χάθηκαν κατά την παρακολούθηση. Οι ασθενείς με υποτροπή ΚΜ είχαν πιο μακροχρόνιο ιστορικό ΚΜ, υψηλότερη αρτηριακή πίεση κατά

Πίνακας 1

Μεταβλητές	Σύνολο ασθενών	Ομάδα μη υποτροπών	Ομάδα υποτροπών	p-value
Ομοκουστεϊνή (binary) (1: >=13 μmol/L)	21/49 (42,9%)	12/35 (34,3%)	8/12 (66,7%)	0,058
LA reservoir %	22,20 (9,65)	23,30 (9,85)	19,37 (7,90)	NS
Μέγιστος όγκος LA (ml)	59,11 (18,60)	56,66 (17,46)	65,02 (19,99)	NS
Διάρκεια ιστορικού ΚΜ (binary) (1: >=857,5 ημέρες)	22/49 (44,9%)	13/35 (37,1%)	9/12 (75%)	0,031
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	131,31 (14,23)	128,66 (13,10)	137,25 (14,98)	0,072
Ηλικία κατά το 1 ^ο επεισόδιο ΚΜ (έτη)	58,79 (10,46)	60,09 (9,48)	53,61 (11,13)	0,065
Κάπνισμα (n, %)	17/49 (34,7%)	11/35 (31,4%)	6/12 (50%)	NS

Πίνακας 2. Πολυπαραγοντική ανάλυση

Μεταβλητές	Odds Ratio	p-value	95% Confidence interval - Odds Ratio	
			Lower	Upper
Ομοκουστεϊνή (binary) (1: >=13 μmol/L)	7,010	0,046	1,036	47,425
Διάρκεια ιστορικού ΚΜ (binary) (1: >=857,5 ημέρες)	5,213	0,082	0,810	33,551
Συστολική αρτηριακή πίεση	1,090	0,058	0,997	1,191
Ηλικία κατά το 1 ^ο επεισόδιο ΚΜ	0,844	0,011	0,742	0,961

την ένταξη στη μελέτη και ήταν πιο συχνά καπνιστές. Επιπλέον, όπως αναμενόταν, οι ασθενείς με υποτροπή ΚΜ παρουσίαζαν μεγαλύτερες διαστάσεις LA και επηρεασμένη λειτουργικότητα αυτού, όπως αξιολογήθηκε με τη χρήση της μέγιστης π α ρ α μ ό ρ φ ω σ η ς (strain) του LA, σε σύγ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

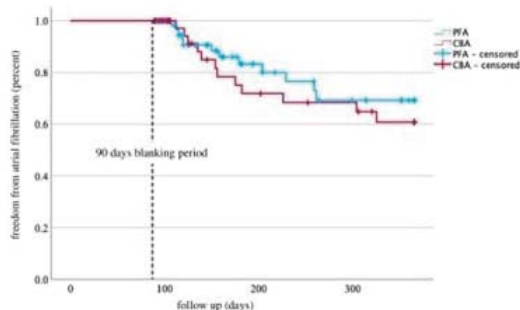
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κριση με τους ασθενείς χωρίς υποτροπή ΚΜ (Πίνακας 1). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι επίπεδα Hcy στο πλάσμα μεγαλύτερα από 13 μmol/L συσχετίζονται με OR 7,01 για την εμφάνιση ΚΜ κατά την περίοδο παρακολούθησης (Πίνακας 2). Συμπεράσματα: Η ΚΜ είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, επηρεαζόμενη από διάφορους παράγοντες. Τα επίπεδα Hcy στο πλάσμα πιθανόν να προσφέρουν επιπλέον προγνωστικές πληροφορίες για την υποτροπή της ΚΜ, ιδιαίτερα στο δείγμα μας, το οποίο θεωρείται σχετικά υγιές. Η αυξημένη αξία της Hcy στην πρόβλεψη των υποτροπών της ΚΜ υπογραμμίζει τη δυναμική σημασία της ενσωμάτωσης των επιπέδων της Hcy στα μελλοντικά προγνωστικά εργαλεία για την εκτίμηση του κινδύνου ΚΜ, επιτρέποντας πιο εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης.

ΠΑ011 | Comparison of pulsed field ablation and cryoballoon ablation for pulmonary vein isolation in patients with atrial fibrillation
E. Mavrakis¹, D. Vlachopoulou¹, C. Jungen¹, M. Rattka¹, T. Rassaf¹, S. Mathew¹

¹ University Hospital Essen, West German Heart Center

Background: Pulmonary vein isolation is a hallmark of atrial fibrillation treatment and can be achieved by a variety of methodical approaches. While thermal ablation modalities like cryoballoon ablation (CB), has been established as the standard of care over the past years, pulsed field ablation (PFA) has been suggested as a novel tissue-specific modality. However, data comparing outcomes of patients undergoing either CB or PFA are sparse. **Aim:** This studies aim was to compare the efficacy and safety of pulsed field ablation and cryoballoon ablation for atrial fibrillation. **Methods:** Consecutive patients undergoing either PFA or CB at our institution were included. The primary endpoint was time to death or recurrence of atrial fibrillation. Secondary endpoints were periprocedural complications and symptoms, left atrial volume index (LAVI) and NT-pro BNP serum levels at the end of follow-up. **Results:** We included 141 consecutive patients who underwent either PFA (94 patients) or CB (47 patients). Patients had a mean age of 63



patients at risk

	0	90	180	270
PFA group	94	63	28	17
CBA group	47	38	22	19

years and were predominantly male (66.4%). After a mean follow-up of 198 days there was no significant difference in AF recurrence between the groups ($p=0.470$). At the end of follow-up 84% of the PFA group and 77% of the CB group with paroxysmal AF, and 50% of the PFA group and 50% of the CB group with persistent AF were still free from AF. There was no significant difference in periprocedural complications ($p=0.804$). Apart from a lower use of contrast dye in the PFA group, there were no significant differences in the

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

procedural parameters. Remarkably, we observed decreased NT-pro BNP levels ($p=0.011$), and a decrease in LAVI ($p=0.015$) in the PFA group, while there were no significant differences in the CB group. Conclusion: In this study we show that PFA and CB are both safe and of similar efficacy regarding recurrence of atrial fibrillation. However, we found that PFA, but not CB, was associated with a decrease in NT-proBNP levels and LAVI, suggesting that PFA rather than CB induces left atrial reverse-remodeling. Possibly, this finding is related to the tissue-specific effects of PFA thereby avoiding collateral damage during ablation.

12.30-14.00 Αρτηριακή υπέρταση & Προληπτική Καρδιολογία Arterial Hypertension

Πρόεδροι: **Στ. Λαμπρόπουλος** (Κοζάνη),
Εμ. Κακουδάκης (Αλεξανδρούπολη)
Chairpersons: **St. Lambropoulos** (Kozani),
Em. Kakoudakis (Alexandroupolis)

ΠΑ012 | **Επιδημιολογία και Κλινικά Χαρακτηριστικά Καρδιακής Ανεπάρκειας με Διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης σε Υπερτασικούς Ασθενείς άνω των 60 ετών (HFpEF-Hypertension): Πρώτα αποτελέσματα Καταγραφής από την ΟΕ Αρτηριακής Υπέρτασης**

Ε. Καλλίστρατος², Μ. Μαρκέτου¹, Δ. Κωνσταντινίδης³, Μ. Βέλιου⁴, Χ. Γράσσο⁵, Κ. Γρηγορίου³, Μ. Διβάνη³, Κ. Δημητριάδης³, Ι. Ζαρίφης⁶, Θ. Θεοδωροπούλου⁵, Β. Κατσή³, Ι. Κανακάκης⁷, Ι. Καχριμανίδης³, Ν. Καυκάς⁸, Π. Λαζαρίδης⁶, Γ. Λιλικακή⁹, Ε. Μιχαλάκη¹⁰, Ι. Μποστανίτης⁶, Α. Μανώλης², Σ. Μαραγκουδάκης⁹, Α. Μαυρογιάννη⁶, Σ. Μπελεχάκης³, Δ. Μπενάς⁴, Ε. Μπενέκη⁶, Γ. Μπλαζάκης¹¹, Δ. Παπαδόπουλος¹⁰, Κ. Παπαδόπουλος¹², Κ. Παπαδομαρκάκη³, Ν. Πατσουράκος¹³, Λ. Πουλημένος¹¹, Μ. Πρόκου³, Η. Σανίδας¹⁰, Σ. Σιδερής³, Μ. Σταθουλοπούλου³, Γ. Σπάγος⁶, Α. Σπανός¹⁴, Α. Στεφανίδης¹⁵, Κ. Τούτουζας³, Ε. Τριανταφυλλίδη⁴, Κ. Τσιούφης³, Κ. Φραγκιαδάκης¹, Γ. Χλουβεράκης¹, Γ. Κοχιαδάκης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΥΡΟΙ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

⁷ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹⁴ Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια λόγω της αύξησης της γήρανσης του πληθυσμού στις Δυτικές κοινωνίες καθώς και της αύξησης της παχυσαρκίας και της υπέρτασης παρατηρείται μια επιδημιολογική έκρηξη της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ) η οποία έχει μεγάλη επίπτωση στην νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Η καλύτερη μελέτη αυτών των ασθενών, ο χαρακτηρισμός του κλινικού τους προφίλ θα συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση αυτών. Μέθοδοι: Η μελέτη διεξάχθηκε στα εξειδικευμένα ιατρεία παρακολούθησης ασθενών με αρτηριακή υπέρταση. Συμπεριλήφθηκαν υπερτασικοί ασθενείς > ετών με ή χωρίς συμπτωματολογία ΚΑΔΚΕ. Τα κλινικά στοιχεία των ασθενών καταγράφηκαν κατά την επίσκεψη στο στην πλατφόρμα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας κατά την επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο. Αποτελέσματα: Έως τώρα έχουν καταγραφεί 430 ασθενείς > ετών από 10 κέντρα, μέσης ηλικίας 78 + 10 ετών. Από αυτούς τους ασθενείς οι 145 (33,7%) εμφάνιζαν συμπτώματα και σημεία ΚΑΔΚΕ. Οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες (56%) ενώ τα επίπεδα αρτηριακής τους πίεσης ήταν υψηλότερα από τους ασθενείς χωρίς ΚΑΔΚΕ (133+16/73+10 mmHg για τους ασθενείς με ΚΑΔΚΕ έναντι 130+13/75+13 mmHg, p:0,43). Ωστόσο, οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ ήταν πιο υπέρβαροι (30,9+7 έναντι 29+6 Kgr/m², p:0,47), είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό στεφανιαία (25,4% έναντι 8%), σε μεγαλύτερο ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη (41,5% έναντι 21,4%), υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ενώ το 10% είχαν τουλάχιστον μια νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια το τελευταίο έτος (έναντι 0,5%). Τέλος είναι χαρακτηριστικό ότι το 25 % δεν μετρούσε ποτέ ην πίεση του ενώ το 22% (έναντι 7%) ήταν ενεργοί καπνιστές. Συμπεράσματα: Η επίπτωση της ΚΑΔΚΕ είναι ιδιαίτερα υψηλή στους υπερτασικούς ασθενείς > 60 ετών, και αυτό συνοδεύεται από ένα δυσμενές καρδιομεταβολικό προφίλ αυτών των ασθενών και με αρκετές νοσηλείες στο νοσοκομείο.

ΠΑ013 | Πρόγνωση των υπερτασικών ασθενών ανάλογα με τον συνδυασμό των αντιυπερτασικών φαρμάκων

Ε. Μιχαλάκη¹, Η. Σανίδας¹, Π. Ντινοπούλου¹, Ι. Βασιλειάδης¹, Ο. Κούρτη¹, Β. Χαρατσάρης¹, Γ. Λαχανάς¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Κ. Θωμόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν να μελετηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ διαφορετικών συνδυασμών αντιυπερτασικών φαρμάκων με την καρδιαγγειακή πρόγνωση και τον κίνδυνο διακοπής της αγωγής λόγω παρενεργειών. Υλικό/Μέθοδος.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εικόνα. Συσχετική διαφορετικών συνδυασμών αντιυπερτασικών φαρμάκων με τη θνητότητα και την καρδιαγγειακή πρόγνωση σε υπερτασικούς ασθενείς

	Stroke	CHD	HF	Stroke + CHD + HF	CV Death	As-severe Death	AEs	SBP/DBP πηγή Baseline	SBP/DBP πηγή Absolute (difference)	Δ-risk
RAS+CA								121,779.8	127,471.8 (+5,692.0)	0.95
ACE+CA			NA		NA			143,941.8	135,178.2 (-8,763.6)	1.30
ARB+CA								143,941.1	126,975.2 (-16,965.9)	0.88
RAS+D								143,941.2	131,474.5 (-12,466.7)	1.28
ACE+D								147,241.7	132,273.9 (-14,967.8)	1.34
ARB+D								142,842.7	123,377.4 (-19,465.3)	1.24
RAS+BB								136,779.7	126,078.4 (-10,701.3)	0.91
ACE+BB								134,978.4	127,174.1 (-7,804.3)	0.93
ARB+BB								138,841.1	121,478.9 (-17,362.2)	0.89
BB+CA								137,780.2	130,178.1 (-7,602.1)	0.97
D+BB								173,270.8	147,986.4 (-25,284.4)	1.32
CA+D							NA	154,790.8	137,381.8 (-17,409.0)	0.89
DBB								184,247.9	128,687.9 (-55,560.0)	2.10



Εγινε επιλογή τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (RCTs) που δημοσιεύθηκαν από το 1966 έως και σήμερα στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane. Επιλέγησαν μελέτες που είχαν τουλάχιστον πέντε καταληκτικά σημεία και διάρκεια παρακολούθησης τουλάχιστον έξι μηνών. Καταληκτικά σημεία της μετα-ανάλυσης ήταν ο συνολικός αριθμός θανάτων, ο αριθμός των θανάτων από καρδιαγγειακά αίτια, το σύνθετο καταληκτικό σημείο των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή ανεπάρκεια). Επίσης καταγράφηκαν καθεμία από τις παραμέτρους του σύνθετου καταληκτικού σημείου ξεχωριστά καθώς και η διακοπή της αγωγής λόγω σχετιζόμενων παρενεργειών. Με βάση τα ανωτέρω υπολογίστηκαν οι αναλογίες ρίσκου (RR) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης τους (CI) μέσω του μοντέλου τυχαίων επιδράσεων (random

Λεζάντα. Τα πράσινα κελιά δείχνουν μεγαλύτερη προστασία του συνδυασμού, τα κίτρινα κελιά δείχνουν παρόμοια προστασία και τα κόκκινα κελιά λιγότερη προστασία του συνδυασμού έναντι της ομάδας ελέγχου. Το πιο έντονο χρώμα δείχνει περισσότερο ισχυρή ένδειξη, ενώ το λιγότερο έντονο χρώμα δείχνει περιορισμένη ένδειξη. Η αρχική συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση, η συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση και η διαφορά τους κατά τη διάρκεια της μελέτης παρουσιάζονται για τα δοκιμαζόμενα σκέλη του εκάστου συνδυασμού και της ομάδας ελέγχου. Το αρνητικό πρόσημο δείχνει ότι η πιο επιθετική αγωγή μειώνει περισσότερο την αρτηριακή πίεση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Στην τελευταία στήλη παρουσιάζεται η μέση διαφορά φαρμάκων στην ομάδα του συνδυασμού και στην ομάδα του ελέγχου.

ACEI, αναστολείς του μεταπρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης - AEs, παρενέργειες που σχετίζονται με την θεραπεία και οδηγούν σε μόνιμη απόσυρση - ARB, ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης II - CCB, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου; BB, β αποκλειστές - CHD, στεφανιαία νόσος - CV, καρδιαγγειακό - D, διουρητικά - DBP, διαστολική αρτηριακή πίεση - HF, καρδιακή ανεπάρκεια - NA, μη διαθέσιμο - PS, καλοσυντηρητικά - RASb, αποκλειστές του άξονα ρενίνη/αγγιοτενσίνης - SBP, συστολική αρτηριακή πίεση - Δ-diffs, μέση διαφορά φαρμάκων.

effects). Αποτελέσματα: Σαράντα πέντε από τις 93 RCTs (160122 ασθενείς, 642598 ανθρωπο-έτη) κρίθηκαν ότι ικανοποιούν τα κριτήρια επιλογής. Μελετήθηκαν 13 διαφορετικοί συνδυασμοί φαρμάκων. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι περισσότεροι συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων που είχαν ως βάση ως φάρμακο του άξονα ρενίνη/αγγιοτενσίνης μείωναν το σύνθετο καταληκτικό σημείο των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ο συνδυασμός αναστολέα του μεταπρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης με διουρητικό συσχετίστηκε με λιγότερους θανάτους από καρδιαγγειακά αίτια. Ωστόσο, ο συνολικός αριθμός των θανάτων δεν μειωνόταν με κάποιον εκ των συνδυασμών, ενώ οι παρενέργειες δεν αυξάνονταν με τους συνδυασμούς των ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης II (Εικόνα). Συμπεράσματα. Οι συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων που έχουν ως βάση τα φάρμακα του άξονα ρενίνη/αγγιοτενσίνης συνοδεύονται από καρδιαγγειακό όφελος, ενώ υπάρχει ισχυρή ένδειξη ότι ο συνδυασμός αναστολέων του μεταπρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης με διουρητικό μειώνει τους θανάτους από καρδιαγγειακά αίτια.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ014 | Σύγκριση της επίδρασης της υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, εκτιμώμενη με μικρονευρογραφία, στην μακροχρόνια ρύθμιση της συστολικής αρτηριακής πίεσης υπερτασικών ασθενών με ή χωρίς μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος
N. Κακούρη¹, I. Ανδρίκου¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, E. Σιάφη¹, E. Μαντά¹, K. Θωμόπουλος², K. Δημητριάδης¹, M. Σταθουλοπούλου¹, X. Φιλίππου¹, I. Ζαμάνης¹, X. Φραγκούλης¹, M. Κούλλιας¹, Π. Τσιούφης¹, X. Παπαγεωργίου¹, Δ. Τούσουλης¹, K. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) αποτελεί την σημαντικότερη αιτία χρόνιας ηπατικής νόσου και ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του τόνου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ), όπως εκτιμήθηκε με την μικρονευρογραφία, στα επίπεδα της συστολικής αρτηριακής πίεσης σε χρονικό διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών σε υπερτασικούς ασθενείς με ή χωρίς ΜΑΛΝΗ. Υλικό και μέθοδος: 141 υπερτασικοί ασθενείς (μέση ηλικία 55±10 έτη, 66 άνδρες) χωρίς να λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν αρχικά σε 24 ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (Ambulatory blood pressure monitoring-ABPM). Η ΜΑΛΝΗ διαγνώστηκε με υπερηχογράφημα ήπατος και στην συνέχεια οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι της ΜΑΛΝΗ. Τα επίπεδα διέγερσης του ΣΝΣ εκτιμήθηκαν στην αρχική επίσκεψη με την άμεση καταγραφή της δραστηριότητας των απαγωγών μεταγαγγλιακών συμπαθητικών νευρών των μυών (muscle sympathetic nerve activity-MSNA) βάσει καθιερωμένης τεχνικής (μικρονευρογραφία). Τέθηκαν στην βέλτιστη αντιυπερτασική αγωγή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και σε 6 μήνες τέθηκε σε όλους τους ασθενείς εκ νέου 24ωρο ABPM. Αποτελέσματα: Στο σύνολο του πληθυσμού, οι υπερτασικοί με ΜΑΛΝΗ (n=74) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (n=67) ήταν νεότεροι (53±10 έναντι 57±9 έτη, αντίστοιχα, p=0.01) και ο δείκτη μάζας σώματος ήταν πιο αυξημένος (33±4 έναντι 26±3 kg/m², p<0.001). Επίσης, είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την μέση συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) στο ABPM της αρχικής επίσκεψης (141±10 vs 136±9 mmHg, p<0.03) ενώ δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση διαστολική πίεση. Οι ασθενείς με λιπώδες ήπαρ είχαν υψηλότερα τριγλυκερίδια (133±50 έναντι 100±40 mg/dl, p<0.04) καθώς και δείκτη Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance-HOMA IR (3,1±2 vs 1,7±1, p<0.001) ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη ολική χοληστερόλη και στην ρυθμό σπειραματικής διήθησης (p=ns). Επιπλέον, οι υπερτασικοί ασθενείς με ΜΑΛΝΗ εμφάνισαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος με αυξημένα επίπεδα MSNA συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (50±9 έναντι 36±8 ριτές ανά λεπτό, αντίστοιχα, p<0.04). Επίσης, η ομάδα ελέγχου είχε καλύτερη ρύθμιση της μέσης ΣΑΠ στο ABPM 6μήνου (ρυθμισμένο το 66% της ομάδας ελέγχου vs το 28% της ομάδας ΜΑΛΝΗ), καθώς και χαμηλότερη τιμή μέσης ΣΑΠ στο 6μηνο (123 ±12 vs 135±13 mmHg, ομάδα ελέγχου vs ΜΑΛΝΗ αντίστοιχα, p<0.04). Συμπεράσματα: Η παρουσία ΜΑΛΝΗ σχετίζεται με υψηλότερη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως αντικατοπτρίζεται από το MSNA, καθώς και με δυσκολία ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης σε ένα follow up παρακολούθησης 6 μηνών. Τα ευρήματα αυτά εν μέρει μπορούν να εξηγήσουν τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο υπερτασικών ασθενών με ΜΑΛΝΗ και την ανάγκη στενότερης παρακολούθησης αυτής της ομάδας ασθενών.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

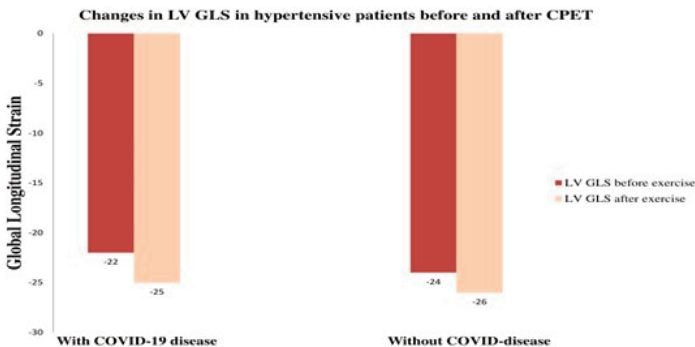
ΠΑ015 | Η διερεύνηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση, της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και της θρομβωτικής προδιάθεσης των υπερτασικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη νόσηση από COVID-19

**Δ. Μπενάς¹, Δ. Μπίρμπα¹, Α. Φάμπρη¹, Κ. Παπαθανασίου¹,
Σ. Αρμούλαγος¹, Αν. Διονυσακόπουλος¹, Ι. Οικονομιδής¹,
Ε. Τριανταφυλλίδη¹**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η πρόσφατη επιδημία COVID-19 έχει αφήσει ένα μεγάλο αριθμό αναπάντητων ερωτημάτων ως προς την εμφάνιση όψιμων επιπλοκών στους νοσήσαντες ασθενείς συμπεριλαμβανομένης της θρομβωτικής προδιάθεσης. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αξιολογεί την αερόβια ικανότητα για άσκηση και επακόλουθα την καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία και παρέχει πολύτιμες προγνωστικές πληροφορίες ως προς τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Νεότεροι υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (MDI) οδηγούν σε λεπτομερή αξιολόγηση της καρδιακής λειτουργίας. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση, της μυοκαρδιακής λειτουργίας και της θρομβωτικής προδιάθεσης των υπερτασικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη νόσηση από COVID-19. Μέθοδος: Μελετήσαμε 26 υγιείς, μη διαβητικούς, καλά ρυθμισμένους υπό φαρμακευτική αγωγή υπερτασικούς ασθενείς ένα χρόνο μετά τη νόσηση από COVID-19 [Ομάδα Α, 55+7 έτη, BMI=28+4, 19 άνδρες, 100% εμβολιασμένους έναντι COVID-19], οι οποίοι υποβλήθηκαν σε CPET με εργομετρικό ποδήλατο. Εξι καλά ρυθμισμένοι υπό φαρμακευτική αγωγή υπερτασικοί ασθενείς χωρίς ιστορικό νόσησης από COVID-19 [Ομάδα Β, 55+4 έτη, BMI=29+3, 4 άνδρες, 100% εμβολιασμένοι έναντι COVID-19] αποτέλεσαν την ομάδα Control. Όλοι οι υπερτασικοί υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο (επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας, GLS) και παράλληλα ελήφθησαν δείγματα αίματος για τη μελέτη προθρομβωτικών παραγόντων αμέσως πριν αλλά και στη μέγιστη άσκηση (D-dimers, factor VIII, von Willebrand, Fibrinogen). Results: Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε μέγιστη CPET ανεπίπλεκτα (πη-

λίο ανταλλαγής αερίων, RER=1.23+0.1 vs. 1.29+0.1). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις CPET παραμέτρους (WorkLoad, peakVO₂, Oxygen pulse, VE/VCO₂ slope), το GLS (στην αρχή και στην μέγιστη άσκηση) και τους προθρομβωτικούς παράγοντες (στην αρχή και στην μέγιστη άσκηση) Συμπεράσματα: Οι υπερ-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τασικοί ασθενείς ένα χρόνο μετά τη νόσηση Covid-19 διατηρούν παρόμοια αερόβια ικανότητα για άσκηση, disease maintain similar aerobic exercise capacity, μυοκαρδιακή παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και επίπεδα προθρομβωτικών παραγόντων σε σχέση με τους υπερτασικούς ασθενείς που δεν είχαν προσβληθεί από τον ιό SARS COVID-19. Τα συμπεράσματα μας δεν υποδεικνύουν την παρουσία κάποια όψιμης επιπλοκής της νόσησης COVID-19 στους υπερτασικούς ασθενείς.

ΠΑ016 | Η επίδραση της μείωσης της αρτηριακής πίεσης στην πρόγνωση υπερηλικών υπερτασικών ασθενών

**Π. Ντινοπούλου¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Ε. Μιχαλάκη¹,
Ι. Βασιλειάδης¹, Ο. Κούρτη¹, Β. Χαρατσάρης¹, Θ. Αναστασίου¹,
Μ. Βέλλιου², Δ. Παπαδόπουλος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΠΓΝ Αττικών, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός. Σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το 8% του ελλαδικού πληθυσμού είναι υπερηλικές (>80 ετών). Παρόλο που η μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετιστεί με ευνοϊκή καρδιαγγειακή πρόγνωση στο γενικό πληθυσμό, τα δεδομένα από τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) σε υπερηλικές με υπέρταση είναι ελάχιστα. Σκοπός της τρέχουσας μετα-ανάλυσης ήταν να μελετηθεί η επίδραση της μείωσης της ΑΠ στην πρόγνωση των υπερηλικών υπερτασικών ασθενών. Υλικό και Μέθοδος. Έγινε επιλογή τυχαίοποιημένων κλινικών μελετών (RCTs) που δημοσιεύτηκαν από το 1966 έως και σήμερα στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane. Οι μελέτες αυτές συνέκριναν υπερτασικούς ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών που έλαβαν είτε αντιυπερτασική αγωγή είτε το εικονικό φάρ-

μακο. Καταληκτικά σημεία της μετα-ανάλυσης ήταν ο συνολικός αριθμός θανάτων, ο αριθμός των θανάτων από καρδιαγγειακά αίτια, το σύνθετο καταληκτικό σημείο των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (έμφραγμα μυο-

Πίνακας. Η επίδραση της μείωσης της ΑΠ στην πρόγνωση υπερηλικών υπερτασικών ασθενών.

Outcome	n	Heterog.	BP-diff	Events/pop1	Events/pop2	RR (95% CI)
CHD	2	0%, 0.33	-15.5/-6.4	21 / 2790	16 / 2338	0.96 (0.48-1.90)
Stroke	5	0%, 0.60	-13.2/-5.4	133 / 3867	180 / 3406	0.68 (0.54-0.84)
HF	1	-	-13.3/-4.9	22/1933	57/1912	0.38 (0.23-0.62)
CHD+Stroke	5	0%, 0.65	-12.9/-5.3	252 / 4033	293 / 3577	0.81 (0.69-0.94)
CHD+Stroke+HF	4	0%, 0.47	-12.9/-5.0	302 / 2799	416 / 2774	0.73 (0.64-0.84)
CV death	3	0%, 0.41	-15.0/-6.3	189 / 3010	187 / 2559	0.90 (0.74-1.09)
All-cause death	5	60%, 0.038	-14.0/-5.7	472 / 3656	491 / 3200	0.94 (0.81-1.10)
AEs	3	54%, 0.11	-13.3/-5.0	627 / 2579	638 / 2553	0.97 (0.82-1.14)

Λεξάντα. n=αριθμός μελετών - BP diff, μείωση αρτηριακής πίεσης κατά την παρακολούθηση - Heterog., ετερογένεια των μελετών - Events/pop1, αριθμός εκβάσεων προς τον πληθυσμό στην ομάδα μεγαλύτερης μείωσης αρτηριακής πίεσης - Events/pop2, αριθμός εκβάσεων προς τον πληθυσμό στην ομάδα μικρότερης μείωσης αρτηριακής πίεσης - AEs, μόνιμες αποσύρσεις από την αγωγή λόγω παρενεργειών. Το αρνητικό πρόσημο υποδεικνύει μεγαλύτερη μείωση αρτηριακής πίεσης στην πρώτη ομάδα.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

καρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή ανεπάρκεια). Επίσης καταγράφηκαν καθυστερήσεις από τις παραμέτρους του σύνθετου καταληκτικού σημείου ξεχωριστά καθώς και η διακοπή της αγωγής λόγω σχετιζόμενων παρενεργειών. Με βάση τα ανωτέρω υπολογίστηκαν οι αναλογίες ρίσκου (RR) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης τους (CI) μέσω του μοντέλου τυχαίων επιδράσεων (random effects). Αποτελέσματα. Συνολικά επελέγησαν 8 RCTs (8820 υπερτασικοί υπερήλικες ασθενείς) με μέση ηλικία τα 83 έτη. Η αρχική μέση ΑΠ του δείγματος ήταν 169/88 mmHg. Οι μέσες τιμές της ΑΠ ήταν μετά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν 143/76 mmHg στο σκέλος που έλαβε αντιυπερτασική θεραπεία έναντι 156/81 mmHg στο σκέλος που έλαβε το εικονικό φάρμακο. Σημειώνεται ότι η μείωση της ΑΠ κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης ήταν 13/5 mmHg αντιστοίχως. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι η ελάττωση της ΑΠ μείωσε το διπλό σύνθετο καταληκτικό σημείο κατά 17% και 27% το τριπλό σύνθετο καταληκτικό σημείο, ενώ δεν είχε καμία επίδραση στο συνολικό αριθμό θανάτων, στους θανάτους από καρδιαγγειακά αίτια και στην επίπτωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου (Πίνακας). Συμπεράσματα. Σε υπερτασικούς υπερήλικες ασθενείς η μείωση της ΑΠ στα επίπεδα του 140/75 mmHg είναι ασφαλής και προσφέρει σημαντικό όφελος ως προς την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, εμφράγματος μυοκαρδίου και εγκεφαλικών επεισοδίων, όχι όμως και στην συνολική επιβίωση.

ΠΑ017 | Ο συνεργιστικός ρόλος της διατροφής στην επίδραση της υπερχοληστερολαιμίας στον 20ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο: διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Θ. Κομζιά¹, Ε. Δαμίγου¹, Ε. Μιχελής², Α. Σοφιανίδης², Χ. Σουσούνη², Α. Σκανδάλη², Ν. Σίνου², Φ. Μπάρκας³, Π. Σ. Αδαμίδης⁴, Ε. Κραββαρίτη⁴, Χ. Χρυσόχοου², Κ. Τσιούφης², Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Π. Σφηκάκης⁴, Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

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

² Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

³ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του πιθανού τροποποιητικού ρόλου της διατροφής στην επίδραση της υπερχοληστερολαιμίας στον 20ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο ξεχωριστά σε άνδρες και γυναίκες. Υλικό και μέθοδος: Την περίοδο 2001-2002 εντάχθηκαν στη μελέτη 1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες (>18 ετών) ελεύθεροι καρδιαγγειακής νόσου, από τον Νομό Αττικής. Το 2022 πραγματοποιήθηκε ο 20ετής επανέλεγχος της μελέτης σε 2.169 συμμετέχοντες, εκ των οποίων για τους 1.988 υπήρχαν πλήρη στοιχεία για την καρδιαγγειακή υγεία τους. Οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν με ένα έγκυρο

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή εκτιμήθηκε με το δείκτη MedDietScore (εύρος πιθανών τιμών 0-55). Η διάμεσος του δείκτη χρησιμοποιήθηκε για την κατάταξη των ατόμων με χαμηλή ή υψηλή προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή. Η διάγνωση των υπό μελέτη νοσημάτων έγινε βάσει των κριτηρίων WHO-ICD-10. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της 20ετίας, το 36,1% (n=718) των συμμετεχόντων (n=1.988) βίωσαν κάποιο θανατηφόρο ή μη καρδιαγγειακό επεισόδιο (40,2% των ανδρών, 32,1% των γυναικών, p<0,001). Κατά την έναρξη της μελέτης, ο επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας ήταν 40,6% (45,2% στους άνδρες, 36,0% στις γυναίκες, p<0,001). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση δείχθηκε ότι τα άτομα με ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας σε σύγκριση με τους υγιείς είχαν 2,62 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ): 1,95, 3,53) φορές μεγαλύτερο 20ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Η ίδια ανάλυση διαστρωματοποιημένη ανά επίπεδο προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή έδειξε ότι, στο συνολικό δείγμα, η αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στα άτομα με υπερχοληστερολαιμία έναντι των υγιών ήταν ανεξάρτητη του βαθμού προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)μακριά = 2,34, 95%ΔΕ: 1,58, 3,47 έναντι ΣΚ κοντά = 3,26, 95%ΔΕ: 2,02, 5,25, p=0,292). Όταν όμως η παραπάνω ανάλυση εξετάστηκε ανά φύλο, αναδείχθηκε ότι στις γυναίκες με υπερχοληστερολαιμία, έναντι των υγιών, ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στις γυναίκες που βρίσκονταν μακριά από τη μεσογειακή διατροφή (ΣΚ= 9,35, 95%ΔΕ: 3,48, 25,10) σε σύγκριση με εκείνες που βρίσκονταν κοντά (ΣΚ=3,34, 95%ΔΕ:1,93, 5,77) (p=0,06). Συμπεράσματα: Τα παρόντα ευρήματα επιβεβαιώνουν την προστατευτική δράση της μεσογειακής διατροφής έναντι της εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου ιδιαίτερα στις γυναίκες και πιθανά ενισχύουν την ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω σχετικών μελετών οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε φύλου.

ΠΑ018 | **Επίδραση φυσικής κατάστασης, διάρκειας χορήγησης θεραπείας με στατίνη και σωματικό βάρος στην επίπτωση νεοεμφανιζόμενου σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2**

A. Πιτταράς¹, C. Faselis², A. Μανώλης³, C. Grassos⁴, K. Κυφνίδης³, E. Καλλίστρατος³, M. Παπαβασιλείου⁵, N. Κουρεμένος⁵, X. Καψοκόλη⁶, P. Kokkinos⁷

¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA, EUROPEAN UNIVERSITY OF CYPRUS,

² VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA,

³ METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΟΙ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁵ Mediterraneo Hospital,

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA, Rutgers University NJ

Σημασία: Ο αυξημένος κίνδυνος νεοεμφανιζόμενου σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) με τη χορήγηση στατίνης είναι πλέον αποδεκτός. Ο κίνδυνος για ΣΔτ2 που σχετίζεται με παρατε-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ταμένη χορήγηση στατίνης και αυξημένο σωματικό βάρος δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Τέλος, η επίδραση της αυξημένης καρδιοαναπνευστικής φυσικής κατάστασης στον σχετιζόμενο κίνδυνο ΣΔτ2 από στατίνη και σωματικό βάρος δεν έχει μελετηθεί. Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας θεραπείας με στατίνη, σωματικού βάρους (ΣΒ) και κινδυνολογικά εμφάνισης ΣΔτ2, καθώς και την επίδραση της καρδιοαναπνευστικής φυσικής κατάστασης σε αυτή τη συσχέτιση. Μέθοδος: Είναι μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη πληθυσμού 334,656 ασθενών με δυσλιπιδαιμία, μέσης ηλικίας 62.7±9.9 ετών, υπό θεραπεία με στατίνη για > μήνες, χωρίς ενδείξεις προδιαβήτη ή διάγνωση ΣΔτ2 πριν την έναρξη στατίνης. Όλοι υποβλήθηκαν σε μια μέγιστη φυσιολογική δοκιμασία κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα (ΔΚ) και ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες φυσικής κατάστασης (ΦΚ) λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία και τα μεταβολικά ισοδύναμα (METs) στη ΔΚ: Ελάχιστης ΦΚ (4.6±1.3), Χαμηλής ΦΚ (7.0 ±1.2), Μέτριας ΦΚ (8.4±1.2), Καλής ΦΚ (10.4±0.9) και Υψηλής ΦΚ (13.2±1.6) και 6 κατηγορίες διάρκειας θεραπείας με στατίνη (<1.0, 1.0-3.0, 3.1-5.0, 5.1-10.0, 10.1-15.0 and >0 έτη). Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της μέσης παρακολούθησης των 10.7 ετών (3,622,309 ανθρωπο-έτη), 59,510 εμφάνισαν ΣΔτ2. Ο κίνδυνος ΣΔτ2 αυξάνεται προοδευτικά με τη μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας με στατίνη σε επίπεδο έως 6.47 φορές υψηλότερος στα άτομα με >0 έτη θεραπείας [HR: 6.47; (CI) 5.92-7.37]. Ο κίνδυνος ΣΔτ2 μεγιστοποιείται περαιτέρω με την αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ αντίθετα μειώνεται με την αύξηση της ΦΚ, με δόσοεξαρτώμενο τρόπο, ανεξάρτητα από τη διάρκεια θεραπείας με στατίνη. Ο κίνδυνος ΣΔτ2 είναι 52% χαμηλότερος (HR: 0.48; 95% CI, 0.45-0.51) για τα άτομα με Υψηλή ΦΚ, σε σύγκριση με τα άτομα με Ελάχιστη ΦΚ, μετά από >0 έτη θεραπείας με στατίνη. Η εμφάνιση ΣΔτ2 καθυστερεί προοδευτικά με την αύξηση της ΦΚ έως 3.0-10.0 έτη. Συμπεράσματα: Ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΔτ2 αυξάνεται προοδευτικά με την παρατεταμένη χορήγηση θεραπείας με στατίνη και επιδεινώνεται περαιτέρω με την αύξηση του σωματικού βάρους. Ο κίνδυνος ΣΔτ2 μειώνεται προοδευτικά και «δόσοεξαρτώμενα» με την αύξηση της ΦΚ, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος και τη διάρκεια θεραπείας με στατίνη, καθυστερώντας την εμφάνιση ΣΔτ2 έως 3.0 -10.0 έτη.

ΠΑ019 | **Screening για αρρυθμογόνα καρδιαγγεϊκά νοσήματα σε παιδιά σχολικής ηλικίας - πιλοτική μελέτη**

Α. Μπαγκάκη¹, Φ. Παρθενάκης¹, Γ. Χλουβεράκης¹, Α. Αναστασάκης², Α. Πατριανάκος³, Χ. Λιόνης¹, Ι. Παπαγιάννης⁴, Ι. Γερμανάκης¹

¹ Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Κρήτης,

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Εισαγωγή: Η έγκαιρη ανίχνευση μη αναγνωρισμένων γενετικών καρδιαγγειακών νοσημάτων που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (SCD) στην παιδική ηλικία, είναι ο βασικός στόχος των προγραμμάτων προσυμπτωματικού καρδιολογικού (CV) ελέγχου

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

συμπεριλαμβανομένου του ΗΚΓ. Διεθνώς υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων όταν εφαρμόζονται σε μικρά παιδιά. Σκοπός: Αξιολογήσαμε την συνολική απόδοση ενός προγράμματος CV screening με την καταγραφή ΗΚΓ 12 απαγωγών, μετά την εφαρμογή του στο παιδικό πληθυσμό της Κρήτης. Υλικό και μέθοδος: Πρόγραμμα προληπτικού καρδιολογικού ελέγχου μαθητών δημοτικών σχολείων, εν-κεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας, εφαρμόστηκε σε δημοτικά σχολεία στις γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές της Κρήτης. Η εξέταση πραγματοποιήθηκε στα τοπικά κέντρα υγείας. Η συμμετοχή των παιδιών ήταν εθελοντική κατόπιν γονικής συναίνεσης. Μετά τη συμπλήρωση ενός ειδικά δομημένου ερωτηματολογίου ιστορικού, τα παιδιά υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση, μέτρηση αρτηριακής πίεσης, ακρόαση καρδιάς με ψηφιακό φωνοκαρδιογράφο και την καταγραφή ΗΚΓ 12 απαγωγών. Επί υποψίας καρδιαγγειακού νοσήματος συστήθηκε παραπομπή στο παιδοκαρδιολογικό ιατρείο ΠαΓΝΗ για ολοκληρωμένο έλεγχο, που σε επιλεγμένα παιδιά συμπεριλάμβανε μοριακή ανάλυση DNA. Η παρακολούθηση των πασχόντων παιδιών και ο στοχευμένος έλεγχος συγγενών πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με ειδικά κέντρα Αθηνών. Αποτελέσματα: 929 παιδιά δημοτικού σχολείου, (462 αγόρια, 467 κορίτσια), διάμεση ηλικία 8,5 (εύρος 5,5 -11,5 ετών) εξετάστηκαν κατά τη διάρκεια οκτώ ετών (2014-22). 52 παιδιά (5,6%) είχαν ένδειξη για περαιτέρω διερεύνηση, συμπεριλαμβανομένων ανωμαλιών ΗΚΓ (n=16, 1,7%), μη φυσιολογικής ακρόασης καρδιάς (n=21, 2,2%), υπέρτασης (n= 10, 1%) και θετικού οικογενειακού ιστορικού SCD 1ου βαθμού συγγενή (n= 5, 0,5%). Οι ανωμαλίες του ΗΚΓ περιελάμβαναν WPW (n=1, 0,1%), VES (n=4, 0,4%), LVH (n=2), μη φυσιολογικό άξονα QRS (n=7) και παράταση QTc (n=2, 0,2%). Τα παιδιά με ανωμαλίες του ΗΚΓ υποβλήθηκαν σε περαιτέρω αξιολόγηση. Σε ένα παιδί με παρατεταμένο QTc ο οικογενειακός ΗΚΓ έλεγχος ήταν θετικός στον πατέρα του και μια αδερφή. Μοριακός έλεγχος DNA αποκάλυψε μια νέα παθογόνος μετάλλαξη γονιδίου KCNH2 σε παιδί και προσβεβλημένα μέλη της οικογένειας. Η οικογένεια συμβουλεύτηκε να λάβει προφυλακτική θεραπεία με β-αναστολέα. Συμπεράσματα: Μια σταδιακή προσέγγιση από τον προσυμπτωματικό έλεγχο πληθυσμού με ΗΚΓ έως τη μοριακή διάγνωση μπορεί να ανιχνεύσει και να χαρακτηρίσει γενετικά τα υποκλινικά περιστατικά των κληρονομικών καρδιαγγειακών νοσημάτων, που σχετίζονται με αιφνίδιο αρρυθμιόγνο καρδιακό θάνατο ήδη στην παιδική ηλικία.

ΠΑ020 | Η σχέση του περιβάλλοντος διαβίωσης με την 20-ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσο, και ο διαμεσολαβητικός ρόλος του τρόπου ζωής: Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ε. Γ. Σιγάλα¹, Χ. Χρυσόχου², Φ. Μπάρκας³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Π. Σφηκάκης⁴, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹ Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο,

² Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Ιπποκράτειο,

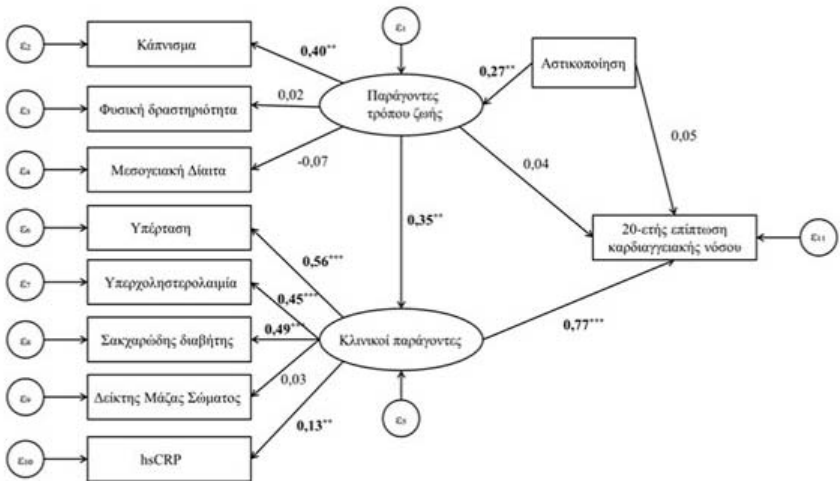
³ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/ Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του δομημένου περιβάλλοντος διαβίωσης με την 10-ετή και 20-ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ είναι μία προοπτική μελέτη που διεξήχθη από το 2002 έως το 2022, με τυχαία και στρωματοποιημένη δειγματοληψία με βάση του Δήμου της Περιφέρειας Αττικής, το φύλο και την ηλικία. Εντάχθηκαν οικειοθελώς 3.042 συμμετέχοντες/ουσες (μέσης ηλικίας 44±7 ετών, 49,8% άντρες), εκ των οποίων το 78% κατοικούσε σε αστικούς δήμους, ενώ το 22% σε αγροτικές περιοχές της Αττικής. Ο 5-ετής, 10-ετής και 20-ετής επανέλεγχος πραγματοποιήθηκαν το 2006, το 2012 και το 2022, αντίστοιχα. Από το σύνολο των συμμετεχόντων/ουσών, τα 1.988 άτομα είχαν πλήρη στοιχεία για την αξιολόγηση της καρδιαγγειακής νόσου, στον 20-ετή επανέλεγχο. Δομημένα Γενικευμένα Μοντέλα διερεύνησαν την πιθανή διαμεσολαβητική επίδραση διαφόρων παραγόντων στη σχέση περιβάλλοντος δια-



Εικόνα 1: Ανάλυση μονοπατιών για τη διερεύνηση της επίδρασης της αστικοποίησης, κλινικών παραγόντων και παραγόντων του τρόπου ζωής στην 20-ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα από εμφολυμένα (nested) μοντέλα αναλογικών κινδύνων Cox για τη διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικο-δημογραφικών, κλινικών και σχετιζόμενων με τον τρόπο ζωής παραγόντων κινδύνου στην μικροαρθροπάθεια (20-ετή) επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου, σε συμμετέχοντες/ουσες στη Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (n = 1.988).

	Υπόδειγμα 1	Υπόδειγμα 2	Υπόδειγμα 3	Υπόδειγμα 4	Υπόδειγμα 5	Υπόδειγμα 6
Αστικοποίηση, αναρ.: αγροτικές περιοχές	2.16 (1.35, 3.45)**	1.64 (0.81, 3.32)	1.57 (0.73, 3.39)	1.41 (0.64, 3.09)	1.65 (0.72, 3.81)	1.68 (0.73, 3.88)
Ηλικία (2002), ανά 1 έτος	1.39 (1.31, 1.47)***	1.37 (1.29, 1.46)***	1.37 (1.29, 1.46)***	1.38 (1.29, 1.47)***	1.43 (1.33, 1.54)***	1.43 (1.33, 1.54)***
Φύλο, αναρ.: γυναίκες	1.62 (0.90, 2.93)	1.23 (0.62, 2.42)	1.23 (0.62, 2.42)	1.23 (0.62, 2.44)	1.06 (0.52, 2.19)	1.02 (0.49, 2.12)
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, αναρ.: χαμηλό						
Μεσοία	0.85 (0.34, 2.13)	1.02 (0.35, 2.95)	0.97 (0.33, 2.89)	0.97 (0.33, 2.98)	0.97 (0.32, 2.98)	0.99 (0.31, 3.09)
Υψηλό	0.55 (0.21, 1.43)	0.74 (0.25, 2.22)	0.76 (0.25, 2.33)	0.87 (0.27, 2.74)	0.81 (0.25, 2.63)	0.81 (0.25, 2.63)
Υπέρταση (2012), αναρ.: απουσία		2.51 (1.32, 4.77)***	2.59 (1.35, 4.98)***	2.36 (1.19, 4.67)***	2.39 (1.10, 4.76)***	2.39 (1.10, 4.76)***
Υπερχοληστερολαιμία (2012), αναρ.: απουσία		4.34 (2.17, 8.70)***	4.13 (2.05, 8.32)***	3.82 (1.85, 7.89)***	4.00 (1.91, 8.36)***	4.00 (1.91, 8.36)***
Σακχαρώδης διαβήτης (2012), αναρ.: απουσία		4.63 (2.01, 10.7)***	4.99 (2.12, 11.8)***	4.51 (1.88, 10.8)***	4.97 (2.03, 12.1)***	4.97 (2.03, 12.1)***
Δείκτης Μάζας Σώματος (2012), ανά 1 kg/m ²		1.03 (0.96, 1.12)	1.04 (0.96, 1.13)	1.03 (0.94, 1.11)	1.02 (0.94, 1.12)	1.02 (0.94, 1.12)
hs-CRP (2002), ανά 1 mg/L		0.97 (0.84, 1.13)	0.95 (0.81, 1.11)	0.94 (0.80, 1.10)	0.95 (0.81, 1.12)	0.95 (0.81, 1.12)
Κάπνισμα (2012), αναρ.: μη-καπνιστής/στρα			2.08 (1.06, 4.08)*	2.42 (1.18, 4.95)**	2.62 (1.26, 5.46)**	2.62 (1.26, 5.46)**
Μεσογειακή Δίαιτα (2022), αναρ.: χαμηλή προσκόλληση				0.06 (0.01, 0.26)**	0.06 (0.01, 0.24)**	0.06 (0.01, 0.24)**
Φυσική δραστηριότητα (2002), αναρ.: καθιστική ζωή						1.95 (0.96, 3.98)
p-value (omnibus test)	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001
p-value (likelihood ratio test)	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.032	< 0.001	0.063

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μονής και επίπτωσης της καρδιαγγειακής νόσου. Αποτελέσματα: Η 10-ετής και η 20-ετής επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου ήταν 11,8% και 28,0% σε αγροτικές περιοχές της Αττικής, αντίστοιχα, και 16,8% και 38,7% σε αστικές περιοχές ($p < 0,05$). Τα άτομα που κατοικούσαν στις αστικές περιοχές της μελέτης είχαν 2,16-φορές μεγαλύτερο αδρό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, σε σύγκριση με άτομα που κατοικούσαν στις αγροτικές ($p < 0.001$), εύρημα που τελικά εξηγείται από τις διαφορές στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής μεταξύ των κατοίκων αστικών-αγροτικών περιοχών (Πίνακας 1, Εικόνα 1). Συμπεράσματα: Η μακροπρόθεσμη επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου είναι αυξημένη για τους κατοίκους των πόλεων, σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, εύρημα που αποδίδεται κυρίως στην ανάπτυξη ανθυγιεινών συμπεριφορών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Οι στρατηγικές πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου θα πρέπει να σχεδιάζονται και βάσει του περιβάλλοντος διαμονής των ατόμων, μια και από ότι φαίνεται έχει καταλυτικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου.

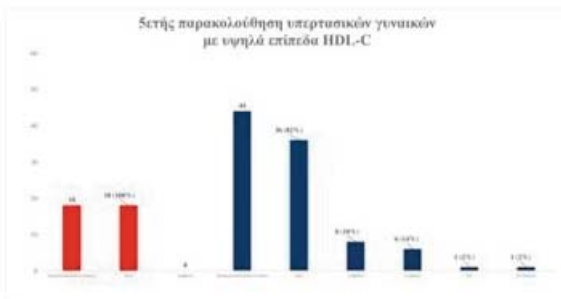
ΠΑ021 | Πενταετής παρακολούθηση προεμμηνοπαισιακών και μεταεμμηνοπαισιακών γυναικών με υψηλά επίπεδα HDL-C και ο ρόλος των HDL-C υποκλασμάτων

Δ. Μπενάς¹, Α. Διονυσάκος¹, Κ. Τέλλης¹, Α. Τσελέπης¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η εκτίμηση των επιπέδων της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (HDL-C) περιλαμβάνεται κατά την αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου των υπερτασικών ασθενών. Αν και η HDL-C θεωρείται ευνοϊκός προγνωστικός καρδιαγγειακός παράγων, ο ακριβής ρόλος των υποκλασμάτων της στην παθογένεση της αθηρωμάτωσης είναι ακόμα υπό έρευνα ειδικά όταν τα επίπεδα HDL-C είναι υψηλά (>60 mg/dl). Υπάρχουν αναφορές που συνδέουν τη δυσλειτουργική και χαμηλή HDL-C με τον καρκίνο του μαστού. Σκοπός της μελέτης είναι η 5ετής καταγραφή καρδιαγγειακών και άλλων συμβάντων σε γυναίκες με υψηλά επίπεδα HDL-C καθώς και η διερεύνηση του προγνωστικού ρόλου των HDL-C υποκλασμάτων. Μέθοδος: Με-

λετήσαμε 62 υπερτασικές γυναίκες (60+12έτη, BMI 28+5, HDL-C 75+12mg/dl, SBP=148+17mmHg) και εν συνεχεία διακρίναμε τον πληθυσμό σε προεμμηνοπαισιακές (n=18, 46+5 έτη, BMI 26+5, HDL-C 77+18mg/dl, SBP=145+18mmHg) και μεταεμμηνοπαισιακές γυναίκες (n=44, 66+10 years, BMI 29+5, HDL-C 74+10mg/dl, SBP=149+17mmHg). Τα σωματίδια HDL-C διαχωρίστηκαν μέσω ηλεκτροφόρησης (Lipoprint System HDL-C



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Subfractions Kit) σε υποκλάσματα Large-HDL-C (L-HDL), Intermediate-HDL-C (I-HDL) και Small-HDL-C (S-HDL). Επί μία πενταετία καταγράψαμε οποιοδήποτε συμβάν, καρδιαγγειακό ή μη στις δύο ομάδες ασθενών. Αποτελέσματα: Κατά την αρχική αξιολόγηση διαπιστώσαμε ότι οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p<0.001$) και BMI ($p=0.02$) και παρόμοια επίπεδα HDL-C, % HDL-C υποκλασμάτων και SBP σε σχέση με τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ταυτόχρονα παρατηρήσαμε μία αρνητική συσχέτιση μεταξύ L-HDL and SBP ($r=-0.58$, $p=0.01$) μόνο στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πέντε έτη μετά διαπιστώθηκαν τα εξής: οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν εμφάνισαν κάποιο συμβάν ενώ στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έγινε διάγνωση Ca μαστού (6/44, 14%), AEE (1/44, 2%) και v. Parkinson (1/44, 2%). Η ομάδα των μεταεμμηνοπαυσιακών γυναικών με τη διάγνωση Ca μαστού δεν διέφερε από τις υπόλοιπες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ως προς την ηλικία, BMI, HDL-C, % HDL-C υποκλασμάτων και SBP. Συμπεράσματα: Τα L-HDL υποκλάσματα, τα οποία αποτελούν και τα πιο αντιαθηρωγόνα τμήματα της HDL-C, είναι μειωμένα στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με την υψηλότερη αρτηριακή πίεση, προσδίδοντας έτσι και μικρότερη προστασία σε αυτές. Παράλληλα, αποτελεί ενδιαφέρον εύρημα, η εμφάνιση μεγάλου ποσοστού διάγνωσης Ca μαστού στις μεταεμμηνοπαυσιακές υπερτασικές γυναίκες με υψηλά επίπεδα HDL-C χωρίς να διαπιστώνεται κάποιος προγνωστικός ρόλος των υποκλασμάτων.

ΠΑ022 | **Cardiorespiratory Fitness Lowers the Risk of New Onset of Atrial Fibrillation in Patients Older than 75 years of age**

A. Pittaras¹, C. Faselis², C. Grassos³, K. Kyfnidis⁴, M. Papavasileiou⁴, C. Kapsokoli⁵, A. Manolis⁴, N. Kouremenos⁶, P. Kokkinos²

¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA, EUROPEAN UNIVERSITY OF CYPRUS,

² VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁴ METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

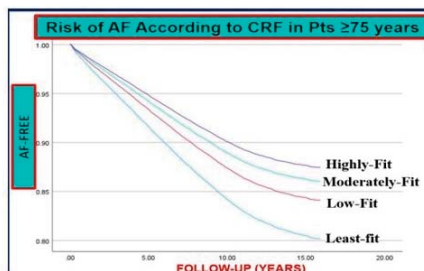
⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: The risk of atrial fibrillation (AF) increases with age, imposing a major public health importance. Evidence suggests an inverse and graded association between cardiorespiratory fitness (CRF) and AF incidence in middle-aged individuals. However, information on the association between CRF and AF incidence on individuals ≥ 75 years of age is limited. Purpose: Evaluate AF incidence according to CRF in individuals ≥ 75 years. Methods: From the ETHOS cohort ($n=750,302$), we identified of 57,137 patients ages ≥ 75.0 years (mean age 79.4 ± 4.0), with no diagnosis of AF or ischemia prior to or upon completion of a standardized exercise treadmill test (ETT) as a part of clinical evaluation. We established four fitness categories based on age-stratified quartiles of peak METs achieved: Least-fit (3.7 ± 0.8 METs; $n=14,518$); Low-Fit (5.9 ± 0.9 METs; $n=14,518$); Moderately-Fit (7.0 ± 0.72 METs; $n=11,390$); and Highly-Fit (9.8 ± 1.4 METs; $n=11,463$). Multivariable Cox proportional hazard models were applied after adjusting for age, resting blood

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

pressure, smoking, race, sleep apnea, chronic kidney disease, dyslipidemia, and medications. P-values <0.05 using two sided tests were considered statistically significant. Results: During 482,967.0 person-years of follow-up (median 7.8 years), there were 6,645 new AF cases occurred (11.6%) or 13.8 events per 1000 person-years of follow-up. In multivariable-adjusted analyses, CRF was inversely with the risk of developing AF, independent of all traditional comorbidities. For every 1-MET increase in exercise capacity the AF-risk was 9% lower (HR=0.91; CI: 0.90-0.93; p<0.001). The association across CRF categories was graded. Compared to the Least-Fit category (referent), the risk was 22% lower (HR=0.78; CI: 0.74-0.83; p<0.001) for the Low-Fit; 32% lower (HR=0.68; CI: 0.63-0.73; p<0.001) and 40% lower (HR=0.60; CI: 0.56-0.65; p<0.001) for Highly-Fit individuals. Conclusions: Increased CRF attenuates the risk of AF in individuals ages ≥75 years. The association is inverse, independent, and graded.



Compared to the Least-Fit category (referent), the risk was 22% lower (HR=0.78; CI: 0.74-0.83; p<0.001) for the Low-Fit; 32% lower (HR=0.68; CI: 0.63-0.73; p<0.001) and 40% lower (HR=0.60; CI: 0.56-0.65; p<0.001) for Highly-Fit individuals. Conclusions: Increased CRF attenuates the risk of AF in individuals ages ≥75 years. The association is inverse, independent, and graded.

ΠΑ023 | Υπολειπόμενος φλεγμονώδης κίνδυνος σε ασθενείς υπό βέλτιστη αγωγή για δυσλιπιδαιμία

Σ. Σημαντήρης¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Ι. Σκούμας¹, Κ. Γρηγορίου¹, Ι. Ανδρικού¹, Ι. Δήμα¹, Γ. Μπενέτος¹, Α. Παππάς², Π. Κορκοκικήτας², Δ. Τερεντές-Πρίντζιζος¹, Α. Παπανικολάου¹, Δ. Κόκκινος³, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

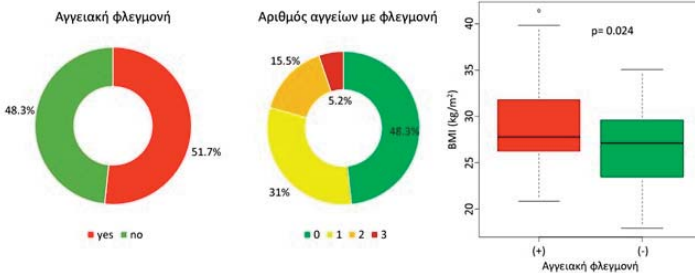
Εισαγωγή: Η φλεγμονή των αγγείων έχει χαρακτηριστεί ως ένας βασικός παθοφυσιολογικός μηχανισμός της αθηροσκλήρωσης. Ο δείκτης εξασθένησης περιαγγειακού λίπους (FAI) είναι ένας καινοτόμος απεικονιστικός βιοδείκτης που μπορεί να ανιχνεύσει την περιαγγειακή φλεγμονή ως αύξηση της εξασθένησης λίπους γύρω από τα στεφανιαία αγγεία στις εικόνες αξονικής στεφανιογραφίας (CCTA). Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της αγγειακής φλεγμονής σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία υπό βέλτιστη ιατρική θεραπεία. Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη, συμμετείχαν 58 ασθενείς με δυσλιπιδαιμία που υποβλήθηκαν σε CCTA για κλινικούς λόγους. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν βέλτιστη θεραπεία για τη δυσλιπιδαιμία τους βάσει των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών της ESC/EAS για τη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας. Οι εικόνες CCTA αναλύθηκαν για αγγειακή φλεγμονή βάσει του FAI του περιαγγειακού λιπώδους ιστού γύρω από τις τρεις κύριες επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία. Η αγγειακή φλεγμονή ορίστηκε ως ανίχνευση FAI-Score ³75ο εκατοστημόριο για τον πρόσθιο κατιόντα (LAD) ή την δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) είτε FAI-Score ³95ο εκατο-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Ασθενείς χωρίς αγγειακή φλεγμονή (n=28)	Ασθενείς με αγγειακή φλεγμονή (n=30)	p-value
Ηλικία, έτη	57.3± 8.9	54.8± 10.8	0.42
Άνδρες	13 (46.4%)	18 (60%)	0.3
Υπέρταση	10 (35.7%)	13 (43.3%)	0.49
Κάπνισμα	6 (21.4%)	9 (30%)	0.41
Σακχαρώδης διαβήτης	2 (7.1%)	2 (6.7%)	0.94
Στεφανιαία νόσος	1 (3.6%)	0 (0%)	0.3
Calcium score	89.7± 179.6	101.1± 146.2	0.8
Ολική χοληστερόλη, mg/dl	157.8± 38.6	154± 31.6	0.81
LDL, mg/dl	79.7± 29	83± 26.1	0.34
HDL, mg/dl	55.9± 17.2	49.4± 14.3	0.1
Τριγλυκερίδια, mg/dl	101.1± 47.5	100.6± 46	0.83
Λιποπρωτεΐνη (a), mg/dl	45.5± 51.8	50.8± 52.2	0.96
hs-CRP, mg/l	1.8± 2.5	2± 2.5	0.92
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)	26.5± 4.2	29.4± 5.2	0.02
Περιφέρεια μέσης (cm)	93.6± 12	102.6± 11.7	0.009

HDL: λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας, hs-CRP: υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, LDL: λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, Lp(a): λιποπρωτεΐνη (a)



μένα, το 31% εμφάνιζε φλεγμονή σε ένα αγγείο, το 15.5% σε δύο αγγεία και το 5.2% και στις τρεις στεφανιαίες αρτηρίες (Εικόνα). Συγκρίνοντας τους ασθενείς με και χωρίς αγγειακή φλεγμονή, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στον επιπολασμό παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της LDL, της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης ή της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (Πίνακας). Ωστόσο, η ομάδα των ασθενών με αγγειακή φλεγμονή είχε σημαντικά υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (29.4 έναντι 26.5, $p=0.024$, Εικόνα) και περίμετρο μέσης (102.6 έναντι 93.6, $p=0.009$). Συμπεράσματα: Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με καλά ρυθμισμένη δυσλιπιδαιμία βρίσκονται σε υπολειπόμενο φλεγμονώδη κίνδυνο βάσει των προτυποποιημένων μετρήσεων του δείκτη FAI σε εικόνες CCTA. Η φλεγμονή που σχετίζεται με την παχυσαρκία μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση αγγειακής φλεγμονής σε αυτούς τους ασθενείς.

στημόριο για την περιπτώσιμη αρτηρία (LCX). Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το IBM SPSS Statistics for Windows, Έκδοση 25.0. Η τιμή $p < 0.05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική. Αποτελέσματα: Στο συνολικό πληθυσμό των 58 ασθενών, το 71.4% είχε επιτύχει τον επιθυμητό στόχο χαμηλής ή ρυθμισμένης λιποπρωτεΐνης (LDL). Παρά τη χορήγηση βέλτιστης θεραπείας, το 51.7% του πληθυσμού εξακολουθούσε να έχει αυξημένες τιμές FAI-Score τουλάχιστον σε μια στεφανιαία αρτηρία. Συγκεκρι-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

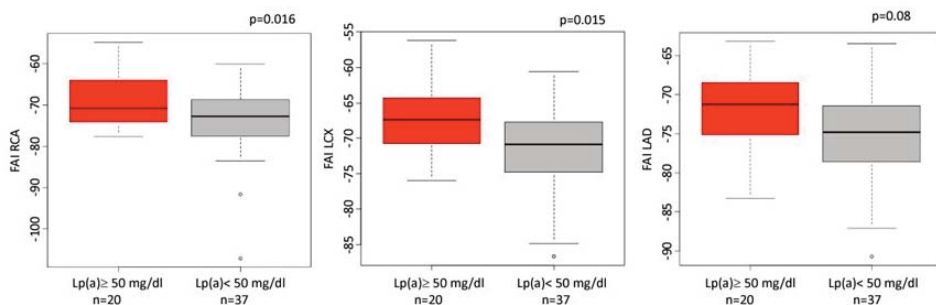
ΠΑ024 | Ο ρόλος της λιποπρωτεΐνης α στην αγγειακή φλεγμονή: ενδείξεις από την απεικόνιση του περιαγγειακού λίπους
Σ. Σημαντήρης¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Ι. Σκούμας¹, Ι. Ανδρίκου¹, Κ. Γρηγορίου¹, Ι. Δήμα¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Α. Παπανικολάου¹, Κ. Αναγνωστόπουλος², Δ. Κόκκινος², Χ. Αντωνιάδης³, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ,

³ University of Oxford

Εισαγωγή: Η αυξημένη λιποπρωτεΐνη(α) [Lp(a)] αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Η σχέση της Lp(a) με την αγγειακή φλεγμονή δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς από κλινικά δεδομένα. Στην παρούσα μελέτη, διερευνήσαμε τη σχέση των επιπέδων Lp(a) με τη στεφανιαία φλεγμονή βασισμένη στον δείκτη εξασθένησης περιαγγειακού λίπους (FAI) των στεφανιαίων αγγείων από τις εικόνες αξονικής στεφανιογραφίας (CCTA). Υλικά και μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη, εντάχθηκαν 57 συμμετέχοντες υπό βέλτιστη υπολιπιδαιμική θεραπεία, που υποβλήθηκαν σε CCTA για κλινικούς λόγους. Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν ιστορικό αυτοάνοσης νόσου με ενεργό συστηματική θεραπεία, χρόνια θεραπεία με οποιονδήποτε αντιφλεγμονώδη παράγοντα, ενεργό κακοήθεια, και ιστορικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, επαναμιάτωσης ή καρδιακής ανεπάρκειας κατηγορίας III/IV κατά NYHA. Οι εικόνες CCTA αναλύθηκαν για αγγειακή φλεγμονή με βάση τον δείκτη FAI του περιαγγειακού λιπώδους ιστού γύρω από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA), την περιστενωμένη αρτηρία (LCX) και τον πρόσθιο κατιόντα (LAD). Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός καταμερίστηκε σε 2 υποομάδες με βάση τα επίπεδα της Lp(a) [Lp(a) \geq 50 mg/dl (n=20) και Lp(a) < 0 mg/dl (n=37)]. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων σε παραδοσιακούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, τιμές λιπιδίων, δείκτη μάζας σώματος, σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αγγείων ή υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (Εικόνα 1). Ωστόσο, οι ασθενείς με αυξημένη Lp(a) είχαν υψηλότερες τιμές FAI γύρω από την RCA (-69,2 vs. -74,18 HU, p= 0,015) και την LCX (-67,4 vs. -71,4, p=0,016). Μια τάση για υψηλότερο FAI παρατηρήθηκε επίσης γύρω από την LAD (-72,3 vs. -75,3, p=0,08) (Εικόνα 2). Η πολ-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Lp(a) <50 mg/dl (n=37)	Lp(a) ≥ 50 mg/dl (n=20)	p-value
Ηλικία, έτη	57.8 ± 8.7	52.9 ± 10.9	0.06
Άνδρες	20 (54.1%)	11 (55%)	0.95
Υπέρταση	16 (43.2%)	7 (35%)	0.49
Κάπνισμα	9 (24.3%)	6 (30%)	0.41
Σακχαρώδης διαβήτης	2 (5.4%)	2 (10%)	0.52
Στεφανιαία νόσος	1 (2.7%)	0 (0%)	0.46
Calcium score	109 ± 182.8	71.8 ± 117.6	0.86
Ολική χοληστερόλη, mg/dl	165 ± 49.1	148.3 ± 24.1	0.156
LDL, mg/dl	84.1 ± 30.5	76.6 ± 20.5	0.64
HDL, mg/dl	52 ± 17	53.1 ± 14.2	0.8
Τριγλυκερίδια, mg/dl	116.2 ± 81.4	92.8 ± 43.8	0.14
hs-CRP, mg/l	2.3 ± 2.9	1.2 ± 1.3	0.2
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)	28.1 ± 4.5	27.7 ± 5.6	0.31

HDL: λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας, hs-CRP: υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, LDL: λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, Lp(a): λιποπρωτεΐνη (a)

λαπλή γραμμική παλινδρόμηση αποκάλυψε ότι τα αυξημένα επίπεδα Lp(a) (≥ 50 mg/dl) είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του FAI γύρω από την RCA (beta= 0,268, και p=0,015) και την LCX (beta=0,329 και p=0,04), μετά από προσαρμογή για συγγυ-

τικούς παράγοντες. Συμπεράσματα: Τα υψηλότερα επίπεδα Lp(a) συνδέονται με αυξημένες τιμές FAI γύρω από τις στεφανιαίες αρτηρίες στις εικόνες CCTA. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τον πιθανό ρόλο της Lp(a) στην αγγειακή φλεγμονή, που πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω σε μελλοντικές μελέτες.

16.00-17.00 Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματος

Basic cardiovascular research

Πρόεδροι: **Γ. Λάζαρος** (Αθήνα), **Ευ. Οικονόμου** (Αθήνα)

Chairpersons: **G. Lazaros** (Athens), **Ev. Oikonomou** (Athens)

ΠΑ025 | Η εμπαγλιφλοζίνη επηρεάζει το μεταγράψωμα των ενδοθηλιακών κυττάρων, μειώνει τη βλάβη μη επαναροής και διατηρεί την καρδιακή λειτουργία στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Ι. Ανδρεάδου¹, Π. Ε. Νικολάου², Λ. SF Konijnenberg³, Ι. Κωστόπουλος⁴, Μ. Μηλιώτης⁵, Ν. Μυλωνάς², Α. Γεωργούλης², Γ. Παυλίδης⁶, C. Kuster⁷, V. PA van Reijmersdal³, T. TJ Luiken⁷, Α. Αγαπάκη⁸, R. Roverts⁹, Ν. Ωρολογάς⁴, Δ. Γρηγοριάδης⁵, P. Boucher¹⁰, G. Pallot¹¹, Ν. Κωστομητσόπουλος¹², Μ. P. Pieper¹³, S. Germain¹⁴, Ι. Λουκάς¹⁵, Ι. Ντότσικας¹⁵, Ι. Οικονομίδης⁶, Α. Γ. Χατζηγεωργίου⁵, Ο. Τσιτσιλώνη⁴, R. Nijveldt³, N. van Royen³

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

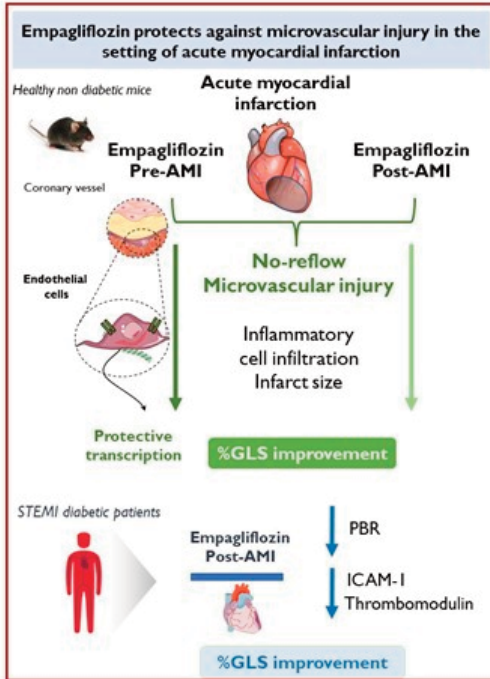
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

- ¹ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Φαρμακευτική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 15771, Αθήνα, Ελλάδα,
- ² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Φαρμακευτική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 15771, Αθήνα, Ελλάδα,
- ³ Department of Cardiology, Radboud University Medical Center, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, Ολλανδία,
- ⁴ Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 15784, Αθήνα, Ελλάδα,
- ⁵ DIANA-Lab, Τμήμα Επιστήμης Υπολογιστών και Βιοϊατρικής Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία, Ελλάδα,
- ⁶ Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,
- ⁷ Department of Medical BioSciences, Radboud University Medical Center, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, Ολλανδία,
- ⁸ Κέντρο Βασικής Έρευνας, Ίδρυμα Βιοϊατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών,
- ⁹ Electron Microscopy Center, Radboudumc Technology Centre Microscopy, Radboud Institute of Molecular Life Sciences, Radboud University Medical Center, Geert Grooteplein, 6525 GA Nijmegen, Ολλανδία,
- ¹⁰ Center for Interdisciplinary Research in Biology (CIRB), College de France, CNRS, INSERM, PSL Research University, 11 Place Marcelin Berthelot, 75005, Παρίσι, Γαλλία,
- ¹¹ Center for Interdisciplinary Research in Biology (CIRB), College de France, CNRS, INSERM, PSL Research University, 11 Place Marcelin Berthelot, 75005, Παρίσι, Γαλλία,
- ¹² Κέντρο Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Βιοϊατρικών Αθηνών της Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,
- ¹³ Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Mainz, Γερμανία,
- ¹⁴ Center for Interdisciplinary Research in Biology (CIRB), College de France, CNRS, INSERM, PSL Research University, 11 Place Marcelin Berthelot, 75005, Παρίσι, Γαλλία,
- ¹⁵ Εργαστήριο Φαρμακευτικής Ανάλυσης, Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 15771, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η μικροαγγειακή βλάβη (ΜΑΒ) εκδηλώνεται σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και σχετίζεται με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και δυσμενή πρόγνωση. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσουμε αν η εμπαιγλιφλοζίνη χορηγούμενη είτε πριν είτε μετά το ΟΕΜ βελτιώνει την προκαλούμενη από τη ΜΑΒ βλάβη μη επαναρροής, το μέγεθος του εμφράγματος (ΜΕ) και την καρδιακή λειτουργία. Υλικά και μέθοδοι: Αρσενικοί μύες υπεβλήθησαν σε χρόνια χορήγηση εμπαιγλιφλοζίνης (10mg/kg/μέρα) πριν το ΟΕΜ, διαχωρίστηκαν οι κυτταρικοί πληθυσμοί του μυοκαρδίου και πραγματοποιήθηκε 3' mRNA αλληλούχιση για να εντοπιστούν οι τύποι των κυττάρων που επηρεάζονται μεταγραφικά. Η χορήγηση της εμπαιγλιφλοζίνης μετά το ΟΕΜ σχεδιάστηκε με βάση το μεταγράφημα και τα επίπεδα της εμπαιγλιφλοζίνης στην κυκλοφορία. Η βλάβη μη επαναρροής αξιολογήθηκε μέσω χρώσης με θειοφλαβίνη S και ηλεκτρονικής μικροσκοπίας στις 48 ώρες μετά το ΟΕΜ. Η διήθηση φλεγμονωδών κυττάρων στο μυοκάρδιο εξετάστηκε μέσω κυτταρομετρίας ροής. Το ΜΕ και η καρδιακή λειτουργία προσδιορίστηκαν με μαγνητική τομογραφία. Ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 έλαβαν θεραπεία με ινσουλίνη ή εμπαιγλιφλοζίνη (25 mg/ημέρα) εντός 2 μηνών μετά το ΟΕΜ και εξετάστηκε η καρδιαγγειακή λειτουργία, ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας και δείκτες βλάβης στην κυκλοφορία 4 και 12 μήνες μετά το ΟΕΜ. Αποτελέσματα: Η εμπαιγλιφλο-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



ζίνη ανέστρεψε τις επαγόμενες από το OEM αλλοιώσεις στο μεταγράμμα των ενδοθηλιακών κυττάρων μειώνοντας την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με μόρια προσκόλλησης και την αποικοδόμηση της εξωκυττάριας μήτρας ενώ ελάχιστες επιδράσεις παρατηρήθηκαν στο μεταγράμμα των καρδιομυοκυττάρων και των ινοβλαστών. Η εμπαγλιφλοζίνη χορηγούμενη πριν και μετά το OEM μείωσε σημαντικά τη βλάβη μη επαναροής καθώς και τη διήθηση φλεγμονωδών μονοκυττάρων και ουδετερόφιλων 48 ώρες μετά το OEM. Η εμπαγλιφλοζίνη μείωσε το ΜΕ και διατήρησε την καρδιακή λειτουργία και στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη μετά το OEM παρουσίασαν βελτιωμένο πάχος ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα που συσχετίστηκε σημαντικά με τη βελτίωση της ολικής επιμήκους παραμόρφωσης και τους δείκτες ενδοθηλιακής βλάβης. Συμπεράσματα: Η χορήγηση της εμπαγλιφλοζίνης πριν ή μετά το OEM προστατεύει από την ΜΑΒ, μειώνει τη βλάβη μη επαναροής και το IS και διατηρεί την καρδιακή λειτουργία. Η χορήγηση

της εμπαγλιφλοζίνης σε ασθενείς με OEM στοιχειοθετείται για τη βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας και της μικροαγγειακής ακεραιότητας.

ΠΑ026 | Διερεύνηση του πρωτεομικού προφίλ στη κολπική μαρμαρυγή και σύγκριση με τη μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή σε κολπικό καρδιακό ιστό

Μ. Παλλήκαρου¹, Β. Ανδρουτσοπούλου², Κ. Πορτοκαλλίδου¹,

Γ. Λεονίδης¹, Ν. Ατζεμιάν¹, Γ. Ράγια¹, Δ. Μικρούλης², Ε. Μανωλόπουλος¹

¹ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΔΠΘ,

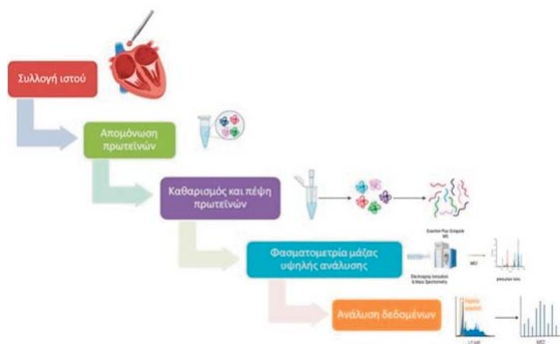
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΣ-ΘΩΡΑΚΑ, ΠΓΝΑ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΠΘ

Εισαγωγή Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η πλέον κοινή καρδιακή αρρυθμία με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η διαφοροποίηση στην έκφραση πρωτεϊνών σε κολπικούς καρδιακούς ιστούς από ασθενείς με ΚΜ μπορεί να αναδείξει σημαντικές πληροφορίες για τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και πιθανούς βιοδείκτες για τη νόσο. Επιπλέον σύγκριση με

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν μετεγχειρητικά ΚΜ (ΜΚΜ) μπορεί να αναδείξει τόσο κοινές τομές όσο και διαφορική έκφραση για στοχευμένη προσέγγιση των δυο παθολογικών καταστάσεων. Σκοπός Η διερεύνηση του πρωτεομικού προφίλ ιστοειδικά στην καρδιά ανάμεσα σε ασθενείς με ΚΜ συγκριτικά με ασθενείς με ΜΚΜ. Μέθοδοι Στα πλαίσια της εγκεκριμένης κλινικής μελέτης START συλλέχθηκαν δείγματα καρδιακού ιστού από το δεξιό κόλπο ασθενών με και χωρίς ΚΜ κατά τη διάρκεια καρδιοχειρουργικής επέμβασης στη ΚΔΧ Κλινική του ΠΓΝΑ. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για πιθανή εμφάνιση ΜΚΜ. 51 ιστοί μελετήθηκαν για διαφορική έκφραση πρωτεϊνών και διαχωρίστηκαν σε 3 ισάριθμες ομάδες ΚΜ, ΜΚΜ και ομάδα ελέγχου με ΦΡ. Από τα δείγματα απομονώθηκαν οι πρωτεΐνες και πραγματοποιήθηκε πρωτεομική ανάλυση χρησιμοποιώντας φασματομετρία μάζας υψηλής ανάλυσης (LC-MS/MS). Τέλος έγιναν συγκρίσεις των πρωτεομικών δεδομένων και στατιστική ανάλυση για τον εντοπισμό πρωτεϊνών με διαφοροποιημένη έκφραση μεταξύ των ομάδων. Αποτελέσματα Εντοπίστηκαν 1735 διαφορικά εκφραζόμενες πρωτεΐνες. Μεταξύ των ασθενών με ΚΜ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου βρέθηκαν 143 πρωτεΐνες υπερεκφραζόμενες και 125 υπο- εκφραζόμενες. Αντίστοιχα στη σύγκριση ανάμεσα σε ΜΚΜ και την ομάδα ελέγχου εντοπίστηκαν 125 υπερεκφραζόμενες και 132 υπο- εκφραζόμενες πρωτεΐνες. Εντοπίστηκαν 64 υπερεκφραζόμενες και 52 υπο- εκφραζόμενες κοινές πρωτεΐνες μεταξύ ΚΜ και η ΜΚΜ. Οι κοινές πρωτεΐνες εμπλέκονται σε μονοπάτια που αφορούν την αναδιαμόρφωση και μορφογένεση του καρδιακού ιστού, την ρύθμιση των ιοντικών διαύλων και το οξειδωτικό στρες, υποδεικνύοντας ενισχυμένες φλεγμονώδεις και αναδιαμορφωτικές διαδικασίες τόσο στη ΚΜ όσο και στη ΜΚΜ. Συμπέρασμα Τα πρωτεομικά προφίλ των ασθενών με ΚΜ και ΜΚΜ αποκαλύπτουν διακριτές παθοφυσιολογικές υπογραφές σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η συγκριτική ανάλυση ανέδειξε αρκετές πρωτεΐνες που συνιστούν υποψήφιους βιοδείκτες που θα μπορούσαν να διαφοροποιήσουν την ΚΜ από την ΜΚΜ και μπορεί να οδηγήσουν σε στοχευμένες θεραπευτικές στρατηγικές. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επικύρωση αυτών των βιοδεικτών και την εξερεύνηση της κλινικής τους χρησιμότητας στη διαχείριση της ΚΜ και της ΜΚΜ.



ΠΑ027 | Sacubitril/Valsartan enhances skin wound healing through a sustained anti-inflammatory action; Implications for cardiac wound healing and cardiac reverse remodelling

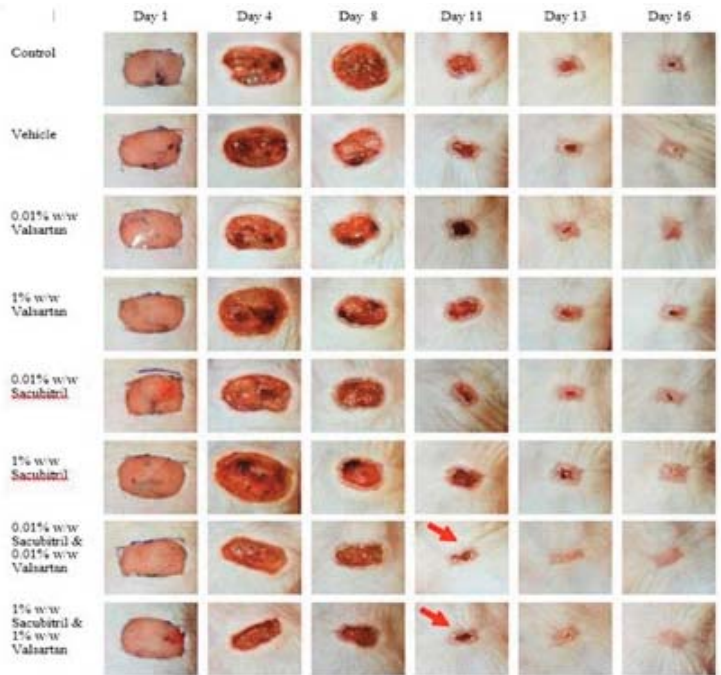
A. Ntalianis¹, D. Statha¹, A. Papantonaki¹, I. Sfiniadakis¹, C. Barda¹, A. Vitsos¹, S. Ntalianis¹, M. Rallis¹, G. Lyggitsou¹, I. Sviliantopoulos¹, C. Karampasi¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Healing process after different concentrations of sacubitril and valsartan



Background/Purpose: Skin wound healing as well as cardiac wound healing as a response to myocardial injury is a complex physiological process involving multiple common cellular and molecular mechanisms. Despite extensive research, effective treatments that consistently promote rapid and complete wound healing remain difficult to achieve. This study aims to evaluate the skin healing efficacy of valsartan, an angiotensin 2 type 1 receptor blocker, and sacubitril, a neprilysin inhibitor both involved in cardiac healing and reverse remodeling. Methods: Full-thickness, excisional wounds of 1cm² were created on hairless mice, type SKH-hr2 and the drugs were formulated as hydrophilic ointments and applied daily. Sacubitril and Valsartan were applied separately and in combination. The drugs were applied in concentrations of 0.01% and 1% and formulated using 10% dimethylsulfoxide, 50% polyethylene glycol 400, and 38-40% polyethylene glycol 3000. The skin wound healing process was assessed as follows: a) with clinical evaluation, b) with photo-documentation, c) with histopathological analysis, d) with Fourier Transformed Infrared (FTIR) spectroscopy and e) with assessment of various biophysical skin parameters, including transepidermal water loss and hydration. Results: The combination of sacubitril/valsartan at 1%:1% or 0.01%:0.01%, respectively, demonstrated the highest healing efficacy (Figure 1) with 80% of the mice treated showed complete

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Group	Sample	Inflammation	Edema	Hyper keratosis	Wound width	Ulceration & Necrosis	Para keratosis	Total score	Mean score
Control	A1	2	2	0	3	0	0	7	7,5
	H1	3	2	0	3	0	0	8	
Vehicle	A2	2	2	0	3	0	0	7	7,5
	D2	3	2	0	3	0	0	8	
0.01% Valsartan	D3	3	2	0	3	0	0	8	8
	E1	3	2	0	3	0	0	8	
1% Valsartan	A4	2	2	0	3	0	0	7	7
	E2	2	2	0	3	0	0	7	
0.01% Sacubitril	E3	3	2	0	3	0	0	8	7
	F4	1	1	2	1	0	1	6	
1% Sacubitril	H2	2	2	1	1	0	0	6	6
	I1	2	2	1	1	0	0	6	
0.01% Valsartan & 0.01% Sacubitril	G1	1	1	0	1	0	0	3	3
	H3	1	1	0	1	0	0	3	
1% Valsartan & 1% Sacubitril	G2	1	0	0	1	0	0	2	3
	H4	2	0	1	1	0	0	4	
	I4	2	1	0	2	0	0	5	

Histopathology Scale for validation of wound healing (0-15)

Inflammation	0(absent)	1(mild)	2(moderate)	3(severe)
Edema	0(absent)	1(mild)	2(moderate)	3(severe)
Hyper keratosis	0(absent)	1(mild)	2(moderate)	3(severe)
Wound Width	0(absent)	1(superficial)	2(medial)	3(total)
Ulceration	0(absent)	1(present)		
Necrosis	0(absent)	1(present)		
Para keratosis	0(absent)	1(present)		

TABLE 1 – HISTOPATHOLOGY SCALE FOR VALIDATION OF WOUND HEALING

wound closure. In contrast, complete wound closure for the other groups occurred in less than 40% of the mice. Furthermore, a faster complete wound healing observed in the sacubitril/valsartan combination groups (Figure 1). Interestingly, histopathology showed the lowest score in the relevant healing scale with mild inflammation and edema and negligible superficial injury in the sacubitril/valsartan groups (Table 1). Conclusions: Sacubitril/Valsartan promotes skin wound healing via a sustained anti-inflammatory action. It is postulated that similar pathophysiology pathways are activated with Sacubitril/Valsartan in cardiac wound healing and reverse cardiac remodelling.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ028 | Διαδερμική χορήγηση υπογλυκαιμικών δραστικών ενώσεων με τη χρήση νανοτεχνολογίας: μια πιλοτική μελέτη σε μύες SV129

Ε. Παπανικολάου¹, Γ. Β. Σίμος¹, Μ. Πατήλα², Π. Λέκκας¹, Κ. Ι. Τσάμης¹, Χ. Στάματης², Δ. Πέσχος¹, Ε. Ντουνούση³, Λ. Λάκκας¹

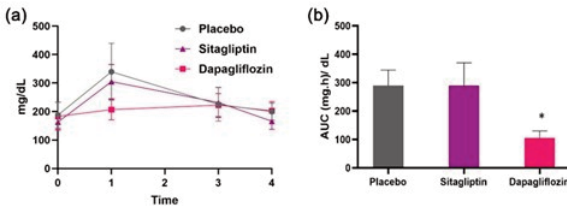
¹ Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

² Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

³ Νεφρολογική Κλινική, Παθολογικός Τομέας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή/Σκοπός Οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4i) και οι αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT-2i) του εγγύς νεφρικού σωληναρίου, είναι νεότερες αντιδιαβητικές φαρμακευτικές ουσίες. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η λήψη SGLT-2i από διαβητικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μειώνει τους καρδιαγγειακούς θανάτους. Η πρόοδος της νανοτεχνολογίας επιτρέπει την έρευνα για εναλλακτικές οδούς χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της επίδρασης νανογαλακτωμάτων DPP-4i και SGLT-2i στη συγκέντρωση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος σε μύες SV129. Υλικά και μέθοδος Σιταγλιπτίνη (DPP-4i) και δαπαγλιφλοζίνη (SGLT-2i) εγκλωβίστηκαν σε νανογαλακτώματα για χορήγηση με επάλειψη στον αυχένα των μυών SV129 που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Οι μύες τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ίσες ομάδες (n=30): 1) νανογαλακτώμα placebo (ομάδα ελέγχου), 2) νανογαλακτώμα σιταγλιπτίνης 10 mg/kg σωματικού βάρους, 3) νανογαλακτώμα δαπαγλιφλοζίνης 10 mg/kg σωματικού βάρους. Στη συνέχεια, οι μύες υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (2 mg/kg σωματικού βάρους). Λήψη αίματος και μετρήσεις γλυκόζης αίματος πραγματοποιήθηκαν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αποτελέσματα Η χορήγηση γλυκόζης αύξησε σημαντικά τα μετρήσιμα επίπεδα της στο αίμα των μυών τόσο στην ομάδα ελέγχου (188±46 mg/dL σε 340±100 mg/dL) όσο και στην ομάδα σιταγλιπτίνης (163±25 mg/dL σε 305±60 mg/dL). Ωστόσο, στην ομάδα της δαπαγλιφλοζίνης, η αύξηση της γλυκόζης ήταν ήπια (από 183±50 mg/dL σε 207±36 mg/dL). Τα επίπεδα γλυκόζης επανήλθαν σταδιακά στα φυσιολογικά μετά από 3 ώρες (Εικόνα 1a). Η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) απεικονίζει την ισχυρή υπογλυκαιμική επίδραση του νανογαλακτώματος δαπαγλιφλοζίνης (Εικόνα 1b). Συμπεράσματα Το νανογαλακτώμα δαπαγλιφλοζίνης φαίνεται ότι δια-

περνάει το δερματικό φραγμό και αποτρέπει την ραγδαία αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος στους μύες SV129 της μελέτης. Περαιτέρω έρευνες, όπως η ανίχνευση της δαπαγλιφλοζίνης στο αίμα καθώς και στα ούρα των πειραματόζων θα συμβάλλουν στη καλύτερη κατανόηση της αποτελεσματικότητας του καινοτόμου αυτού σκευάσματος



Εικόνα 1. (α) Το νανογαλακτώμα δαπαγλιφλοζίνης προστάτευσε τους μύες από μια απότομη αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. (β) Η AUC ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε μύες που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη. Οι τιμές απεικονίζονται ως μέσοι όροι ± τυπικό σφάλμα. *p<0,05, σε σύγκριση με το placebo (n=10)

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

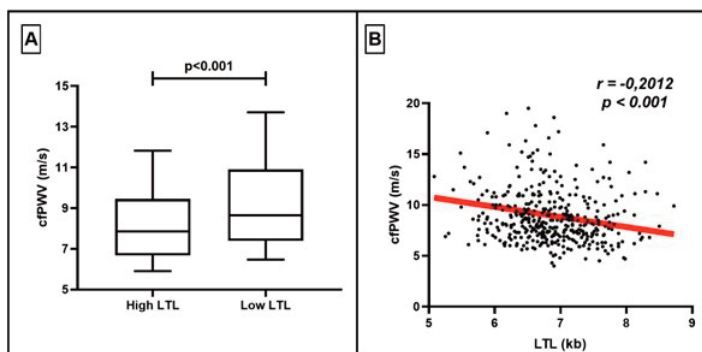
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ029 | Συσχέτιση Μήκους Τελομερών DNA με Παράγοντες Καρδιαγγειακού Κινδύνου και Αρτηριακή Σκληρία
M. Σαγρής¹, Π. Θεοφίλης¹, Ε. Οικονόμου², S. Tourance¹, A. Benetos¹, X. Βλαχόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το μήκος DNA των τελομερών των λευκοκυττάρων (LTL) έχει εξεταστεί ως δείκτης της βιολογικής γήρανσης. Οι μελέτες έχουν συνδέσει ιδιαίτερα τα τελομερή με καταστάσεις όπως η περιφερική αγγειακή νόσος, η στεφανιαία νόσος και η καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Μέθοδος: Στην παρούσα cross-sectional ανάλυση της μελέτης "Κορινθία" αξιολογήσαμε άτομα από την ομώνυμη περιοχή της Ελλάδας. Απομονώσαμε δείγμα DNA από περιφερικό αίμα και μετρήσαμε το LTL σε επίπεδο αζωτούχων βάσεων για να αποκτήσουμε συγκριτικά δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου καθώς και της αρτηριακής σκληρίας. Η ταχύτητα κύματος σφυγμού καρωτίδας-μυριαίας (cfPWV) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αρτηριακής σκληρίας. Αποτελέσματα: Η ανάλυσή μας περιελάμβανε 419 άτομα με μέση ηλικία 62.4 ± 11.8 έτη και μέσο LTL στα 6,78 (IQR: 5,08-8,72) bp. Χρησιμοποιώντας τη μέση τιμή του LTL ως όριο, ο πληθυσμός χωρίστηκε σε δύο ομάδες, Ομάδα A: 208 ασθενείς με χαμηλό LTL, Ομάδα B: 211 ασθενείς με υψηλό LTL. Η Ομάδα A παρουσίασε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ανδρών (52.4% έναντι 34.1%, $p < 0.01$), υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (BMI) (29.3 ± 4.7 kg/m² έναντι 28.5 ± 4.4 kg/m², $p < 0.05$), και υψηλότερη συχνότητα υπέρτασης (78.8% έναντι 67.8%, $p = 0.01$) και δυσλιπιδαιμίας (51% έναντι 38.9%, $p = 0.014$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη, τις συνήθειες καπνίσματος και την εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Στην ανάλυση του συνολικού δείγματος, η cfPWV ήταν σημαντικά υψηλότερη στην Ομάδα A (9.61 ± 3.46 m/s έναντι 8.38 ± 2.49 m/s, $p < 0.01$) σε σύγκριση με την Ομάδα B (Σχήμα, Πίνακας Α). Αυτή η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική ($\beta = -0.096$, $p = 0.038$), ακόμα και μετά την προσαρμογή για παράγοντες σύγχυσης στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης.



Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ LTL και cfPWV (Σχήμα, Πίνακας Β). Συμπεράσματα: Το LTL συνδέεται καθοριστικά με τη καρδιαγγειακή υγεία, με το μικρότερο LTL να σχετίζεται με αυξημένες τιμές cfPWV και υψηλή συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

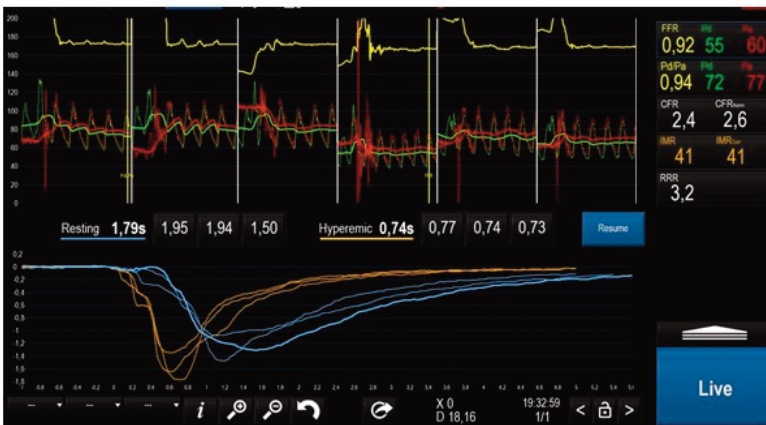
ΠΑ030 | Συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης με την στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία σε ασθενείς με ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο

A. Σακαλίδης¹, A.E. Καρανικόλα¹, E. Δρη¹, A. Κουλουριώτης¹, E. Μαντζουράνης¹, M. Μπόρα², Π. Ηλιάκης¹, M. Κουρεμέτη¹, Σ. Δρογκάρης¹, N. Αργυρίου¹, E. Μαντά¹, Π. Θεοφίλης¹, Π.Κ. Βλαχάκης¹, I. Λεοντσίνης¹, A. Μαρινάκης², Γ. Κουργιαννίδης², K. Δημητριάδης¹, K. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ² 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με ισχαιμία και μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο (INOCA) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων. Υπάρχουν επίσης αυξανόμενες βιβλιογραφικές ενδείξεις ότι η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (BPV) σχετίζεται με δυσμενή καρδιαγγειακή πρόγνωση. Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει εάν ασθενείς με στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία (CMD) σε σύγκριση με συμμετέχοντες χωρίς CMD χαρακτηρίζονται από διαφορές στην BPV. Υλικό: Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα της πολυκεντρικής, προοπτικής μελέτης παρατήρησης του κέντρου μας σε ασθενείς με INOCA. Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε λειτουργική στεφανιαία αγγειογραφία καθώς και 24ωρη Περιπατητική Παρακολούθηση Αρτηριακής Πίεσης (ABPM). Με τη μέθοδο της bolus θερμοαραιώσης και την ενδοφλέβια χορήγηση αδενοσίνης προσδιορίστηκαν οι δείκτες φυσιολογίας της στεφανιαίας κυκλοφορίας: η στεφανιαία εφεδρεία ροής λειτουργική (CFR) & ο δείκτης μικροαγγειακής αντίστασης (IMR), τιμές CFR<2,5 & IMR>25 θεωρήθηκαν παθολογικές. Αποτελέσματα: Συνολικά 94 συμμετέχοντες έχουν ενταχθεί μέχρι στιγμής στη μελέτη. Εξετάσαμε 48 ασθενείς χωρίς CMD, control group [γυναίκες, 57%, μέση ηλικία: 62,9±7,3 έτη] και 46 ασθενείς με CMD, CMD

group (γυναίκες, 67%, μέση ηλικία: 59,7±9,3 έτη). Από τους ασθενείς με CMD, το 37% εμφάνισε φυσιολογική τιμή IMR (λειτουργικός ενδότηπος), ενώ το 63% με IMR>25 κατατάχθηκε στη δομική CMD. Δεν σημειώθηκε στατιστική διαφορά στα SD



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

της ΑΠ ημέρας και νύχτας μεταξύ των ομάδων. Η CMD συσχετίστηκε με μικρότερη πτώση της ΔΑΠ μεταξύ ημέρας-νύχτας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (6,4±5,7 vs 10,1±6,7 mmHg, $p=0,11$). Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ πρωινού και νυκτερινού δείκτη πίεσης παλμού (Pulse Pressure index) ανάμεσα στις 2 ομάδες ($P=0,009$). Επιπλέον, παρατηρήθηκε τάση συσχέτισης της CMD με το non-dipping pattern ($p=0,54$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στους δύο ενδοτύπους της CMD. Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με CMD χαρακτηρίζονται από μειωμένη μεταβλητότητας της ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας. Επιπλέον, υπήρχε υψηλός επιπολασμός του non-dipping pattern μεταξύ των ασθενών με CMD. Αυτά τα νέα δεδομένα βοηθούν να διευκρινιστούν πτυχές της CMD, να αναπτυχθούν νέα εργαλεία αξιολόγησης κινδύνου και αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές για αυτόν τον ταχέως αυξανόμενο πληθυσμό ασθενών. Νεότερες φαρμακευτικές θεραπείες και παρεμβάσεις για την πρόληψη/θεραπεία αλλαγών στο προφίλ της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας μπορεί να αποδειχθούν καθοριστικές για τη διαχείριση αυτής της ειδικής ομάδας ασθενών.

ΠΑ031 | Ο συνδυασμός της λιπιδομικής με αλγορίθμους μηχανικής μάθησης μπορεί να βελτιώσει την μη επεμβατική πρόβλεψη της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου

**A. Παπάζογλου¹, E. Καραγιαννίδης², Θ. Μουσκεφτάρα³, O. Δέδα³,
Θ. Λιαπικός³, E. Παντέρης³, B. Φυντανίδου⁵, N. Φραγκάκης²,
Γ. Θεοδωρίδης³, E. Γκίκα³, Γ. Παννακούλας⁴**

¹ Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,

² Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΠΘ, ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ,

³ Biomic_AUTh, CIRI-AUTH Center for Interdisciplinary Research and Innovation,

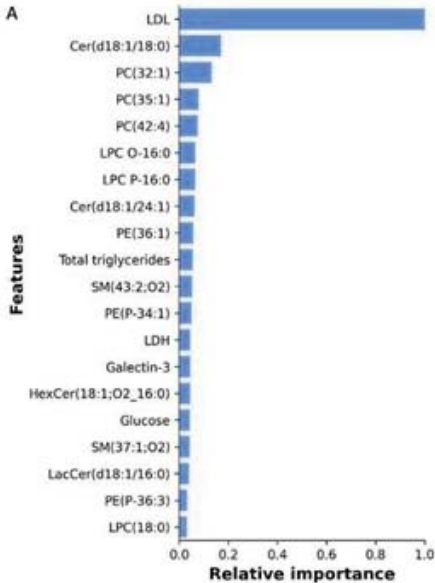
⁴ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ,

⁵ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μη επεμβατική πρόβλεψη της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) αποκτά ολοένα αυξανόμενο ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον στην εποχή των -omics και της εξατομικευμένης ιατρικής. Συγκεκριμένα, η λιπιδομική (lipidomics) μπορεί να συμβάλει στην ακριβέστερη σταδιοποίηση κινδύνου συγκρινόμενη με τους καθιερωμένους παράγοντες κινδύνου. Τεχνικές δυσκολίες στην ταυτοποίηση των διαφόρων λιπιδίων και των ισομερών τους στον ορό, καθώς και η ανάγκη ισχυρών υπολογιστικών και στατιστικών εργαλείων για την επεξεργασία των λιπιδομικών δεδομένων (big data) περιορίζουν την κλινική χρησιμότητα από τις υπάρχουσες λιπιδομικές μελέτες. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσουμε την ύπαρξη προβλεπτικού οφέλους από την συνδυασμένη χρήση λιπιδομικών αναλύσεων με νεότερους αλγορίθμους μηχανικής μάθησης σε ασθενείς με πιθανή ΣΝ. Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη αυτή αποτελεί post-hoc ανάλυση της προοπτικής μελέτης CorLipid (NCT04580173) και ελέγχει την προγνωστική ικανότητα ενός λιπιδομικού πάνελ για την πρόβλεψη της αποφρακτικής ΣΝ μέσω της eXtreme Gradient Boosting (XGBoost) τεχνικής. Έγινε χρήση υγρής χρωματογραφίας και φασματομετρίας μάζας για την ανάλυση των λιπιδομικών προφίλ 146 ενήλικων με πιθανολογούμενη ΣΝ. Δείγματα ορού νηστείας ελήφθησαν προ της εκτέλεσης

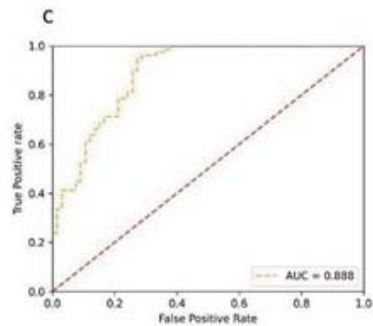
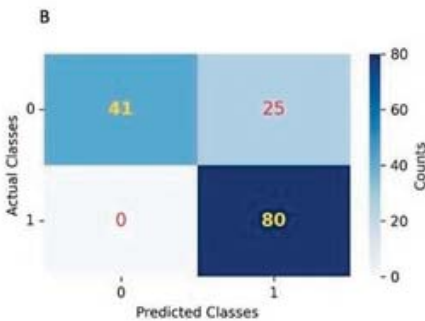
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



επεμβατικής αγγειογραφίας στεφανιαίων αγγείων, μέσω της οποίας καθορίστηκε η ύπαρξη αποφρακτικής ΣΝ στους ασθενείς με SYNTAX Score (SS)>. Αποτελέσματα: Οι 146 συμμετέχοντες στην μελέτη (75,3% άνδρες, μέση ηλικία: 61 ±10,5 έτη) χωρίστηκαν ανάλογα με την ύπαρξη αποφρακτικής ΣΝ (54,8% με SS>0 and 45,2% με SS=0). Μέσω της λιπιδομικής ανάλυσης, ταυτοποιήθηκαν συνολικά 517 είδη λιπιδίων, εκ των οποίων τα 290 ποσοτικοποιήθηκαν στον ορό των συμμετεχόντων (γλυκεροφωσφολιπίδια 52,1%, γλυκερολιπίδια 28,6% και σφίγγολιπίδια 19,3%). Ο XGBoost αλγόριθμος πρότεινε ένα πάνελ αποτελούμενο από 17 βιοδείκτες (5 σφίγγολιπίδια, 7 γλυκεροφωσφολιπίδια, τριακυλογλυκερόλες, γαλεκτίνη-3, γλυκόζη, LDL και LDH) που είχε 100% ευαισθησία, 62,1% ειδικότητα και 100% αρνητική προγνωστική αξία για την πρόβλεψη της αποφρακτικής ΣΝ. Συμπεράσματα: Η μελέτη μας αναδεικνύει τον μοριακό ρόλο του αποδιοργανωμένου μεταβολισμού συγκεκριμένων λιπιδίων στην πρόοδο της ΣΝ επιβεβαιώνοντας προγενέστερες λιπιδομικές αναλύσεις.

Αντίστοιχες λιπιδομικές μελέτες με την συνδυασμένη χρήση της μηχανικής μάθησης και του αλγορίθμου XGBoost μπορεί να προσφέρουν βελτίωση των υπαρχόντων σχημάτων μη επεμβατικής σταδιοποίησης κινδύνου καθώς και νεότερους θεραπευτικούς στόχους.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ032 | Κλινική αξία της έκφρασης του ενζύμου τροποποίησης της αδενοσίνης σε ινοσίνη σε μονοπύρηννα κύτταρα περιφερικού αίματος στην καρδιαγγειακή νόσο**Γ. Μαυραγάνης¹, S. Tual-Chalot², Γ. Γεωργιόπουλος¹, Δ. Δελιαλής¹, Ε. Αϊβαλιώτη¹, Κ. Σορονα³, Κ. Στέλλος¹, Κ. Σταματελόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² Biosciences Institute, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom,³ Department of Cardiovascular Research, Heidelberg University, Heidelberg/Mannheim, Germany

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η μετα-μεταγραφική τροποποίηση του RNA από το ένζυμο ADAR1 (adenosine deaminase acting on RNA-1) αποτελεί μία χημική διαδικασία απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής και εξέλιξης του ανθρώπου που πρακτικά ξαναγράφει τη γενετική πληροφορία και καθορίζει την πορεία και ζωή των μορίων RNA μέσα στο κύτταρο. Ωστόσο, ο ρόλος του ενζύμου στην καρδιαγγειακή νόσο δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς. Στο πλαίσιο αυτό, στόχος μας ήταν να διερευνηθεί η σχέση των επιπέδων του ADAR1p150, μίας ισομορφής του ADAR1, με την παρουσία και εξέλιξη της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου καθώς και με την εμφάνιση μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Μέθοδοι: Η έκφραση του ADAR1p150 μετρήθηκε στα κυκλοφορούντα μονοπύρηννα κύτταρα του περιφερικού αίματος, σε 995 άτομα εκ των οποίων 446 με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (οξύ, n=255 ή χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο n=191) και 549 χωρίς κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο. Προσδιορίστηκαν το μέσο μέγιστο πάχος του τοιχώματος από όλα τα καρωτιδικά τμήματα (avg.maxWT) και ο αριθμός αθηρωματικών πλακών με υπερηχογράφημα καρωτιδίων και μηριαίων αρτηριών (υποκλινική καρδιαγγειακή νόσος) καθώς και ο Fibrosis-4 index ως δείκτης κινδύνου για ηπατική ίνωση και δυσμενούς μεταβολικού προφίλ. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρακολούθηθηκαν για θάνατο ή/και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου για διάμεση διάρκεια 3 ετών. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με αυξημένη έκφραση ADAR1p150 είχαν σημαντικά αυξημένο επιπολασμό στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) (OR=1.54) και αρτηριακής υπέρτασης (OR=1.45), Fibrosis-4 index>2.67 (OR=1.86) καθώς και υψηλότερη περιφερική και κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση, αυξημένες τιμές κρεατινίνης και μέγιστου πάχους καρωτιδικού τοιχώματος (P<0.05 για όλα). Στον πληθυσμό χωρίς καρδιαγγειακή νόσο, η αυξημένη έκφραση ADAR1p150 συσχετίστηκε προοπτικά με επιταχυνόμενη εξέλιξη της υποκλινικής αθηροσκλήρωσης, όπως εκτιμήθηκε από τις αλλαγές στις καρωτιδικές πλάκες (OR=4.78 για ≥1 νέα καρωτιδική πλάκα) και το avg.maxWT (OR=7.72 για αύξηση του avg.maxWT στο υψηλότερο τεταρτημόριο) (P<0.05). Τέλος, η αυξημένη έκφραση του ADAR1p150 συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερο κίνδυνο για ανεπιθύμητα συμβάματα (11.9% έναντι 4.3%, log rank test P=0.009; HR=2.08, P=0.013). Συμπεράσματα: Η έκφραση του ADAR1p150 σχετίζεται με υποκλινική περιφερική αρτηριακή και αγγειογραφικά σημαντική ΣΝ καθώς και με ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα. Αυτά τα κλινικά ευρήματα υποστηρίζουν την κλινική σημασία του ενζύμου ADAR1 σε μονοπύρηννα περιφερικού αίματος στην καρδιαγγειακή νόσο. Περαιτέρω έρευνα θα τεκμηριώσει την αξία του ως πιθανού βιοδείκτη ή θεραπευτικού στόχου στην καρδιαγγειακή νόσο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ033 | Εκφύλιση γαγγλιακών κυττάρων αμφιβληστροειδούς σε ασθενείς με μυοκαρδιακή ισχαιμία χωρίς επικαρδιακή αποφρακτική στεφανιαία νόσο

A. Σακαλίδης¹, K. Παππέλης², A. Αποστολός¹, K. Κωνσταντίνου¹, M. Μπόρα³, A. Καρανικόλα¹, X. Αγαπητού², A. Κουλουριώτης¹, A. Ρήση-Κοζιώνα⁴, B. Τσαδήμα⁴, N. Jansonius⁵, E. Χατζηράλλης², Δ. Τσιαχρής¹, K. Αγγέλη¹, Π. Θεοδοσιάδης², K. Δημητριάδης¹, K. Τσιούφης¹

¹ Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

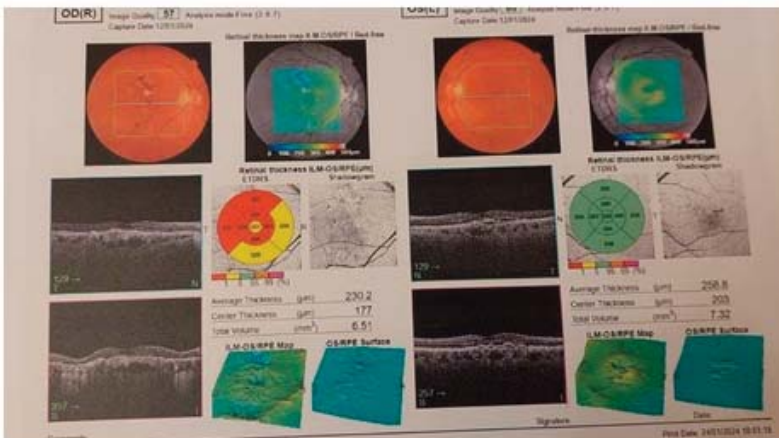
³ Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

⁴ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

⁵ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Χρόνινγκεν, Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο του Χρόνινγκεν, Χρόνινγκεν, Ολλανδία

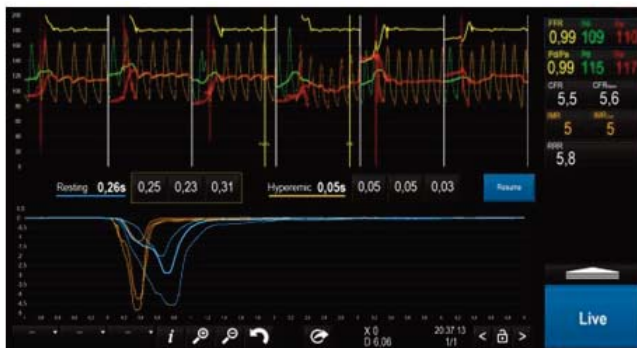
Σκοπός: Το γλαύκωμα είναι μια οφθαλμική νόσος χαρακτηριζόμενη από εκφύλιση των γαγγλιακών κυττάρων του αμφιβληστροειδούς, η οποία οδηγεί σε προοδευτική και μη αντιστρεπτή απώλεια της όρασης. Η μικροαγγειακή δυσλειτουργία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για γλαύκωμα, λόγω διαταραγμένης αυτορύθμισης, αυξημένης αντίστασης των αρτηριολίων και μειωμένης αιματικής παροχής στα γαγγλιακά κύτταρα. Η νυκτερινή πτώση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει επίσης συνδεθεί με δυσμενή γλαυκωματικά καταληκτικά σημεία. Υποθέσαμε ότι οι ασθενείς με βατά στεφανιαία αγγεία και ισχαιμία αποδιδόμενη σε μικροαγγειακή

δυσλειτουργία (INOCA) μπορεί να εμφανίζουν εκφύλιση γαγγλιακών κυττάρων. Συγκρίναμε το πάχος της σιτιβάδας νευρικών ινών (RNFL) και του συμπλέγματος γαγγλιακών κυττάρων (GCC) μεταξύ ασθενών με INOCA και



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



μαρτύρων και εξετάσαμε εάν το 24ωρο προφίλ ΑΠ δύναται να εξηγήσει τις εν λόγω διαφορές. Υλικά & Μέθοδος: Όλοι οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε λειτουργική στεφανιογραφία με εκτίμηση της στεφανιαίας φυσιολογίας και σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ. Κατόπιν οφθαλμολογικής διαλογής, λάβαμε σαρώσεις του οπτικού νεύρου και της ωχράς κηλίδας με τη χρήση οπτικής τομογραφίας συνοχής από

αμφότερους τους οφθαλμούς, εάν αμφότεροι ανευρέθησαν υγιείς. Εξάγαμε τις τυπικές αναφορές πάχους περιθηλαίας RNFL (pRNFL) και GCC ωχράς κηλίδας. Αναλύσαμε όλα τα καταληκτικά σημεία με τη χρήση πολυπαραγοντικών μικτών γραμμικών μοντέλων, προσαρμοσμένων για ηλικία, φύλο, μέγεθος οπτικού δίσκου, αξονικό μήκος και παραμέτρων ΑΠ. Αποτελέσματα: Πενήντα οφθαλμοί από 28 ασθενείς με INOCA και 32 οφθαλμοί από 19 μάρτυρες συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Το πάχος της κατώτερης pRNFL ήταν μικρότερο στους ασθενείς με INOCA συγκριτικά με τους μάρτυρες (μέση τιμή[SD]: 130[17] μm έναντι 142[22] μm, $P=0.033$). Η διαφορά μεταξύ πρωινού και νυκτερινού δείκτη πίεσης παλμού (PPI) ήταν διαμεσολαβητής αυτής της συσχέτισης ($P=0.002$). Υψηλότερο PPI και μεγαλύτερη πρωινή-νυκτερινή διαφορά PPI σχετιζόνταν με μικρότερο πάχος ολικής, κατώτερης και ανώτερης pRNFL (όλες οι τιμές $P<0.05$). Μόνο το υψηλότερο PPI σχετιζόταν με μικρότερο πάχος ολικού, κατώτερου και ανώτερου GCC (όλες οι τιμές $P<0.05$). Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με INOCA παρουσιάζουν αρχόμενη εκφύλιση γαγγλιακών κυττάρων αμφιβληστροειδούς, η οποία σχετίζεται με λιγότερο εκσεσημασμένη πτώση της νυκτερινής διαστολικής ΑΠ, συγκριτικά με τη συστολική ΑΠ. Εικάζουμε ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν ένα γενικευμένο φαινόμενο μικροαγγειακής δυσλειτουργίας. Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν ότι αγγειακές βλάβες προ-υπάρχουν, και όχι μόνο έπονται, της γλαυκωματικής νευροεκφύλισης.

ΠΑ034 | ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΕΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΥΟ ΑΝΤΛΙΩΝ ΑΝΤΙΩΘΗΣΗΣ (PULVAD ΚΑΙ ΕΝΔΟΑΟΡΤΙΚΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΑΝΤΙΩΘΗΣΗΣ) ΣΤΙΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΣΕ ΧΟΙΡΕΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

A. Μπριασούλης¹, K. Λωρίτης¹, X. Κάιτατζη², I. Νανάς³, X. Παππά², N. I. Νανάς⁴

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής Και Χειρουργικής Έρευνας Ν.Σ. Χρηστάας,

³ Κλινική Μαιευτικής Και Αναπαραγωγής, Τμήμα Κτηνιατρικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

⁴ Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός: Λόγω έλλειψης καρδιακών μοσχευμάτων σε ασθενείς με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια έχει καθιερωθεί η χρήση των συσκευών υποβοήθησης αριστερής κοιλίας(ΣΥΑΚ). Η PULVAD είναι μια ΣΥΑΚ (Pressure Unload Left Ventricular Assist Device) που λειτουργεί με την αρχή της αντϊώθησης. Προσφέρει αιμοδυναμική υποστήριξη με την συγχρονισμένη επαύξηση της εγγενούς καρδιακής δραστηριότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της αιμοδυναμικής επίδρασης της PULVAD σε χοίρειο πειραματικό μοντέλο οξείας ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας, σε συνδυασμό με υποβοήθηση από ενδο-αορτική αντλία αντϊώθησης (ΕΑΑ). Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πειραματική μελέτη σε πειραματόζωα χοίρους ηλικίας 6 μηνών (n =12). Πραγματοποιήθηκαν δώδεκα πειράματα στα πλαίσια των οποίων πραγματοποιήθηκε οξεία ισχαιμία μυοκαρδίου με απολίνωση του προσ-σθίου κατιόντα κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Έπειτα από τοποθέτηση των ΣΥΑΚ χειρουργικά, πραγματοποιήθηκαν καταγραφές μετρήσεων πίεσης στην αορτή και την μηριαία αρτηρία. Οι μετρήσεις έγιναν αρχικά άνευ μηχανικής υποβοήθησης (baseline), έπειτα με υποβοήθηση της κυκλοφορίας μόνο με την PULVAD, έπειτα μόνο με την ΕΑΑ, έπειτα και με τις δύο ΣΥΑΚ να λειτουργούν ταυτόχρονα και τέλος με την λειτουργία της μιας να διαδέχεται την άλλη. Επιπλέον, οι ίδιες μετρήσεις έγιναν σε συνθήκες αιμοδυναμικής επιβάρυνσης έπειτα από πρόκληση μυοκαρδιακής ισχαιμίας. Αποτελέσματα: Στις αιμοδυναμικές παραμέτρους κατά την σύγχρονη υποβοήθηση με τις δύο ΣΥΑΚ παρατηρήθηκε: μείωση της αορτικής τελο-διαστολικής πίεσης (μεταφόρτιο) κατά την ταυτόχρονη υποβοήθηση κατά $27,4\% \pm 12,7 \text{mmHg}$ ($p < 0,05$) και κατά την υποβοήθηση με την ΕΑΑ να ακολουθεί αυτή της PULVAD με μια χρονική καθυστέρηση, πτώση της πίεσης κατά $37,05\% \pm 16,1 \text{mmHg}$ ($p < 0,05$) σε σχέση με την εγγενή καρδιακή λειτουργία χωρίς υποβοήθηση. Επιπλέον, στην μέση αρτηριακή πίεση στην μηριαία αρτηρία παρατηρήθηκαν: κατά την ταυτόχρονη υποβοήθηση μείωση κατά $12,7\% \pm 17,6 \text{mmHg}$ ($p < 0,05$) ενώ κατά την υποβοήθηση με την ΕΑΑ να ακολουθεί αυτή της PULVAD πτώση μόνο κατά $0,5\% \pm 19,6 \text{mmHg}$ ($p < 0,05$) σε σχέση με την εγγενή καρδιακή λειτουργία χωρίς υποβοήθηση. Συζήτηση: Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η ταυτόχρονη υποβοήθηση με δύο αντλίες αντϊώθησης προσφέρει μεγαλύτερο όφελος στην μείωση του μεταφορτίου της αριστερής κοιλίας απ'ότι η κάθε μία ξεχωριστά. Επιπλέον, κατά την συλλειτουργία των δύο αντλιών όταν η υποβοήθηση με την ΕΑΑ γίνεται με χρονική καθυστέρηση, προσφέρει μεγαλύτερο όφελος στην διατήρηση της μέσης πίεσης και της μείωσης του μεταφορτίου της αριστερής κοιλίας.

ΠΑ035 | Η μεθυλίωση του αγγελιαφόρου RNA συσχετίζεται με την καρδιαγγειακή νόσο

Γ. Γεωργιόπουλος¹, S. Tual-Chalot², Γ. Μαυραγάνης¹, Δ. Δελιαλής¹, Ε. Μανέτα¹, Ε. Αϊβαλιώτη¹, M. Sachse³, K. Sopova³, Κ. Σταματελόπουλος¹, Κ. Στέλλος³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Biosciences Institute, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom,

³ Department of Cardiovascular Research, Heidelberg University, Heidelberg/Mannheim, Germany

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η N6-Μεθυλαδενοσίνη (m6A) είναι μια άφθονη, αναστρέψιμη τροποποίηση (μεθυλίωση) του αγγελιαφόρου RNA (mRNA). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η μεθυλίωση της αδενοσίνης σε μόρια mRNA διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομοίωση και τον καρκίνο, ρυθμίζοντας κυτταρικές διεργασίες όπως η διαφοροποίηση, ο πολλαπλασιασμός, η φλεγμονή, η αυτοφαγία και η απόπτωση. Ωστόσο, ο ρόλος της στην καρδιαγγειακή νόσο (KAN) παραμένει άγνωστος. Ο στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να προσδιορίσουμε τη συσχέτιση της έκφρασης της μεθυλίωσης του RNA με καθιερωμένους δείκτες υποκλινικής αθηρωμάτωσης, αρτηριακής σκληρίας και αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με και χωρίς κλινικά έκδηλη KAN καθώς και να εξετάσουμε αν τα επίπεδα της μεθυλίωσης του RNA συσχετίζονται με την εμφάνιση ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Μέθοδοι: Τα επίπεδα της μεθυλίωσης του RNA μετρήθηκαν στα κυκλοφορούντα μονοπύρνα κύτταρα του περιφερικού αίματος σε 376 ασθενείς με οξύ ή χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο (n=222 και n=154 αντίστοιχα) και 503 άτομα χωρίς εγκατεστημένη KAN. Δομικές και λειτουργικές αγγειακές μετρήσεις, συμπεριλαμβανομένων της μέτρησης της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος (PWV), του πάχους του έσω μέσου χιτώνα (IMT), του μέγιστου πάχους του καρωτιδικού τοιχώματος (maxWT) και του αριθμού των αθηρωματικών πλακών με υπερηχογράφημα καρωτιδών και μηριαίων αρτηριών, χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες υποκλινικής KAN. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρακολούθηθηκαν για μείζονα καρδιαγγειακά συμβαμάτων για διάμεση διάρκεια 46 μηνών. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα της μεθυλίωσης του RNA είχαν σημαντικά αυξημένες τιμές PWV, διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και κεντρικής ΔΑΠ (P<0.05). Τα αυξημένα επίπεδα της μεθυλίωσης του RNA συσχετίστηκαν ανεξάρτητα από την παρουσία παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με την παρουσία ΣΝ (OR=1.45), πολλαγγειακής KAN (OR=2.23), PWV \geq 10 m/s (OR=1.64), Fibrosis-4 index> 2.67 (OR=1.69) καθώς και με υψηλότερη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, (P<0.05 για όλα). Επιπλέον, η αύξηση της μεθυλίωσης του RNA συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερη επίπτωση για το πρωτεύον καταληκτικό σημείο που περιελάμβανε θάνατο οποιασδήποτε αιτιολογίας, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (HR=2.42, P=0.025). Συμπεράσματα: Η αύξηση της μεθυλίωσης του RNA σχετίζεται με την πρώιμη υποκλινική αγγειακή νόσο σε άτομα χωρίς κλινικά έκδηλη KAN αλλά και με την παρουσία και τη σοβαρότητα της καρδιακής και αγγειακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με εγκατεστημένη KAN. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν έναν σημαντικό ρόλο της μεθυλίωσης του RNA στην παθοφυσιολογία της καρδιαγγειακής νόσου που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ΠΑ036 | Κλινική αξία πρωτεΐνης δέσμευσης RNA στην αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο

**Γ. Γεωργίουπουλος¹, Μ. Sachse², Γ. Μαυραγάνης¹, Δ. Δελιαλής¹,
Ε. Αϊβαλιώτη¹, Γ. Ζέρβας¹, Μ. Α. Δημοπούλου¹, Κ. Σορονα²,
Κ. Σταματελόπουλος¹, Κ. Στέλλος²**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Department of Cardiovascular Research, Heidelberg University, Heidelberg/Mannheim, Germany

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/ Σκοπός: Το ανθρώπινο αντιγόνο R (human antigen R (HuR)) είναι μια σταθεροποιητική πρωτεΐνη δέσμευσης του ριβονουκλεϊκού οξέος (RNA) που ρυθμίζει την έκφραση διαφόρων προφλεγμονωδών μορίων που σχετίζονται με την πρώιμη αθηροσκλήρωση. Ωστόσο, ο ρόλος του στην αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο στον άνθρωπο δεν έχει διεκρινιστεί πλήρως. Στόχος μας ήταν να προσδιορίσουμε τη συσχέτιση της έκφρασης του HuR από μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος (PBMCs) με καθιερωμένους δείκτες αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου και φορτίου αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς χωρίς ή με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο καθώς και να εξετάσουμε αν η αυξημένη έκφραση HuR σχετίζεται με την εμφάνιση ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Μέθοδοι: Η έκφραση του αγγελιαφόρου RNA (mRNA) του HuR μετρήθηκε στα κυκλοφορούντα PBMCs συνολικά σε 977 άτομα [434 με οξύ (n=259) ή χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο (n=175) και 543 χωρίς κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο]. Δομικές αγγειακές μετρήσεις, συμπεριλαμβανομένου του πάχους του έσω μέσου χιτώνα (IMT), του μέγιστου πάχους του καρωτιδικού τοιχώματος (maxWT) και του αριθμού των αθηρωματικών πλακών με υπερηχογράφημα καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών, χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες υποκλινικής καρδιαγγειακής νόσου. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρακολούθηθηκαν για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα για διάμεση διάρκεια 48 μηνών. Αποτελέσματα: Η αυξημένη έκφραση HuR συσχετίστηκε ανεξάρτητα από την παρουσία παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με την παρουσία στεφανιαίας νόσου (OR=2.01), υψηλότερη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, μέσο IMT καρωτίδων, υψηλότερη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (P<0.05 για όλα). Στον πληθυσμό χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο, η αυξημένη έκφραση HuR συσχετίστηκε προοπτικά με επιταχυνόμενη εξέλιξη της υποκλινικής αθηροσκλήρωσης, όπως εκτιμήθηκε από τις αλλαγές στις καρωτιδικές και μηριαίες πλάκες (OR=4.40 για ≥ 2 νέες καρωτιδικές πλάκες) και το maxWT (OR=3.45 για αύξηση του maxWT στο υψηλότερο τριτημόριο) (P<0.05). Επιπλέον, οι υψηλές συγκεντρώσεις HuR συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με υψηλότερη επίπτωση ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (ποσοστό στα υψηλότερα έναντι χαμηλότερου τριτημορίου: 7.4% έναντι 1.27%, log rank test P=0.009; HR=4.39, P=0.049). Συμπεράσματα: Η έκφραση του HuR σχετίζεται με την πρώιμη υποκλινική αρτηριακή νόσο σε άτομα χωρίς κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο αλλά και με την παρουσία και τη σοβαρότητα της καρδιακής και αγγειακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν έναν κλινικό ρόλο του μονοπατιού του HuR στην καρδιαγγειακή νόσο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ΠΑ195 | Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών έναντι των ανταγωνιστών Βιταμίνης Κ στη θεραπεία θρόμβου κορυφής αριστεράς κοιλίας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Μετα-ανάλυση

Χ. Γώγος¹, Β. Αναστασίου¹, Α. Παπάζογλου², Σ. Δάιος¹, Μ. Διδάγγελος¹, Β. Μοσχοβίδης³, Σ. Φ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Γιαννακούλας¹, Β. Σαχκερίδης³, Α. Ζιάκας¹, Β. Καμπερίδης¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΝΝΑ, ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

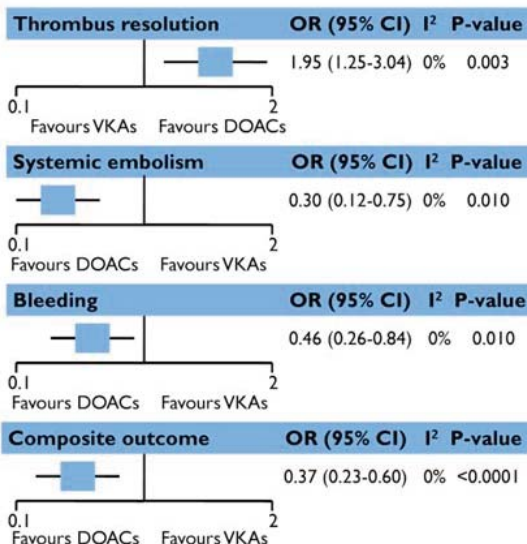
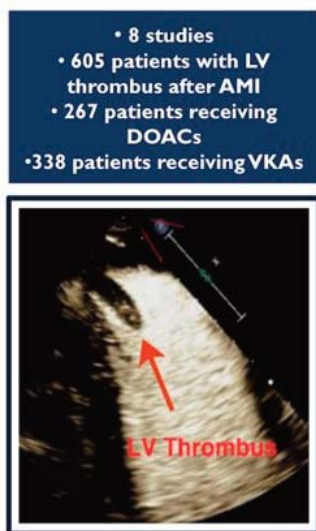
³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ο σχηματισμός του θρόμβου κορυφής αριστεράς κοιλίας (ΘΚΑΚ) συνεχίζει να παραμένει μια σχετικά συχνή επιπλοκή του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) ακόμη και στη σημερινή εποχή της διακαθετηριακής επαναιμάτωσης. Η παρουσία του ΘΚΑΚ σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες κυμαίνεται μεταξύ 0.4- 26% και μπορεί να αυξήσει δυνητικά 5.5 φορές τον κίνδυνο για συστηματική εμβολή. Πρόσφατα, για πρώτη φορά τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs) συμπεριλήφθησαν στις κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία του ΘΚΑΚ, ωστόσο η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα τους στη λύση του του ΘΚΑΚ έχει μελετηθεί ελάχιστα. Σκοπός της παρούσας μετα-άναλυσης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των DOACs έναντι των ανταγωνιστών της Βιταμίνης Κ (VKAs) για τη θεραπεία του ΘΚΑΚ μετά από ΟΕΜ. Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των DOACs έναντι των VKAs σε ασθενείς με ΘΚΑΚ μετά από ΟΕΜ. Υπολογίστηκαν ο λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Odds ratios, ORs), τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (confidence intervals, CIs) και επίσης διενεργήθηκε μετα-ανάλυση τυχαίων επιδράσεων για τη σύνθεση των pooled ORs. Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν συνολικά 8 μελέτες με 605 ασθενείς. Η χρήση των DOACs σχετίστηκε με 2-φορές μεγαλύτερη πιθανότητα λύσης του θρόμβου (pooled OR 1.95 [1.25-3.04]; $p=0.003$, $I^2=0\%$), 70% μικρότερο κίνδυνο συστηματικής εμβολής (pooled OR 0.30 [0.12-0.75]; $p=0.01$, $I^2=0\%$) και 54% μικρότερο κίνδυνο αιμορραγίας σε σύγκριση με τα VKAs (pooled OR 0.46 [0.26-0.84]; $p=0.01$, $I^2=0\%$). Συνολικά,

DOACs versus VKAs for the management of LV thrombus after acute myocardial infarction



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Author	Year	Population	Design	No. of patients	Age, years	Male, %	Imaging modality for the diagnosis of LV thrombus	DOAC	Antiplatelets	LVEF, %	Follow-up period, months
Chao et al.	2018	Acute MI	Retrospective, observational	126	61 ± 9.5	79.3	TTE	Rivaroxaban (100%)	NR	40.4±8	18
Jaidka et al.	2018	Acute MI (100% anterior STEMI)	Retrospective, observational	49	60.3 ± 11.4	75.5	TTE or/ and Contrast TTE	NR	Triple therapy (100%)	34.5 ± 9.6	6
Jones et al.	2021	Acute MI (87% anterior STEMI)	Prospective, observational,	101	60	85	TTE or CMR	Rivaroxaban (58.5%) Apixaban (36.5%) Edoxaban (5%)	Triple therapy (70%) Anticoagulation + single antiplatelet (22%) Anticoagulation only (8%)	34.5 ± 9.6	18
Zhang et al.	2021	Acute MI (91% anterior STEMI)	Retrospective, observational	64	60.7 ± 11.9	74	TTE	Rivaroxaban (100%)	Triple therapy (100%) with median duration 8.5 months.	42.1±11.9	24
Liang et al.	2022	Acute MI (100% anterior STEMI)	Retrospective, observational	128	55.1± 11.2	86	TTE (only 2 patients underwent CMR)	Rivaroxaban (84.5%) Dabigatran (14.5%)	Triple therapy (95%) Anticoagulation + single antiplatelet (5%)	43.0 ± 9.4	12
Alcalai et al.	2022	Acute MI (100% anterior STEMI)	RCT	35	57	80	TTE	Apixaban (100%)	Triple therapy (100%), aspirin was stopped after 1 month.	36.0 ± 6	3
Youssef et al.	2023	Acute MI (100% anterior STEMI)	RCT	50	52 ± 8.1	NR	TTE	Apixaban (100%)	Triple therapy (100%) for a maximum of 3 months, unless the clinical condition or bleeding risk mandated the modification of this policy	26.9±7.7	6
Mansouri et al.	2023	Acute MI	RCT	52	NR	NR	TTE	Rivaroxaban (100%)	NR	NR	3

οι ασθενείς που λάμβαναν DOACs παρουσίασαν 63% μικρότερο κίνδυνο στα σύνθετα καταλυτικά σημεία σε σύγκριση με τους ασθενείς που λάμβαναν VKAs (pooled OR 0.37 [0.23-0.60]; p <0.0001, I² =0%). Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της παραπάνω μετα-ανάλυσης, τα DOACs φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερο προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας έναντι των VKAs για τη θεραπεία του ΘΚΑΚ μετά από OEM.

17.00-18.00 Επείγουσα καρδιαγγειακή θεραπεία

Emergency cardiovascular therapy

Πρόεδροι: **A. Μαστροκωστόπουλος** (Αθήνα),

Χ. Χασικίδης (Κόρινθος)

Chairpersons: **A. Mastrokostopoulos** (Athens),

Ch. Chasikidis (Korinthos)

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

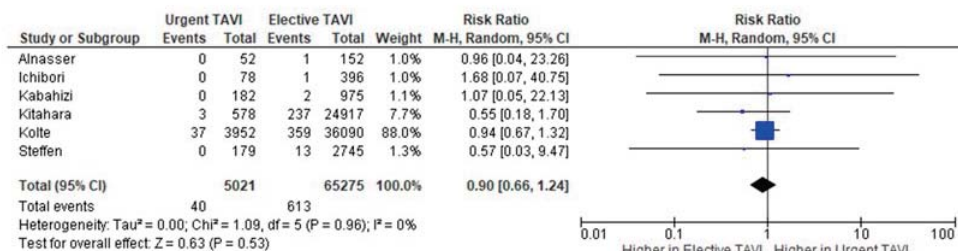
ΠΑ037 | Επίπτωση της επείγουσας καρδιοχειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη και σε επείγουσα διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Ν. Κτενόπουλος¹, Α. Αποστολός¹, Δ. Δ. Χλωρογιάννης², Ο. Κατσαρός¹, Λ. Κολιαστάσης¹, Ι. Καχριμανίδης¹, Κ. Κωνσταντίνου³, Μ. Σαγρής¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Α. Συνετός¹, Γ. Λάτσιος¹, Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ² Department of Radiology, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America,

³ Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London 26504, UK

Εισαγωγή: Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (Transcatheter Aortic Valve Implantation-TAVI) έχει καθιερωθεί ως θεραπευτική μέθοδος σε ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση(ΑΣ). Αν και η TAVI έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά επιτυχούς περι-επεμβατικής έκβασης, σπάνια απαιτείται μετατροπή σε καρδιοχειρουργική επέμβαση(ΚΕ), ενώ παραμένει άγνωστο εάν το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επείγουσα TAVI. Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι να διερευνηθεί εάν οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επείγουσα TAVI έχουν υψηλότερο κίνδυνο για επείγουσα μετατροπή σε ΚΕ. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane για μελέτες που συγκρίνουν την επείγουσα με τη προγραμματισμένη TAVI σε ασθενείς με σοβαρή ΑΣ. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η συχνότητα εμφάνισης επείγουσας μετατροπής σε ΚΕ κατά τη διάρκεια της TAVI. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιελάμβαναν τα ποσοστά θνητότητας ενδονοσοκομειακά, στις 30 ημέρες και στο 1 έτος, την οξεία νεφρική βλάβη(ΟΝΒ), την επιτυχή έκβαση της TAVI ενδο-νοσοκομειακά και τη διάρκεια νοσηλείας (ΔΝ). Για τη στατιστική ανάλυση, υπολογίσαμε τους δείκτες κινδύνου(Risk ratio-RR) με αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης(Confidence interval-CI). Χρησιμοποιήθηκε μοντέλο τυχαίων αποτελεσμάτων(Mantel-Haenszel), για την εκτίμηση του συνολικού RR. Αποτελέσματα: Συνολικά επτά μελέτες με 71,909 ασθενείς, συμπεριελήφθησαν στην ανάλυσή μας. Μεταξύ αυτών, 5,108 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επεί-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

γουςα TAVI, ενώ οι υπόλοιποι 66,801 υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη TAVI. Κατά τη διάρκεια της TAVI, η μετατροπή σε επείγουσα καρδιοχειρουργική επέμβαση δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (RR:0,89, 95%CI:0,65-1,22). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην επιτυχή εμφύτευση της βαλβίδας (RR:0,99, 95%CI:0,97-1,00). Παράλληλα, η θνητότητα ενδονοσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος ήταν υψηλότερη στην ομάδα της επείγουσας TAVI (RR:2,45, 95%CI:1,69-3,54), (RR:3,46, 95%CI:1,93-6,21) και (RR:1,54, 95%CI:1,01-2,34). Τέλος, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επείγουσα TAVI εμφάνισαν πιο συχνά ONB (RR:2.20, 95%CI:1.53-3.16) και είχαν ΔΝ περίπου 8 ημέρες περισσότερο (Mean Difference:7.75, 95%CI:4.06-11.45). Συμπέρασμα: Η ανάλυσή μας υποδεικνύει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επείγουσα TAVI δεν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για επείγουσα ΚΕ, ενώ εμφανίζουν και παρόμοια ποσοστά επιτυχούς εμφύτευσης της βαλβίδας. Συγκεκριμένα, η υψηλότερη θνητότητα, καθώς επίσης και η ONB και η παρατεταμένη ΔΝ στους ασθενείς που υποβάλλονται σε επείγουσα TAVI υποδηλώνει την παρουσία και άλλων παραγόντων που θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω.

ΠΑ038 | Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της ηλεκτρικής ανάταξης της κοιλιακής μαρμαρυγής στο περιβάλλον των επειγόντων περιστατικών (μελέτη HEROMEDICUS)

Ν. Αργυρίου¹, Δ. Τσιαχρής¹, Π. Τσιούφης¹, Α. Κορδαλής¹, Χ. Κ. Αντωνίου¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Α. Ε. Καρανικόλα¹, Φ. Τατάκης¹, Σ. Σουλαιδόπουλος¹, Ε. Δρη¹, Π. Θεοφίλης¹, Μ. Κουρεμέτη¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί το 0,5% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός γενικού νοσοκομείου. Ο τρόπος αντιμετώπισης της κοιλιακής μαρμαρυγής στα ΤΕΠ διαφέρει από χώρα σε χώρα και η έλλειψη συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών αιτιολογεί την υιοθέτηση πιο συντηρητικής έναντι μιας πιο επιθετικής στρατηγικής. Στη μελέτη HEROMEDICUS δημιουργήσαμε ένα πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στην οξεία φάση. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει μια επιθετική στρατηγική ελέγχου ρυθμού καθοδηγούμενη από ηλεκτροφυσιολόγο για τους ασθενείς που παρουσιάζονται με ΚΜ στο ΤΕΠ. Στην παρούσα μελέτη καταληκτικό σημείο είναι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της ηλεκτρικής ανάταξης της ΚΜ στο ΤΕΠ. Μεθοδολογία: Ελέγχθηκαν για πιθανή ένταξη στο πρωτόκολλο όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ από το Σεπτέμβριο του 2023 έως τον Μάιο του 2024 με αίτιο προσέλευσης την ΚΜ ή κοιλιακό πτερυγισμό. Εξαιρέθηκαν οι με ιστορικό στεφανιαίας νόσου καθώς και οι με γνωστό ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας ή με συμπτώματα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας ή με ενδείξεις οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Με την χρήση tablet και ειδικής επί τούτου σχεδιασμένης εφαρμογής υπήρχε αδιάλειπτη συμβουλευτική καθοδήγηση από ειδικό αρρυθμιολόγο. Στην περίπτωση αποτυχίας ανάταξης της ΚΜ με ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη, είτε επί αντένδειξης χορήγησης της (προηγηθείσα φόρτιση κατ' οίκον >=mg προπαφαινόνης ή >mg φλεκαϊνίδης), πραγματοποιήθηκε ηλεκτρική

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ανάταξη με τον ασθενή νήσι για 6 ώρες και με χορήγηση καταστολής και αναλγησίας (μιδαζολάμη IV & αναλγησία IV) και χορήγηση διφασικού συγχρονισμένου ρεύματος. Αποτελέσματα: Από τη χρονική περίοδο 08/09/2023 έως 17/05/2024 προσήλθαν στο ΤΕΠ Ιπποκρατείου 100 περιστατικά εκ των οποίων 8 είχαν κολπική ταχυκαρδία, 6 είχαν κολπικό πτερυγισμό και 86 είχαν κολπική μαρμαρυγή. Η μέση ηλικία ήταν 72.42 ± 5.7 έτη (51% άρρενες). 44 ασθενείς εμφάνιζαν το πρώτο επεισόδιο της αρρυθμίας. Το μέσο CHA2DS2-VASc score ήταν 2.13 ± 0.15 και η μέση κοιλιακή συχνότητα 122.9 ± 3.58 . Αντιπηκτική αγωγή ελάμβανε το 47%. Σε 42 από 44 ασθενείς ηλεκτρική ανάταξη ήταν επιτυχής, ενώ μόλις στο 2% έγινε προσπάθεια ηλεκτρικής ανάταξης που απέτυχε. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε διαταραχή ρυθμού ή αναισθησίας. Συνολικά οι 98 από τους 100 ασθενείς εξήλθαν από το ΤΕΠ με προγραμματισμένη παραπομπή στο εξωτερικό αρρυθμιολογικό ιατρείο. Συμπέρασμα: Από την εφαρμογή του πρωτοκόλλου HEROMEDICUS στο ΤΕΠ προκύπτει ότι η ηλεκτρική ανάταξη είναι ασφαλής και μειώνει αποτελεσματικά τις εισαγωγές στο ΤΕΠ ασθενών με ΚΜ.

ΠΑ039 | Αρχική εμπειρία Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου 3βάθμιου Κέντρου από εφαρμογή προγράμματος διακαθετηριακής εμβολεκτομής σε οξεία πνευμονική εμβολή

Γ. Λάτσιος¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Ι. Καχριμανίδης¹, Α. Σακαλίδης¹, Α. Μαυρουδής¹, Σ. Βαϊνά¹, Κ. Δημητριάδης¹, Σ. Τσαλαμανδρός¹, Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα αιτία καρδιαγγειακού θανάτου. Στην ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου ΠΕ η επεμβατική αντιμετώπιση με διακαθετηριακή μηχανική θρομβεκτομή κερδίζει έδαφος λόγω αυξανόμενων δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εμπειρία του κέντρου μας από την εφαρμογή προγράμματος διακαθετηριακής εμβολεκτομής σε ασθενείς με οξεία ΠΕ ενδιάμεσου/ υψηλού κινδύνου το τελευταίο έτος (4ος/2023-3ος/2024). Συνολικά υπεβλήθησαν στην επέμβαση 14 ασθενείς (58% γυναίκες, 40% διακομιδές από άλλο νοσοκομείο, μέση ηλικία 62 έτη). Αποτελέσματα: Συχνότερο σύμπτωμα ήταν η δύσπνοια (70% με διάμεση διάρκεια ως την αναζήτηση περίθαλψης τις 12 ώρες (IQR 1-240). Τα scores διαστρωμάτωσης κινδύνου ήταν: PESI 108 (IQR 73-227), Bona 5 ± 1 και Shock Index $0,98 \pm 0,3$. Αιτιολογικός παράγοντας διαπιστώθηκε στο 58%, με συχνότερο την κάκωση άκρου με ή χωρίς χειρουργείο, και εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση στο 42%. Covid-19 νόσηση εντός 6μηνου ανέφεραν 2 ασθενείς και 1 είχε ενεργό λοίμωξηΤυπικά υπερηχογραφικά ευρήματα (D-shape, Mc-Cornell, πρώιμο συστολικό notch) υπήρχαν στο 94%, ενώ 60/60 sign στο 65%. Ο λόγος RV/LV ήταν $1,2 \pm 0,01$. Η CTPA ανέδειξε έλλειψη σε αμφότερους τους κύριους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας σε 8/14 ασθενείς, ενώ σε 3 υπήρχε επίπτωση του διχασμού. Οι προεπεμβατικές παράμετροι ήταν: συστολική ΑΠ 112 ± 21 mmHg, σφύξεις 112 ± 8 /λεπτό, PO2:FiO2 251 ± 61 , sPAP 64 ± 10 mmHg, γαλακτικό $1,9 \pm 0,4$ mmol/L, οι οποίες άμεσα μετεπεμβατικά βελτιώθηκαν σε συστολική ΑΠ 112 ± 21 mmHg, σφύξεις 89 ± 9 ανά λεπτό, PO2:FiO2 251 ± 61 , sPAP

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

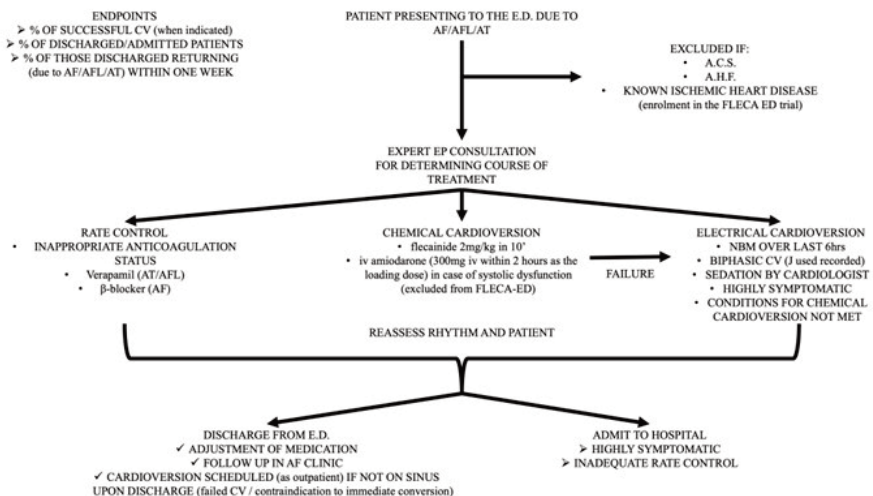
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

64±10mmHg, γαλακτικό 1±0,3 mmol/L. Σε 5 ασθενείς πραγματοποιήθηκε καταγραφή καρδιακής παροχής (Cardiac Index, CI) μέσω αρτηριακής γραμμής (Vigileo®) που ανέδειξε προεπιματικά CI 2,1 L/min/m² (IQR 1,3-2,4), άμεσα μετεπιματικά 2,7 L/min/m² και στο 48ωρο 3,1 L/min/m². Στο 48ωρο ο λόγος RV/LV παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε 0,99 ± 0,07 (p<0,001). Οι ασθενείς αποδεσμεύτηκαν από συμπληρωματικό οξυγόνο σε 3,5±3 ημέρες και παρέμειναν στην καρδιολογική ΜΕΘ για 2,1±2 ημέρες με συνολική διάρκεια νοσηλείας 6,5 ημέρες (IQR 4-11). Μόνο 1 ασθενής παρουσίασε επιτυχώς αντιμετωπισθείσα αγγειακή επιπλοκή. Συμπέρασμα: Η αρχική εμπειρία στο Αιμοδυναμικό μας στην διακαθητηριακή εμβολεκτομή σε ασθενείς με οξεία ΠΕ ενδιαμέσου/ υψηλού κινδύνου συμφωνεί με τα δημοσιευμένα δεδομένα σε ότι αφορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της μεθόδου σε έμπειρα κέντρα σε επιλεγμένους ασθενείς.

ΠΑ040 | Βελτίωση διαχείρισης ασθενών με κοιλική μαρμαρυγή στο ΤΕΠ βάσει επιθετικής στρατηγικής ελέγχου ρυθμού (μελέτη HEROMEDICUS)
N. Αργυρίου¹, Δ. Τσιαχρής¹, Π. Τσιούφης¹, Α. Κορδαλής¹, Χ. Κ. Αντωνίου¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Α. Σακαλίδης¹, Α. Λαζάρου¹, Ι. Δημητρόγλου¹, Χ. Κασκούτης¹, Σ. Σουλαιδόπουλος¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Γκατζούλης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κοιλική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί το 0.5% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός γενικού νοσοκομείου, από τις οποίες, το 60% εισάγονται. Η έλλειψη συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών αιτιολογεί την υιοθέτηση πιο συντηρητικής



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

έναντι μιας πιο επιθετικής στρατηγικής. Στο πλαίσιο αυτό δημιουργήσαμε την μελέτη «HEROMEDICUS» για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στην οξεία φάση. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει μια επιθετική στρατηγική ελέγχου ρυθμού καθοδηγούμενη από ηλεκτροφυσιολόγο για τους ασθενείς που παρουσιάζονται με ΚΜ στο ΤΕΠ. Μεθοδολογία: Ελέγχθηκαν για πιθανή ένταξη στο πρωτόκολλο όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ από το Σεπτέμβριο του 2023 έως τον Μάιο του 2024 με αίτιο προσέλευσης την ΚΜ ή κολπικό πτερυγισμό. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με ιστορικό οξείας ή χρόνιας στεφανιαίας νόσου και καρδιακής ανεπάρκειας. Με την χρήση tablet και ειδικής επί τούτου σχεδιασμένης εφαρμογής υπήρχε αδιάλειπτη συμβουλευτική καθοδήγηση από ειδικό αρρυθμιολόγο. Ασθενείς με πλημμελή αντιπηκτική αγωγή ακολούθησαν έλεγχο συχνότητας (βεραπαμίλη επί κολπικών ταχυκαρδιών και με β-αποκλειστές επί κολπικής μαρμαρυγής) και προγραμματισμό για ανάταξη σε εξωτερική βάση. Ειδώς χορηγήθηκε ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη και επί αποτυχίας ανάταξης της ΚΜ, είτε επί αντένδειξης χορήγησης της (προηγηθείσα φόρτιση κατ' οίκον με >mg προπαιφαινόνης ή >mg φλεκαϊνίδης), πραγματοποιήθηκε ηλεκτρική ανάταξη με τον ασθενή νήστι για 6 ώρες και με χορήγηση καταστολής και αναλγησίας (μιδαζολάμη IV & αναλγησία IV). Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η ασφάλεια της στρατηγικής και η αποτελεσματικότητα με βάση τη συχνότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο. Αποτελέσματα: Από τη χρονική περίοδο 08/09/2023 έως 17/05/2024 προσήλθαν στο ΤΕΠ Ιπποκράτειου 100 περιστατικά εκ των οποίων 8 είχαν κολπική ταχυκαρδία, 6 είχαν κολπικό πτερυγισμό και 86 είχαν κολπική μαρμαρυγή. Η μέση ηλικία ήταν 72.42±5.7 έτη (51% άρρενες). 44 ασθενείς εμφάνιζαν το πρώτο επεισόδιο της αρρυθμίας. Το μέσο CHA2DS2-VASc score ήταν 2.13 ±0.15 και η μέση κοιλιακή συχνότητα 122.9 ± 3.58. Αντιπηκτική αγωγή ελάμβανε το 47%. Έλεγχος συχνότητας έγινε σε ποσοστό 11% με β-αποκλειστές και βεραπαμίλη. Αυτόματη ανάταξη έγινε σε ποσοστό 14%. Επιτυχής ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό με ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη πραγματοποιήθηκε σε 26 από 38 ασθενείς (68.3%) ενώ σε 42 από 44 ασθενείς η ηλεκτρική ανάταξη ήταν επιτυχής. Συνολικά 87% των ασθενών εμφάνιζαν φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την αξιολόγηση και εισαγωγή πραγματοποιήθηκε στο 2% των περιστατικών. Ανεπιθύμητο συμβάν (αλλεργία στα χορηγηθέντα φάρμακα) αναφέρθηκε στο 1% των ασθενών. Συμπέρασμα: Από την εφαρμογή του πρωτοκόλλου HEROMEDICUS στο ΤΕΠ Ιπποκράτειου προκύπτει ότι το 87% του πληθυσμού της μελέτης ανέταξε σε φλεβοκομβικό ρυθμό και οι εισαγωγές περιορίστηκαν σε ποσοστό 2%, στοιχείο που αποδεικνύει την δυνατότητα σημαντικής βελτίωσης της διαχείρισης των ασθενών αυτών με την εφαρμογή μιας επιθετικής στρατηγικής ελέγχου ρυθμού.

ΠΑ041 | Ο ρόλος της εκτίμησης του RV-PA uncoupling σε περιστατικά οξείας πνευμονικής εμβολής ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου

**E. Μαντζουράνης¹, A. Σακαλίδης¹, I. Καχριμανίδης¹, E. Δρη¹,
A. Μαυρουδής¹, I. Δημητρόγλου¹, K. Αγγέλη¹, Γ. Λάτιος¹, K. Τσιούφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα αιτία καρδιαγγειακού θανάτου. Στην ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου ΠΕ η επεμβατική αντιμετώπιση κερδίζει έδαφος λόγω αυξανόμενων δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Ο λόγος σύζευξης δεξιάς κοιλίας με πνευμονική αρτηρία (RV-PA uncoupling) εκτιμώμενος ως

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

TAPSE/PASP έχει αποδείξει την προγνωστική του αξία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και βαλβιδοπάθειες αλλά δεν έχει μελετηθεί σε έδαφος ΠΕ. Υλικό και μέθοδος: 14 ασθενείς με οξεία ΠΕ ενδιαμέσου/ υψηλού κινδύνου (58% γυναίκες, 40% διακομιδές από άλλο νοσοκομείο, μέση ηλικία 62 έτη) υπεβλήθησαν σε επέμβαση διακαθετηριακής εμβολεκτομής στο κέντρο μας το τελευταίο έτος (4ος/2023-3ος/2024). Αποτελέσματα: Συχνότερο σύμπτωμα ήταν η δύσπνοια (70%) με διάμεση διάρκεια ως την αναζήτηση περίθαλψης τις 12 ώρες (IQR 1-240). Τυπικά υπερηχογραφικά ευρήματα (D-shape, McConnell, πρώιμο συστολικό notch) υπήρχαν στο 94%, ενώ 60/60 sign στο 65%. Υπερηχογραφικά ο λόγος RV/LV ήταν $1,2 \pm 0,01$, ενώ ο λόγος TAPSE/PASP ήταν 0,24 (IQR 0,19 - 0,37). Η CTPA ανέδειξε έλλειμμα πλήρωσης σε αμφότερους τους κύριους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας σε 8/14 ασθενείς, ενώ σε 3 υπήρχε εφίππευση του διχασμού. Οι προεπεμβατικές παράμετροι ήταν: συστολική ΑΠ 112 ± 21 mmHg, σφύξεις 112 ± 8 /λεπτό, PO₂:FiO₂ 251 ± 61 , sPAP 64 ± 10 mmHg, γαλακτικό $1,9 \pm 0,4$ mmol/L, οι οποίες άμεσα μετεπεμβατικά βελτιώθηκαν σε συστολική ΑΠ 112 ± 21 mmHg, σφύξεις 89 ± 9 ανά λεπτό, PO₂:FiO₂ 251 ± 61 , sPAP 64 ± 10 mmHg, γαλακτικό $1 \pm 0,3$ mmol/L. Σε 5 ασθενείς πραγματοποιήθηκε καταγραφή καρδιακής παροχής (Cardiac Index, CI) μέσω αρτηριακής γραμμής (Vigileo©) που ανέδειξε προεπεμβατικά CI $2,1$ L/min/m² (IQR 1,3-2,4), άμεσα μετεπεμβατικά $2,7$ L/min/m² και στο 48ωρο $3,1$ L/min/m². Στο 48ωρο παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση τόσο στο λόγο RV/LV σε $0,99 \pm 0,07$ ($p < 0,001$) όσο και στο TAPSE/PASP με διάμεση τιμή 0,42 (IQR 0,22-0,73) ($p < 0,001$). Οι ασθενείς αποδεσμεύτηκαν από συμπληρωματικό οξυγόνο σε $3,5 \pm 3$ ημέρες και παρέμειναν στην καρδιολογική ΜΕΘ για $2,1 \pm 2$ ημέρες με συνολική διάρκεια νοσηλείας $6,5$ ημέρες (IQR 4-11). Ο λόγος TAPSE/PASP παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με RV/LV ($r = -629$, $p = 0,021$), με την έκταση της πνευμονικής εμβολής στη CTPA ($r = -610$, $p = 0,027$), με το sPAP προεπεμβατικά ($r = -712$, $p = 0,014$) και με το CI άμεσα μετεπεμβατικά ($r = 996$, $p = 0,004$). Συμπέρασμα: Από τα προκαταρκτικά δεδομένα της καταγραφής μας φαίνεται ότι ο λόγος TAPSE/PASP θα μπορούσε να αξιολογηθεί στη διαστρωμάτωση κινδύνου περιστατικών ΠΕ και πιθανόν στην πρόγνωση τους, ωστόσο απαιτούνται περισσότερα δεδομένα.

ΠΑ042 | Διακαθετηριακή εμβολεκτομή τεράστιου εμβόλου σε αγγειογραφικά μαζική αλλά κλινικά intermediate-high risk οξεία πνευμονική εμβολή
I. Καχριμανίδης¹, E. Μαντζουράνης¹, A. Σακαλίδης¹, B. Λάμπας²,
Σ. Τσαλαμανδράκης¹, K. Αγγέλη¹, Γ. Λάτσιος¹, K. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα αιτία καρδιαγγειακού θανάτου. Στην ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου ΠΕ η επεμβατική αντιμετώπιση με διακαθετηριακή μηχανική θρομβεκτομή κερδίζει ολοένα περισσότερο έδαφος έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης λόγω αυξανόμενων δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 43 ετών, παχύσαρκος (125 kg - BMI=34 kg/m²) προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας από 2ημέρου. Εμφάνιζε 27 αναπνοές/λεπτό, SpO₂ 90% (FiO₂ 31%), 110 σφύξεις/ λεπτό, ΑΠ 110/60 mmHg (PESI Score 93) ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



hs-TnI 430 pg/dl.. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκαν ΚΕΑΚ 55%, δεξιά κοιλία διατεταμένη (RVD1=53mm, RV/LV=1.15) με επηρεασμένη συσταστικότητα, εικόνα D-shape, μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας με υπολογιζόμενη sPAP (συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία) 60 mmHg. Η CTPA ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης αμφοτερόπλευρα στους κύριους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας με εφίππευση του διχασμού. Αντιμετωπίστηκε αρχικά με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους αλλά εντός 6ώρου διεκομίσθη στο κέντρο μας για διακα-

θητηριακή εμβολεκτομή λόγω αιμοδυναμικής επιδείνωσης, ενώ οι τιμές CI (cardiac index) 2.1 L/min/m² (σύστημα Vigileo) και γαλακτικού 2.3 mmol/L σηματοδοτούσαν νορμοτασικό shock. Αποτελέσματα: Υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση τοποθετήθηκε εισαγωγέας 24F στην δεξιά μηριαία φλέβα. Η πνευμονική αγγειογραφία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της CTPA. Προωθήθηκε καθετήρας θρομβοαναρρόφησης 24F FlowTriever (Inari Medical) και με την πρώτη αναρρόφηση στο ύψος του διχασμού αφαιρέθηκε ευμεγέθες έμβολο (μήκους 32 εκατοστών) (Εικόνα 1) με αποτέλεσμα άμεση αιμοδυναμική βελτίωση με μείωση της sPAP (αιμοδυναμικά μετρούμενη) από 65 mmHg σε 35 mmHg και αύξηση του CI σε 3.7 L/min/m² και ταυτόχρονη ύφεση της δύσπνοιας, με 14 αναπνοές /λεπτό και SpO₂ 98% υπό FIO₂ 28%. Για την αφαίρεση του πρωτοφανούς μεγέθους εμβόλου απαιτήθηκε η αφαίρεση ολόκληρου του συστήματος καθετήρα και θηκαριού 24F. Ο ασθενής εντός 24 ώρου δεν παρουσίαζε ανάγκες συμπληρωματικού οξυγόνου, κινητοποιήθηκε και διεκομίσθη σε απλό θάλαμο. Σε υπερηχογράφημα ελέγχου στις 48 ώρες διαπιστώθηκε βελτίωση του λόγου RV/LV=0.96. Εξήλθε ασυμπτωματικός υπό ριβαροξαμπάνη. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει την ανάγκη επαγρύπνησης για την έγκαιρη διάγνωση του νορμοτασικού shock σε περιπτώσεις ΠΕ ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου και τον ρόλο που διαδραματίζει η δυνατότητα άμεσης παρέμβασης με διακαθητηριακή εμβολεκτομή σε αιμοδυναμικά εργαστήρια έμπειρων καρδιολογικών κέντρων.

ΠΑ043 | CATHETER-DIRECTED LOW-DOSE ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΥΠΟ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ (ΚΑΡΠΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

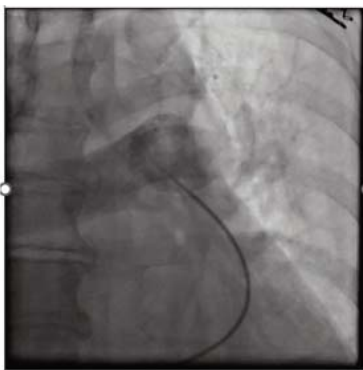
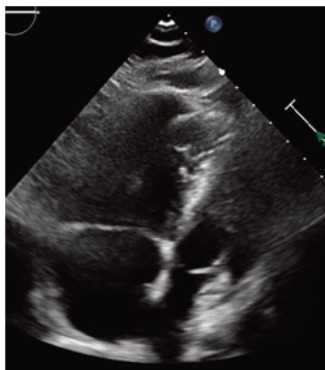
I. Γιωτοπούλου¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Ε. Παππά¹, Α. Κότσια¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Παρουσίαση περιστατικού Γυναίκα 59 ετών με πρόσφατο χειρουργείο αφαίρεσης όγκου εγκεφάλου με κακοήθεις χαρακτηρισές προσήλθε με εικόνα ταχυκαρδίας, ταχύπνοιας και ετερόπλευρο άλγος κάτω άκρου. Ηλεκτροκαρδιογραφικά παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με RBBB και εργαστηριακά τρανσαμινασαιμία, αυξημένη LDH-1000U/L, DDimers-34mg/L και hsTNI-1036ng/L. Υπερηχοκαρδιογραφικά εμφάνιζε αυξημένων διαστάσεων δεξιά κοιλία με D-shaped αριστερή. Τέθηκε υποψία πνευμονικής εμβολής με θετικά predictive scores (Geneva

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Score 14points-Wells
Score 11points). Η CTPA
ανέδειξε πνευμονική
εμβολή (Pesi Score
218points- High risk). Η
Brain CT δεν ανέδειξε
αιμορραγία ή οίδημα.
Μεταφέρθηκε στην
καρδιολογική μονάδα.
Τέθηκε σε κλασική ηπα-
ρίνη, οξυγόνο, νορεπι-
νεφρίνη και
αντιβιοτικά. Σταδιακά
εμφάνισε ληθαργικό-
τητα, οξεία νεφρική

ανεπάρκεια και σοβαρή ηπατική βλάβη. Επανεκτιμήθηκε υπερηχοκαρδιογραφικά με εικόνα σοβαρής αμφικολιακής δυσλειτουργίας, θετικό McConnell και D-shaped αριστερή κοιλία. Υποβλήθηκε σε νέα Brain CT που απέκλεισε αιμορραγία. Μετέπεσε σε βραδυκαρδία ακολουθούμενη από ανακοπή. Αποφασίστηκε κατευθυνόμενη από καθετήρα θρομβόλυση υπό καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Στο αιμοδυναμικό εργαστήριο τοποθετήθηκε Swan-Ganz καθετήρας στην πνευμονική αρτηρία. Αρχικά έγινε προσπάθεια μηχανικής τροποποίησης του θρομβου, με βελτίωση της πνευμονική ροής στη δεξιά πνευμονική αρτηρία ακτινοσκοπικά, ενώ η αριστερή παρέμεινε αποφραγμένη. Ακολούθησε θρομβόλυση χαμηλής δόσης με αλτεπλάση (1ml/h έγχυση 10ώρου) μέσω του Swan-Ganz. Ανέκτησε αυτόματη κυκλοφορία και μεταφέρθηκε στην καρδιολογική μονάδα υπό υψηλές δόσεις ντοπαμίνης/ δοβουταμίνης/ βαζοπρεσίνης. Εμφάνιζε γαλακτική οξέωση και πολυοργανική ανεπάρκεια και 8 ώρες μετά απεβίωσε. Συμπεράσματα Η διάγνωση της πνευμονικής εμβολής και η διαστρωμάτωση του κινδύνου είναι σημαντικό να γίνουν όσο το δυνατόν νωρίτερα. Η κλινική εικόνα και τα προγνωστικά σκορ μπορούν να κατευθύνουν τη διάγνωση ενώ τα σκορ διαστρωμάτωσης κινδύνου είναι σημαντικά για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Εξίσου αναγκαία είναι η τακτική επανεκτίμηση, καθώς οι αιμοδυναμικές παράμετροι μπορούν να αλλάξουν ταχέως. Ασθενείς με πνευμονική εμβολή υψηλού κινδύνου και απόλυτη αντένδειξη για συστηματική θρομβόλυση έχουν υψηλό ποσοστό θνητότητας. Σε ασθενείς σε ανθεκτικό σοκ ή ανακοπή, η catheter-directed θρομβόλυση με low-dose θρομβολυτικό παράγοντα αποτελεί μια πιθανή θεραπευτική προσέγγιση.

ΠΑ044 | Αποτυχία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης σε εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή μετά από Οξύ Έμφραγμα μυοκαρδίου. Συνέχεια στα Επείγοντα Ιατρεία; Αποτελέσματα και κόστος
Ε. Σδόγκος¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Α. Σπαχίου¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Π. Θεοδοσιού¹, Δ. Χούπη¹, Ι. Βογιατζής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Οι περισσότερες προσπάθειες για καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σε άτομα που υπέστησαν εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή μετά από Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) είναι αποτυχημένες και οι περισσότεροι καταλήγουν στα Επείγοντα Ιατρεία του Νοσοκομείου για περαιτέρω και πιο εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ και υποστήριξη των ζωτικών τους λειτουργιών. Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της σχέσης αποτελεσματικότητας και κόστους της υποστήριξης αυτής σε άτομα που υπέστησαν εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή και υποβλήθηκαν σε ανεπιτυχή ΚΑΡΠΑ στο τόπο του συμβάντος και στη συνέχεια μεταφέρθηκαν στα Επείγοντα Ιατρεία. Υλικό και Μέθοδοι : Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι 128 ασθενών (85 Α - 43 Γ / μέσης ηλικίας 67,3±14,8 χρόνων) που διακομίστηκαν στα Επείγοντα Ιατρεία χωρίς ζωτικά σημεία (σφυγμό - αναπνοή) μετά από καρδιακή ανακοπή και αρχική ανεπιτυχή ΚΑΡΠΑ στον τόπο του συμβάντος. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία, οι αντίστοιχοι χρόνοι έναρξης ΚΑΡΠΑ και άφιξης στο Νοσοκομείο, η απόσταση του συμβάντος και τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΚΑΡΠΑ στα Επείγοντα Ιατρεία. Έλος εκτιμήθηκε η κλινική πορεία και το κόστος νοσοκομειακής νοσηλείας για τους επιβιώσαντες. Αποτελέσματα : Από τους 128 ασθενείς μόνο 13 (10,16%) (5 Α - 8 Γ, μ.η. 64,8±10,9 χρόνων) επανήλθαν στα Επείγοντα και εισήχθησαν στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου, όλοι σε κωματώδη κατάσταση. Από αυτούς επιβίωσαν τελικά και εξήλθαν από το Νοσοκομείο οι 2 (1,56%) με κακή νευρολογική και λειτουργική κατάσταση αλλά κανένας δεν επέζησε μετά 1 χρόνο. Το γυναικείο φύλο, η ηλικία < 65 χρόνων ($p < 0,01$), η κοντινότερη απόσταση του Νοσοκομείου από τον τόπο του συμβάντος (< 8 Km, $p < 0,01$) και η παρουσία κοιλιακής ταχυκαρδίας ή/και μαρμαρυγής στο ΗΚΓ στα Επείγοντα Ιατρεία ($p < 0,0001$) ήταν τα στοιχεία που σχετίστηκαν με σημαντική πιθανότητα για επιβίωση. Μέσος χρόνος παραμονής των 13 ασθενών στο Νοσοκομείο ήταν 15,7±13,6 ημέρες με αντίστοιχο κόστος νοσηλείας των ασθενών αυτών περίπου 12,45×10³+8,38×10³ €. Συμπέρασμα : Η συνεχιζόμενη ΚΑΡΠΑ στα Επείγοντα Ιατρεία ενός περιφερικού Νοσοκομείου σε ασθενείς με εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή μετά από ΟΕΜ και αρχικά αποτυχημένη ΚΑΡΠΑ στο τόπο του συμβάντος δεν προσφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα παρά το αντίστοιχα μεγάλο οικονομικό κόστος της νοσηλείας τους.

ΠΑ045 | Ο ρόλος της ανάπτυξης οξείας νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με αναταχθείσα εξωνοσοκομειακή ανακοπή.

Η εμπειρία τεταρτοβάθμιου κέντρου

Μ. Πετρίδου¹, Σ. Α. Μουράτογλου¹, Ι. Αλευρούδης¹, Σ. Μητσιάδης¹, Α. Ευαγγελίου¹, Δ. Κοτζαδάμης¹, Σ. Βεργόπουλος¹, Χ. Τσαβούσογλου¹, Σ. Τζήκας¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Γιαννόπουλος¹, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Σκοπός: Η ανάπτυξη οξείας νεφρικής βλάβης σε ασθενείς μετά από αναταχθείσα εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιδείνωσης της πρόγνωσης. Εντούτοις, παραμένει ασαφές εάν η ανάπτυξη νεφρικής βλάβης αποτελεί προγνωστικό δείκτη ή αν απλά συνιστά έμμεσο δείκτη της συνολικής βαρύτητας. Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Σύνολο ασθενών N = 27	Θανόντες N=20	Επιβιώσαντες N=7	p
Φύλο (άντρες)	22 (81.5%)	16 (80.0%)	6 (85.7%)	0.74
Ηλικία (έτη)	68.0±2.3	67.6±2.7	69.1±4.8	0.78
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	15.3±3.3	14.8±3.0	16.7±9.8	0.8
Κρεατινίνη ορού εισαγωγής (mg/dl)	1.9±0.2	1.9±0.9	1.9±0.4	0.9
Κρεατινίνη ορού 24ώρες (mg/dl)	2.4±0.3	2.5±0.4	2.1±0.5	0.5
Κρεατινίνη ορού 36 ώρες (mg/dl)	2.7±0.4	3.2±0.4†	1.3±0.2	0.001
Κρεατινίνη ορού 48 ώρες (mg/dl)	2.6±0.4	3.1±0.6†	1.5±0.2	0.025
Βασικά δημογραφικά δεδομένα και τιμές κρεατινίνης. Οι τιμές εκφράζονται σαν mean±SD. † στατιστικά σημαντική διαφορά με τη τιμή κρεατινίνης ορού εισαγωγής.				

προοπτική μελέτη παρατήρησης διασωληνωμένων ασθενών, νοσηλευομένων στη στεφανιαία μονάδα τεταρτοβάθμιου πανεπιστημιακού κέντρου μετά από αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή. Μελετήθηκε η μεταβολή των τιμών της κρεατινίνης ορού ανά 12ωρο τις 2 πρώτες ημέρες νοσηλείας. Καταληκτικό σημείο της μελέτης αποτέλεσε η επιβίωση και η

έξοδος από το νοσοκομείο. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 27 ασθενείς, 22 εκ των οποίων άντρες, μέσης ηλικίας 68.0 ±12.1 έτη, με μέση διάρκεια νοσηλείας 15.2±17.2 ημέρες. Κατά τη περίοδο παρακολούθησης σημειώθηκαν 20 θάνατοι. Οι ασθενείς που επιβίωσαν είχαν χαμηλότερη τιμή κρεατινίνης στις 36 και 48 ώρες μετά την εισαγωγή συγκριτικά με τους θανόντες. Αντιθέτως, οι τελευταίοι παρουσίασαν σημαντική κινηματική του δείκτη, καθώς και καλύτερη κινητική του βιοδείκτη (πίνακας) Συμπέρασμα: Η ανάπτυξη οξείας νεφρικής βλάβης από τις πρώτες ώρες νοσηλείας, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης της έκβασης σε ασθενείς με αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή.

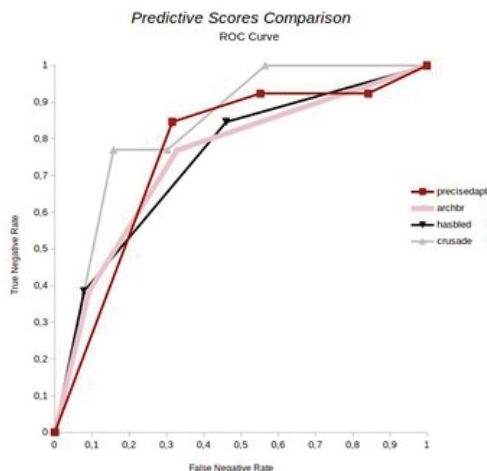
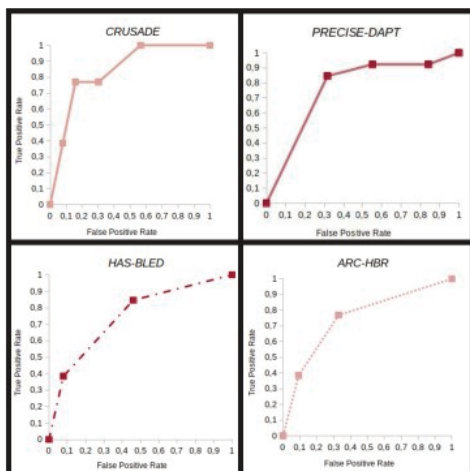
ΠΑ046 | Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τεσσάρων predictive score στην εκτίμηση του κινδύνου αιμορραγίας μετά από λήψη Καγκρελόρης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύμβαμα
I. Γιωτοπούλου¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Θ. Μπαμπάλη¹, Β. Τελάκη¹, Π. Καρανίκης¹, Ε. Παππά¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η Καγκρελόρη αποτελεί τον μόνο ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων που διατίθεται για ενδοφλέβια χορήγηση. Η χρήση της στην κλινική πράξη έχει αυξηθεί σημαντικά σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία συμβάματα. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια της είναι η εμφάνιση αιμορραγικών εκδηλώσεων, συνεπώς, αναπόφευκτα δημιουργείται η ανάγκη αναγνώρισης των ασθενών αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου ώστε να επιλεγθεί η κατάλληλη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και να αναγνωρισούν και αντιμετωπιστούν το συντομότερο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



τερο δυνατό οι αιμορραγικές επιπλοκές εφόσον προκύψουν. Μέθοδος-Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τεσσάρων συστημάτων βαθμολόγησης στην πρόβλεψη του αιμορραγικού κινδύνου σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που έλαβαν Καγκρελόρη. Το δείγμα αποτελούνταν από 89 ασθενείς με μέση ηλικία 67,42έτη και εύρος 25-91 έτη. Αιμορραγικές εκδηλώσεις εμφάνισαν το 14,6% τύπου 2-3 κατά BARC. Η ευαισθησία της precisDAPT ήταν 92.3% και η ειδικότητα 55.3% Η διαγνωστική αναλογία πιθανότητας (OR) ήταν 14.8 και το εμβადόν κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) 0.76. Άθροισμα ευαισθησίας και ειδικότητας-1.5. Η ευαισθησία της CRUSADE ήταν 69.2% και η ειδικότητα 73.7%, η διαγνωστική αναλογία πιθανότητας (OR) 6.3 και το εμβადόν κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) 0.82. Η ARC-HBR είχε ευαισθησία 46.2% , ειδικότητα 80.3%, OR 3.49 και AUC 0.77, ενώ η ευαισθησία της HAS-BLED (με την παραδοχή High / non High risk διάγνωσης) ήταν 38.5% και η ειδικότητα 92.1%. Συμπεράσματα: Η PreciseDAPT εμφανίζει υψηλή ευαισθησία αλλά χαμηλή ειδικότητα για το εν λόγω δείγμα. Συνεπώς έχει μικρή πιθανότητα πρόβλεψης ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων , αλλά αποδίδει αυξημένα ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Η πιθανότητα ορθής πρόβλεψης είναι 14.8 φορές μεγαλύτερη από την πρόβλεψη ψευδούς, ενώ εμφανίζει ικανοποιητική απόδοση στη διάκριση μεταξύ θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων. Η CRUSADE παρότι συνυπολογίζει σημαντικές παραμέτρους όπως η αιμοδυναμική κατάσταση των ασθενών και η ύπαρξη νεφρικής νόσου, εμφανίζει μέτρια ειδικότητα και ευαισθησία, με αποτέλεσμα να απαιτείται η ύπαρξη και ενός συμπληρωματικού μέσου για να επιτευχθεί ακριβής διάγνωση. Η HAS-BLED και η ARC-HBR παρουσιάζουν μικρή ευαισθησία στην αναγνώριση του αιμορραγικού κινδύνου, αλλά αποδίδουν λιγότερα ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Η χρήση predictive score αιμορραγικού κινδύνου συστήνεται, παρά τους περιορισμούς που παρουσιάζουν, καθώς μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη επιλογή της αντιαιμοπεταλιακής στρατηγικής και να θέσουν ένδειξη για εντατικότερο follow up των ασθενών αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

**ΠΑ047 | ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ:
15 ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (2009-2023) ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ**

**Η. Καραμπίνος¹, Ε. Γιαννούλης², Δ. Ρόδης³, Π. Κωστάκη¹, Ι. Κλωνάρης⁴,
Κ. Καραμπίνος⁵, Δ. Θεοχάρης⁶, Ι. Σαλιπικτής⁷, Μ. Οικονόμου⁸,
Γ. Θεοχάρης⁷**

¹ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² SOS ΙΑΤΡΟΙ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ, Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ SOS ΙΑΤΡΟΙ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ SOS ΙΑΤΡΩΝ,

⁴ SOS ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁵ 6ετής Φοιτητής Ιατρικής ΕΚΠΑ,

⁶ 4ετής Φοιτήτρια Ιατρικής ΕΚΠΑ,

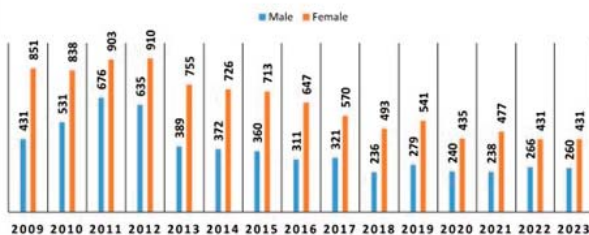
⁷ SOS ΙΑΤΡΟΙ ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ SOS ΙΑΤΡΩΝ,

⁸ SOS ΙΑΤΡΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ SOS ΙΑΤΡΩΝ

Εισαγωγή: Η Εξωνοσοκομειακή άσκηση της Ιατρικής αποτελείται κυρίως από την Πρωτοβάθμια Ιατρική η οποία ασκείται στα Ιατρεία και από την Κατ'οίκον. Δεδομένα από την Επείγουσα Εξωνοσοκομειακή Κατ' Οίκον προσέγγιση πολλών παθολογιών σπανίζουν στην Βιβλιογραφία. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης υπήρξε η καταγραφή της εμπειρίας από την Επείγουσα Κατ' Οίκον εξέταση ασθενών οι οποίοι αναζήτησαν βοήθεια στους SOS ΙΑΤΡΟΥΣ λόγω του θορυβώδους συμπτώματος της οξείας ή της επιδείνωσης χρόνιας δύσπνοιας τα τελευταία 15 έτη (2009-2023). Μέθοδοι: Οι SOS ΙΑΤΡΟΙ είναι μια εταιρία παροχής ιατρικών υπηρεσιών κατ'οίκον σε επείγουσα τε και μη βάση, στις περιοχές του λεκανοπεδίου Αθηνών και Πειραιώς 24 ώρες το 24ώρο, από ειδικούς ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, οι οποίες συντονίζονται από ένα Συντονιστικό τηλεφωνικό κέντρο. Τα χαρακτηριστικά της κλήσης ασθενών αιτιώμενοι οξεία δύσπνοια καταγράφονταν. Οι ιατροί οι οποίοι αναλάμβαναν την επείγουσα εξέταση και διεκπεραίωση των περιστατικών προσέγγιζαν τον ασθενή εντός 30 λεπτών και είχαν στην διάθεσή τους, αν έκριναν, την δυνατότητα παρακλινικών εξετάσεων κατ'οίκον, όπως εξετάσεις βιολογικών υγρών, απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, υπερηχοί), κ.α. Οι ιατροί αποφάσιζαν αν χρειαζόνταν την συνδρομή και έτερου ιατρού άλλης ειδικότητας. Τελικά αποφαισιζό-

ταν αν η παραπομπή σε εφημερεύων Νοσοκομείο ήταν επιβεβλημένη. Σε κάθε ασθενή συμπληρωνόταν μια ειδική φόρμα στην οποία καταγράφονταν όλα τα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα και η προτεινόμενη περαιτέρω διαγνωστική και θεραπευτική. Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μεθοδολογία της εξάρτησης Poisson προκειμένου να διαπι-

ΑΙΤΙΑ ΚΛΗΣΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



στωθεί αν οι διάφορες μεταβλητές μεταβάλλονταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στο χρονικό διάστημα της 15ετίας (STATA 13.0). Αποτελέσματα: Κατά την 15ετία 2009-2023, εξετάστηκαν επείγοντως κατ'οίκον συνολικά 15266 ασθενείς (675 έως 1579 ασθενείς κατά έτος) εκ των οποίων 5545 άνδρες (36,3%) (Εικόνα 1). Εξ αυτών, 7495 (49%) ήταν ηλικίας > ετών, 4669 (30,5%) ήταν ηλικίας 76-90 ετών και 1592 (10,4%) ήταν ηλικίας 61-75 ετών. Τα περισσότερα αυτά διεκπεραιώθηκαν από Καρδιολόγο σε 5440 (35,6%) πε-

ριπτώσεις, από Παθολόγο σε 6954 (45,55%) και από Πνευμονολόγο σε 2461 (16,1%) περιπτώσεις. Επιπροσθέτως, έλαβαν χώρα κατά τις πρωινές ώρες (07:00-15:00) σε 6245 (40,9%) περιπτώσεις, κατά τις απογευματινές-πρώτες βραδινές ώρες (15:00-23:00) σε 6403 (41,94%) περιπτώσεις, και κατά τις βραδινές και πρώτες πρωινές ώρες (23:00-07:00) σε 2618 (17,1%) περιπτώσεις. Συνολικά σε 2966 (19,43%) περιστατικά έγινε παραπομπή σε Εφημερεύων Νοσοκομείο, τα οποία κυμάνθηκαν από 102 (7,96%) έως 292 (26,59%) κατ'έτος (Εικόνα 2). Καρδιολογικά αίτια της δύσπνοιας ανευρέθησαν σε 2831 (18,54%) περιστατικά. Αναλυτικότερα: επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας σε 914 (5,98%) περιστατικά, οξύ πνευμονικό οίδημα σε 889 (5,82%) περιστατικά, κολπική μαρμαρυγή σε 592 (3,87%) περιστατικά και αρτηριακή υπέρταση σε 436 (2,85%) περιστατικά. Αναπνευστικά αίτια δύσπνοιας ανευρέθησαν σε 2205 (14,44%) περιπτώσεις και λοίμωξη αναπνευστικού σε 2919 (19,12%) περιπτώσεις. Σε 2917 (19,17%) περιπτώσεις το αίτιο δεν ήταν σαφές και ζητήθηκε περαιτέρω έλεγχος. Η ανάλυση με την εξάρτηση Poisson κατέδειξε ότι η εμφάνιση περιστατικών δύσπνοιας ανά έτος ελαττώνεται με την παρέλευση του χρόνου ($\text{irr}=0,98$, $p=0,01$), χωρίς να μεταβάλλεται το ποσοστό παραπομπών σε Νοσοκομείο και οι λοιπές μεταβλητές ($p=NS$). Επιπροσθέτως η εμφάνιση καρδιολογικών περιστατικών δεν μεταβλήθηκε με την παρέλευση του χρόνου. Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη η οποία παρέχει δεδομένα από την επείγουσα κατ'οίκον άσκηση της καρδιολογίας και της ιατρικής γενικότερα, αναφορικά με την αντιμετώπιση της οξείας δύσπνοιας και μάλιστα σε βάθος 15 ετίας. Οι ασθενείς οι οποίοι ζητούν συνήθως επείγοντως βοήθεια κατ'οίκον είναι οι πολύ ηλικιωμένοι. Τα καρδιολογικά αίτια οξείας δύσπνοιας δεν ήταν τα συχνότερα, μόλις σε μέσο ποσοστό 18,5% του συνόλου. Νοσοκομειακή παραπομπή απαιτήθηκε σε μικρό ποσοστό επί του συνόλου των ασθενών (μέσο ποσοστό μόλις 19,5%), γεγονός που αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της διαλογής (triage) και της αντιμετώπισης της οξείας δύσπνοιας κατ'οίκον, με την συνεπαγόμενη αποσυμφόρηση των τριτοβάθμιων Νοσοκομείων και την αποφυγή ταλαιπωρίας των ασθενών, ιδίως των ηλικιωμένων.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31ST 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ048 | ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΜΕΜΒΡΑΝΗΣ Μ. Α. Γρηγοράκου¹, Α. Μπελεγρίνος¹, Α. Γιαννακοπούλου²¹ Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο,² Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εξωσωματική μεμβρανώδης οξυγόνωση (ECMO) υποστηρίζει ασθενείς με βαριά καρδιακή ή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής προκαλεί μεταβολές στον κυκλοφορούντα όγκο αίματος, στην κατανομή των φαρμάκων στον οργανισμό και στην ηπατική λειτουργία. Προκαλεί προσκόλληση λιπτόφιλων φαρμάκων στις επιφάνειες του κυκλώματος, με αποτέλεσμα τη μείωση της συγκέντρωσης τους στο αίμα και αλλαγή της φαρμακοκινητικής και της φαρμακοδυναμικής τους. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σκοπός της μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τη δοσολογία των χορηγούμενων φαρμάκων, σε ασθενείς που υποστηρίχθηκαν με ECMO. Έγινε συστηματική μελέτη βιβλιογραφίας από το 2011 μέχρι το 2024. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας προκαλεί μεταβολή των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών ιδιοτήτων των χορηγούμενων κατασταλτικών, μυοχαλαρωτικών και αντιβιοτικών φαρμάκων. Προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η δόση του φαρμάκου σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς που λαμβάνουν ECMO, μελέτες δείχνουν ότι είναι σημαντικό να διερευνάται συστηματικά η επίδραση των φαρμάκων, της συσκευής και των κρίσιμων παραγόντων της νόσου, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό. Ο αριθμός των φαρμακοκινητικών μελετών στους ασθενείς αυτούς παραμένει μικρός και λίγες προοπτικές μελέτες αφορούν τη βέλτιστη αναλγητική, ηρεμιστική ή αντιμικροβιακή θεραπεία. Η αντιπηκτική αγωγή αποτελεί επιπρόσθετο σημαντικό θεραπευτικό παράγοντα σε ECMO, με τον προτιμώμενο παράγοντα, τη δοσολογία και τη στρατηγική παρακολούθησης να παραμένουν ασαφή. Η εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς αυτούς καθορίζεται εξατομικευμένα συναρτώμενη αρκετά από την εμπειρία του επιβλέποντος ιατρού. Προκειμένου να επιτευχθεί επαρκές θεραπευτικό αποτέλεσμα συνήθως απαιτείται αύξηση των δοσολογικών σχημάτων των βαρέως πάσχόντων ασθενών σε ECMO σε σχέση με τους αντίστοιχους ασθενείς χωρίς ECMO. Δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά την τροποποίηση των φαρμάκων στους ασθενείς αυτούς. Έως ότου καταστούν διαθέσιμες ισχυρές κατευθυντήριες οδηγίες δοσολογίας, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να βασίζονται στις αρχές δοσολογίας φαρμάκων σε βαρέως πάσχοντες και στις γνωστές μεταβολές φαρμακοδυναμικής που προκαλούνται από κρίσιμη νόσο αλλά και από την ίδια την ECMO. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή ECMO σε βαρέως πάσχοντες ανέδειξε την ανάγκη τροποποίησης των φαρμακευτικών δοσολογικών σχημάτων καθιστώντας αναγκαία την αύξηση της δοσολογίας τους για να επιτευχθεί θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα χρειάζονται περαιτέρω επιβεβαίωση με κλινικές πληθυσμιακές μελέτες φαρμακοκινητικής απάντησης των ασθενών σε ECMO σε σχέση με αντίστοιχους χωρίς.

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024**

**FRIDAY,
NOVEMBER 1st 2024**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

**09.00-10.00 Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II /
Arrhythmias, Pacing, Recychr II**

Πρόεδροι: **E. Καλλέργης** (Ηράκλειο), **H. Μαυράκης** (Ηράκλειο)
 Chairpersons: **E. Kallergis** (Heraklion), **H. Mavrakis** (Heraklion)

ΠΑ049 | Comparison of pulsed field ablation versus cryoballoon and radiofrequency ablation in patients with heart failure
E. Mavrakis¹, D. Vlachopoulou¹, M. Rattka¹, C. Jungen¹, S. Mathew¹, T. Rassaf¹
¹ University Hospital Essen, West German Heart Center

Background: Pulmonary vein isolation (PVI) can be achieved by a variety of methodical approaches. While thermal ablation modalities, such as cryoballoon (CB) and radiofrequency ablation (RF) have been established as the standard of care, PFA has been introduced as a novel non-thermal modality showing comparable safety and efficiency. Despite the high incidence of AF in heart failure (HF) patients, data comparing outcomes of HF patients undergoing PVI by either PFA or RF/CB are limited. Purpose: This study's aim was to compare the efficacy and safety of PFA for AF ablation versus CB/RFA in HF patients. Methods: Consecutive HF patients with preserved (HFpEF), mildly reduced (HFmrEF) and reduced (HFrEF) ejection fraction undergoing PVI by either PFA or RF/CB at our institution were included. The primary end-point was time to death or recurrence of AF. Secondary end-points were clinical and echocardiographic parameters. Results: We included 140 HF patients who underwent PVI by PFA (76 patients) or RF/CB (64 patients) with a mean age of 70 years. There was no significant difference in the baseline characteristics and in the type of AF (41% with ParAF, 46% with PersAF) and 13% LSPersAF). The distribution of heart failure types was similar between both groups: HFpEF (PFA: 71%, TA: 75%), HFmrEF (PFA: 21%, TA: 20%) and HFrEF (PFA: 8 %, TA: 5%). After the 365-days follow-up we observed no difference for the primary end - point ($p=0.575$). In total 57% of the PFA and 58% of the RF/CB group were still free from AF. While symptom improvement was documented in both groups, patients in the PFA group showed significant improvement of left atrial volume index ($p = 0.015$), NT-pro BNP ($p = 0.048$) and LVEF ($p = 0.006$). Conclusion: In this study, PFA and thermal ablation showed comparable results in terms of safety and efficiency in patients with HF. Since previous studies have shown that HF patients benefit from PVI using thermal ablation, our results suggest that PFA might also be a promising method in this vulnerable population, inducing left atrial reverse remodeling and thereby contributing to improvement of left ventricular systolic function.

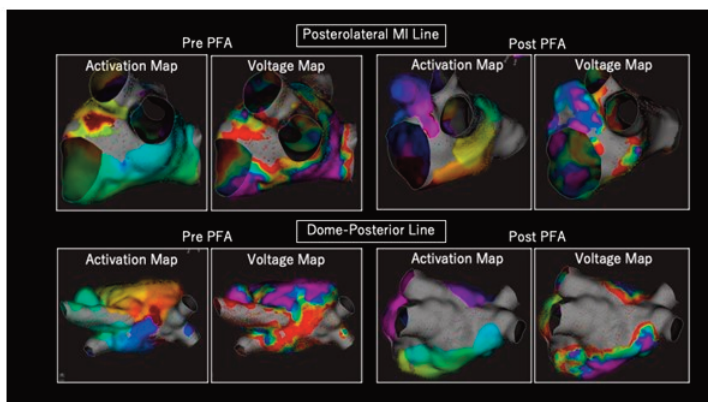
ΠΑ050 | Impact of additional pulsed field ablation in unsuccessful radiofrequency linear lesions -acute and chronic data
K. Vlachos¹, M. Yokoyama¹, P. Jaïs¹

¹ IHU LIRYC ANR-10-IAHU-04, Centre Hospitalier Universitaire Bordeaux, Bordeaux University, Bordeaux, France

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Background: Performing linear ablation such as roof line, inferior line in the posterior part of LA and posterior mitral isthmus (MI) line in addition to PVI is one of the strategies for treating persistent atrial fibrillation. However, remnant conduction or reconnection in the lines is linked with atrial arrhythmia recurrence, either AF or AT. Radiofrequency ablation (RFA) is often unsuccessful achieving durable linear ablation. It is not yet well known whether using pulsed field ablation (PFA) would be superior in achieving complete linear lesions. Purpose: We sought to evaluate the benefit of using PFA in unsuccessful RF ablation linear lesions. Methods: We studied 17 patients that underwent redo procedures due to atrial arrhythmia recurrence. All of them underwent PFA (using a pentaspline PFA catheter) ablation lines due to previous unsuccessful RF ablation, either due to remnant conduction in the line or to reconnection of the line. Lines of block were evaluated based on activation mapping and differential pacing maneuvers close to the lines. Results: We conducted 16 dome-posterior lines and 6 posterolateral mitral isthmus lines using PFA after unsuccessful RF ablation linear lesions. PFA was performed after several unsuccessful procedure, 1.3 ± 0.4 for the roof line, 1.3 ± 0.5 for the postero-inferior line and 1.7 ± 0.9 for the MI line. In 4 out of 6 pts with MI isthmus ablation using PFA ethanol injection within vein of Marshall (Et-VOM) was conducted in a previous procedure and in 4 out of 6 patients with MI isthmus RF ablation within coronary sinus (CS) was performed in a previous procedure. Specifically, for the dome-posterior line, 2 patients underwent PFA deliveries only at the gap region in the posterior LA and in other 14 cases, PFA deliveries were performed at 3.2 ± 0.8 sites of the posterior wall between LPV and RPV. We used a total of 15.5 ± 4.6 PFA deliveries to complete the dome-posterior line. Dome-posterior line bidirectional block based on activation mapping and differential pacing maneuvers was achieved in all cases (16/16, 100%) after PFA. For the MI line, we performed a total of 11.8 ± 2.3 application deliveries at 2.5 ± 0.5 sites in the MI region. Posterior MI line bidirectional block based on activation mapping and differential pacing maneuvers was achieved in 5 out of 6 patients (83.3%). In one case additional Et-VOM was needed to achieve MI block. There was no AT/AF recurrence in all these 17 patients. Conclusion: PFA treatment seems promising to back-up RF failed linear lesions. But we cannot exclude that it is in fact the combination of the 2 energies that was successful in those resistant cases.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ051 | Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα εκτιμούμενη με την καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης είναι υψηλότερη μεταξύ ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και πρόσφατα αρρυθμικά επεισόδια: ευρήματα της μελέτης PLACEBO
A. Μπούλιμπου¹, X. Παπαδόπουλος¹, Θ. Μωυσιάδης², A. Σαμαράς³, Γ. Ζορμπάς³, M. Σωτηριάδου¹, Σ. Βεργόπουλος¹, A. Ευαγγελίου¹, X. Τσαβούσογλου¹, Π. Μαμώλης¹, E. Παγκουρέλιας¹, Γ. Γιαννακούλας⁴, B. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² Department of Computer Science, School of Sciences and Engineering, University of Nicosia, Nicosia 2417, Cyprus,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (ΠΚΜ) συνιστά την πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία που χαρακτηρίζεται από διαλείποντα επεισόδια ακανόνιστου καρδιακού ρυθμού. Ενώ η ακριβής αιτιολογία της ΠΚΜ παραμένει ασαφής, πρόσφατα στοιχεία υποδηλώνουν πιθανή συσχέτιση μεταξύ της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας (CRF) και της εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της CRF, ενώ προηγούμενες μελέτες παρουσιάζουν αντικρουόμενα ευρήματα αναφορικά με τη σχέση μεταξύ CRF και ΚΜ. Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν μει-

ωμένη πιθανότητα εμφάνισης ΚΜ σε άτομα με καλύτερη φυσική κατάσταση, ενώ άλλες συνδέουν την υψηλή CRF και την έντονη σωματική άσκηση με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ΚΜ. Η ακριβής σχέση μεταξύ CRF και ΠΚΜ σε ασθενείς με πρόσφατα αρρυθμικά επεισόδια παραμένει υπό διερεύνηση. Σκοπός: Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ της CRF, όπως αυτή αξιολογείται κατά

Πίνακας

	Επεισόδιο ΠΚΜ τους τελευταίους 6 μήνες		
	Ναι (n=58)	Όχι (n=15)	p-value
Ηλικία (έτη)	58,38 (12,0)	64,2 (9,2)	0,084
Άρρεν φύλο (n, %)	28 (48,3)	7 (46,7)	0,911
Δείκτης μάζας σώματος	27,7 (4,4)	28,6 (4,5)	0,460
Κάπνισμα (n, %)	18 (31)	5 (33,3)	1,000
Άσκηση (n, %)	39 (67,2)	11 (73,3)	0,651
Αλκοόλ (n, %)	29 (50)	8 (53,3)	0,818
Σακχαρώδης διαβήτης (n, %)	6 (10,3)	0 (0)	0,335
Αρτηριακή υπέρταση (n, %)	23 (39,7)	10 (66,7)	0,061
Δυσλιπιδαιμία (n, %)	28 (48,3)	8 (53,3)	0,727
Καρδιακή ανεπάρκεια (n, %)	1 (1,7)	0 (0)	1,000
Στεφανιαία νόσος (n, %)	2 (3,4)	1 (6,7)	0,504
Θυρεοειδική νόσος (n, %)	13 (22,4)	4 (26,7)	0,728
Peak VO ₂ (ml/kg/min)	19,03 (5,38)	16,81 (4,45)	<0,001
VO ₂ AT (ml/kg/min)	13,00 (3,62)	11,71 (3,03)	<0,001

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τη διάρκεια της CPET, και των πρόσφατων επεισοδίων ΚΜ (εντός των τελευταίων 6 μηνών) σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ΠΚΜ. Συγκεκριμένα, επιδιώξαμε να προσδιορίσουμε εάν τα υψηλότερα επίπεδα CRF, όπως υποδεικνύονται από την τιμή της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (peak VO₂) και της κατανάλωσης οξυγόνου στο αναερόβιο κατάωφλι (VO₂ AT) που καταγράφονται κατά τη διάρκεια της CPET, συνδέονται με την παρουσία πρόσφατων επεισοδίων ΠΚΜ. Μέθοδοι: Αναλύσαμε δεδομένα από τη μελέτη Ergospirometry in Paroxysmal Atrial Fibrillation Prognosis (PLACEBO) (NCT05246423), μια προοπτική, μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης που στοχεύει στον προσδιορισμό του πιθανού προγνωστικού ρόλου μεταβλητών μετρούμενων κατά τη διάρκεια της CPET στα μελλοντικά επεισόδια ΠΚΜ. Συμπεριλάβαμε 73 ασθενείς με ΠΚΜ, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες βάσει του εάν είχαν εμφανίσει επεισόδια ΚΜ εντός των προηγούμενων 6 μηνών πριν από την ένταξη στη μελέτη ή όχι. Η τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική. Αποτελέσματα: Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον σχετικό Πίνακα. Οι ασθενείς που εμφάνισαν επεισόδιο ΠΚΜ εντός των τελευταίων 6 μηνών παρουσίασαν υψηλότερες τιμές peak VO₂ σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν πρόσφατο επεισόδιο [19,03 (5,38) έναντι 16,81 (4,45) ml/kg/min, $p < 0,001$]. Παρόμοια διαφορά παρατηρήθηκε και κατά τη σύγκριση των τιμών VO₂ AT μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών [13,00 (3,62) έναντι 11,71 (3,03) ml/kg/min, $p < 0,001$]. Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ υψηλότερης CRF, όπως αυτή καθορίζεται από τις τιμές peak VO₂ και VO₂ AT, και πρόσφατων επεισοδίων ΚΜ σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με ΠΚΜ. Οι ασθενείς που επέδειξαν αυξημένο peak VO₂ και VO₂ AT κατά τη διάρκεια της CPET ήταν πιθανότερο να είχαν εμφανίσει επεισόδια ΠΚΜ εντός των τελευταίων 6 μηνών σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλότερη CRF. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που υποδηλώνουν σύνδεση μεταξύ αυξημένης CRF και μεγαλύτερης πιθανότητας εμφάνισης ΚΜ. Η αναγνώριση της CRF ως ενός πιθανού προγνωστικού δείκτη για την επανεμφάνιση της ΠΚΜ υπογραμμίζει τη σημασία της φυσικής άσκησης για τη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας στα πλαίσια της καλύτερης διαχείρισης των ασθενών με ΠΚΜ.

ΠΑ052 | Η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση σε συνδυασμό με τη χρήση καθετήρων με ψυχόμενο άκρο συνοδεύεται από βελτιωμένα περιεπεμβατικά χαρακτηριστικά λιγότερες υποτροπές στην κατάλυση της κομβικής ταχυκαρδίας επανεισόδου

Χ. Κ. Αντωνίου¹, Δ. Τσιαχρής¹, Α. Κορδαλής¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Μ. Μπότσης¹, Γ. Δελγιάννης¹, Π.Τσιούφης¹, Ε. Καρανικόλα¹, Κ. Γκατζούλης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η προσπάθεια κατάλυσης της βραδείας οδού, κατά την επεμβατική αντιμετώπιση της κομβικής ταχυκαρδίας επανεισόδου (Atrioventricular node reentrant tachycardia-AVNRT), μπορεί να οδηγήσει είτε σε πλήρη εξάλειψή της, είτε σε τροποποίηση των ιδιοτήτων αγωγής της, με το τελευταίο να συνδέεται με μικρότερο κλινικό όφελος. Η τρισδιάστατη ηλε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κτροανατομική χαρτογράφηση σε συνδυασμό με τη χρήση καθετήρων με ψυχόμενο άκρο (irrigated - αρδευόμενος καθετήρας, ανίχνευσης δύναμης επαφής), μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά, για την πλήρη εξάλειψη της βραδείας οδού. Η μελέτη αποσκοπεί να συγκρίνει την τακτική χρήση τρισδιάστατης χαρτογράφησης και irrigated καθετήρα και την συμβατική ακτινοσκοπική τεχνική, ως προς την κλινική έκβαση. Υλικό και μέθοδος: Ογδόντα τέσσερις ασθενείς με διάγνωση AVNRT (33 άνδρες, μέση ηλικία 50.1 ±11.7 έτη) υποβλήθηκαν είτε σε συμβατική ακτινοσκοπική κατάλυση (N= 42), είτε σε κατάλυση με την χρήση αρδευόμενου καθετήρα τρισδιάστατης χαρτογράφησης, ανίχνευσης δύναμης επαφής (ThermoCool SmartTouch ST, Biosense Webster, Inc.), με στόχο την εξάλειψη της βραδείας οδού. Πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση του τριγώνου του Koch, επισήμανση (tagging) του συστήματος αγωγής (cloud Hiss) και των βλαβών που προκαλούν κομβικό ρυθμό. Αποτελέσματα: Στην ομάδα της τρισδιάστατης χαρτογράφησης, η συχνότητα πλήρους εξάλειψης της βραδείας οδού ήταν μεγαλύτερη (100% vs 50%, p< 0.001). Περιεπεμβατικά, ο χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν μικρότερος (2.0 ±4.3 λεπτά ως 11±4.0 λεπτά, p< 0.001). Σε μέσο χρόνο παρακολούθησης 2.0 ετών, τα ποσοστά υποτροπής στην ομάδα της τρισδιάστατης χαρτογράφησης ήταν 2.4% (1 στα 42), έναντι 14.3% (6 στα 42) στην ομάδα συμβατικής κατάλυσης (p = 0.04). Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση σε συνδυασμό με τη χρήση καθετήρων με ψυχόμενο άκρο συνοδεύεται από βελτιωμένα περιεπεμβατικά χαρακτηριστικά (εξάλειψη της βραδείας οδού) και εκβάσεις, στην κατάλυση της AVNRT.

ΠΑ053 | Συσχέτιση ηλικίας και εστίας προέλευσης ιδιοπαθών έκτακτων κοιλιακών συστολών σε ασθενείς με επιτυχή κατάλυση.

**Μ. Μπότσης¹, Δ. Τσιαχρής², Κ.Χ. Αντωνίου², Ι. Δουνδουλάκης²,
Α. Κορδαλής², Σ. Κωτούλας³, Ν. Αργυρίου², Γ. Κουργιαννίδης⁴,
Κ. Γκατζούλης², Κ. Τσιούφης²**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

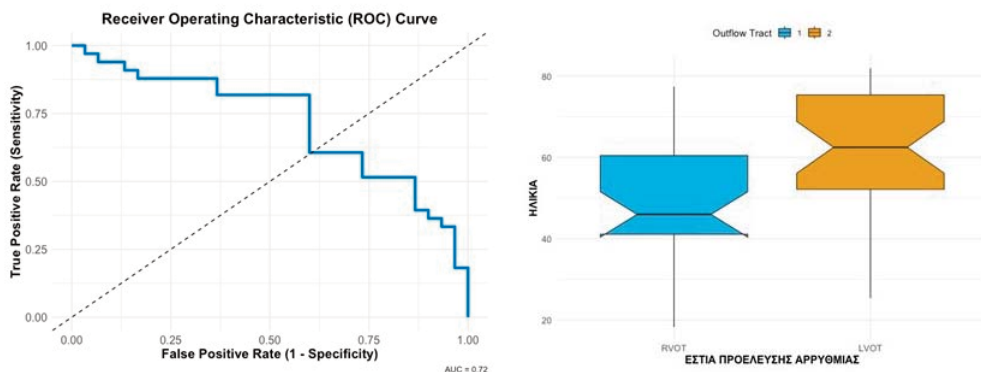
³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) απαντώνται συχνά στην κλινική πράξη και ορίζονται ως έκτακτες κοιλιακές συστολές σε απουσία δομικής καρδιακής νόσου. Εκ των συχνότερων εστιών προέλευσης είναι ο χώρος εξόδου δεξιάς και αριστερής κοιλίας και αορτικών πτυχών (RV και LV, αντίστοιχα). Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της ηλικίας με τον προέλευση των εκτάκτων κοιλιακών συστολών εκ του RV ή LV. Υλικό και Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 66 ασθενείς (37.9 % γυναίκες, μέση ηλικία 55.5 ± 15.9 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν από το 2015 έως το 2022 σε επιτυχή κατάλυση ιδιοπαθών ΕΚΣ, από RV ή LV. Εφαρμόστηκε λογιστική παλινδρόμηση, για την συσχέτιση της ηλικίας με την εστία προέλευσης. Αποτελέσματα: Η εστία της αρρυθμίας ήταν ο RV σε 31 (47.0 %) ασθενείς και ο LV σε 35 (53.0 %) ασθενείς. Η αυξανόμενη ηλικία συσχετίστηκε θετικά με προέλευση της

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



αρρυθμίας από τον LVOT (Odds Ratio = 1.05, 95% Confidence Interval = 1.01-1.09, $p = 0.05$ για κάθε αυξανόμενο έτος). Η area under the curve υπολογίστηκε 0.72 (Εικόνα 1). Η διαφορά ηλικίας ανάμεσα στις δύο εστίες απεικονίζεται και στην Εικόνα 2. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο μέσο φορτίο ΕΚΣ ανάμεσα σε RVOT και LVOT (16.3 ± 9.8 vs 18.4 ± 8.4 , $p = 0.4$). Επίσης, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην διάρκεια της επέμβασης (138.4 ± 42 vs 136.6 ± 37.3 λεπτά, $p = 0.9$). Συμπεράσματα: Η αυξανόμενη ηλικία σχετίζεται με εντόπιση των ιδιοπαθών ΕΚΣ στον LVOT, έναντι του RVOT. Το εύρημα πιθανώς σχετίζεται με αυξημένη εναπόθεση ασβεστίου στις αορτικές πτυχές και στον χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας με την πάροδο της ηλικίας και επακόλουθη δημιουργία κυκλωμάτων μικροεπανεϊσόδου.

ΠΑ054 | Οι ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή εμφανίζουν διαφορές στην καρδιοαναπνευστική ικανότητα αναλόγως του CHA2-DS2-VASc score: δεδομένα από τη μελέτη PLACEBO
Α. Μπούλμπου¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Θ. Μωυσιάδης², Γ. Ζορμπάς¹, Μ. Σωτηριάδου¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Μ. Πετρίδου¹, Δ. Κοτζαδάμης¹, Β. Σχισμένος¹, Ε. Παγκουρέλιας¹, Γ. Παννακούλας⁴, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² Department of Computer Science, School of Sciences and Engineering, University of Nicosia, Nicosia 2417, Cyprus,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή (ΠΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη καρδιακή αρρυθμία, η οποία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Πα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Πίνακας

	n	CHA ₂ DS ₂ -VASc score			p-value
		Μικρότερο από 2 (n=37)	Ακριβώς 2 (n=17)	Μεγαλύτερο από 2 (n=19)	
Ηλικία (έτη)	73	53,66 (12,01)	62,79 (6,55)	69,81 (4,24)	<0,001
Άρρεν φύλο (n, %)	73	26 (70,3)	4 (23,5)	5 (26,3)	0,001
Δείκτης μάζας σώματος	73	27,10 (3,68)	28,03 (4,20)	29,24 (5,53)	0,222
Κάπνισμα (n, %)	73	14 (37,8)	5 (29,4)	4 (21,1)	0,431
Άσκηση (n, %)	73	27 (73)	10 (58,8)	13 (68,4)	0,583
Αλκοόλ (n, %)	73	25 (67,6)	5 (29,4)	7 (36,8)	0,013
Σακχαρώδης διαβήτης (n, %)	73	1 (2,7)	1 (5,9)	4 (21,1)	0,056
Αρτηριακή υπέρταση (n, %)	73	8 (21,6)	8 (47,1)	17 (89,5)	<0,001
Δυσλιπιδαιμία (n, %)	73	9 (24,3)	13 (76,5)	14 (73,7)	<0,001
Καρδιακή ανεπάρκεια (n, %)	73	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	0,188
Στεφανιαία νόσος (n, %)	73	0 (0)	1 (5,9)	2 (10,5)	0,157
Θυρεοειδική νόσος (n, %)	73	3 (8,1)	8 (47,1)	6 (31,6)	0,004
Peak VO ₂ (ml/kg/min)	73	21,52 (4,65)	16,39 (4,08)	14,78 (3,82)	<0,001
VO ₂ AT (ml/kg/min)	73	14,30 (3,71)	10,85 (2,44)	11,384 (2,60)	<0,001

ανάπτυξη, η καρδιοαναπνευστική ικανότητα (CRF) αντικατοπτρίζομενη στην τιμή της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (peak VO₂) και στην τιμή πρόσληψης οξυγόνου στο αναερόβιο κατώφλι (VO₂ AT) κατά την διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET), αντανακλά την ικανότητα του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος να παρέχει οξυγόνο στους ασκούμενους μύες. Η μειωμένη CRF σχετίζεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων και με αυξημένη θνησιμότητα, έτσι η αξιολόγηση της είναι σημαντική για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Το CHA₂DS₂-VASc score χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του θρομβωτικού κινδύνου σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), ωστόσο η συσχέτισή του με τα επίπεδα της CRF σε ασθενείς με ΠΚΜ παραμένει ανεξερεύνητη. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ του CHA₂DS₂-VASc score και της CRF σε ασθενείς με ΠΚΜ μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ του αρρυθμικού φορτίου, των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και της λειτουργικής ικανότητας. Σκοπός: Ο στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ του CHA₂DS₂-VASc score και της CRF, όπως αυτή υπολογίζεται με τις τιμές peak VO₂ και VO₂ AT κατά τη διάρκεια της CPET, σε ασθενείς με ΠΚΜ. Μέθοδοι: Αναλύσαμε δεδομένα από τη μελέτη Ergospirometry in Paroxysmal Atrial Fibrillation Prognosis (PLACEBO) (NCT05246423), μια προοπτική, μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης που στοχεύει να διερευνήσει τον πιθανό προγνωστικό ρόλο μεταβλητών μετρούμενων κατά τη διάρκεια της CPET στους μελλοντικούς παροξυσμούς ΚΜ. Συμπεριλάβαμε 73 ασθενείς με ΠΚΜ, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ομάδες σύμφωνα με το CHA₂DS₂-VASc score (μικρότερο από 2, ακριβώς 2, μεγαλύτερο από 2). Η τιμή p<0,05 θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική. Αποτελέσματα: Τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον σχετικό Πίνακα. Ασθενείς με CHA₂DS₂-VASc score 0 και 1 εμφάνισαν υψηλότερες τιμές peak VO₂ σε σύγκριση με εκείνους με CHA₂DS₂-VASc score ίσο με 2 [21,52 (4,65) έναντι 16,39 (4,08) ml/kg/min, p<0,001], καθώς και συγκριτικά με ασθενείς με CHA₂DS₂-VASc score μεγαλύτερο από 2 [21,52 (4,65) έναντι 14,78 (3,82) ml/kg/min, p<0,001]. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε επίσης και κατά τη σύγκριση των τιμών VO₂ AT μεταξύ των 3 ομάδων ασθενών [14,30 (3,71) έναντι 10,85 (2,44) έναντι 11,384 (2,60) ml/kg/min, p<0,001]. Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του CHA₂DS₂-VASc score και της CRF σε ασθενείς με ΠΚΜ, με χαμηλότερα

ράλληλα, η καρδιοαναπνευστική ικανότητα (CRF) αντικατοπτρίζομενη στην τιμή της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (peak VO₂) και στην τιμή πρόσληψης οξυγόνου στο αναερόβιο κατώφλι (VO₂ AT) κατά την διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET), αντανακλά την ικανότητα του καρδιαγγειακού και

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

CHA2DS2-VASc scores να συνδέονται με καλύτερη φυσική κατάσταση. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης της CRF για τη διαστρωμάτωση κινδύνου στους ασθενείς με ΠΚΜ, αλλά και υποδηλώνουν ότι τα άτομα με χαμηλότερα CHA2DS2-VASc score, άρα και με λιγότερες συνοσηρότητες, εμφανίζουν χαμηλότερο συνολικό προφίλ κινδύνου. Επομένως, το CHA2DS2-VASc score μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο διαστρωμάτωσης κινδύνου σε ασθενείς με ΠΚΜ.

ΠΑ055 | Επιλογή της βέλτιστης από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή – Δεδομένα από την MISOAC-AF

**M. Ζεργιώτη¹, M. Κυριακού¹, A. Σ. Παπάζογλου¹, A. Κάρτας¹,
Δ. Β. Μωυσίδης², A. Σαμαράς³, E. Καραγιαννίδης², B. Καμπερίδης⁴,
A. Ζιάκας⁴, Γ. Γιαννούλας⁴**

¹ Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

² 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

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

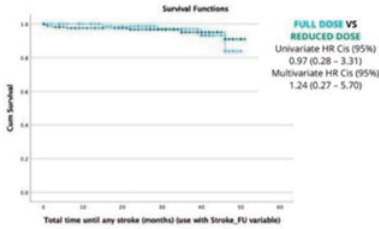
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ιστορικό: Η επιλογή της βέλτιστης από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής για πολύ ηλικιωμένους ασθενείς (ηλικίας ≥ 75 ετών) με κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) παραμένει δύσκολη. Η μελέτη μας αποσκοπεί στην κατανόηση της κλινικής λογικής πίσω από τα ποικίλα πρότυπα συνταγογράφησης αντιπηκτικής αγωγής σε αυτή την ομάδα ασθενών και να συγκρίνει τα κλινικά αποτελέσματα μεταξύ των νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών (ΝΑΣΑ) πλήρους ή μειωμένης δόσης και των ανταγωνιστών βιταμίνης Κ (ΑΒΚ). Μέθοδοι: Αυτή η αναδρομική ανάλυση της τυχαιοποιημένης μελέτης MISOAC-AF επικεντρώθηκε σε νοσηλεύομενους ασθενείς με ΚΜ, ηλικίας ≥ 75 ετών στους οποίους συνταγογραφήθηκε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή κατά την έξοδο τους μετά από νοσηλεία στην Καρδιολογική Κλινική. Υπολογίσαμε τους προσαρμοσμένους λόγους πιθανότητας (adjusted odds ratios, aOR) ώστε να αναδείξουμε προγνωστικούς παράγοντες για τη συνταγογράφηση ΑΒΚ έναντι των ΝΑΣΑ καθώς και για τη συνταγογράφηση μειωμένης δόσης ΝΑΣΑ έναντι της πλήρους δόσης. Τα μοντέλα Cox παλινδρόμησης υπολόγισαν τους προσαρμοσμένους λόγους κινδύνου (adjusted hazard ratios, aHRs) για το πρωτογενές (θάνατος από κάθε αίτιο) και τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία (εγκεφαλικό επεισόδιο, μείζων αιμορραγία, νοσηλείες σχετιζόμενες με ΚΜ ή με καρδιακή ανεπάρκεια ή καρδιαγγειακός θάνατος). Αποτελέσματα: Εκ των 450 ασθενών που μελετήθηκαν στην παρούσα ανάλυση (μέση ηλικία 82 ± 4 έτη), το 63,6% έλαβε ΝΑΣΑ (66,4% μειωμένη δόση, 33,6% πλήρης δόση) και το 36,4% ΑΒΚ. Υψηλότερες τιμές των CHA2DS2-VASc (aOR: 0,69, 95% CI 0,50-0,95, $p=0,02$) και HAS-BLED σκορ (aOR 0,33, 95% CI 0,23-0,48, $p<0,01$) και η ταυτόχρονη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων (aOR 0,74, 95% CI 0,54-1,00, $p=0,05$) συσχετίστηκαν με αυξημένη συνταγογράφηση ΑΒΚ. Συνοσηρότητες όπως η αρτηριακή

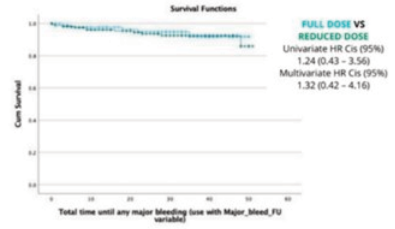
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

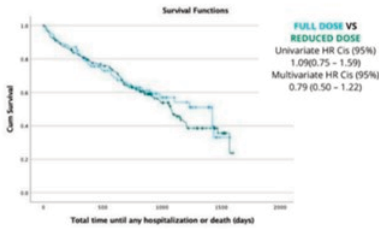
A.



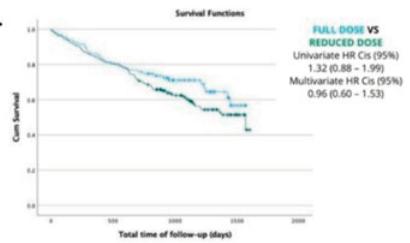
B.



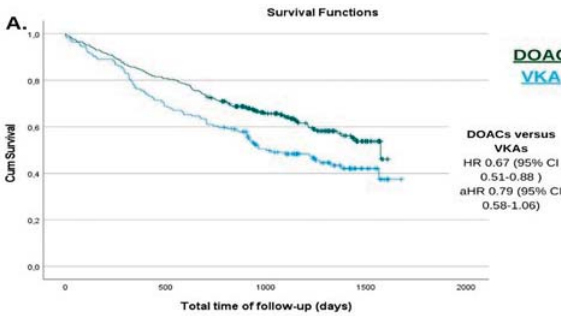
C.



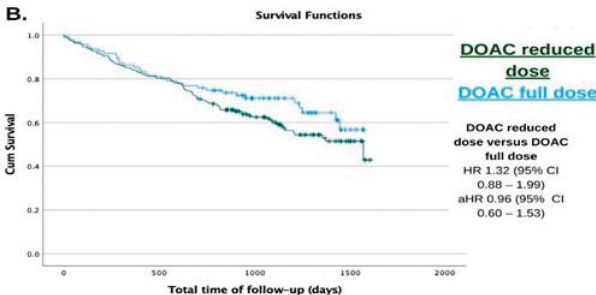
D.



A.



B.

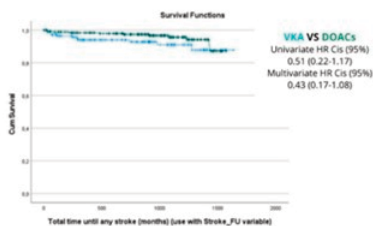


υπέρταση (aOR 4,80, 95% CI 2,30-10,00, $p < 0,01$), προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο (aOR 4,90, 95% CI 1,80-13,44, $p < 0,01$) και προηγούμενη μείζων αιμορραγία (aOR 2,72, 95% CI 1,26-5,88, $p = 0,01$) ευνοούσαν τη χρήση ΝΑΣΑ. Η αύξηση της ηλικίας (aOR 1,09, 95% CI 1,01 - 1,17, $p = 0,03$) και η χρόνια νεφρική νόσος (aOR 3,53, 95% CI 1,92 - 6,49, $p < 0,01$) συσχετίστηκαν με τη χορήγηση μειωμένης δοσολογίας ΝΑΣΑ. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 3,7 ετών, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο πρωτογενές καταληκτικό σημείο (θάνατος από κάθε αιτία) κατά τη σύγκριση των ΝΑΣΑ με τους ΑΒΚ (aHR 0,79, 95% CI 0,58-1,06, $p = 0,12$) και κατά τη σύγκριση της πλήρους με την μειωμένη δοσολογία ΝΑΣΑ (aHR 0,96, 95% CI 0,60 - 1,53, $p = 0,16$). Δεν

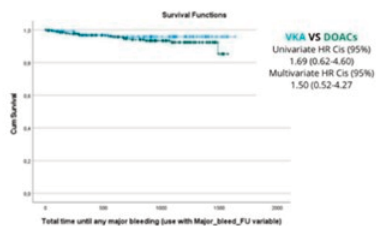
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

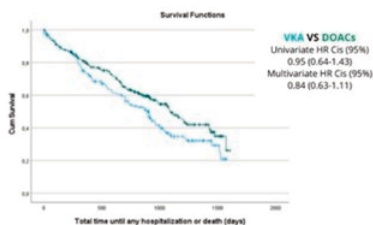
A.



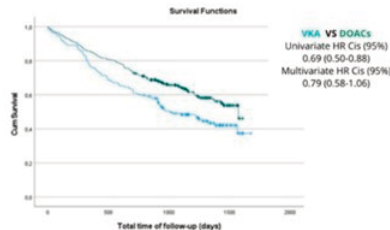
B.



C.



D.



υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ούτε στα δευτερογενή καταληκτικά σημεία της μελέτης. Συμπεράσματα: Συγκεκριμένες παράμετροι του κλινικού προφίλ ηλικιωμένων ασθενών με ΚΜ μπορούν να προβλέψουν τη χορήγηση ΝΑΣΑ ή ΑΒΚ. Τα κλινικά αποτελέσματα ήταν παρόμοια μεταξύ των διαφορετικών αντιπηκτικών αγωγών, ωστόσο δεδομένα από μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες απαιτούνται για να καθοριστεί η βέλτιστη αντιπηκτική αγωγή στους υπερήλικες ασθενείς με ΚΜ.

ΠΑ056 | Πρώιμη αξιολόγηση επιθεμάτων γενταμικίνης-κολλαγόνου κατά την εμφύτευση διαφλέβιων συστημάτων διαχείρισης ρυθμού

Κ. Πολυμερόπουλος¹, Π. Λαζαρίδης¹, Α. Σταυράτη¹, Σ. Αλ Καγιέτ¹, Σ. Κουτσιδης¹, Φ. Δημητριάδης¹, Ε. Ντάντου¹, Κ. Γαργάνη¹, Α. Μαγλαρά¹, Ι. Ζαρίφης¹

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι λοιμώξεις αποτελούν μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές των καρδιακών εμφυτεύσιμων συσκευών (Cardiac Implantable Electronic Devices-CIED) και συσχετίζονται με σημαντικά αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Σκοπός της μελέτης είναι η πρώιμη αξιολόγηση των επιθεμάτων γενταμικίνης-κολλαγόνου (Gentamycin Collagen Sponge-GCS) στην πρόληψη λοιμώξεων CIEDs και σχηματισμού αιματωμάτων. Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 22 μηνών επιλέχθηκαν 141 ασθενείς (26 γυναίκες) με μέση ηλικία 66,9 έτη, στους οποίους

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ους έγινε de novo εμφύτευση Καρδιακού Απινιδωτή (102), αντικατάσταση της γεννήτριας του Απινιδωτή/ Βηματοδότη (29), ή εμφύτευση διαφλέβιου Βηματοδότη (10), όπου έγινε χρήση του GCS κατά την επέμβαση. Εξ αυτών, 33/141 (23%) ελάμβαναν μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη), 40/141 (28%) ελάμβαναν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ενώ 56/141 (40%) ελάμβαναν από του στόματος αντιπηκτική αγωγή (Oral Anticoagulant-OAC). Στη συνέχεια επανεκτιμήθηκαν στις 30 ημέρες προς αξιολόγηση εμφάνισης αιματώματος θήκης συσκευής ή λοίμωξης CIED. Από τους 141 ασθενείς ένας εμφάνισε στοιχεία λοίμωξης, ενώ αιμάτωμα θήκης παρουσίασαν 10 ασθενείς, με τους 7 να λαμβάνουν μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, 2 να λαμβάνουν OAC και 1 διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Κανείς από αυτούς τους ασθενείς δεν χρειάστηκε διάνοιξη θήκης ή μετάγγιση αίματος και όλοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με πιεστική περιέδεση και προσωρινή διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής. Συμπέρασμα: Η χρήση GCS φαίνεται ασφαλής στη πρώιμη πρόληψη εμφάνισης λοίμωξης και αιματώματος κατά την εμφύτευση CIED.

ΠΑ057 | **Κατάλυση παραπληρωματικού δεματίου σε ασθενή με αποσύζευξη μιτροειδικού δακτυλίου**

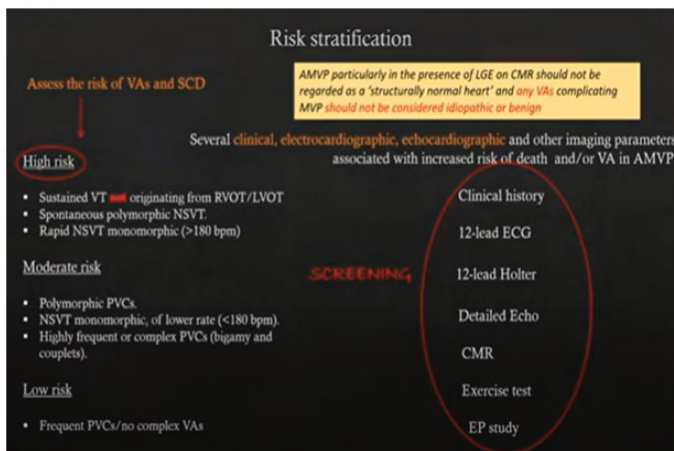
E. Παπαοικονόμου¹, M. Πιταροκοίλης¹, E. Χόντα¹, Στ. Σταυράκης¹, Σπ. Σταυράτης¹, E. Παπουτσάκη¹, M. Στρατινάκη¹, E. Ελευθεριάδου¹, A. Νεραντζούλης¹, Γ. Αλετράς¹, Γ. Γαρίδας¹, E. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η αποσύζευξη μιτροειδικού δακτυλίου (Mitral Annulus Disjunction-MAD) είναι ανατομική παραλλαγή με διαχωρισμό ανάμεσα στην πρόσφυση του οπίσθιου μιτροειδικού δακτυλίου στον αριστερό κόλπο και στο βασικό οπισθοπλάγιο κοιλιακό μυοκάρδιο. Ενίοτε συνυπάρχει πρόπτωση ενώ συχνά συνδυάζεται με κοιλιακές αρρυθμίες προέλευσης γύρω από τη μιτροειδική συσκευή, ιδιαίτερα από τον οπίσθιο θηλοειδή μυ. Επί ανεύρεσης MAD απαιτείται διστρωμάτωση αρρυθμολογικού κινδύνου. Υλικό- Μέθοδος Άντρας 35 ετών χωρίς γνωστό ιστορικό από το καρδιαγγειακό σύστημα διερευνήθηκε για επεισόδια αισθήματος παλμών αιφνίδιας έναρξης και τερματισμού. Η 24ωρη ΗΚΓ καταγραφή κατέδειξε μεμονωμένες έκτακτες υπερκοιλιακές συστολές και διαλειπόντως κύμα δ. Έγινε δοκιμασία κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ακολούθησε Ηλεκτροφυσιολογική Μελέτη όπου έγινε αναπαραγωγή υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας και αποκάλυψη αριστερού πλαιγίου παραπληρωματικού δεματίου με επιτυχή κατάλυση. Ωστόσο η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη κατέδειξε αποσύνδεση της μιτροειδικής συσκευής από το κοιλιακό μυοκάρδιο 1 cm, επιμήκυνση της πρόσθιας γλωχίνας χωρίς εικόνα πρόπτωσης και ήπια ανεπάρκεια της βαλβίδας. Αποτελέσματα Ακολούθησε MRI καρδιάς. Στην οπίσθια γλωχίνα της μιτροειδούς και κατά την Πέμπτη ώρα, στον άξονα των τριών κοιλοτήτων επιβεβαιώθηκε η ασυνέχεια του μιτροειδικού δακτυλίου με το μυοκάρδιο (Mitral Annulus Disjunction- MAD) 10,6 mm. Δεν τεκμηριώθηκε πρόπτωση. Δε διαπιστώθηκε εστιακή ίνωση στην περιοχή, ούτε στους θηλοειδείς μύες ή σε άλλη θέση του μυοκαρδίου. Συμπεράσματα Είναι γνωστό (2018) ότι οι ασθενείς με Mitral An-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



nulus Disjunction- MAD εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό κοιλιακές αρρυθμίες, ανεξαρτήτως προοπτικής της βαλβίδας. Έχει προταθεί πως η υπερδυναμική συσπαστικότητα του μιτροειδικού δακτυλίου οδηγεί σε διάταση και επιπέδωση ενώ αλλάζει τις ηλεκτροφυσιολογικές ιδιότητες των γειτονικών ιστών. Η μετάδοση μηχανικής τάσης στον υποβαλβιδικό μηχανισμό, τους θηλοειδείς μύς και το μυοκάρδιο οδηγεί σε εκφύλιση, υπερτροφία και

ίνωση (νεκροανατομικές μελέτες- εντόπιση βασικό κατώτερο τοίχωμα). Έτσι από ανατομική παραλλαγή μπορεί να εξελιχθεί σε αρρυθμογόνο οντότητα και γίνεται λόγος για Mitral Annulus Disjunction Arrhythmic Syndrome. Επιβάλλεται στενή παρακολούθηση/ διαστρωμάτωση κινδύνου. Θεραπευτικές επιλογές είναι φάρμακα, ablation (επιτυχία 60%, τεχνικά δύσκολο επί στείων στους θηλοειδείς μύες) ενώ δεν υπάρχουν μελέτες χειρουργικής αντιμετώπισης.

ΠΑ058 | Κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας υποβοηθούμενη από μαγνητική τομογραφία καρδιάς

Ο. Καρίκη¹, Ε. Νύκταρη¹, Α. Σαπλαούρας¹, Π. Μιληλής¹, Θ. Εφραιμίδης¹, Α. Μαρτίνος¹, Β. Χειλάς¹, Η. Πατσιώτης¹, Σ. Δράγασης¹, Κ. Λέτσας¹, Μ. Εφραιμίδης¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η προ-επεμβατική απεικόνιση του κοιλιακού μυοκαρδίου με μαγνητική τομογραφία καρδιάς σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας μπορεί να εντοπίσει περιοχές-στόχους για την κατάλυση και να περιορίσει την διάρκεια της επέμβασης. Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα εργασία, ασθενείς με δομική καρδιοπάθεια και ένδειξη κατάλυσης λόγω υποτροπιάζουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς προ της κατάλυσης. Μετά από κατάλληλη επεξεργασία και χρήση του λογισμικού ADAS-VT (Calgo Medical, Barcelona, Spain), δημιουργήθηκαν μοντέλα της αριστερής κοιλίας με σήμανση των περιοχών ενδιαφέροντος για κατάλυση (VT corridors: ζώνες βιώσιμου μυοκαρδίου εντός ουλής που συνδέουν υγιές μυοκάρδιο). Ακολούθησε ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση και εντόπιση περιοχών ενδιαφέροντος (DEEP mapping). Οι ει-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κόνες της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς συγχωνεύθηκαν με το μοντέλο ηλεκτροανατομικής χαρτογραφίας και οι περιοχές ενδιαφέροντος που εντοπίστηκαν με τις δυο τεχνικές συγκρίθηκαν ως προς την εντόπιση και τον αριθμό. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 8 ασθενείς. Υπήρξε 95% συμφωνία μεταξύ των περιοχών ενδιαφέροντος που εντοπίστηκαν από την μαγνητική τομογραφία καρδιάς και εκείνων της ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης. Δύο VT corridors που ανιχνεύθηκαν μέσω της μαγνητικής τομογραφίας δεν επιβεβαιώθηκαν κατά την ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση. Συμπεράσματα: Η προ-επεμβατική αξιολόγηση με μαγνητική τομογραφία καρδιάς των ασθενών με δομική καρδιοπάθεια που πρόκειται να υποβληθούν σε κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας μπορεί να εντοπίσει αναίμακτα κρίσιμες περιοχές του κυκλώματος της αρρυθμίας και να επιταχύνει τον χρόνο της επέμβασης κατάλυσης, επικεντρώνοντας την χαρτογράφηση σε εκείνες τις περιοχές.

ΠΑ059 | Περιοχές χαμηλών δυναμικών του αριστερού κόλπου και σκορ CHA2DS2-VASc σε διαφορετικά προφίλ θρομβοεμβολικού κινδύνου ασθενών με κολπική μαρμαρυγή

Π. Παπακωνσταντίνου¹, Σ. Ξυδώνας², Α. Μπατσούλη², Α. Μεγαρισιώτου², Γ. Παταβούκας², Κ. Αργυρόπουλος², Α. Βεκιάρη², Α. Δέτσικα², Α. Ξηνταράκου², Η. Μπέη², Α. Γκικόπουλος², Π. Νιάρχου², Π. Γουνόπουλος², Ι. Αλεξανιάν², Ε. Πράππα², Α. Τρίκας²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

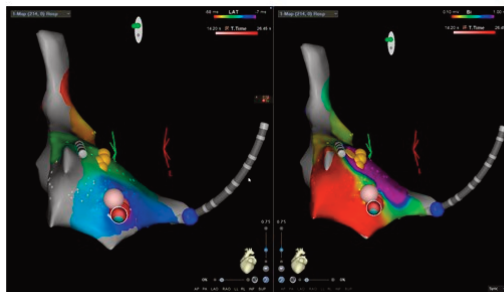
Εισαγωγή/Σκοπός Οι περιοχές χαμηλών δυναμικών (ΠΧΔ) στο ενδοκάρδιο του αριστερού κόλπου, που αξιολογούνται κατά τη διάρκεια των διαδικασιών κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), χρησιμοποιούνται συχνά ως δείκτης που υποδηλώνει την ύπαρξη ίνωσης του αριστερού κόλπου. Οι ΠΧΔ παρουσιάζουν σημαντικές συσχετίσεις με κλινικά συμβάματα όπως θρομβοεμβολικά φαινόμενα, και συνδέονται με σημεία πυροδότησης της ΚΜ. Να δείξουμε τη συσχέτιση μεταξύ ΠΧΔ και CHA2DS2-VASc σε διαφορετικά προφίλ θρομβοεμβολικού κινδύνου μεταξύ ασθενών με ΚΜ. Υλικό και μέθοδος Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών με ραδιοσυχνότητα (ΑΠΦΡ) για παροξυσμική ή εμμένουσα ΚΜ. Κατασκευάστηκε χάρτης υψηλής πυκνότητας 3D διπολικών δυναμικών σε όλους τους ασθενείς κατά τη διάρκεια φλεβοκομβικού ρυθμού (ΦΡ), καθοδηγούμενος από σύστημα ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης 3D (CARTO3, Biosense, Webster). Η οριακή τιμή για ΠΧΔ ορίστηκε ως διπολικό δυναμικό $\leq 0,5$ mV μετρημένη σε ΦΡ. Υπολογίστηκε επίσης η ΠΧΔ ως ποσοστό της χαρτογραφημένης επιφάνειας του αριστερού κόλπου σε ΦΡ. Ασθενείς με χαμηλό, ενδιάμεσο και υψηλό θρομβοεμβολικό κίνδυνο ορίστηκαν ως ασθενείς με σκορ CHA2DS2-VASc 0 (1 γυναίκα), 1 (2 γυναίκες), ≥ 2 (≥ 3 γυναίκες) αντίστοιχα. Αποτελέσματα Συμπεριλήφθηκαν σαράντα (40) ασθενείς [(ηλικία: $61,82 \pm 7,98$ έτη; 20 άνδρες (50%)]. Δεκαοχτώ ασθενείς (18; 45%) έπασχαν από παροξυσμική ΚΜ. Το υψηλότερο καταγεγραμμένο σκορ CHA2DS2-VASc ήταν 4 ($2 \pm 1,24$). Όσον αφορά τις ΠΧΔ, καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των σκορ CHA2DS2-VASc 0 και 1 ($p=0,0471$) και μεταξύ των τιμών 1 και 2 ($p=0,0256$), ενώ τα σκορ 2, 3 και 4 δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ούτε από τα σκορ 0 και 1. Συμπεράσματα Το σκορ CHA2DS2-VASc συσχετίστηκε σημαντικά με τις ΠΧΔ σε ασθενείς με ΚΜ και χαμηλό ή ενδιάμεσο θρομβοεμβολικό κίνδυνο.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ060 | Κατάλυση ταχυκαρδίας από επανείσοδο στον κολποκοιλιακό κόμβο με χρήση χάρτη ενεργοποίησης: Μια νέα μέθοδος
A. Μεγαρισιώτου¹, Σ. Ξυδώνας¹, Α. Μπατσούλη¹, Π. Παπακωνσταντινίου¹, Α. Λυκούδης¹, Γ. Παταβούκας¹, Ε. Κωνσταντινίδου¹, Α. Αναγνώστου¹, Ν. Ζιμπουνούμη¹, Δ. Πολύζος¹, Σ. Ζιγώγος¹, Δ. Μανωλάτος¹, Σ. Γεωργόπουλος¹, Ι. Λακουμέντας¹, Ε. Πράππα¹, Α. Τρίκας¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η ταχυκαρδία από επανείσοδο στον κολποκοιλιακό κόμβο (Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT) είναι η πιο συχνή υπερκοιλιακή ταχυκαρδία στην κλινική πράξη και η κατάλυση (ablation) με τη χρήση ραδιοσυχνότητας (RF) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την ύφεση των συμπτωμάτων. Η κατάλυση της βραδείας οδού αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο αντιμετώπισης της AVNRT. Ο στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότη-



τας και ασφάλειας μιας νέας τεχνικής εντόπισης και κατάλυσης της βραδείας οδού με χρήση χάρτη τοπικής ενεργοποίησης (Local Activation Time Map, LAT Map) σε συνδυασμό με χάρτη δυναμικών (Voltage Map). Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 76 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση κατάλυσης AVNRT. Σε όλους έγινε χαρτογράφηση με τη χρήση συστήματος ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης CARTO 3 (CARTO PRIME V7, BiosenseWebster). Η εφαρμογή ενέργειας γινόταν στην περιοχή της τελευταίας κολπικής ενεργοποίησης σε επαφή με το τρίγωνο του Koch, όπως αυτή καθοριζόταν στον χάρτη χρόνου τοπικής ενεργοποίησης (LAT Map) σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά χαμηλών δυναμικών (Low voltage bridge) από το χάρτη δυναμικών. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 76 ασθενείς με μέση ηλικία τα 51.4 ± 14.4 έτη. Οι 50 (65.8%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος χρόνος επέμβασης ήταν τα 66.4 ± 24.9 λεπτά. Ο μέσος χρόνος κατάλυσης με εφαρμογή ραδιοσυχνότητας (RF ablation) ήταν τα 73.8 ± 59 λεπτά και ο μέσος των RF εφαρμογών (RF applications) ήταν οι 3.7 ± 2.7 εφαρμογές. Η μέση τιμή ablation index ήταν 374 ± 86 . Η μέση δύναμη εφαρμογής (contact force) ήταν 7 ± 2.2 γραμμάρια και η μέση τιμή πτώσης αντίστασης ήταν 8.6 ± 3.7 Ω. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκή κατά τη διενέργεια επέμβασης, ενώ δεν υπήρξε υποτροπή κατά την παρακολούθηση των ασθενών για 12 μήνες. Συμπεράσματα: Η κατάλυση της βραδείας οδού με τη χρήση χάρτη ενεργοποίησης μέσω συστήματος ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης αποτελεί μια καινοτόμο, ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική στην κατάλυση της AVNRT. Η χρήση του συστήματος παρέχει τη δυνατότητα διενέργειας της επέμβασης με ελάχιστη ακτινοβολία, πολύ μικρό αριθμό εφαρμογών ενέργειας και μηδενικές επιπλοκές από πρόκληση βλάβης του ερεθισματαγωγού συστήματος, λόγω σαφούς χαρτογράφησης και οριοθέτησης αυτού.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

10.00-11.00 Επεμβατική καρδιολογία I / Interventional Cardiology I

Πρόεδροι: **Μ. Χαμηλός** (Ηράκλειο), **Ι. Τσιαφούτης** (Αθήνα)
 Chairpersons: **M. Hamilos** (Heraklion), **I. Tsiafoutis** (Athens)

ΠΑ061 | Advancements in Mitral Regurgitation management with MitraClip system: Echocardiographic and functional outcomes from a single-center study

G. Papadopoulos¹, I. Ninios¹, S. Evangelou¹, A. Ioannides¹, V. Ninios¹

¹ 2nd Cardiology Department, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Introduction/ Purpose: Mitral Regurgitation (MR) stands as the second common valvular disorder leading to significant morbidity and mortality. Transcatheter mitral edge to edge repair (TEER) is an alternative for ineligible patients for surgical intervention. This study aims to evaluate echocardiographic and functional outcomes of the MitraClip® G4 system. Materials and Methods: Patients diagnosed with moderate-to-severe (3+) or severe (4+) degenerative MR (DMR) or functional MR (FMR), classified as New York Heart Association (NYHA) class III or IV, who underwent TEER with the MitraClip® G4 system at our center between January 2021 and December 2023 were included. Data encompassing demographic, clinical, laboratory, imaging, and hemodynamic parameters were collected. MR severity and NYHA class serial changes were assessed using an alluvial plot. A multivariate Cox proportional hazards model identified independent predictors of achieving NYHA class I at 30-day or 1-year follow-up. Results: A total of 83 patients (71% with FMR) underwent TEER, with a median age of 70 years (IQR: 11) at baseline and a 9.6% 1-year mortality rate. At 30-days follow-

Table 1.1 Adjusted and Unadjusted Hazard Ratios of NYHA class I in 30 days

Characteristic	N	Univariate			Multivariate		
		HR*	95% CI†	p-value	HR*	95% CI†	p-value
Age	83	1.0	0.96, 1.03	0.7	—	—	
Male sex	83	0.91	0.44, 1.90	0.8	—	—	
EuroSCORE II	83	0.50	0.28, 0.88	0.017	0.64	0.38, 1.14	0.13
acFRR	83	1.01	0.99, 1.03	0.4	—	—	
NT-proBNP [‡]	83	0.55	0.37, 0.82	0.003	0.63	0.41, 0.95	0.030
HF	83	0.56	0.27, 1.14	0.11	—	—	
Hospitalization	—	—	—	—	—	—	
HF	83	0.57	0.23, 1.38	0.2	—	—	
AF	83	0.82	0.46, 1.46	0.6	—	—	
PPHM	83	0.35	0.09, 1.47	0.2	—	—	
COPO	83	1.77	0.87, 3.58	0.11	—	—	
Diabetes	83	0.84	0.32, 2.20	0.7	—	—	
KO/CRT	83	0.90	0.54, 1.50	0.7	—	—	
MR etiology	83	—	—	—	—	—	
DMR	—	—	—	—	—	—	
FMR	83	0.48	0.23, 0.98	0.044	0.66	0.31, 1.41	0.3
Number of clips implanted	83	—	—	—	—	—	
1	—	—	—	—	—	—	
2	—	1.34	0.63, 2.86	0.5	—	—	
3	—	5.02	0.67, 37.7	0.12	—	—	
Hospital stay	82	0.72	0.37, 1.49	0.3	—	—	
Echocardiography	—	—	—	—	—	—	
LVEF	83	5.37	0.16, 182	0.4	—	—	
LVOD	83	0.72	0.42, 1.24	0.2	—	—	
ERO	83	1.00	0.67, 1.53	>0.9	—	—	
MR severity at 30 days	83	—	—	—	—	—	
1+	—	—	—	—	—	—	
2+	—	1.22	0.58, 2.51	0.6	—	—	
3+	—	1.60	0.21, 12.0	0.6	—	—	
MR severity at 1 year	48	—	—	—	—	—	
1+	—	—	—	—	—	—	
2+	—	1.14	0.40, 3.29	0.8	—	—	
3+	—	0.00	0.00, inf	>0.9	—	—	
Hemodynamics	—	—	—	—	—	—	
PASP	83	0.89	0.46, 1.53	0.6	—	—	
PCoAP	83	0.98	0.63, 1.53	0.4	—	—	
mRAP	82	0.98	0.61, 1.55	0.5	—	—	
mPAP	83	0.97	0.63, 1.52	0.5	—	—	
CI	82	2.21	1.07, 4.59	0.033	—	—	

* HR = Hazard Ratio, CI = Confidence Interval

† Presented as Natural Logarithm (ln)

Table 1.2 Adjusted and Unadjusted Hazard Ratios of NYHA class I in 1 year

Characteristic	N	Univariate		Multivariate		
		HR*	95% CI†	HR*	95% CI†	
Age	83	0.98	0.95, 1.01	0.12	—	
Male sex	83	0.92	0.45, 1.85	0.8	—	
EuroSCORE II	83	0.40	0.23, 0.69	0.001	0.50	0.26, 0.89
acFRR	83	1.02	1.00, 1.04	0.025	—	
NT-proBNP [‡]	83	0.58	0.40, 0.85	0.004	0.67	0.44, 0.99
HF hospitalization	83	0.49	0.25, 0.96	0.037	0.64	0.32, 1.26
HF	83	0.49	0.26, 1.18	0.11	—	
AF	83	0.61	0.31, 1.19	0.15	—	
PPHM	83	0.51	0.16, 1.66	0.3	—	
COPO	83	1.44	0.75, 2.83	0.3	—	
Diabetes	83	0.96	0.40, 2.33	>0.9	—	
KO/CRT	83	0.89	0.55, 1.46	0.6	—	
MR etiology	83	—	—	—	—	
DMR	—	—	—	—	—	
FMR	83	0.49	0.25, 0.97	0.040	—	
Number of clips implanted	83	—	—	—	—	
1	—	—	—	—	—	
2	—	0.98	0.46, 2.13	>0.9	—	
3	—	4.24	0.37, 51.6	0.2	—	
Hospital stay	82	0.77	0.40, 1.46	0.4	—	
Echocardiography	—	—	—	—	—	
LVEF	83	4.44	0.15, 131	0.4	—	
LVOD	83	0.79	0.47, 1.32	0.4	—	
ERO	83	1.00	0.67, 1.53	0.9	—	
MR severity at 30 days	83	—	—	—	—	
1+	—	—	—	—	—	
2+	—	1.47	0.73, 2.94	0.3	—	
3+	—	1.60	0.21, 12.0	0.6	—	
MR severity at 1 year	48	—	—	—	—	
1+	—	—	—	—	—	
2+	—	0.93	0.36, 2.42	0.9	—	
3+	—	0.00	0.00, inf	>0.9	—	
Hemodynamics	—	—	—	—	—	
PASP	83	0.99	0.96, 1.02	0.5	—	
PCoAP	83	0.98	0.93, 1.02	0.3	—	
mRAP	82	0.95	0.88, 1.02	0.14	—	
mPAP	83	0.97	0.93, 1.02	0.2	—	
CI	82	1.73	0.87, 3.45	0.12	—	

* HR = Hazard Ratio, CI = Confidence Interval

† Presented as Natural Logarithm (ln)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

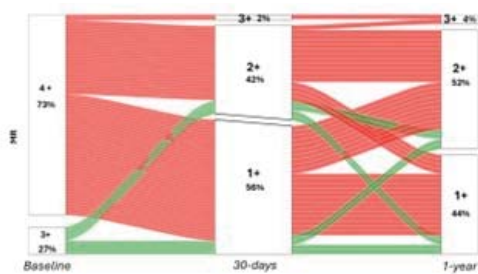


Figure 1.1 Mitral regurgitation (MR) severity serial change. Abbreviations: MR: Mitral Regurgitation

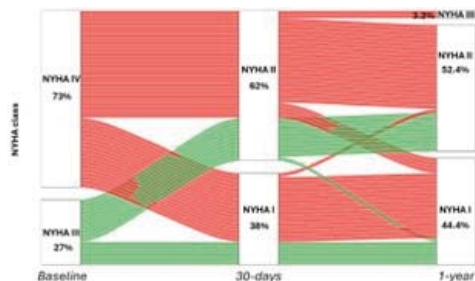


Figure 1.2 New York Heart Association (NYHA) class serial change. Abbreviation: NYHA: New York Heart Association

up, no severe MR was observed, with MR $\leq 2+$ achieved in 98% of patients at 1 year. Notably, 23% of severe MR patients showed only mild MR after 1 year (Figure 1.1). All patients achieved NYHA class I or II at 30 days, and 96.8% of the total cohort maintained this status at 1 year. Thirty-one (38%) and 28 (44.4%) patients were asymptomatic (NYHA class I) at 30 days and 1 year, respectively (Figure 1.2). Lower baseline N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) values predicted achieving NYHA class I at 30 days (hazard ratio [HR]: 0.63, 95% confidence interval [CI]: 0.41–0.95, $p = 0.030$) (Table 1.1), while lower baseline European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (EuroSCORE II) and NT-proBNP values predicted achieving NYHA class I at 1 year [(HR: 0.50, 95% CI: 0.28–0.89, $p = 0.019$), (HR: 0.67, 95% CI: 0.44–0.99, $p = 0.049$), respectively] (Table 1.2). Conclusions: This single center study underscores significant echocardiographic and functional improvements following TEER with the novel MitraClip[®] system, with baseline NT-proBNP and EuroSCORE II serving as predictive markers for functional enhancement.

ΠΑ062 | Current experience of endovascular repair of aortic arch aneurysms with Nexus endograft

T. Bisdas¹, N. Dimopoulos¹, N. Iatrou¹, P. Theodoridis¹

¹ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Background: Aortic arch aneurysms, whether de novo or post-dissection, pose significant challenges for open surgical repair, often associated with high rates of serious adverse events. The advent of new endovascular devices has enabled minimally invasive repair for selected patients with aortic aneurysms. However, the global experience with these devices is still limited, and the results remain controversial. This study presents the largest series to date of endovascular aortic arch repairs using the novel Nexus multibranched endograft. **Methods:** Between January 2023 and June 2024, all patients treated solely endovascularly for an aortic arch aneurysm in our clinic were included. In all patients, the Nexus device (Artivion) was used. The Nexus device has either one branch for the brachiocephalic trunk as an off-the-shelf device or two branches (Nexus Duo) as a custom-made endograft. Primary endpoint of the study was any major adverse cardiovascular and cerebral event (MACCE) at 30 days. Secondary endpoints were procedural and technical success, type I endoleak, mortality at 1 year and any adverse event from the supra-aortic surgical debranching. Re-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

sults: Fourteen (n=14) patients were included in this study. The main indication for aneurysm repair was a post-dissection aneurysm in 9 patients (64%) and a de novo aneurysm in 5 patients (36%). Five patients (36%) received a custom-made endograft, whereas nine patients (64%) underwent implantation of the off-the-shelf device. Technical success was 100% without intraoperative type Ia endoleak. No MACCE was observed at 30 days. One death was reported at 1 year. One hematoma required reoperation in the neck after total supra-aortic debranching. No type I endoleaks were observed at follow-up. Conclusions: The preliminary experience with the Nexus device for the endovascular repair of aortic arch aneurysms is promising, but long-term outcomes are awaited. The low rate of MACCE and high technical success rate are significant advantages of this device.

ΠΑ063 | Κλινικά συμβάματα σε ασθενείς με και χωρίς υπερευαισθησία στο νικέλιο μετά από σύγκλιση βατού ωοειδούς τρήματος
Α. Αποστολός¹, Σ. Γρηγορίου², Μ. Δρακοπούλου¹, Γ. Τρανταλής³, Ε. Χατζηδημητρίου², Ι.Α. Κλείδωνα², Κ. Αγγέλη¹, Α. Στρατηγός², Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Α. Συγγρός,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκλιση του βατού ωοειδούς τρήματος (PFO) θεωρείται μια αποτελεσματική επέμβαση για τη δευτερογενή πρόληψη κρυπτογενών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι Amplatzer® PFO occluder και Gore Helex® septal occluder είναι οι δύο εγκεκριμένες συσκευές και αποτελούνται από ένα κράμα νικελίου-τιτανίου. Αν και το νικέλιο θεωρείται ως βασικό αίτιο υπερευαισθησίας παγκοσμίως, παραμένει άγνωστη η επίδραση της σύγκλισης του PFO σε ασθενείς με υπερευαισθησία στο νικέλιο. Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αν οι ασθενείς με υπερευαισθησία στο νικέλιο είναι εμφανίζονται ανεπιθύματα συμβάματα μετά τη σύγκλιση του PFO. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη μας. Πριν την επέμβαση, δερματικές δοκιμασίες νικελίου πραγματοποιούνται σε όλους τους ασθενείς και τυχαιοποιούνται σε μια από τις δύο συσκευές. Κατά τη διάρκεια της τρίμηνης παρακολούθησης αξιολογούμε το πρωτογενές σύνθετο καταληκτικό σημείο, που περιλαμβάνει το προκάρδιο άλγος, το αίσθημα παλμών, τη νέα εμφάνιση κεφαλαλγιών και την ανάπτυξη εξανθήματος. Η τυφλοποίηση διατηρήθηκε για τους ασθενείς, τον επεμβατικό καρδιολόγο και τον ερμηνητή που αξιολογεί τα καταληκτικά σημεία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Συνολικά 63 ασθενείς πραγματοποιήσαν διακαθετηριακή σύγκλιση PFO, ολοκλήρωσαν την τρίμηνη παρακολούθηση συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση μας. Η πλειονότητα ήταν άνδρες (n=33, 52,4%) με μέση ηλικία 46,1 ± 10,1 έτη. Η διάμεση τιμή RoPE score ήταν 7 (6-8). Η υπερευαισθησία στο νικέλιο τεκμηριώθηκε στο 30,8% των ασθενών. Το κύριο καταληκτικό σημείο σημειώθηκε στο 37,7% (n=23) του συνολικού πληθυσμού, με στατιστικά σημαντικά υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με υπερευαισθησία στο νικέλιο συγκριτικά με αυτούς χωρίς (61,1% έναντι 27,9%, p=0,015, OR: 4,060, 95% CI: 1,275 - 12,930). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάλογα με τη συσκευή που τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν οι ασθενείς (p=0,096 και p=0,078, αντίστοιχα). Δεν σημειώθηκε κάποιο νέο ισχαιμικό εγκεφαλικό επει-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

σόδιο, κάποια σοβαρή αναφυλακτική αντίδραση ή ανάγκη για χειρουργική αφαίρεση της συσκευής στους ασθενείς που συμμετέχουν στη μελέτη μας. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με τεκμηριωμένη υπερευαισθησία στο νικέλιο είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν συμπτώματα όπως θωρακαλγία, αίσθημα παλμών, κεφαλαλγία και εξάνθημα μετά τη διαδικασία. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την επικύρωση των ευρημάτων μας.

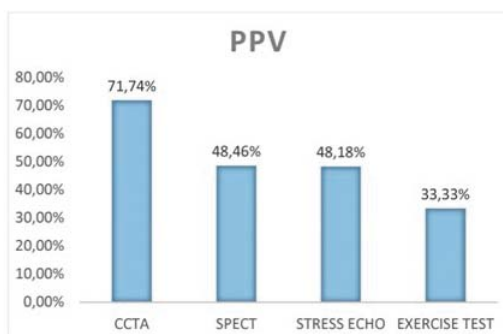
ΠΑ064 | Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

**Ε. Σερτεδάκη¹, Α. Κατσιάνης¹, Α. Νταλιάνης¹, Δ. Παπουτσή¹,
Μ. Τσελεγκίδου¹, Ι. Μηλιόρδος¹, Μ. Αθανασίου¹, Σ. Χατζίδου¹,
Μ. Καλογερά¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διαχείριση της χρόνιας στεφανιαίας νόσου εξακολουθεί να αποτελεί μια πρόκληση, με τις αναίμακτες δοκιμασίες ισχαιμίας να έχουν καίρια θέση στην αναγνώριση των ασθενών που πρόκειται να ωφεληθούν από την επαναιμάτωση. Πέραν των λειτουργικών δοκιμασιών, τα τελευταία χρόνια, στη διαγνωστική φαρέτρα έχει προστεθεί η αξονική στεφανιογραφία, η οποία, κατά κύριο λόγο, παρέχει ανατομικές πληροφορίες. Ωστόσο, η διαγνωστική αποδοτικότητα των διαφόρων δοκιμασιών δεν έχει αποσαφηνισθεί πλήρως, οδηγώντας, μάλιστα, σε διαφοροποιήσεις στις κατευθυντήριες οδηγίες μεταξύ των καρδιολογικών εταιρειών. Σκοπός: Στόχος της παρούσας αναδρομικής μελέτης είναι η σύγκριση της θετικής προγνωστικής αξίας της αξονικής στεφανιογραφίας με αυτή των λειτουργικών δοκιμασιών. Υλικό και Μέθοδοι: Για το σκοπό αυτό, συλλέχθηκαν κλινικοεργαστηριακά δεδομένα από 364 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας 67 (SD:12) ετών που προσήλθαν προγραμματι-

σμένα για διενέργεια στεφανιογραφικού ελέγχου στο ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ από το Σεπτέμβριο του 2022 έως και τον Δεκέμβριο του 2023. Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο, με το 63% αυτών να έχει τουλάχιστον δύο προδιαθεσικούς παράγοντες. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος τους ήταν 28,6 kg/m² (SD:4,98) και το 5% αυτών έπασχαν από χρόνια νεφρική νόσο. Εκ του στεφανιογραφικού ελέγχου ανεδείχθη σημαντική στεφανιαία νόσος σε 173 ασθενείς, εκ των οποίων οι



PPV: Θετική προγνωστική αξία, CCTA: Αξονική στεφανιογραφία, SPECT: Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης σε ηρεμία και κόπωση, STRESS ECHO: Υπερηχοκαρδιογράφημα κοπώσεως με δοβουταμίνη, EXERCISE TEST: Δοκιμασία κοπώσεως με βόδιση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Results					
	TP	FP			Row Totals
CCTA	33 (23.28) [4.08]	13 (22.72) [4.16]			46
SPECT	63 (68.78) [0.12]	67 (64.22) [0.12]			130
STRESS ECHO	66 (69.32) [0.16]	71 (67.66) [0.16]			137
EXERCISE TEST	7 (10.63) [1.24]	14 (10.37) [1.27]			21
Column Totals	169	165			334 (Grand Total)

The chi-square statistic is 11.2883. The p -value is .010265. The result is significant at $p < .05$.

Pearson's Chi² test, TP: Αληθώς θετικό αποτέλεσμα, FP: Ψευδώς θετικό αποτέλεσμα, CCTA: Αξονική στεφανιογραφία, SPECT: Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης σε ηρεμία και κόπωση, STRESS ECHO: Υπερηχοκαρδιογράφημα κοπώσεως με δοβουταμίνη, EXERCISE TEST: Δοκιμασία κοπώσεως με βάρδια

151 προχώρησαν σε αγγειοπλαστική την ίδια ημέρα, ενώ στους υπόλοιπους 22 συνεστήθη καρδιοχειρουργική εκτίμηση. Προεπεμβατικά, 46 ασθενείς (12,6%) υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία, 130 (35,7%) σε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης σε ηρεμία και κόπωση, 137 (37,6%) σε υπερηχοκαρδιογράφημα κοπώσεως με δοβουταμίνη, 21 (5,8%) σε δοκιμασία κοπώσεως με βάρδια, ενώ 30 ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε καμία δοκιμασία πριν την επεμβατική στεφανιογραφία. Η θετική προγνωστική αξία της αξονικής στεφανιογραφίας ήταν 71,74% (95% CI: 56,54%-84,01%), του σπινθηρογραφήματος 48,46% (95% CI: 39,61%-57,39%), της υπερηχογραφίας κοπώσεως 48,18% (95% CI: 39,56%-56,87%) και της δοκιμασίας κοπώσεως 33,33% (95% CI: 14,59%-56,97%). Φάνηκε ότι η θετική προγνωστική αξία της αξονικής στεφανιογραφίας ήταν σημαντικά υψηλότερη συγκριτικά με τις υπόλοιπες αναίμακτες δοκιμασίες (p -value: 0,01). Συμπεράσματα: Η αξονική στεφανιογραφία φαίνεται να υπερέχει των αναίμακτων δοκιμασιών στην αναγνώριση της σταθερής στεφανιαίας νόσου που χρήζει επανααιμάτωσης. Απαιτούνται, όμως, μεγαλύτερες τυχαίοποιημένες μελέτες για την καλύτερη εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας της μεθόδου, ενώ και η υβριδική (λειτουργική και ανατομική) προσέγγιση αξίζει να μελετηθεί περαιτέρω.

ΠΑ065 | SmartFFR, a Novel Virtual Functional Index of Coronary Stenosis: Validated With Invasive FFR Data

S. Nikopoulos¹, P. Siogkas, C. Konstantinou¹, A. Efstathopoulos¹, K. Tsimos², D. Nikas¹, C. Katsouras¹, L. Michalis³

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

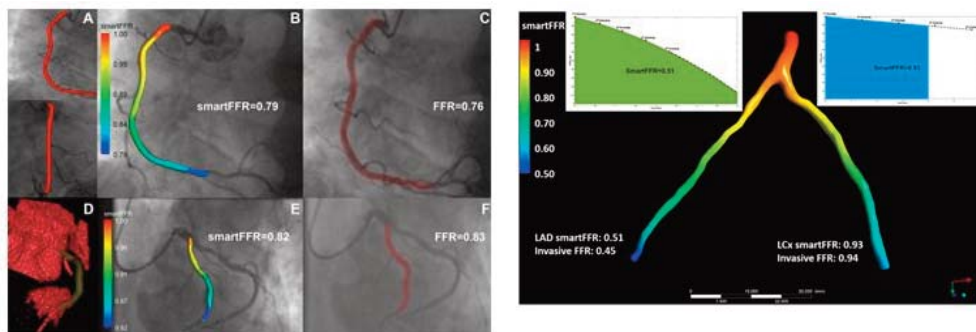
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΣΡΩΤΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction: Fractional flow reserve (FFR) is considered the gold standard for the assessment of

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



the severity of coronary stenoses in patients undergoing invasive coronary angiography (ICA). Because of its consistent ability to identify hemodynamically important lesions, it is a great tool for guidance during percutaneous coronary intervention (PCI). Aim: In this study our aim is to compare the effectiveness of SmartFFR, a novel functional marker of coronary stenosis severity, with the gold standard of invasive fractional flow reserve (FFR). We present a new approach for a really on-site and real-time, geometrically derived functional assessment of coronary stenosis, which can be performed with ICA datasets. Our dataset collected patients from our catheterization laboratory from January to December 2023 and was used to assess the suggested method's overall diagnostic performance. The results were compared to the conventional pressure-wire FFR measurements that were previously known. Methods and Results: In order to calculate SmartFFR, blood flow simulations are carried out on the reconstructed 3D models of the arteries of interest using the finite element method. The arterial lumen is discretized into tetrahedral finite elements of face size that ranges from 0.09–0.12 mm, as defined by a mesh sensitivity analysis, and the respective Navier-Stokes and continuity equations are then solved using ANSYS® CFX 16.2. In a dataset of 30 patients undergoing invasive coronary angiography (ICA), as well as invasive FFR measurement, SmartFFR was computed after the 3D reconstruction of the vessels of interest and the subsequent blood flow simulations. 37 vessels were analyzed with a mean total computational time of seven minutes. SmartFFR was used to process all models reconstructed by either method. The mean FFR value of the examined dataset was 0.838 ± 0.078 with 95% CI for the mean of 0.828–0.849, whereas the mean SmartFFR value was 0.848 ± 0.089 with 95% CI for the mean of 0.83–0.857. SmartFFR was significantly correlated with invasive FFR values (RICA = 0.84, pICA < 0.0001, Roverall = 0.836, poverall < 0.0001), showing good agreement as depicted by the Bland-Altman method of analysis. The optimal SmartFFR threshold to diagnose ischemia was ≤ 0.81 for the ICA-derived dataset, as defined by a ROC analysis (AUCoverall = 0.956, p < 0.001, AUCICA = 0.975, p < 0.001). Conclusion: In this study, we have shown that our recently proposed SmartFFR virtual index is effective in determining, in a matter of minutes, the hemodynamic significance of coronary stenoses using the most well-known invasive coronary imaging modality (ICA). We have demonstrated the efficacy of SmartFFR to discriminate hemodynamically significant stenoses in ICA-derived coronary 3-dimensional models on-site with relatively fast computational time and low computational cost. SmartFFR correlated well with the invasively measured FFR, which is the gold standard in the functional assessment of coronary stenoses.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ066 | Drug-coated balloons for the treatment of in-stent restenosis and de novo coronary artery lesions: the concept of “leave nothing behind”
**X. Sakellariou¹, A. Efstathopoulos², K. Tsimos³, S. Nikopoulos²,
 C. Konstantinou², M. L. Mavrogianni², P. Touloupis², E. Mastoridou¹,
 T. Kolettis², D. Nikas²**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Drug-eluting stents (DES) are considered the treatment of choice for percutaneous coronary interventions but their use presents certain limitations, such as in-stent restenosis (ISR), late stent thrombosis as well as long-term antiplatelet therapy. To overcome some of these limitations, drug-coated balloons (DCB) have been developed in recent years and emerged as a potential alternative of DES, combining the advantage of more homogenous drug-tissue release without the need for prosthesis implantation favoring the maintenance of the original anatomical vessel structure and restoration of arteries vasomotion. **Methods:** This retrospective study enrolled patients who had coronary lesions (de novo or first ISR) amenable to treatment with DCB angioplasty accompanied by either optical coherence tomography (OCT) or intravascular ultrasound guidance. The primary endpoint was the vessel-oriented composite endpoint (VOCE), defined as a composite of cardiac death, vessel-related myocardial infarction, and ischemia-driven target vessel revascularization. Secondary study endpoint included any major bleeding event. **Results:** Overall, 15 patients (mean age 65.2 ± 8.9 years, 53.3% presented with acute coronary syndrome and 46.7% had diabetes mellitus) were successfully treated with sirolimus-coated balloon following aggressive lesion preparation with cutting/scoring balloons or even atherectomy and

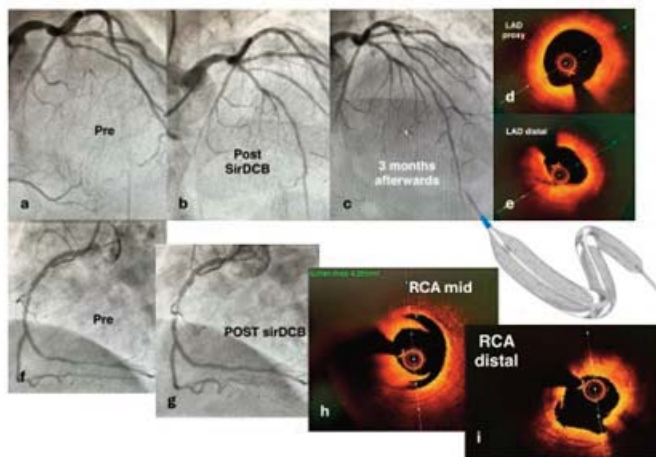


Figure 1. DCB angioplasty in a 60-yr-old diabetic patient with increased risk for ISR and high bleeding risk guided by OCT. (a, b) Treatment of LAD CTO with DCB and TIMI 3 flow restoration. (c, d, e) 3 months afterwards, a repetitive angiography accompanied by intracoronary imaging with OCT revealed a healing course of the vascular wall in the proximal part with $MLA=7.06mm^2$ and a localized dissection in the distal segment with $MLA>3mm^2$ without any flow limitation. (f, g) Staged DCB angioplasty in severe mid and distal RCA stenoses with TIMI 3 flow restoration. (h, i) OCT demonstrated only localized coronary artery dissection with sufficient lumen area ($MLA_{distal}=3.56mm^2$ and $MLA_{mid}=4.26mm^2$). (DCB: Drug-Coated Balloon; ISR: In-Stent Restenosis; OCT: Optical Coherence Tomography; LAD: Left Anterior Descending; CTO: Chronic Total Occlusion; MLA: Minimum Lumen Area)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

intracoronary lithotripsy. 73.3% of patients suffered from DES ISR whereas ostial and bifurcation lesions accounted for the rest 26.7% of cases managed with the use of DCB alone, or as a part of a hybrid strategy in combination with DES. No patient demonstrated procedure-related flow-limiting dissection. During 1-year follow-up no VOCI occurred and no patient experienced major bleeding, highlighting the effectiveness of DCB approach as well as the importance of pretreatment with plaque modification and intracoronary imaging. Figure 1 shows a representative case managed with DCB guided by OCT. Conclusions: We demonstrated the feasibility of DCB angioplasty in patients with ISR and complex coronary lesions. However, safety and effectiveness of DCB in coronary de novo stenosis warrants more exploration and only large randomized clinical trials will give an answer to the possible extensive use of this technology.

ΠΑ067 | Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας σε ασθενείς με προϋπάρχουσα δυσλειτουργούσα διαδερμική προσθετική βαλβίδα

N. Κτενόπουλος¹, A. Αποστολός¹, A. Καρανάσος², O. Κατσαρός¹, A. Κολιαστάσης¹, X. Σιμπούλου¹, Σ. Τσαλαμανδρής³, M. Δρακοπούλου¹, A. Συνετός¹, Γ. Λάτσιος¹, K. Αγγέλη¹, K. Τσιούφης¹, K. Τούτζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

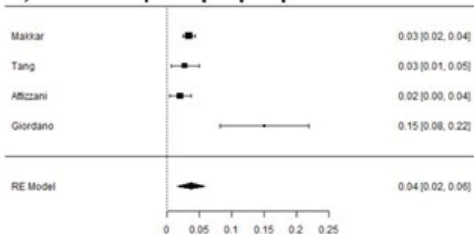
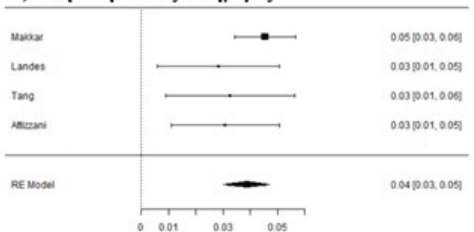
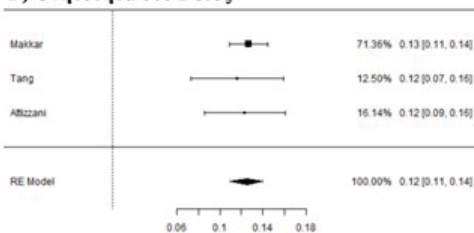
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας(Transcatheter Aortic Valve Implantation-TAVI) έχει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της σοβαρής αορτικής στένωσης(ΑΣ). Ωστόσο, οι ενδοπροθέσεις των TAVI έχουν πεπερασμένη διάρκεια ζωής, ενώ τα ποσοστά TAVI σε ασθενείς με προηγούμενη TAVI(επέμβαση TAVI-in-TAVI) αυξάνονται αισθητά. Παρόλο που τα δεδομένα σχετικά με τις TAVI υποδεικνύουν χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων(ΑΕΕ) εντός του 1-έτους, η TAVI-in-TAVI έχει μελετηθεί λιγότερο. Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συστηματική ανασκόπηση των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της TAVI-in-TAVI. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane για μελέτες που αξιολογούν τα χαρακτηριστικά και τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVI-in-TAVI. Το κύριο καταληκτικό σημείο είναι τα ποσοστά θνητότητας ενδονοσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία συμπεριέλαβαν τα ενδονοσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος ΑΕΕ, τις ενδονοσοκομειακές αγγειακές επιπλοκές, τη μετατροπή σε καρδιοχειρουργική επέμβαση(ΚΕ), τη συμπίεση ή απόφραξη των στεφανιαίων στομίων(ΑΣΣτ), τη διάτρηση με ή χωρίς επιπωματισμό, και την ενδονοσοκομειακή και στις 30-ημέρες εμφύτευση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη(MTB) μετεπεμβατικά. Υπολογίστηκε η αθροιστική επίπτωση των καταληκτικών σημείων και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης(Confidence interval-CI). Ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων(DerSimonian-Laird) χρησιμοποιήθηκε για να ληφθεί υπόψη η ετερογένεια μεταξύ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

A) Ενδοσσοκομειακή θνητότητα**B) Θνητότητα στις 30-ημέρες****Γ) Θνητότητα στο 1 έτος**

των μελετών που συμπεριελήφθησαν. Αποτελέσματα: Η μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε συνολικά 5 μελέτες και 2.145 ασθενείς και έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI-in-TAVI είχαν θνητότητα 3,7% (95%CI:1,6%-5,9%), 3,9% (95%CI:3%-4,7%) και 12,5% (95%CI:11%-14%) ενδοσσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος, από κάθε αιτία, αντίστοιχα, ενώ ΑΕΕ εμφανίστηκε στο 1,8% (95%CI:1,2%-2,4%), 2,1% (95%CI:1,4%-2,9%) και 3% (95%CI:2,3%-3,8%) των ασθενών ενδοσσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος, αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μετατροπή σε ΚΕ, η ΑΣΣτ και η διάτρηση με ή χωρίς επιπωματισμό σημειώθηκε σε <1% των ασθενών, ενώ το 6,1% (95%CI:2,2%-9,9%) των ασθενών είχαν αγγειακές επιπλοκές. Λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά εμφύτευσης MTB, οι ασθενείς είχαν 1,8% (95%CI:1,2%-2,4%) ενδοσσοκομειακή και 6,8% (95%CI:5,2%-8,3%) επίπτωση στις 30-ημέρες. Συμπέρασμα: Η ανάλυση αυτή είναι η πρώτη που παρουσιάζει ότι η TAVI-in-TAVI έχει ένα αποδεκτό προφίλ ασφάλειας με σχετικά χαμηλά ποσοστά θνητότητας και ΑΕΕ, συγκρίσιμα με τα ποσοστά της TAVI σε γηγενή ΑΣ. Παρόλα αυτά, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την καλύτερη αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

ΠΑ068 | Αγγειοπλαστική με την εφαρμογή περιστροφικής αθηρεκτομής. Η εμπειρία του κέντρου μας

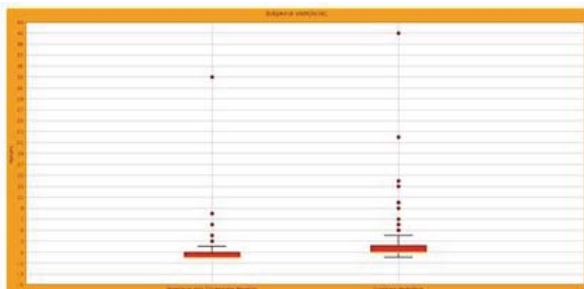
Β. Τζαλαμούρας¹, Α.Δ. Μαυρογιάννη¹, Ι. Μποστανίτης¹, Π. Θεοδώρου¹, Α. Παπαδόπουλος¹, Γ. Κωνσταντινίδης¹, Ε Ντάντου¹, Ε. Λεπτόπουλος¹, Ι. Ζαρίφης¹

¹ Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρούσα αναδρομική ανασκόπηση αποσκοπεί στην καταγραφή των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική (PCI) με την χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotablation) κατά την περίοδο 2019-2024. Υλικό και μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα, τα οποία περιλαμβάνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε Rotablation, τα τε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών		Τεχνικά χαρακτηριστικά PCI	
Ηλικία	72		
Άρρεν φύλο	77%	Αγγείο	
Υπέρταση	84%	LM	9%
Σακχαρώδης διαβήτης	51%	LAD	53%
Κάπνισμα	62%	LCX	7%
Προηγούμενη PCI	33%	RCA	22%
		Αριθμός Stents	
Προηγούμενη CABG	8%	0	5%
		1	30%
		2	48%
		3	13%
		>3	4%
Κοιλιακή μαρμαρυγή	19%	Burr (mm)	
		1.25	54
		1.50	45
		1.75	1
Νεφρική νόσο	17%	Προσπέλαση	
		Κερκιδική Μηριαία	55%
			45%
Κρεατινίνη mg/dl	1.4		
LDL mg/dl	73		
Ένδειξη			
Οξύ στεφανιαίο	41		
Στηθάγγη	19		
Θετική λειτουργική δοκιμασία	20		
Άλλη	20		

χικά χαρακτηριστικά της επέμβασης και τα στοιχεία από την παρακολούθηση, η οποία πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά. Επιπλέον, καταγράφηκαν όλες οι επιπλοκές της επέμβασης και συγκρίθηκε η συχνότητά τους με τα διεθνή δεδομένα. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 101 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI με τη χρήση Rotablation (μέση ηλικία 72 έτη, 77% άντρες), εκ των οποίων το 41% είχε ως ένδειξη πρόσφατο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο. Η πλειονότητα των ασθενών (70%) παρουσίαζε ιστορικό ή τουλάχιστον δύο παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο (κάπνισμα 61%, σακχαρώδης διαβήτης 51%, υπέρταση 84%, παλαιότερη PCI 33%, προηγούμενη επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίων αρτηριών (CABG) 8%). Η προσπέλαση ήταν στο 55% κερκιδική. Χρησιμοποιήθηκε κεφαλή (burr) 1,25mm στο 54% και 1,5mm στο 45%. Το αγγείο στόχος κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας ήταν LAD 53%, RCA 22%, LM 9%, LCX:7%. Κατά μέσο όρο τοποθετήθηκαν 1,82 stents ανά ασθενή με μέσο μήκος 24,1 mm. Το ποσοστό επιτυχίας της PCI ήταν 97%, με περιεπεμβατικές επιπλοκές να καταγράφονται στο 9% (1 εγκεφαλικό επεισόδιο, 1 διάτρηση στε-

φανιαίου αγγείου, 3 επεισόδια κοιλιακής ταχυ- καρδίας, 1 παγίδευση κεφαλής, 1 τρώση υποκλειδιάς αρτηρίας, 1 θραύση του σύρματος (Rotawire), 1 απόφραξη διαγωνίου κλάδου) και έναν ασθενή να υποβάλλεται σε επείγουσα καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η ενδοοσκοπική θνητότητα ήταν 1%. Η μέση παρακολούθηση ήταν 590 μέρες, με 3 ασθενείς να εμφανίζουν επαναστένωση εντός του stent, 1 ασθενή να υποβάλλεται σε CABG και ολική θνητότητα 10,55 θανάτους/100 χρόνια ασθενών. Συμπεράσματα: Η αγγειοπλαστική με την χρήση Rotablation είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος. Η συχνότητα των περιεπεμβατικών επιπλοκών, η ενδοοσκοπική και ολική θνητότητα συμβαδίζει με αυτή διεθνών κέντρων (2-14%, 0,5-2%, και 11 θάνατοι/100 χρόνια ασθενών αντίστοιχα) σε ασθενείς με παρόμοια χαρακτηριστικά, με το κέντρο μας να έχει ενσωμάτωση υψηλότερου ποσοστού ασθενών με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο. (41% έναντι 20-33%).

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ069 | Καταγραφή της διαγνωστικής αξίας των λειτουργικών δοκιμασιών ανίχνευσης ισχαιμίας σε σύγκριση με τα στεφανιογραφικά ευρήματα. Η αρχική εμπειρία ενός τριτοβάθμιου κέντρου

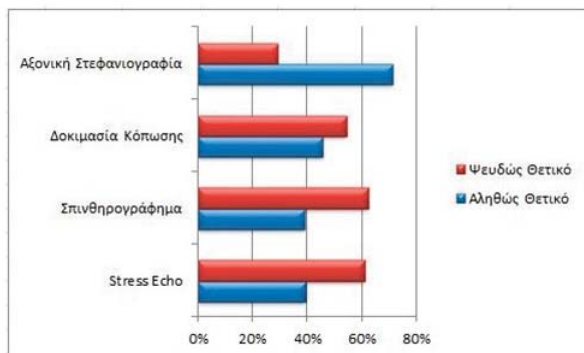
Σ. Λιναρδάκης¹, Δ. Ντιλούδη¹, Ν. Κατσιλλής¹, Α. Βασιλειάδου¹, Ν. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Μπούσουλα¹, Α. Δημόπουλος¹, Γ. Γαβριελάτος¹, Ν. Πατσουράκος¹

¹ Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Ο αναίμακτος καρδιολογικός έλεγχος σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις, θα πρέπει να προηγείται της στεφανιογραφίας αποκαλύπτοντας το βαθμό της ισχαιμίας και τον εντοπισμό της ενοχής βλάβης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και σύγκριση της ειδικότητας των αναίμακτων μεθόδων ανίχνευσης ισχαιμίας. Υλικό/μέθοδος Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν προγραμματισμένα σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γ.Ν. Τζανείου από τον 1/2024 έως τον 5/2024 έπειτα από παραπομπή λόγω θετικής δοκιμασίας κόπωσης, ελέγχου ισχαιμίας ή αξονικής στεφανιογραφίας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε αναλόγως με την κανονική ή μη κατανομή των δεδομένων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0.05$. Αποτελέσματα Στη μελέτη συμμετείχαν 223 ασθενείς [166 (74.4%) άνδρες] με διάμεση ηλικία τα 66 έτη (εύρος 39-93 έτη). Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον πίνακα 1. Από το σύνολο των 223 ασθενών, μόνο οι 104 (46.6%) είχαν συσχέτιση με την απεικόνιση. Πιο συγκεκριμένα, από τους 48 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία κόπωσης προ της στεφανιογραφίας, οι 22 (45.8%) εμφάνισαν στεφανιαία νόσο προς αντιμετώπιση. Με θετικό σπινθηρογράφημα παρατέμφθηκαν 80 ασθενείς (26 για ισχαιμία στην περιοχή αιμάτωσης του προσθίου κατιόντα κλάδου, 28 για το κατώτερο και οι υπόλοιποι για περιοχές αιμάτωσης που αφορούσαν πάνω από ένα αγγεία) και το 38.8% είχε συσχέτιση με τα αποτελέσματα της στεφανιογραφίας, ενώ δε φάνηκε να υπάρχει διαφορά ανάλογα με τη περιοχή της ισχαιμίας ($p=0.1$). Από

	N=223
Τυπική στηθάγχη (n %)	39 (17.5)
Κλάσμα εξώθησης % (διάμεσο-εύρος)	57 (27-70)
Αρτηριακή υπέρταση (n %)	151 (67.7)
Ενεργοί καπνιστές (n %)	85 (38.1)
Δυσλιπιδαιμία (n %)	166 (74.4)
Γνωστή στεφανιαία νόσος (n %)	59 (26.5)
Σακχαρώδης διαβήτης (n %)	79 (35.4)
Θετικό οικογενειακό ιστορικό (n %)	35 (15.7)
Παχυσαρκία (n %)	41 (18.4)
Κολπική μαρμαρυγή (n %)	20 (9.0)



ασθενείς [166 (74.4%) άνδρες] με διάμεση ηλικία τα 66 έτη (εύρος 39-93 έτη). Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον πίνακα 1. Από το σύνολο των 223 ασθενών, μόνο οι 104 (46.6%) είχαν συσχέτιση με την απεικόνιση. Πιο συγκεκριμένα, από τους 48 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία κόπωσης προ της στεφανιογραφίας, οι 22 (45.8%) εμφάνισαν στεφανιαία νόσο προς αντιμετώπιση. Με θετικό σπινθηρογράφημα παρατέμφθηκαν 80 ασθενείς (26 για ισχαιμία στην περιοχή αιμάτωσης του προσθίου κατιόντα κλάδου, 28 για το κατώτερο και οι υπόλοιποι για περιοχές αιμάτωσης που αφορούσαν πάνω από ένα αγγεία) και το 38.8% είχε συσχέτιση με τα αποτελέσματα της στεφανιογραφίας, ενώ δε φάνηκε να υπάρχει διαφορά ανάλογα με τη περιοχή της ισχαιμίας ($p=0.1$). Από

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τους 74 ασθενείς που είχαν θετικό stress echo (27 με ισχαιμία στην περιοχή αιμάτωσης του πρόσθιου κατιόντα κλάδου, οι 15 στη περισπωμένη, οι 13 στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και υπόλοιποι για περιοχές άνω των δύο αγγείων ή λόγω συμπτωμάτων/ ηλεκτροκαρδιογραφήματος), οι 29 (39.2%) διαγνωστήκαν με στεφανιαία νόσο σχετιζόμενη με την περιοχική ισχαιμία του stress echo και δεν υπήρχε διαφορά αναφορικά με την περιοχική εμφάνιση ισχαιμίας. Από τους 45 ασθενείς που παραπέμφθηκαν λόγω αξονικής στεφανιογραφίας με διάμεσο calcium score 831 (εύρος 0-4847), οι 32(71.1%) είχαν συσχέτιση με την στεφανιογραφία. Συμπεράσματα Η αξονική στεφανιογραφία φάνηκε να έχει την καλύτερη συσχέτιση με τα αποτελέσματα της στεφανιογραφίας. Η ειδικότητα της δοκιμασίας κόπωσης, του σπινθηρογραφήματος και του stress echo για την ανίχνευση στεφανιαίας νόσου ήταν χαμηλή.

ΠΑ070 | Διακαθετηριακή έναντι Χειρουργικής Αντικατάστασης Εκφυλισμένης Χειρουργικής Βιοπροσθετικής Αορτικής Βαλβίδας: Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-Ανάλυση

Κ. Δημητριάδης¹, Ν. Πυρπυρής¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Ε. Μπενέκη¹, Α. Σακαλίδης¹, Φ. Τατάκης¹, Ε. Αδαμόπουλου¹, Π. Θεοφίλης¹, Π. Τσιούφης¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση χειρουργικά εμφυτευμένων βιοπροσθετικών αορτικών βαλβίδων για τη θεραπεία της αορτικής στένωσης αποτελεί μια ευρέως επιλεγμένη επιλογή, ωστόσο, η σημαντική χαμηλότερη αντοχή αυτών των βαλβίδων είναι καλά τεκμηριωμένη. Σε περίπτωση ανεπάρκειας της βιοπροσθετικής βαλβίδας, τόσο η επαναληπτική χειρουργική επέμβαση (reSAVR) όσο και η διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με «βαλβίδα στη βαλβίδα» (ViV-TAVI) αποτελούν καθιερωμένες εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Η παρούσα μετα-ανάλυση αποσκοπεί στη σύγκριση της reSAVR και της ViV-TAVI για τη θεραπεία μιας εκφυλισμένης βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας, όσον αφορά τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη θνησιμότητα και τις επιπλοκές. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε 3 διαφορετικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Web of Science, Scopus). Αφού επιλέχθηκαν όλες οι κατάλληλες μελέτες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), διενεργήθηκε μετα-ανάλυση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 26 μελέτες, με συνολικό πληθυσμό 17,581 ασθενών που υποβλήθηκαν είτε σε ViV-TAVI (n=9.163) είτε σε reSAVR (n=8.418). Η ViV-TAVI συσχέτιστηκε με σημαντικά χαμηλότερη θνησιμότητα 30 ημερών [Σχετικός κίνδυνος (RR): 0,56, 95% Διάστημα εμπιστοσύνης (95%CI): 0,42-0,76], χωρίς διαφορά στη θνησιμότητα 1 έτους (RR: 0,85, 95%CI: 0,72-1,01). Επιπλέον, η ViV-TAVI συσχέτιστηκε με χαμηλότερα ποσοστά εμφύτευσης βηματοδότη μετά την επέμβαση (RR: 0,72, 95%CI: 0,53-0,99), μετεγχειρητικής κοιλιακής μαρμαρυγής (RR: 0,43, 95%CI: 0,29-0,64), σύνθετων αιμορραγικών συμβάντων (RR: 0,48, 95%CI: 0,32-0,71) και μείζονος αιμορραγίας στις 30 ημέρες (RR: 0,57, 95%CI: 0,46-0,71). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο έμφραγμα του μυοκαρδίου (RR: 0,90; 95%CI: 0,56-1,46), στο εγκεφαλικό

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

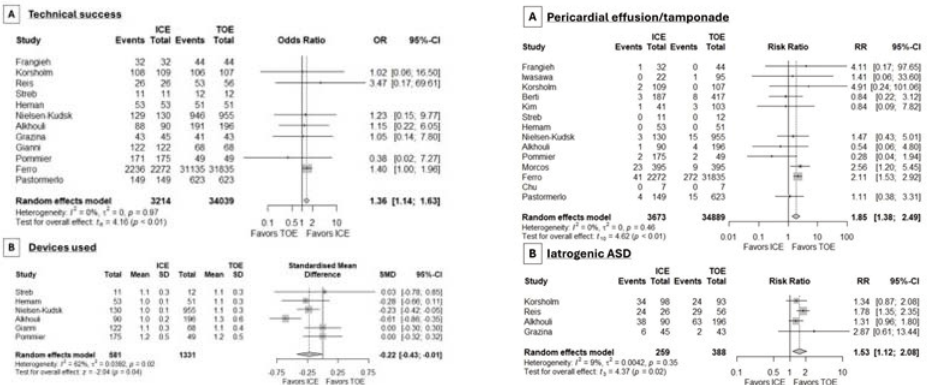
επεισόδιο (RR: 0,90; 95%CI:0,74-1,10) ή στις επανανοσηλείες στις 30 ημέρες (RR: 1,15; 95%CI: 0,95-1,38). Η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο ήταν μικρότερη μετά από ViV-TAVI [μέση διαφορά: -1,26 (-1,86 έως -0,66)], ωστόσο υπήρξε σημαντική αύξηση των επανεπεμβάσεων αορτικής βαλβίδας (RR: 2,72; 95%CI: 1,49-1,96). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ViV-TAVI έχει ευνοϊκή βραχυπρόθεσμη επιβίωση και συγκρίσιμη με τη reSAVR θνησιμότητα 1 έτους. Επιπλέον, η ViV-TAVI σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερα ή συγκρίσιμα με τη χειρουργική επέμβαση ποσοστά επιπλοκών. Επομένως, η ViV-TAVI είναι μια αποτελεσματική επιλογή για τη διαχείριση των εκφυλισμένων βιοπροσθετικών αορτικών βαλβίδων που παρουσιάζουν ανεπάρκεια.

ΠΑ071 | Ενδοκαρδιακός ή διοισοφάγειος υπέρηχος καρδιάς για την καθοδήγηση επεμβάσεων διαδερμικής σύγκλεισης ωτίου του αριστερού κόλπου; Μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

E. Μπενέκη¹, K. Δημητριάδης¹, Π. Θεοφίλης¹, N. Πυρπυρής¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Π. Κωστάκης¹, A. Σακαλίδης¹, A. Καλομπάτσου¹, Π. Ηλιάκης¹, Ι. Σκαλίδης², Γ. Τζίμας², K. Τσιούφης¹, K. Αγγέλη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ² Department of Cardiology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland.

Εισαγωγή/ Σκοπός Η ενδοκαρδιακή ηχωκαρδιογραφία (intracardiac echocardiography - ICE) φαίνεται να αποτελεί μια πιθανή εναλλακτική λύση για τη διαδερμική σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου (left atrial appendage occlusion - LAAO). Σε σχέση με τη διοισοφάγειο ηχωκαρδιογραφία (transesophageal echocardiography - TEE). Πραγματοποιήθηκε μια μετα-ανάλυση που συγκρίνει τη χρήση της ICE με τη χρήση της TEE για την καθοδήγηση της LAAO.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Υλικό και μέθοδος Διενεργήθηκε μια εκτενής αναζήτηση βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων MEDLINE, Scopus και Web of Science από την έναρξή τους μέχρι τον Νοέμβριο του 2023. Αποτελέσματα Συμπεριλήφθηκαν 18 μελέτες (124.230 ασθενείς). Τα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης (technical success) ήταν υψηλότερα με τη χρήση της ICE συγκριτικά με τη χρήση της TEE (OR: 136, 95% CI 1,14 έως 1,63, $p=0,006$) ενώ χρησιμοποιήθηκαν λιγότερες συσκευές σύγκλεισης κατά την καθοδήγηση με ICE (SMD: -0,22, 95% CI -0,43 έως -0,01, $p=0,04$, $I^2=62\%$) (Εικόνα 1). Η καθοδήγηση με ICE εμφάνισε περισσότερα ποσοστά περικαρδιακής συλλογής και επιπωματισμού καθώς και περισσότερες ιατρογενείς μεσοκολπικές επικοινωνίες (iatrogenic atrial septal defects – iASDs) (RR: 1,66, 95% CI 1,13 έως 2,43, $p=0,014$ και RR: 1,53, 95% CI 1,12 έως 2,09, $p=0,02$, $I^2=1\%$, αντίστοιχα). Περισσότερες αγγειακές επιπλοκές των κάτω άκρων παρατηρήθηκαν κατά την καθοδήγηση των επεμβάσεων LAAO με τη χρήση ICE (RR: 1,56, 95% CI 1,06 έως 2,32, $p=0,03$). Συμπεράσματα Η καθοδήγηση με ICE είναι μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση της χρήσης TEE για τη διαδερμική σύγκλειση ωτίου του αριστερού κόλπου.

ΠΑ072 | **Vascular Complications in TAVI Procedures: Assessment, Management, and Outcomes-a Retrospective Study**

V. Cheilas¹, I. Kosmas¹, G. Filandrianos, A. Kostopoulou¹, A. Martinos¹, A. Papadis¹, K. Letsas¹, A. Chatziantoniou², E. Leontiadis¹, A. Saplouras¹, E. Smparouni¹, G. Chatzigeorgiou², M. Efremidis¹, I. Iakovou¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Background: Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) has emerged as a pivotal therapeutic modality for aortic stenosis, predominantly in the elderly population. Despite its clinical successes, the incidence and implications of vascular complications during TAVI remain a subject of critical concern. Methods: A retrospective analysis was conducted on a robust cohort comprising 1,343 patients who underwent TAVI procedures. Patient demographics, clinical profiles, and procedural characteristics were examined. Vascular complications, both intraoperative and postoperative, were identified through various diagnostic modalities. Statistical analyses, were employed to discern associations and significance levels. Comparative assessments with international literature were performed to gain broader insights. Results: The study unveiled an overall incidence of vascular complications at approximately 10.44%. Coronary Artery Disease (CAD)- p -value (0.013), choice of valve type- p -value (0.016), and access point- p -value (0.027) demonstrated significant correlations with these complications. Complication incidences in TAVI procedures included pseudoaneurysms (4.76%), arteriovenous fistulas (1.49%), hematomas (0.37%), dissections (2.24%), arterial perforations (0.15%), stenosis/occlusion (0.37%), and closure device failures (1.94%). Over 70% of complications at the valve entry point result from dissections and closure device failures, while the pigtail entry point is predominantly linked to over 70% of

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

pseudoaneurysms. Extended hospitalization (7.84 ±SD 3.14) was observed for patients experiencing vascular complications, underlining the importance of vigilant post-procedural care. Conclusion: This study provides insights into vascular complications during TAVI procedures, shedding light on their incidence, risk factors, clinical presentations, diagnostic methodologies, and management strategies.

ΠΑ073 | ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ: ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ Η ΠΡΑΣΟΥΓΡΕΛΗ/ΤΙΚΑΓΡΕΛΟΡΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

K. Stamos¹, T. Delaporta¹, K. Τούτουζας², Γ. Κασσίμης³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η τικαγρελόρη και η πρασουγρέλη αναγνωρίζονται για τα φαρμακοκινητικά και φαρμακοδυναμικά τους πλεονεκτήματα, σε σύγκριση με την κλοπιδογρέλη. Ωστόσο, στη σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο (SIHD), ο σχηματισμός και η συνοχή του θρόμβου διαφέρουν και αποτελούνται κυρίως από αιμοπετάλια, καθιστώντας τα πιθανά οφέλη των ισχυρών αντιθρομβωτικών παραγόντων έναντι του κινδύνου αυξημένης αιμορραγίας έναν κρίσιμο παράγοντα που πρέπει να αξιολογηθεί προσεκτικά. Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι να συγκριθεί η Κλοπιδογρέλη σε σύγκριση με την Τικαγρελόρη/Πρασουγρέλη και να εντοπιστεί ο βέλτιστος αναστολέας P2Y12 για ασθενείς με σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική. Υλικό και Μέθοδος: Η ομάδα μας διεξήγαγε μια ενδελεχή ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCT) μέχρι τον Ιανουάριο του 2023, χρησιμοποιώντας το MEDLINE/EMBASE, το Scopus και το Κεντρικό Μητρώο Ελεγχόμενων Δοκιμών Cochrane. Ο στόχος μας ήταν να συγκρίνουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των νεότερων αναστολέων αναστολέων P2Y12 κατά την εκλεκτική αγγειοπλαστική συγκριτικά με την κλοπιδογρέλη, εστιάζοντας σε καταληκτικά σημεία όπως η συνολική θνησιμότητα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM), το εγκεφαλικό επεισόδιο, η επαναγγείωση και η μείζονα αιμορραγία. Χρησιμοποιήθηκαν αναλογίες ποσοστού επίπτωσης και P-scores για να καθορίσουν τις ιεραρχίες ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Η μελέτη περιλάμβανε ασθενείς από πολλαπλές RCT, με την Κλοπιδογρέλη να χρησιμεύει ως θεραπεία αναφοράς. Για την αξιολόγηση των μείζονων δυσημένων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (MACE) και της σοβαρής αιμορραγίας, η μετα-ανάλυση χρησιμοποίησε μεγέθη επιδράσεων και τυπικά σφάλματα που εξήχθησαν από τις αναλογίες πιθανοτήτων κάθε μελέτης. Αποτελέσματα: Στην ανάλυσή μας συμπεριλήφθηκαν 11 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με συνολικό μέγεθος δείγματος 7.051 ασθενών. Η μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι οι νεότεροι, πιο ισχυροί αναστολείς P2Y12 δεν συσχετίστηκαν με στατιστικά σημαντική μείωση των MACE σε σύγκριση με την Κλοπιδογρέλη ($p=0,052$). Όσον αφορά τα αποτελέσματα ασφάλειας, η μετα-ανάλυση δεν βρήκε στατιστικά

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων αναστολέων για σοβαρή αιμορραγία ($p=0,168$). Συμπεράσματα: Τα ευρήματά της μετα-ανάλυσης υποδηλώνουν ότι η Πρασουρέλη και η Τι-καρελόρη δεν είναι πιο αποτελεσματικές από την Κλοπιδογρέλη στη μείωση των μειζωνων δυσμενών καρδιαγγειακών συμβαμάτων (MACE) μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική αγγειοπλαστική. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με τον κίνδυνο σοβαρής αιμορραγίας.

ΠΑ074 | Combining MitraClip and TriClip TEER using a single TriClip guide: A single-center Study

G. Papadopoulos¹, I. Ninios¹, S. Evangelou¹, A. Ioannides¹, V. Ninios¹

¹2nd Cardiology Department, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Introduction/ Purpose: Concomitant transcatheter mitral (M-TEER) and tricuspid (T-TEER) edge-to-edge repair has shown favorable 1-year survival rates in patients with severe mitral (MR) and tricuspid (TR) regurgitation versus M-TEER alone. However, this evidence comes from procedures with two dedicated systems, the steerable guide catheter (SGC) of Mitraclip[®] and Triclip[®] systems, respectively. This single center study aims to evaluate the procedural, echocardiographic, and functional outcomes of combined M-TEER and T-TEER using the same SGC of the Triclip[®] system. **Materials and Methods:** Patients diagnosed with moderate-to-severe (3+) or severe (4+) degenerative MR (DMR) or functional MR (FMR), combined with severe functional TR

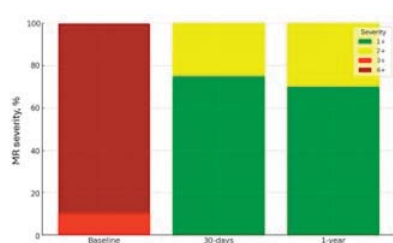


Figure 1.1 Mitral regurgitation (MR) severity distribution over time. Abbreviations: MR: Mitral Regurgitation

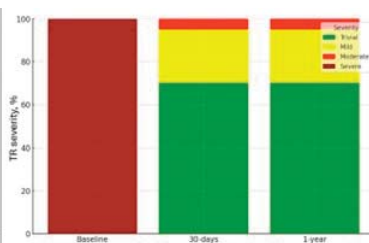


Figure 1.2 Tricuspid regurgitation (TR) severity distribution over time. Abbreviations: TR: Tricuspid Regurgitation

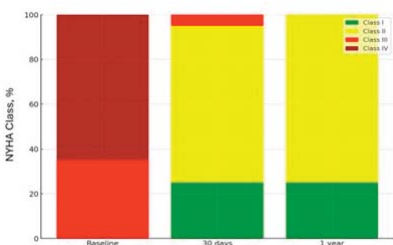


Figure 2. NYHA class distribution over time. Abbreviations: NYHA: New York Heart Association

and classified as New York Heart Association (NYHA) class III or IV, who underwent combined M-TEER and T-TEER with the same SGC of the Triclip[®] system at our center between January

2022 and December 2023 were included. NYHA class and MR, TR severity distribution over time were assessed. Results: Twenty patients [(65% female, median age 79 years (IQR:8)] were included. The implantation success rate was 100%, with median device and procedure times of 38.5 minutes (IQR: 7.75) and 70 minutes (IQR: 10), respectively. The mean± SD length of hospital stay was 2.9± 0.3 days, and all patients (100%) were discharged home. There were no in-hospital or

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

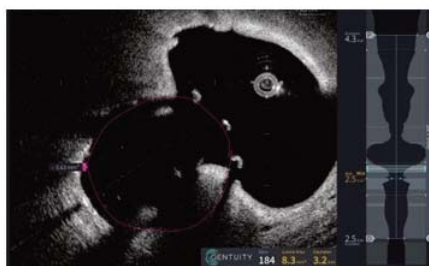
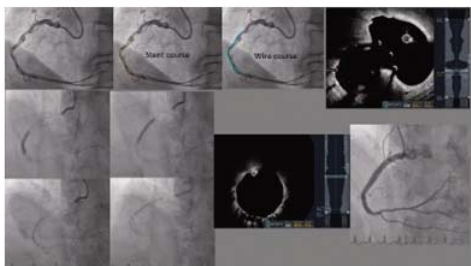
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

30-day major adverse events (MAEs), except for one patient (5%) who underwent atrial septal defect (ASD) closure due to a right-to-left shunt. During a median follow-up of 0.91 years, 2 (10%) patients were hospitalized due to heart failure, with zero deaths observed. At 30-days and 1-year follow-up, MR $\leq 2+$ was achieved in all patients, with 13 (72.2%) severe MR patients showing only mild MR after 1 year (Figure 1.1). Similarly, in 30-days and 1-year follow-up, 14 (70%) and 5 (25%) patients had only trivial and mild TR, respectively (Figure 1.2). All patients achieved NYHA class I or II at 1 year, with 5 (25%) being fully asymptomatic since 30-days follow-up (Figure 2). Conclusions: This single center study demonstrates exceptional safety and efficacy of the combined M-TEER and T-TEER using the same TriClip SGC. Moreover, significant functional and echocardiographic improvements were observed.

ΠΑ075 | Εικόνα «μανιταριού» σε έλεγχο με οπτική συνεκτική τομογραφία
Δ. Κοτζαδάμης¹, Χ. Τσαβούσογλου¹, Σ. Βεργόπουλος¹, Α. Μπούλμπου¹,
Δ. Ζιούτας¹, Σ. Μητσιάδης¹, Σ. Τζήκας¹, Ι. Κελεμάνης¹, Γ. Γιαννόπουλος¹,
Β. Βασιλικός¹, Χ. Παπαδόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT), μαζί με το ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα (IVUS), αποτελούν απαραίτητα εργαλεία σε ένα σύγχρονο αιμοδυναμικό εργαστήριο για την διάγνωση, αξιολόγηση και ορθότερη αντιμετώπιση περιπτώσεων, όπου η απλή αγγειογραφία αδυνατεί να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Περιγράφουμε μια σπάνια περίπτωση εικόνας OCT που προσομοιάζει με μανιτάρι και αφορά σε περιστατικό πολύ καθυστερημένης εντοπισμένης αναδιαμόρφωσης του αγγείου (late stent malapposition - LSM) μετά την τοποθέτηση μιας ενδοπρόθεσης (stent) 1ης γενιάς. Η διάγνωση της LSM γίνεται με την βοήθεια IVUS ή OCT και αφορά στην ατελή επαφή των κελιών του stent με τον έσω χιτώνα της στεφανιαίας αρτηρίας (intima) και η οποία πρέπει να είναι πάντα > mm. Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε συσκευή OCT Nipro Gentuity στο εργαστήριο της Γ' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, για την εκτίμηση ενδιάμεσης βλάβης στην μεσότητα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας ενός ασθενή με ιστορικό PCI προ 15 ετών και τοποθέτηση δύο stent 1ης



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

γενιάς 3.0x23 mm, με αλληλοεπικάλυψη και άριστο τότε αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Αποτελέσματα: Στην Εικόνα 1 καταγράφονται η αρχική αγγειογραφική εικόνα, η πορεία των stents, η πορεία του οδηγού σύρματος, καθώς και η OCT εικόνα που αντιστοιχεί στην περιοχή του LSM εντός του πρώτου stent, και η οποία προσομοιάζει με «μανιτάρι». Στην εικόνα αυτή αναγνωρίζεται μια σειρά κελιών στο μέσο της, που αντιστοιχούν στην υπάρχουσα ενδοπρόθεση (μωβ κύκλος), ενώ ο καθετήρας του OCT βρίσκεται στην περιοχή του LSM, καθώς το οδηγό σύρμα πέρασε μέσα από ένα πλαινό κελί της ενδοπρόθεσης και όχι από το φυσιολογικό εγγύς τμήμα, το οποίο μοιάζει να έχει ατελή έκπτυξη (Εικόνα 2). Η μέγιστη απόσταση των ελευθέρων κελιών από τον έσω χιτώνα είναι μεγαλύτερη από 3.27 mm (όπου 1 mm είναι το επίσημο όριο του SM). Η δεύτερη ενδοπρόθεση εμφάνιζε καλή έκπτυξη και απουσία οποιασδήποτε παθολογίας. Η επιφάνεια του αυλού της αρτηρίας αμέσως κεντρικότερα των προθέσεων ήταν 8.8 mm², ενώ η επιφάνεια στο ύψος της δεύτερης ενδοπρόθεσης ήταν 7.8 mm². Στις περιπτώσεις LSM κάποιος θα πρέπει να αποφασίσει αν θα ακολουθήσει συντηρητική στρατηγική επιμηκύνοντας ενδεχομένως την διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ή εναλλακτικά να διορθώσει την περιοχή της ανατομικής ανωμαλίας, ιδιαίτερα αν υπάρχουν φαινόμενα ισχαιμίας ή μεγάλος κίνδυνος θρόμβωσης, που ακολουθεί γραμμική συσχέτιση με τον βαθμό του LSM. Στην παρούσα περίπτωση και λόγω της μεγάλης παραμόρφωσης - αναδιαμόρφωσης του αγγείου αποφασίστηκε η επεμβατική αντιμετώπιση και ανακατασκευή της περιοχής. Συμπιέστηκε η περιοχή της LSM με μπαλόνια υψηλών πιέσεων και τοποθετήθηκαν σε σειρά με αλληλοεπικάλυψη 2 ενδοπρόθεσεις 4.0x28 mm και 4.0x38 mm, με επιπλέον διαστολές με μπαλόνια NC5.0x20 mm, με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα, όπως φαίνεται και στην Εικόνα 1. Τελικός έλεγχος με OCT ανέδειξε ομοιόμορφη και ομαλή έκπτυξη των stent. Συμπέρασμα: Η χρήση ενδοστεφανιαίας απεικόνισης είναι μεγίστης σημασίας σε ένα σύγχρονο αιμοδυναμικό εργαστήριο καθώς βοηθάει στην σωστή διάγνωση, ορθολογική αξιολόγηση και σωστότερη αντιμετώπιση σύμπλοκων αγγειογραφικά εικόνων.

11.30-12.30 Καρδιακή ανεπάρκεια I / Heart Failure I

Πρόεδροι: **K. Κυφνίδης** (Αθήνα), **Σ. Ψυχάρη** (Αθήνα)

Chairpersons: **K. Kyfnidis** (Athens), **S. Psychari** (Athens)

ΠΑ076 | Προγνωστική σημασία του ηχοκαρδιογραφικού δείκτη TAPSE/RVSP σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια: Προοπτική μελέτη παρατήρησης σε περιφερειακό νοσοκομειακό κέντρο

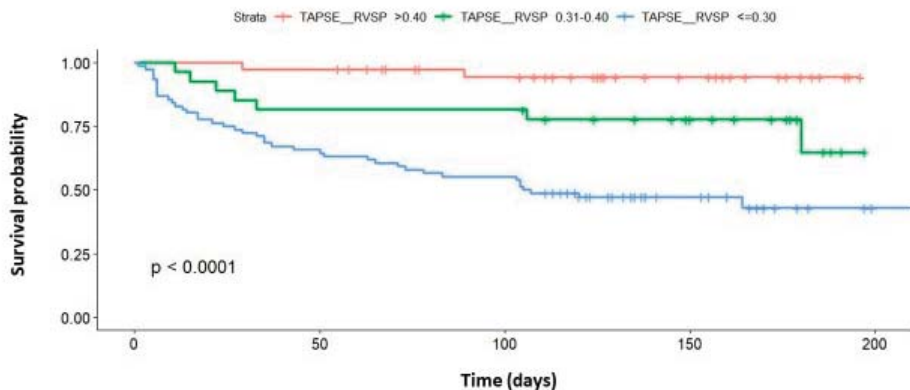
Δ. Κοσμίδης¹, Π. Θεοδωρίδου¹, Ε. Σωτήριογλου¹, Ε. Παστιρματζή¹, Ν. Γούλιαρος¹, Θ. Σέρτης¹, Χ. Στεφανίδης¹, Χ. Χατζηελευθερίου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο λόγος TAPSE/RVSP έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί έναν αξιόπιστο, μη επεμβατικό δείκτη εκτίμησης της σύζευξης δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής κυκλοφορίας στην καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), έχοντας προγνωστικό ρόλο σε σταθερούς ασθενείς με χρόνια ΚΑ

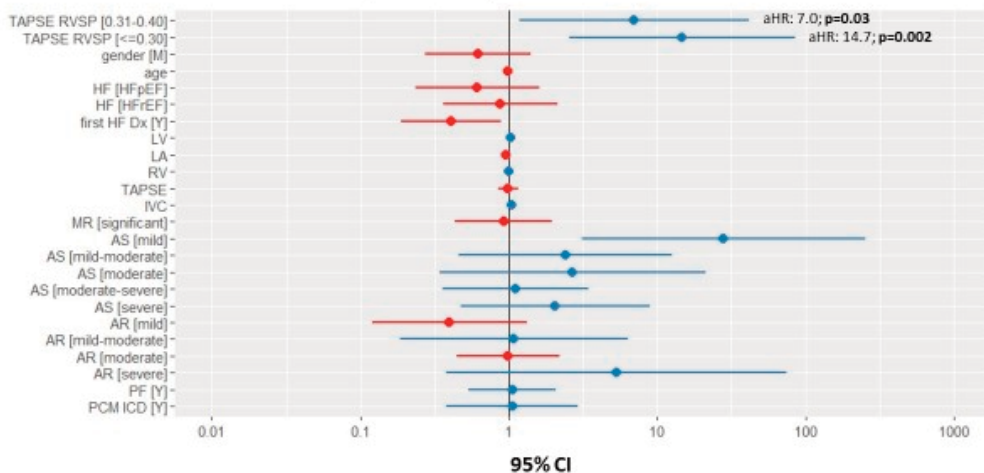
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



και διατηρημένο ή ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ). Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σε ασθενείς με οξεία ΚΑ. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική κοόρτη ασθενών, οι οποίοι εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική του Γ.Ν. Δράμας λόγω οξείας de novo ΚΑ ή λόγω οξείας απορρύθμισης προϋπάρχουσας ΚΑ τη χρονική περίοδο Αύγουστος 2023 - Ιούλιος 2024. Το πρώτο 24ωρο της εισαγωγής, πραγματοποιήθηκε λεπτομερής διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη από ανεξάρτητο ερευνητή και ο κάθε ασθενής ταξινομήθηκε ως έχων ΚΑ με ελαττωμένο, ηπίως ελαττωμένο ή διατηρημένο ΚΕ σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπλέον, ο λόγος TAPSE/RVSP υπολογίστηκε σύμφωνα με τις κατευ-

Multivariable Cox regression analysis



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Θυνητρίες οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρείας καρδιαγγειακής απεικόνισης. Ως σύνθετο καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ολική θνητότητα ή επανανοσηλεία για απορρόθμιση ΚΑ. Η διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών ορίστηκε έως τις 20 Ιουνίου 2024 ή μέχρι την εμφάνιση συμβάματος. Αποτελέσματα: Συνολικά, 143 ασθενείς με οξεία ΚΑ (μέση ηλικία 82 έτη, 58% γυναίκες) εισήχθησαν στη μελέτη. Το 36% των συμμετεχόντων διαγνώστηκε ως οξεία de novo ΚΑ. Η πλειοψηφία των ασθενών ταξινομήθηκε ως ΚΑ με διατηρημένο ΚΕ (49%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι με ΚΑ με ελαττωμένο (33%) και ηπίως ελαττωμένο (18%) ΚΕ. Η μέση τιμή της διαμέτρου της δεξιάς κοιλίας ήταν 40 ± 8 mm με μέση τιμή TAPSE 15.4 ± 3.7 mm. Ο λόγος TAPSE/RVSP υποδιαιρέθηκε σε τριτημόρια (≤ 0.30 , $0.31-0.40$, $>.40$) σύμφωνα με την κατανομή της μεταβλητής. Σε διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 123 ημερών, 52 ασθενείς (36%) παρυσίασαν το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Όσοι ασθενείς είχαν TAPSE/RVSP ≤ 0.30 , είχαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του σύνθετου καταληκτικού σημείου σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (Σχήμα 1.; $p < 0.0001$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης, ο λόγος TAPSE/RVSP ≤ 0.30 συσχετίστηκε με 14 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ολικής θνητότητας/επανανοσηλείας για ΚΑ (Σχήμα 2.; adjusted HR: 14.7; 95% CI: 2.5, 85.3; $p=0.002$). Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για οξεία ΚΑ, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ηχωκαρδιογραφικού δείκτη TAPSE/RVSP με το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Οι ασθενείς με λόγο TAPSE/RVSP ≤ 0.30 είχαν 14 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ολικής θνητότητας/επανανοσηλείας για ΚΑ.

ΠΑ077 | Καρδιοτοξικότητα ανθρακυκλίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης-2 - υπάρχει διαφορά;
**Μ. Στρατινάκη¹, Σ. Σταυράκης¹, Σ. Μαραγκουδάκης², Ε. Χόντα¹,
Ε. Παπουτσάκη¹, Δ. Κορέλα¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Γ. Αλετράς¹,
Θ. Γεωργοπούλου¹, Α. Νεραντζούλης¹, Ε. Παπαϊκονόμου¹,
Μ. Πιταροκοίλης¹, Ζ. Καλλινίκου¹, Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Γ. Γαρίδας¹,
Π. Καφαράκης¹, Ε. Φουκαράκης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι αναστολείς συμμεταφορέα-2 νατρίου-γλυκόζης (SGLT2i) είναι ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους στη θεραπεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), ανεξάρτητα από το κλάσμα εξώθησης (ΕΦ) ή την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ). Άλλοι τύποι φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ACEi) ή οι β-αναστολείς (BB) έχουν δείξει κάποιο βαθμό καρδιοπροστασίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που λαμβάνουν καρδιοτοξική χημειοθεραπεία, αλλά τα δεδομένα για το SGLT2i είναι πολύ περιορισμένα. Σκοπός: Να εξεταστούν οι πιθανές διαφορές στην ανάπτυξη καρδιοτοξικότητας της ανθρακυκλίνης σε διαβητικούς ασθενείς που λαμβάνουν SGLT2i σε σύγκριση με αυτούς που δε λαμβάνουν. Μέθοδος : Αναλύσαμε αναδρομικά τα δεδομένα των ογκολογικών και αιμα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τολογικών ασθενών του νοσοκομείου μας. Η ομάδα 1 (SGLT2i) περιελάμβανε ασθενείς με καρκίνο που έλαβαν θεραπεία με ανθρακυκλίνη και διαβήτη σε θεραπεία με SGLT2i. Η ομάδα 2 (control group) περιελάμβανε ασθενείς με καρκίνο του καρκίνου που έλαβαν θεραπεία με ανθρακυκλίνη και διαβήτη αλλά με θεραπεία διαφορετική από SGLT2i. Καταγράψαμε τις βασικές δημογραφικές παραμέτρους, την εμφάνιση καρδιοτοξικότητας (επίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας, εισαγωγές καρδιακής ανεπάρκειας, νέα μυοκαρδιοπάθεια [$>10\%$ μείωση του κλάσματος εξώθησης σε $<0\%$] και κλινικά σημαντικές αρρυθμίες) καθώς και τα μη φυσιολογικά επίπεδα τροπονίνης I (tnI) και νατριουρητικά πεπτιδία (NTproBNP). Αποτελέσματα: Η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, ο τύπος καρκίνου, το στάδιο καρκίνου και άλλοι παράγοντες καρδιακού κινδύνου ήταν παρόμοιοι μεταξύ των ομάδων. Η μέση διάρκεια της παρακολούθησης ήταν 2 χρόνια. Στην ομάδα SGLT2i συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς και στην ομάδα ελέγχου 72. Τα ποσοστά των συμβάντων καρδιοτοξικότητας καταγράφηκαν ως εξής: (SGLT2i έναντι ελέγχου) Καρδιακή ανεπάρκεια (6,3% έναντι 32,6%, $p<0,01$), εισαγωγές λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (2,8% έναντι 17,9%, $p<0,01$), νέα μυοκαρδιοπάθεια (5,4 % έναντι 28,4%, $p<0,05$), αρρυθμίες (1,7% έναντι 26,2% , $p<0,01$), μη φυσιολογικά επίπεδα tnI (3,4% έναντι 19,7%, $p<0,01$), μη φυσιολογικά επίπεδα NTproBNP (4,7% έναντι 26,2%, $p<0,01$) Συμπεράσματα: Οι αναστολές SGLT2 συσχετίστηκαν με χαμηλότερο ποσοστό καρδιακών συμβαμάτων μεταξύ ασθενών με καρκίνο και ΣΔ που έλαβαν θεραπεία με ανθρακυκλίνες. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες προκειμένου να δοκιμαστούν οι πιθανές καρδιοπροστατευτικές επιδράσεις των αναστολέων SGLT2 σε ασθενείς υψηλού καρδιακού κινδύνου που λαμβάνουν θεραπεία με ανθρακυκλίνες.

ΠΑ078 | **Multiorgan congestion assessment by venous excess ultrasound score in acute heart failure**

V. Anastasiou¹, E. Peteinidou¹, D. V. Moysidis², S. Daios¹, C. Gogos¹, A. C. Liatsos¹, M. Didagelos¹, T. Gossios¹, G. K. Efthimiadis¹, T. Karamitsos¹, V. Delgado³, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

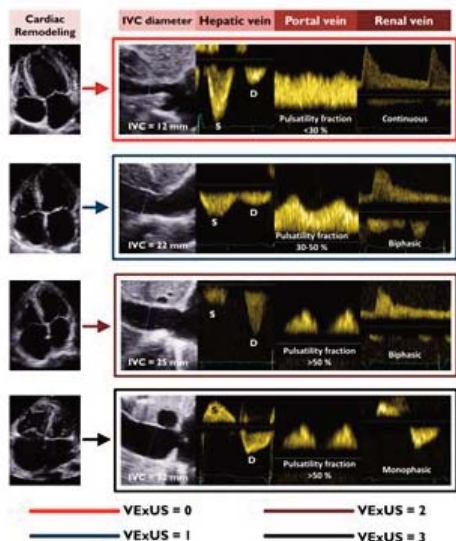
² 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece,

³ Department of Cardiology, Hospital University Germans Trias i Pujol, Barcelona, Spain

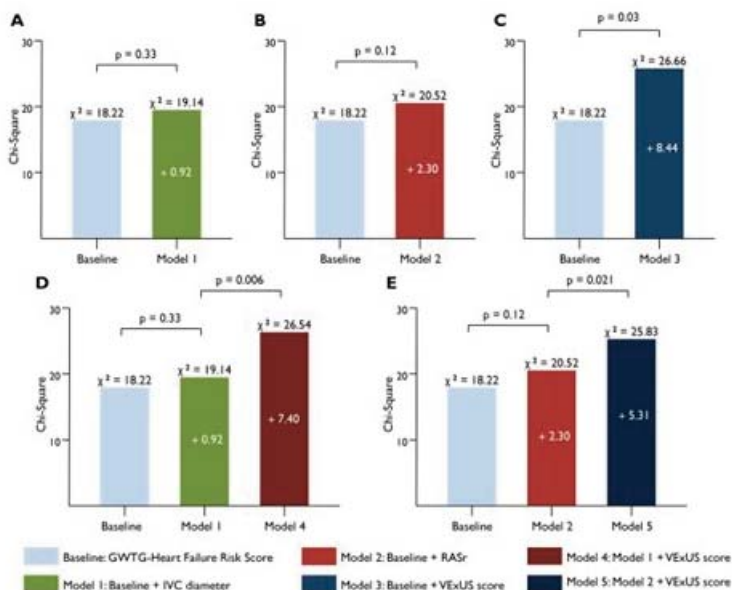
Purpose: Congestion assessment in patients with heart failure (HF) remains challenging and currently relies on clinical judgment, while validated methods to quantify congestion are lacking. **Aim:** This study sought to explore the prevalence and clinical utility of different patterns of multiorgan venous congestion as assessed by the Venous Excess Ultrasound (VExUS) score in hospitalized patients with HF. **Methods:** Consecutive patients admitted for acute HF were prospectively enrolled. Inferior vena cava (IVC) diameter, hepatic vein, portal vein and renal vein Doppler waveforms were assessed at admission and patients were stratified based on VExUS score from 0 to 3, with higher values indicating worse congestion (Picture 1). The clinical score Get With The Guidelines (GWTG)-HF for predicting in-hospital mortality in HF was evaluated. In-hospital mor-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



tality was recorded. Results: Two-hundred-ninety patients admitted with acute HF were included and 114 (39%) of them were classified as VExUS score 3 which was the most prevalent group. Patients with VExUS score 3 suffered more frequently from chronic atrial fibrillation, chronic kidney disease and anemia. Parameters independently associated with VExUS score 3 were higher mean E/e' ratio, larger right ventricular size, severe tricuspid regurgitation and impaired right atrial function. VExUS score 3 was associated with in-hospital mortality [OR 8.03, 95% CI (2.25-28.61), p=0.001]. The addition of VExUS score on top of the GWTG-HF score improved the predictability of the model ($\Delta\chi^2=+8.44$, p=0.03) for in-hospital mortality, whereas other indices of venous congestion (right atrial function, IVC size) did not (Picture 2). Conclusion: Patients admitted with acute HF commonly had severe venous congestion based on VExUS score. VExUS score improved the prediction of in-hospital mortality as compared to other indices of venous congestion.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ079 | Right ventricular and right atrial strain are associated with kidney dysfunction in acute heart failure
V. Anastasiou¹, E. Peteinidou¹, C. Tountas², S. Daios¹, D. V. Moysidis³, E. Fardoulis¹, C. Gogos¹, P. Sarafidis⁴, G. Giannakoulas¹, T. Karamitsos¹, V. Delgado⁵, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

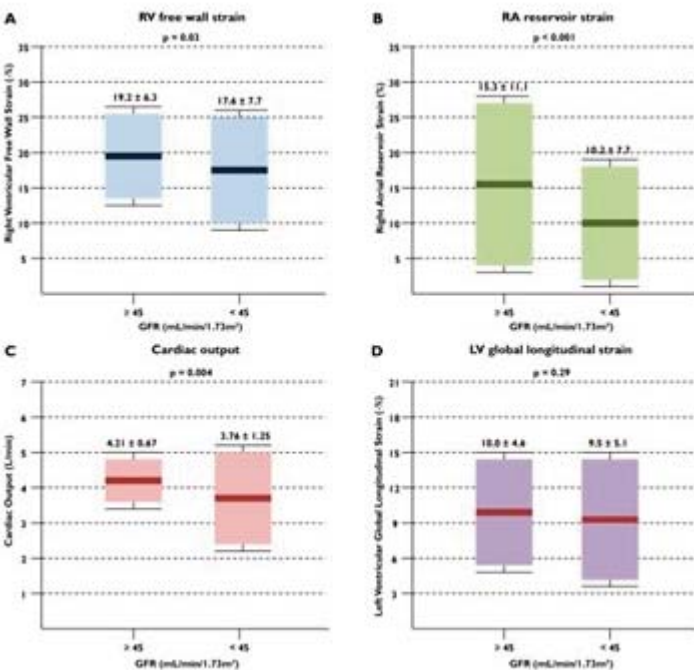
^{Α'} ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece,

⁴ Department of Nephrology, Hippokration Hospital, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece, ⁵Department of Cardiology, Hospital University Germans Triasi Pujol, Barcelona, Spain

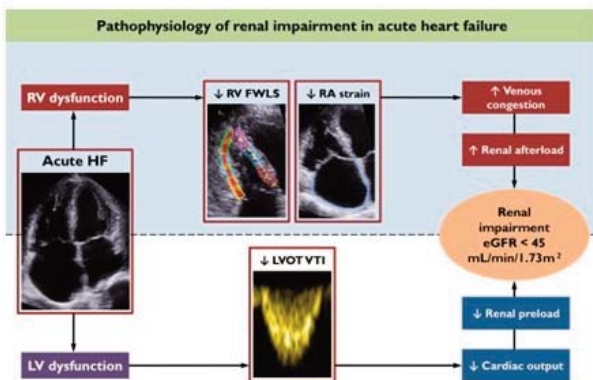
Background: In acute heart failure (HF), low cardiac output and venous congestion are pathophysiological mechanisms that contribute to renal function impairment. The present study investigated the association between advanced echocardiographic measures of right ventricular and atrial function and renal impairment in patients with acute HF. Methods: A total of 377 patients hospitalized for acute HF were prospectively evaluated. The first blood sample on admission was used to measure estimated glomerular filtration rate (eGFR) using the 2021 Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinine equation.



Advanced echocardiographic assessment was performed in all patients within 24 hours from admission. Results: Patients with eGFR <5mL/min/1.73m² were older and more likely to have chronic heart failure, chronic atrial fibrillation, and type 2 diabetes mellitus compared to patients with eGFR ≥45mL/min/1.73m². In

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



in addition, patients in the lower eGFR group had lower cardiac output, higher mean E/e' ratio, larger right ventricular (RV) size, worse RV function assessed by RV free wall longitudinal strain, more impaired right atrial (RA) reservoir strain, and more frequently severe tricuspid regurgitation (Figure 1). RV free wall longitudinal strain and RA reservoir strain were the only independent echocardiographic associates of low eGFR, whereas cardiac output was not. Conclusion: Impaired RV and RA longitudinal strain were independently

associated with eGFR <5mL/min/1.73m² in acute HF, while reduced cardiac output and reduced renal preload were not. This suggests that RV and RA dysfunction underlying venous congestion and increased renal afterload are more important pathophysiological determinants of renal impairment in acute HF than reduced cardiac output (Figure 2).

ΠΑ080 | Καρδιοπνευμονικοί Δείκτες Μορφολογικών και Λειτουργικών χαρακτηριστικών ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο

Ι. Γαστουγιώτης¹, Χ. Φραγκούλης², Χ. Χρυσόχου²,

Α. Αντωνόπουλος², Α. Κουρουτζόγλου², Μ. Νούτσου³, Α. Θανοπούλου³, Κ. Τσιούφης²

¹ Ιατρείο Καρδιάς και Διαβήτη, Ιπποκράτειο ΓΝΑ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) χρησιμοποιείται ευρέως στη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν τα κλινικά, μορφολογικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά από την υπερηχοκαρδιογραφία και την μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) σε σχέση με παραμέτρους από την CPET σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. **ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη 100 ασθενών με διαβήτη τύπου 2 από το τακτικό εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου (60% άνδρες), μέσης ηλικίας 67 ± 9 έτη, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

διογράφημα, CPET και CMR. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 14% των ασθενών ήταν παχύσαρκοι, 64% είχαν αρτηριακή υπέρταση και 82% υπερλιπιδαιμία. Τακτική σωματική άσκηση ανέφερε το 22%, 42% κατανάλωνε αυξημένη ποσότητα άλατος και 20% των ασθενών ήταν ενεργοί καπνιστές. Τα επιτευχθέντα METs συσχετίστηκαν θετικά με το κλάσμα εξώθησης ($r=0.997$, $p=0.02$), ο αερισμός (VE) έδειξε αντίστροφη συσχέτιση με το ιστικό doppler της δεξιάς κοιλίας ($r=-0.994$, $p=0.05$) και το ποσοστό της μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου ως προς την προβλεπόμενη (%VO₂) είχε θετική συσχέτιση με το κλάσμα εξώθησης (KE) της αριστερής κοιλίας ($r=0.997$, $p=0.05$). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το KE ($b=2.546\pm 0.979$, $p=0.03$), η παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LV strain) ($b=1.819\pm 0.859$, $p=0.07$), και το συστολικό κύμα της δεξιάς κοιλίας στο ιστικό Doppler (SRV) ($b=3.875\pm 1.687$, $p=0.02$) συσχετίστηκαν ισχυρά με το λόγο VO₂/HR. Επιπλέον, θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του τελοδιαστολικού όγκου της δεξιάς κοιλίας στην CMR και του λόγου VO₂/HR ($p=0,013$), όπως και του κλάσματος εξώθησης του δεξιού κόλπου με τον VE στην CPET ($p=0,043$). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο τελοδιαστολικός όγκος της αριστερής κοιλίας στη CMR συσχετίζεται θετικά με υψηλότερες τιμές OUES στη CPET ($b=8,736\pm 2,31$, $p=0.002$), αλλά αντιστρόφως ανάλογα με το μέγιστο VO₂ ($b=-0.225\pm 0,11$, $p=0.046$), όπως και ο όγκος του δεξιού κόλπου έχει αντίστροφη συσχέτιση με τα METs στη CPET ($b=-0,272\pm 0,152$, $p=0.05$). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο, μεταξύ άλλων παραμέτρων, ο όγκος και η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σύμφωνα με την CMR και το υπερηχογράφημα, συσχετίζονται με το επιτευχθέν έργο αλλά και με δείκτες κατανάλωσης οξυγόνου και αερισμού της CPET.

ΠΑ081 | Ο προγνωστικός ρόλος της σύζευξης δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής αρτηρίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Π. Θεοφίλης¹, Π. Βλαχάκης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Α. Σακαλίδης¹, Π. Καρακάσης¹, Ε. Οικονόμου², Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

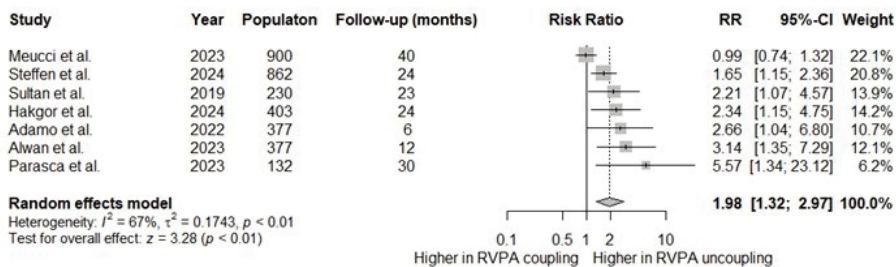
² Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή Οι αυξημένες πιέσεις πλήρωσης των αριστερών κοιλοτήτων μπορούν να οδηγήσουν σε πνευμονική υπέρταση και συστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας (RV), προμηνύοντας δυσμενείς εκβάσεις σε περιπτώσεις σε περιπτώσεις διακαθετηριακής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (TAVR). Ένας πρόσφατος αναγνωρισμένος δείκτης, η σύζευξη RV με την πνευμονική αρτηρία (RVPAC), αντανακλά την ικανότητα της RV να διαχειρίζεται το μεταφορτίο των πνευμόνων και συνδέεται με δυσμενείς εκβάσεις. Σκοπός Η μελέτη αυτή είχε ως στόχο να καθορίσει τον προγνωστικό ρόλο της αρχικής αποσύζευξης RVPAC σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. Μέθοδοι Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική αναζήτηση στη βιβλιογραφία για με-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

λάτες που αξιολογούν τους δείκτες RVPAC στην αρχική φάση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. Το κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά τη μέγιστη παρακολούθηση. Η συγκέντρωση των λόγων κινδύνου (risk ratio, RR) πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. Το I2 επιλέχθηκε ως μέτρο της ετερογένειας μεταξύ των μελετών. Αποτελέσματα Εντοπίσαμε συνολικά 501 μελέτες, από τις οποίες 9 επιλέχθηκαν τελικά για εξαγωγή δεδομένων και συμπεριληψη στη μετα-ανάλυση. Όλες εκτός από μία μελέτη χρησιμοποίησαν την το λόγο TAPSE/PASP ως μέθοδο αξιολόγησης της RVPAC. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 23 μήνες (εύρος: 6-40 μήνες). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης, η παρουσία αρχικής αποσύζευξης RVPA συσχετίστηκε με αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 1,98 φορές στη μέγιστη παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα δεν επηρεάστηκαν από την ανάλυση ευαισθησίας με τη μέθοδο leave-one-out. Συμπέρασμα Αυτή η μετα-ανάλυση υποδηλώνει ότι η αρχική αποσύζευξη RVPA πριν την TAVR συνδέεται με θνησιμότητα από όλες τις αιτίες.



ΠΑ082 | Αναστολείς SGLT2 και τροποποίηση επικαρδιακού λιπώδους ιστού: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Π. Θεοφίλης¹, Ε. Οικονόμου², Π. Βλαχάκης¹, Μ. Σαγρής¹, Π. Καρακάσης³, Κ. Παμπόρης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Γ. Σιάσος², Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

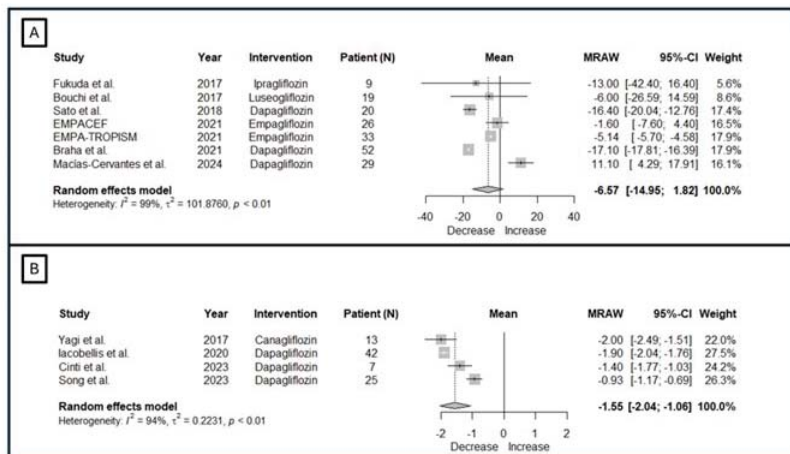
³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

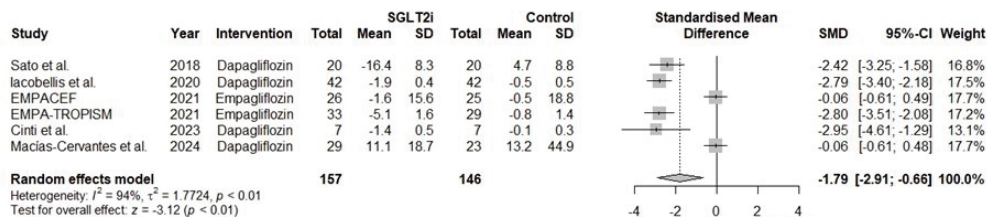
Εισαγωγή Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νάτριου-γλυκόζης 2 (sodium, glucose cotransporter 2, SGLT2) έχουν εμφανιστεί ως μια καινοτόμος κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων, γνωστή για την επίδρασή της στη μείωση της γλυκόζης και τα οφέλη στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αναστολείς SGLT2 μπορεί να επεκτείνουν την επίδρασή τους πέρα από τον γλυκαιμικό έλεγχο για να επηρεάσουν τη φυσιολογία του λιπώδους ιστού, ιδιαίτερα στον επικαρδιακό χώρο. Ο επικαρδιακός λιπώδης ιστός (epicardial adipose tissue, EAT), ένα ενεργό όργανο που περιβάλλει την καρδιά, έχει συσχετιστεί με τις καρδιαγ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



γειακές παθήσεις. Σκοπός Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έχει ως στόχο τη αξιολόγηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιδράσεις των αναστολέων SGLT2 στον EAT. Μέθοδοι Πραγματοποιήσαμε μια αναζήτηση βιβλιογραφίας για μελέτες που αξιολόγησαν τις αλλαγές στον όγκο/πάχος του EAT πριν και μετά τη θεραπεία με αναστολέα SGLT2. Το κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν η αλλαγή στον όγκο/πάχος του EAT κατά το διάστημα παρακολούθησης. Αποτελέσματα Η αναζήτηση βιβλιογραφίας ανέδειξε 72 δημοσιεύσεις. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων αποκλεισμού, επιλέχθηκαν συνολικά 11 μελέτες για εξαγωγή δεδομένων και συμπερίληψη στη μετα-ανάλυση. Ο όγκος του EAT μειώθηκε κατά μέσο όρο κατά 6.57ml και το πάχος κατά μέσο όρο κατά 1.55mm. Διαπιστώσαμε ότι η θεραπεία με αναστολέα SGLT2 συσχετίζεται με μείωση του όγκου/πάχους του επικαρδιακού λίπους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (SMD -1.79, 95% CI -2.91 έως -0.66, $p < 0.01$). Υπήρχε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών (12: 94%, $p < 0.001$). Τα αποτελέσματα παρέμειναν αμετάβλητα ακόμα και μετά την εξαίρεση οποιασδήποτε αμονωμένης μελέτης. Η ανάλυση υποομάδων ανέδειξε μεγαλύτερη επίδραση των SGLT2 αναστολέων σε τυχαιοποιημένες μελέτες. Συμπεράσμα Αυτή η μετα-ανάλυση υποδηλώνει ότι η χρήση αναστολέων SGLT2 συνδέεται με μείωση του όγκου/πάχους του EAT, αποτελώντας ένα πιθανό μηχανισμό των ευεργετικών τους δράσεων στην καρδιακή ανεπάρκεια.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ083 | Η πιθανή προστατευτική δράση της δαπαγλιφλοζίνης στην εκδήλωση καρδιοτοξικότητας σε ογκολογικούς ασθενείς, έπειτα από ένα έτος παρακολούθησης**Γ. Κ. Λιλικάκη¹, Σ. Μαραγκουδάκης¹, Φ. Εμίρη¹, Ν. Τσάκωνας Ντερβάκος¹, Α. Πουντουκίδου¹, Μ. Κουτέρη¹, Κ. Καυκαλά¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Παρά τη διαδεδομένη χρήση των ανθρακυκλινών και των αναστολέων HER-2, στα χημειοθεραπευτικά σχήματα, είναι γνωστή η πιθανή καρδιοτοξική δράση τους, η οποία μπορεί να μειώσει τη διάρκεια και την ένταση των θεραπειών. Η κλινική μελέτη “DECLARE-TIMI 58”, απέδειξε ότι η δαπαγλιφλοζίνη, μείωσε το σύνθετο καταληκτικό σημείο των καρδιαγγειακών θανάτων/ νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια, σε έναν εκτεταμένο πληθυσμό ασθενών με διαβήτη τύπου II. Ο σκοπός της μελέτης είναι να εξεταστεί αν η δαπαγλιφλοζίνη μπορεί να επιφέρει καρδιοπροστατευτική δράση στην καρδιοτοξικότητα που οφείλεται στις ανθρακυκλίνες, στην καρφιλζομίμπη και στην τραστουζουμάμπη, μέσα από την ανάλυση του κλάσματος εξώθησης (LVEF), της καθολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS) της αριστερής και δεξιάς κοιλίας, των λόγων E/A, E/E', της διαμέτρου του αριστερού κόλπου, των δεικτών BNP/ NT-pro-BNP και της τροπονίνης I. Υλικά/Μέθοδος: Αρχικά τυχαιοποιήθηκαν 32 διαβητικοί ασθενείς: 16 έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη και 16 placebo. Οι ομάδες των ασθενών είχαν επαρκή αντιστοίχιση με τα βασικά χαρακτηριστικά (ηλικία, διάρκεια νόσησης από διαβήτη, HbA1c, νεφρική και καρδιακή λειτουργία, χημειοθεραπευτικοί παράγοντες). Από τους ογκολογικούς ασθενείς που διαγνώστηκαν στο νοσοκομείο μας και λάμβαναν δυναμικά καρδιοτοξικά θεραπευτικά σχήματα: 52% λάμβανε μόνο τραστουζουμάμπη, 34% λάμβανε μόνο ανθρακυκλίνες και 14% καρφιλζομίμπη. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η εκδήλωση καρδιοτοξικότητας έπειτα από τη χημειοθεραπεία. Η καρδιοτοξικότητα ορίστηκε ως μείωση του LVEF πάνω από 5% και συνολικά κάτω από 55% σε ασθενείς με συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ στους ασυμπτωματικούς ασθενείς μείωση πάνω από 10% του LVEF και συνολικά κάτω από 55%. Αποτελέσματα: Στον πρώτο χρόνο παρακολούθησης, οι ασθενείς που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη δεν παρουσίασαν μείωση του LVGLS (19.8 ± 2.8 vs $19.3 \pm 4.1\%$, $p=0.403$). Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο κλάσμα εξώθησης (57.8 ± 4.9 vs $59 \pm 6.8\%$) και στο GLS της δεξιάς κοιλίας (20.3 ± 2.8 vs $20.0 \pm 3.6\%$). Αντιθέτως, οι ασθενείς που έλαβαν placebo παρουσίασαν σημαντική μείωση του LVGLS ($20.8 \pm 2.1\%$ vs 18.5 ± 2.2 , $p=0.001$) και οριακή επιδείνωση του LVEF (60 ± 5.4 vs $56.7 \pm 6.7\%$, $p=0.045$) Συμπέρασμα: Η μελέτη μας είναι η πρώτη που ερευνά την προφυλακτική δράση της δαπαγλιφλοζίνης στην εμφάνιση μη-ισχαιμικής καρδιομυοπάθειας σε ασθενείς που λαμβάνουν τραστουζουμάμπη, ανθρακυκλίνες ή καρφιλζομίμπη. Η αγωγή με δαπαγλιφλοζίνη απέτρεψε την επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας και διατήρησε το κλάσμα εξώθησης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ084 | **Prognostic implications of guideline-directed medical therapy for heart failure in functional mitral regurgitation: A meta-analysis**

V. Anastasiou¹, A. S. Papazoglou², S. Daios¹, D. V. Moysidis³, E. Tsiartas⁴, M. Didagelos¹, K. Dimitriadis⁵, T. Karamitsos¹, G. Giannakoulas¹, K. Tsioufis⁵, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

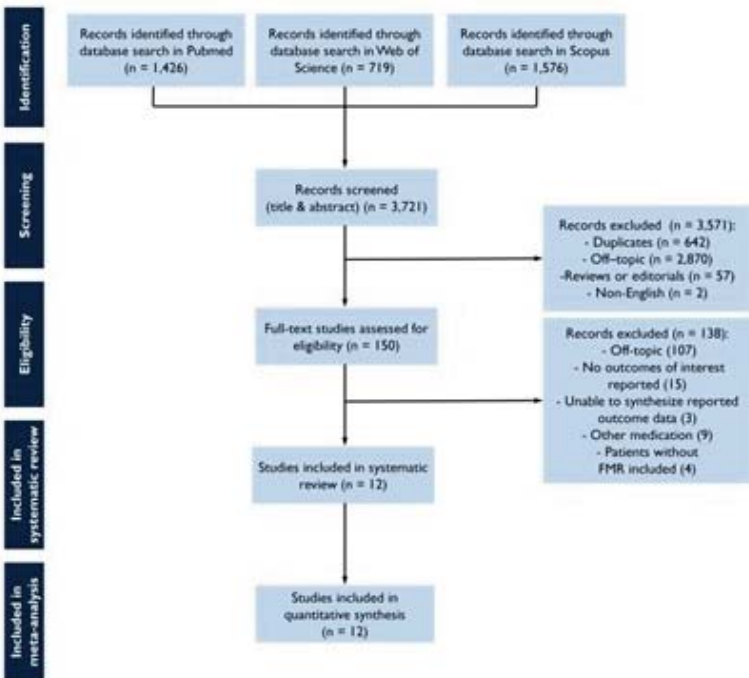
² Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece,

⁴ Institute of Clinical Trials and Methodology, Faculty of Population Health Sciences, University College London, London, UK,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

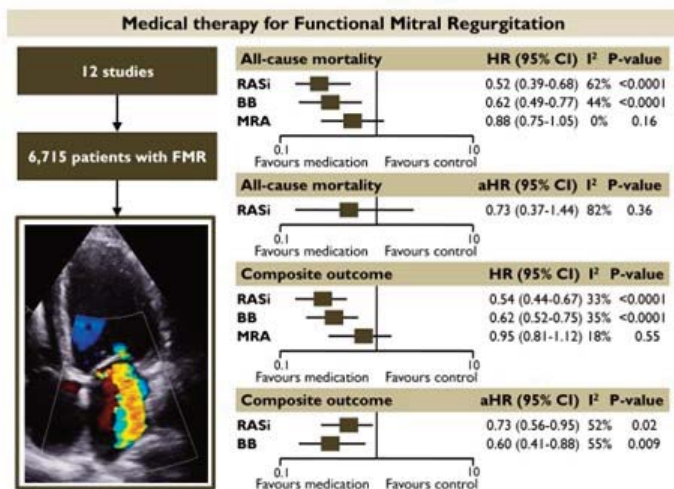
Aims: Randomized evidence on the role of heart failure guideline-directed medical therapy for patients with functional mitral regurgitation (FMR) is lacking. The present meta-analysis sought to investigate the prognostic impact of different pharmacotherapy categories recommended in heart failure, on subjects with FMR. **Methods:** A systematic literature review was conducted to



identify studies reporting the association of renin angiotensin system inhibitors (RASi), beta-blockers (BB), and mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) with outcomes in FMR. 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 in each medical category. **Results:** Twelve studies with 6,715 FMR patients were included (Figure 1). The use of RASi and

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



BB was associated with a significantly lower risk of all-cause mortality (HR 0.52 [0.39-0.68]; $p < 0.00001$, $I^2 = 62\%$ and HR 0.62 [0.49-0.77]; $p < 0.00001$, $I^2 = 44\%$, respectively) and the composite outcome (HR 0.54 [0.44-0.67], $p < 0.00001$, $I^2 = 33\%$ and HR 0.62 [0.52-0.75], $p < 0.00001$, $I^2 = 35\%$ respectively) in unadjusted models. Both RASi (aHR 0.73 [0.56-0.95], $p = 0.02$, $I^2 = 52\%$) and BB (aHR 0.60 [0.41-0.88], $p = 0.009$, $I^2 = 55\%$) retained their association with the composite out-

come in pooled adjusted models. The prognostic benefit of using RASi or BB was retained in subgroup analysis including only patients with moderate or severe FMR. MRA did not demonstrate a significant association with improved outcomes (Figure 2). Conclusions: RASi and BB administration appear to have a favorable prognostic impact on patients with FMR, regardless of the severity of regurgitation.

ΠΑ085 | ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΘΥΕΛΛΑ

Φ. Δημητριάδης¹, Κ. Πολυμερόπουλος¹, Α. Σταυράτη¹, Π. Λαζαρίδης¹, Μ. Σιάρκος¹, Μ. Φώτη¹, Ι. Ζαρίφης¹

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

² ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Οι αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος (Immune checkpoint Inhibitors-ICIs) αντιπροσωπεύουν μία νέα, επαναστατική αντινεοπλασματική θεραπεία. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 28 ετών με λέμφωμα Hodgkin (2019), αυτόλογη μεταμόσχευση (2022) και υπό θεραπεία με pembrolizumab (ICI), διακομίστηκε από Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στο τμήμα μας, εξαιτίας συγκοπικών επεισοδίων που συσχετίστηκαν με καταγραφή κοιλιακής ταχυκαρδίας (VT). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκε φλεβοκομβι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κός ρυθμός, με συχνές πρόωρες κοιλιακές συστολές, χωρίς διαταραχές του ST. Η τροπονή-T και τα νατριουρητικά πεπτιδία ήταν αυξημένα, ενώ οι δείκτες φλεγμονής εντός φυσιολογικών ορίων. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε σοβαρά μειωμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (LV) με κλάσμα εξώθησης 30%. Έγινε στεφανιαία αγγειογραφία με φυσιολογικά ευρήματα. Στο ΗΚΓικό monitor καταγράφηκαν πολλαπλά επεισόδια συμπτωματικής VT (μονόμορφης κυρίως), που αντιμετωπίστηκαν με υψηλές δόσεις αμιωδαρόνης, προπρανολόλης, μαγνησίου και ηλεκτρικές απινιδώσεις, αλλά καθώς ο ασθενής μετέπεσε σε ηλεκτρική θύελλα, εφαρμόστηκε διασωλήνωση, επεμβατικός μηχανικός αερισμός και τέθηκε προσωρινός διαφλέβιος βηματοδότης, για υπερκέρωση ρυθμού. Διάγνωση-Θεραπεία: Με βάση τα πολλαπλά επεισόδια συμπτωματικής VT, τις αυξημένες τιμές καρδιακών βιοδεικτών, τη σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα LV, την απουσία σημείων ενδεικτικών οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ή λοιμώδους μυοκαρδίτιδας και κυρίως, της πρόσφατης θεραπείας με pembrolizumab, τέθηκε ως πολύ πιθανή η διάγνωση μυοκαρδίτιδας σχετιζόμενης με ICI οπότε και ξεκίνησε αμέσως θεραπεία με υψηλές δόσεις στεροειδών και γάμμα-σφαιρίνης. Τα επεισόδια VT σταδιακά μειώθηκαν και τερματίστηκαν μετά από 48 ώρες, αφαιρέθηκε ο προσωρινός βηματοδότης, διακόπηκε σταδιακά η αντιαρρυθμική αγωγή και ξεκίνησε θεραπεία για καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Μετά τη σταθεροποίηση του ασθενή, διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, όπου διαπιστώθηκε μερική ομαλοποίηση της συστολικής λειτουργίας της LV και παρουσία ήπιου μυοκαρδιακού οιδήματος, με όψιμη πρόσληψη γαδολινίου (LGE). Καθώς ο ασθενής θεωρήθηκε υψηλού κινδύνου για μελλοντικά αρρυθμιολογικά συμβάντα, εμφυτεύθηκε μόνιμος διαφλέβιος απινιδωτής (ICD). Δύο εβδομάδες μετά το εξιτήριο, διαπιστώθηκε πλήρης αποκατάσταση της συσταλτικότητας της LV και ένα χρόνο μετά δεν καταγράφηκαν επεισόδια VT. Συμπέρασμα: Η μυοκαρδίτιδα από ICI είναι μια σοβαρή και συχνά θανατηφόρα ανεπιθύμητη ενέργεια. Είναι καθοριστικής σημασίας να υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας μυοκαρδίτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ICI. Η εμφάνιση σύμπλοκων κοιλιακών αρρυθμιών, σε συνδυασμό με θετικό LGE ενισχύουν την αναγκαιότητα εμφύτευσης ICD για πρωτογενή πρόληψη.

ΠΑ086 | Η προγνωστική αξία της ταξινόμησης Lown και Wolf στην πρόβλεψη εμφάνισης επεισοδίων κοιλιακών ταχυαρρυθμιών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFREF)
Δ. Μουσελίμης¹, Κ. Μπακογιάννης¹, Α. Τσαρουχάς¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Θεοφιλογιαννάκος¹, Α. Αντωνιάδης¹, Γ. Γιαννόπουλος¹, Μ. Τουμπουρέκα¹, Δ. Ταχματζίδης¹, Α. Βασιλικού¹, Χ. Λαζαρίδης¹, Μ. Δούμας¹, Ν. Φραγκάκης², Γ. Ευθυμιάδης³, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

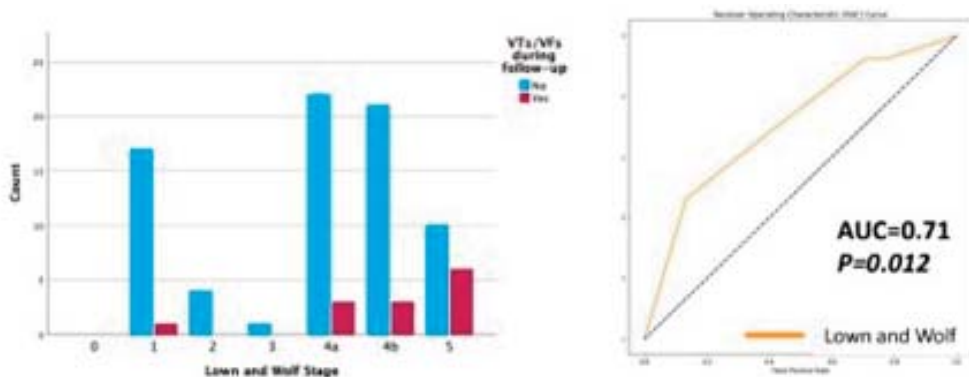
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ο κίνδυνος εμφάνισης κοιλιακών ταχυαρρυθμιών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF) είναι σημαντικός και σχετίζεται με την πιθανότητα αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Η έγκαιρη ανίχνευση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων αρρυθμιών είναι σημαντική για την πιο αποτελεσματική θεραπευτική διαχείρισή τους. Η ταξινόμηση Lowrie και Wolf χρησιμοποιεί τρία επίπεδα συχνότητας εμφάνισης κοιλιακών πρόωρων συστολών και τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης της πολυπλοκότητας των συστολών αυτών για να κατατάξει τους ασθενείς σε επτά κατηγορίες· όσο συχνότερη και πιο οργανωμένη η εμφάνιση VPBs, τόσο υψηλότερος ο κίνδυνος ταχυαρρυθμίας. Η παρούσα προοπτική μελέτη μητρώου μελετά την ικανότητα της ταξινόμησης Lowrie και Wolf να προβλέψει το αρρυθμιολογικό φορτίο σε 24ωρες καταγραφές Holter ασθενών με HFrEF. Υλικό και Μέθοδος: Συμμετείχαν ασθενείς με HFrEF με εμφυτεύσιμες ηλεκτρονικές καρδιακές συσκευές(CIED) στη μελέτη. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη παρακολούθηση Holter και έλεγχο των CIED στην αρχή και στους 12 μήνες παρακολούθησης. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν βάσει Lowrie και Wolf σύμφωνα με την καταγραφή Holter, ενώ η συχνότητα των κοιλιακών ταχυκαρδιών ποσοτικοποιήθηκε μέσω των CIEDs μετά από 12 μήνες παρακολούθησης. Αποτελέσματα: Συνολικά, 88 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (69.2±9.8 ετών, 78% άνδρες, βλέπε εικόνα). Η ισχαιμική καρδιομυοπάθεια ήταν η συχνότερη αιτιολογία HFrEF (n=46, 52%), ενώ οι περισσότεροι βρίσκονταν σε λειτουργική κλάση NYHA II (43, 49%) και NYHA III (40, 45%). Η πλειονότητα των ασθενών ταξινομήθηκαν στις κατηγορίες 4a (25 ασθενείς, 28%) και 4b (24 ασθενείς, 27%) κατά Lowrie και Wolf. Η αξιολόγηση Lowrie και Wolf είχε σημαντική προβλεπτική ικανότητα όσον αφορά τα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας και τα επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής (AUC=0.71, p=0.012), με την κατηγορία 4a να έχει ευαισθησία 93% για την ανίχνευση ασθενών με τουλάχιστον ένα επεισόδιο κοιλιακής αρρυθμίας, και αντίστροφα, μόνο ένας ασθενής με κατηγορία Lowrie και Wolf κάτω από 4a παρουσίασε επεισόδιο κοιλιακής αρρυθμίας. Συμπεράσματα: Σε αυτήν την ομάδα ασθενών, η ταξινόμηση Lowrie και Wolf απέδωσε επαρκώς στην πρόβλεψη ασθενών με αυξημένο κίνδυνο επεισοδίων κοιλιακής αρρυθμίας.

Παράμετρος	Τιμές (n=88)				LW Κατ.	Περιγραφή	Συχνότητα
Ηλικία (έτη)	69.2±9.8						
Φύλο (άντρες,%)	69 (78)						
Ισχαιμική(%)	46 (52)						
NYHA (I/II/III/IV)	0	43	40	5	0	Καμία PVC	0 (0%)
NYHA (%)	0	49	45	6	1	Περιστασιακές μεμονωμένεςPVCs	18 (21%)
GFR (mL/min/1.73m ²)	60.5 (31)				2	Συχνές PVCs (>30 per hour)	4 (5%)
Διαβήτης τ. II(%)	39 (44)				3	Πολύμορφες PVCs	1 (1%)
KM (%)	61 (69)				4a	Επαναλαμβανόμενες PVCs: Ζεύγη	25 (28%)
					4b	Επαναλαμβανόμενες PVCs: Τετράδες	24 (27%)
					5	Πρώιμες PVCs ή R-on-T	16 (19%)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Αυτό υποδεικνύει ότι μπορεί να υπάρχει όφελος από την περαιτέρω αξιολόγηση της χρήσης αυτού του συστήματος ταξινόμησης στην αναγνώριση ασθενών με HFREF με αυξημένο κίνδυνο κοιλιακών αρρυθμιών και, κατ' επέκταση, αιφνίδιου καρδιακού θανάτου.

12.30-14.00 Καρδιακή απεικόνιση I / Imaging I

Πρόεδροι: **I. Παλιός** (Αθήνα), **Κ. Παγωνίδης** (Ηράκλειο)

Chairpersons: **I. Palios** (Athens), **K. Pagonidis** (Heraklion)

Correlation of MRI Viability with Angiographic Grade of Collaterals in Coronary Arteries with Chronic Total Occlusions

Danielle Retcho, MD; Kyrillos Girgis, MD; Sumit Sohail MD, MS; Esad Vucic, MD, PhD; Najam Wasty, MD

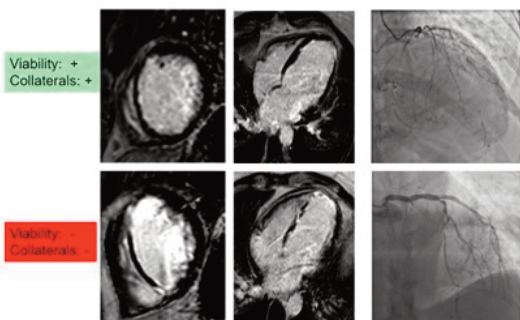
Introduction: Cardiac magnetic resonance (CMR) imaging is now being widely used in the assessment of cardiac viability in patients with ischemic left ventricular systolic dysfunction undergoing evaluation for coronary revascularization. While CMR may provide information on the living myocardial cells, we hypothesize that robust collaterals (Grade 2 or 3) viewed on a coronary angiogram should translate into a significant amount of viable myocardium subtended by the culprit vessel receiving the collateral flow.

Methods: The study was designed as a retrospective cohort study. We reviewed all the CMR studies done at the institution between January, 2019 to June, 2023. The patients were included if they had an angiogram that was done within 14 days of the CMR. Patients with history of coronary artery bypass grafts, remote angiograms, end stage renal disease or advanced chronic kidney disease were excluded. Only left anterior descending artery (LAD) and right coronary artery (RCA) chronic total occlusions (CTO) were evaluated in this study. The overall territory was labelled as

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Results



viable if more than 50% of the segments supplied by LAD/RCA had less than 50% gadolinium enhancement of CMR. The degree of collaterals were assessed by Rentrop classification from grade 0 being no collaterals to grade 3 with complete filling of the main epicardial vessel. Two physicians who are trained in reading coronary angiograms separately reviewed the studies and graded the collaterals. Eventually we studied the correlation of grade of collaterals on angiogram with viability on MRI. Results: 37 patients who underwent CMR for viability had LAD and/or RCA CTO. Mean age of the patients was 60.8 years. 54.05% of patients were diabetic and

56.76% hypertensive. All the patients had reduced ejection fraction. 28 patients had robust (either grade 2 or 3) collaterals whereas 9 patients had poor (grade 0 or 1) collaterals. 89.29% of the patients with robust collaterals showed viability on CMR as compared to 44.44% of patients with poor collaterals. All the patients with viability on CMR had atleast some form of collaterals (grade 1-3). Conclusion: Presence of robust collaterals on angiogram can indicate viability as assessed by cardiac MRI and may obviate the need for further studies. Larger studies are needed to corroborate our findings.

ΠΑ087 | Η επίδραση της άσκησης στην κοιλιοαρτηριακή σύζευξη (RV-PC coupling) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με σημαντική πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδος

Μ. Κούκος¹, Χ. Α. Βερβερέλη¹, Ι. Δημητρόγλου¹, Ε. Μπενέκη¹, Π. Δρίτσα², Δ. Τσαρτσάλης¹, Δ. Πατσουράκος¹, Κ. Ζήσιμος¹, Α. Σακαλίδης¹, Η. Τόλης¹, Φ. Παλέλη¹, Α. Καλομπάτσου¹, Μ. Κουρεμέτη¹, Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

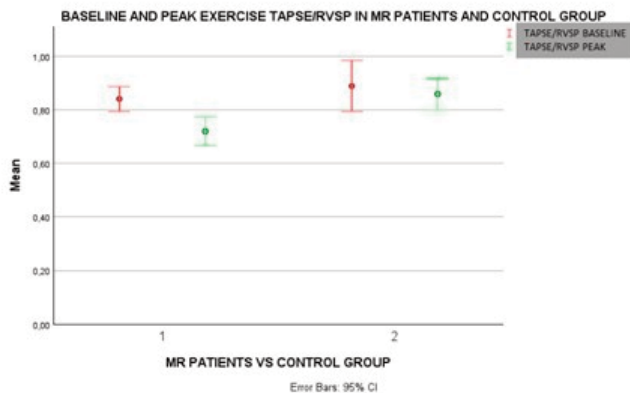
Εισαγωγή/Σκοπός: Η αξιολόγηση της κοιλιοαρτηριακής σύζευξης μεταξύ δεξιάς κοιλίας και πνευμονικής κυκλοφορίας (RV-PC coupling), χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας ως συνάρτηση του μεταφορτίου. Ενώ υπάρχουν δεδομένα σε δευτεροπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς ότι το επηρεασμένο RV-PC coupling έχει συσχετιστεί με χειρότερη πρόγνωση, τα δεδομένα για τους ασθενείς με πρωτοπαθή ανεπάρκεια είναι πολύ περιορισμένα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση του RV-PC coupling και της μεταβολής αυτού κατά τη διάρκεια της άσκησης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Υλικό και μέθοδοι: Στη μελέτη συμ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Μετρήσεις	Ηρεμία- MR Mean±SD	Μεγιστή φόρτιση - MR Mean±SD **[p value]	Ηρεμία-Υγιείς Mean±SD	Μεγιστή φόρτιση - Υγιείς Mean±SD
TAPSE	23.48±3.05	29.94±3.48 ($< .001$)	22.6±3.43	29.13±2.97 (.039)
TAPSE/RVSP	0.84±0.16	0.72±0.19 ($< .001$)	0.88±0.17	0.86±0.11 (.015)
TAPSE/RVSP/BSA	0.46±0.11	0.39±0.09 ($< .001$)	0.46±0.10	0.45±0.06 (.001)
S'	14.37±1.92	20.39±2.38 (p=NS)	13.97±2.94	22.00±2.55 (p=NS)
S'/RVSP	0.52±0.11	0.50±0.15 (.004)	0.55±0.13	0.65±0.09 (.015)
RVSP	28.54±4.56	43.79±10.27 ($< .001$)	25.73±2.6	34.07±2.19 (.042)
E/E'	6.74±2.41	6.93±2.06 ($< .001$)	5.53±0.87	6.28±1.29 (0.81)
Systemic Blood Pressure	139.33±21.84	171±24 ($< .001$)	127.20±13.25	169.6±19.39 (.022)

μετείχαν 48 ασθενείς και 15 μαρτυρες. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι μάρτυρες υποβλήθηκαν σε πρωτόκολλο δυναμικής υπερηχογραφίας με χρήση ύπτιου ποδήλατου. Η εκτίμηση του RV-PC coupling έγινε μη επεμβατικά με τη χρήση του λόγου των δεικτών λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας - TAPSE και S' - προς τη συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας (RVSP), τόσο σε ηρεμία όσο και σε μέγιστη κόπωση. Αποτελέσματα: Από τους 48 ασθενείς (μέση ηλικία 53.5±15.16 έτη, 58.3% θηλυ), 39 είχαν μετρίου βαθμού MR(81.3%), 5 μετρίου προς σοβαρού βαθμού MR(10.4%), και 4 σοβαρού βαθμού MR(8.3%). Η διάρκεια της άσκησης ήταν σημαντικά μικρότερη σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες (8.11±2.39 min vs 10.5±1.05 min, αντίστοιχα; p<.001). Η τιμή των TAPSE και RVSP αυξήθηκε στους ασθενείς με ανεπάρκεια μιτροειδούς από την ηρεμία στη μέγιστη κόπωση [23.48 ±3.05mm vs 29.94±3.48mm (p < .001), 8.54±4.56mmHg vs 43.79±5.27mmHg (p < .001), αντίστοιχα]. Δεν παρατηρήθηκε δια-



φορά στους λόγους TAPSE/RVSP και S'/RVSP ανάμεσα σε ασθενείς και μάρτυρες κατά τις μετρήσεις ηρεμίας. Αντιθέτως κατά την άσκηση, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στους δύο λόγους για την ομάδα των ασθενών (0.84 + 0.16 mm/mmHg vs 0.72±0.19mm/mmHg (p <.001) και 0.52 + 0.11 cm/sec/mmHg vs 0.50 +0.15 cm/sec/mmHg (p .004), αντίστοιχα). ενώ οι παράμετροι αυτοί δεν μεταβλήθηκαν στην ομάδα των μαρτύρων. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών στους δείκτες TAPSE/RVSP με τη μεταβολή σε E/E' και συστολική αρτηριακή πίεση. Συμπεράσματα: Το RV-PC coupling μειώνεται στην άσκηση σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με παύα από μετρίου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς, και όχι στους μάρτυρες. Μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα μπορούσαν να αξιολογήσουν τον προγνωστικό και προβλεπτικό ρόλο αυτών των μεταβολών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ088 | Μαγνητική καρδιάς: Απεικονιστικά ευρήματα υπερ-ηωσινοφιλικών συνδρόμων**Α. Ζαχαράκη¹, Π. Ρόζος¹, Σ. Ζαρκαδούλας¹, Ε. Νύκταρη¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Εισαγωγή - σκοπός Τα υπερηωσινοφιλικά σύνδρομα (HES) είναι μια σπάνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη (≥ 6 μήνες) ηωσινοφιλία ($>1,5 \times 10^9/L$) σχετιζόμενη με δυσλειτουργία/βλάβη οργάνων λόγω διήθησης ιστών από ηωσινοφιλία. Η καρδιοαγγειακή προσβολή αφορά είτε απευθείας ηωσινοφιλο-επαγόμενη βλάβη στην καρδιά, είτε αγγειόσπασμο των στεφανιαίων αγγείων, αρτηριακή/φλεβική θρόμβωση και μικροαγγειακή βλάβη. Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές τυπικά εμφανίζονται κατά κλιμακούμενα στάδια που ενίοτε μπορεί να συνυπάρχουν. Το α στάδιο (οξεία φάση) περιλαμβάνει άμεση διήθηση του υπενδοκάρδιου τοιχώματος από ηωσινοφιλα, είναι γενικά ασυμπτωματικό, ενώ σπανίως δύναται να εκδηλωθεί με οξεία κεραυνοβόλο μυοκαρδίτιδα. Το β στάδιο χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενδοκοιλοτικών θρόμβων και κίνδυνο συστηματικών εμβολών. Στο γ στάδιο, η εμμένουσα ηωσινοφιλική φλεγμονή οδηγεί σε υπενδοκάρδια ίνωση, ιδίως στην κορυφή και στους χώρους εισόδου των κοιλιών. Σκοπός είναι η ανάδειξη, με τη μαγνητική τομογραφία, των χαρακτηριστικών ευρημάτων της νόσου, ειδικά στις περιπτώσεις αλληλοκαλυπτόμενων φαινοτύπων, μέσω των διαφορετικών τεχνικών ιστικού χαρακτηρισμού που μπορούν να ταυτοποιήσουν οίδημα/φλεγμονή μυοκαρδίου, παρουσία θρόμβωσης ή/και ίνωσης. Υλικό και μέθοδος³ ασθενείς με HES υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με τη χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας, σε διαφορετικά στάδια της νόσου. Αποτελέσματα Ασθενής Νο1: Κλινική εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας, σε έδαφος κεραυνοβόλου ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας (βιοψία μυοκαρδίου). Διάταση αριστερής κοιλίας με σοβαρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης, διατοχωματικό οίδημα στις περιοχές με διαταραχή κινητικότητας και διττό παθολογικό πρότυπο στις όψιμες εικόνες μετά τη λήψη γαδολινίου (υπενδοκάρδιο και μη υπενδοκάρδιο). Εικόνα 1- Panel A Ασθενής Νο2: Ιστορικό ΑΕΕ. Εικόνα ηωσινοφιλικής ενδοκαρδίτιδας με κυκλοτερή πά-

• Panel A-

Οξεία Κεραυνοβόλο στάδιο- νεκρωτική μυοκαρδίτιδα

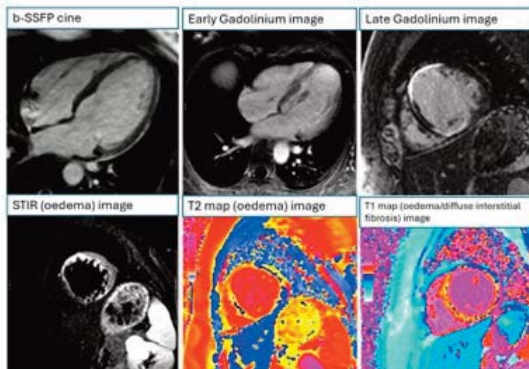


Figure 1. Patient 1 with fulminant eosinophilic myocarditis

χυνση κορυφαίων τμημάτων και συστολική εξάλειψη κορυφής αριστερής κοιλίας. Λεπτή στιβάδα υπενδοκάρδιου τοιχωματικού θρόμβου. Εικόνα 2- Panel B Ασθενής Νο3: Οριακά διατεταμένη αριστερή κοιλία με σοβαρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης, δυσκινησία και λέπτυνση κορυφαίων τμημάτων χωρίς θρόμβο στην κορυφή. Υπενδοκάρδια ουλή τόσο στα δυσκινητικά κορυφαία τμήματα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

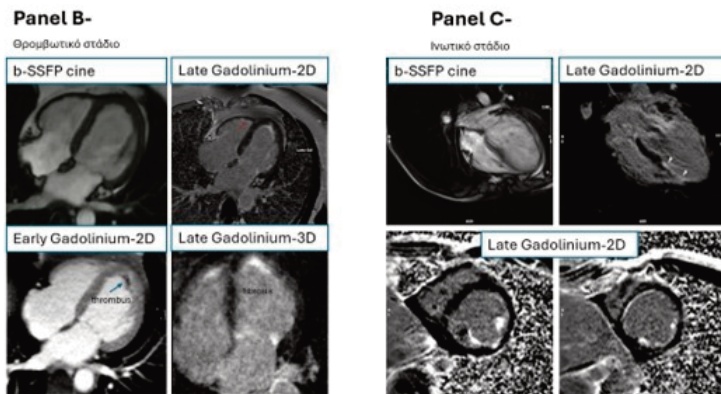


Figure 2. Panel A Patient 2 with typical eosinophilic endocarditis and mural thrombus. Panel B: Patient 3 with typical fibrosis

έγκαιρη διάγνωση και τον ιστικό χαρακτηρισμό του προσβεβλημένου μυοκαρδίου σε όλα τα στάδια των καρδιαγγειακών επιπλοκών των υπερ-ηωσινοφιλικών συνδρόμων.

όσο και κατά τόπους σε πλάγιο και κατώτερο τοίχωμα καθώς και στους θηλοειδείς μυς. Περιφερική ηωσινοφιλία με διήθηση του μυελού οστών και του μυοκαρδίου σε αντίστοιχες βιοψίες και βλάβες τύπου αγγειίτιδας. Εικόνα 2-Panel C Συμπεράσματα Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποτελεί την πιο ευαίσθητη μη επεμβατική απεικονιστική μέθοδο, για την

ΠΑ089 | Μελέτη της επίδρασης συμπληρώματος διατροφής που περιέχει γλυκοζαμινογλυκάνες και φουκοϊδάνη στον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα και την αγγειακή λειτουργία μετά από λοίμωξη COVID-19

Γ. Παυλίδης¹, Ι. Οικονομίδης¹, Α. Κουντούρη², Κ. Κατωγιάννης¹, Ι. Θυμής¹, Γ. Κωστέλλη¹, Λ. Πλιούτα², Ε. Κόρακας², Ε. Μιχαλοπούλου¹, Ε. Κατσανάκη¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Ι. Παρίσης³, Β. Λαμπαδιάρη²

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα,

³ Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η λοίμωξη COVID-19 συνδέεται με υποκλινική ενδοθηλιακή και αγγειακή δυσλειτουργία. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί αν η χορήγηση του διατροφικού συμπληρώματος Endocalyx (Microvascular Health Solutions), που περιέχει γλυκοζαμινογλυκάνες και φουκοϊδάνη, μπορεί να βελτιώσει την ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, την αρτηριακή σκληρία και τη στεφανιαία μικροκυκλοφορία μετά από λοίμωξη COVID-19. Υλικό και μέθοδος: Πνήντα ασθενείς (μέση ηλικία: 60 έτη, 58% γυναίκες) 15 ημέρες μετά από επιβεβαιωμένη ήπιας ή μέτριας βαρύτητας λοίμωξη COVID-19 τυχαιοποιήθη-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Endocalyx (n = 25)			Placebo (n = 25)		
	Baseline	4 μήνες	p-value	Baseline	4 μήνες	p-value
PBR 4-25 μm	2,37 \pm 0,23	2,24 \pm 0,20	0,019	2,30 \pm 0,20	2,27 \pm 0,21	0,807
PBR 4-9 μm	1,21 \pm 0,07	1,22 \pm 0,14	0,897	1,19 \pm 0,10	1,24 \pm 0,09	0,068
PBR 10-19 μm	26,5 \pm 0,21	2,52 \pm 0,24	0,031	2,59 \pm 0,26	2,56 \pm 0,25	0,697
PBR 20-25 μm	3,04 \pm 0,48	2,75 \pm 0,40	0,006	2,91 \pm 0,41	2,87 \pm 0,45	0,640
PWV (m/s)	10,6 \pm 2,3	9,8 \pm 2,1	0,023	10,4 \pm 2,5	10,2 \pm 2,4	0,589
CFR	2,47 \pm 0,64	2,68 \pm 0,53	0,046	2,53 \pm 0,54	2,55 \pm 0,46	0,784
MDA (mmol/L)	1,45 \pm 0,69	1,06 \pm 0,35	0,044	1,36 \pm 0,47	1,51 \pm 0,55	0,258
PCs (nmol/mg protein)	13,48 \pm 8,29	9,17 \pm 4,81	0,012	14,31 \pm 8,26	14,44 \pm 11,4	0,973

ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα) με τη χρήση ειδικής κάμερας (Microscan, GlycoCkeck), β) η καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV - Complior), γ) η στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) με Doppler ηχοκαρδιογραφία και δ) οι συγκεντρώσεις στο πλάσμα μηλονικής διαλδεϋδης (MDA) και πρωτεϊνικών καρβονυλίων (PCs) ως δεικτών οξειδωτικού στρες. Αποτελέσματα: Μετά από αγωγή 4 μηνών, οι ασθενείς που έλαβαν Endocalyx παρουσίασαν σημαντική ελάττωση των PBR 4-25 μm (2,24 \pm 0,20 vs. 2,37 \pm 0,23 μm), PWV (9,8 \pm 2,1 vs. 10,6 \pm 2,3 m/s), MDA (1,06 \pm 0,35 vs. 1,45 \pm 0,69 mmol/L), PCs (9,17 \pm 4,81 vs. 13,48 \pm 8,29 nmol/mg protein) και αύξηση της CFR (2,68 \pm 0,53 vs. 2,47 \pm 0,64) ($p < 0,05$ για όλες τις συγκρίσεις). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παραπάνω δείκτες στην ομάδα που έλαβε το εικονικό συμπλήρωμα διατροφής ($p > 0,05$, Πίνακας). Στους ασθενείς που έλαβαν Endocalyx, η εκατοστιαία μείωση της PBR 4-25 μm συσχετίστηκε με την αντίστοιχη μείωση των PWV ($r = 0,31$, $p = 0,047$), MDA ($r = 0,42$, $p = 0,026$) και PCs ($r = 0,29$, $p = 0,048$), καθώς και με την αύξηση της CFR ($r = -0,59$, $p = 0,008$) μετά από 4 μήνες. Συμπεράσματα: Τετράμηνη αγωγή με Endocalyx οδήγησε σε βελτίωση του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, της αρτηριακής σκληρίας και της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας παράλληλα με μείωση του οξειδωτικού στρες σε ασθενείς μετά από λοίμωξη COVID-19.

καν να λάβουν Endocalyx (n = 25) ή εικονικό συμπλήρωμα διατροφής (n = 25) για 4 συνεχόμενους μήνες. Σε όλους τους ασθενείς στην έναρξη της αγωγής και στους 4 μήνες μετρήθηκαν: α) η perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων αγγείων διαμέτρου 4-25 μm (αυξημένη τιμή PBR θεωρείται δείκτης μείωσης του πάχους του

ΠΑ090 | Πολυκεντρική καταγραφή των ενδείξεων και ευρημάτων αξονικής στεφανιογραφίας στον Ελληνικό πληθυσμό (GreCCTA): μια μελέτη >1.100 ασθενών

A. Αντωνόπουλος¹, Σ. Σημαντήρης¹, Γ. Μπενέτος^{1,2}, Χ. Παπαστάμος¹, Ν. Αξυπόλητος¹, Α. Παππά³, Θ. Δημητρίου⁴, Π. Κορκοκικήτας³, Π. Μανιάτης⁵, Δ. Παπανδρέου⁶, Θ. Βραχλιώτης⁴, Κ. Τούτουζας¹, Χ. Βλαχόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

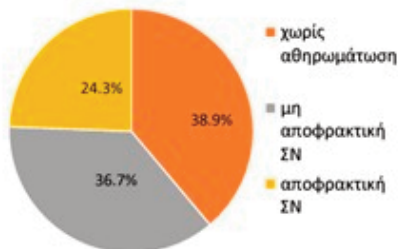
¹ Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ,² ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ,³ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΝΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ,⁴ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ, ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ,⁵ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΓΝΝΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ,⁶ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η αξονική στεφανιογραφία (CCTA) συνιστά πλέον εξέταση εκλογής για τον αποκλεισμό στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) σε χαμηλού/ένδιαμέσου κινδύνου ασθενείς και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της ανατομίας των στεφανιαίων αγγείων. Με την παρούσα μελέτη συλλέξαμε CCTA από Ελληνικά κέντρα, με στόχο την καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων ασθενών που παραπέμπονται για την εξέταση και των ευρημάτων που προκύπτουν από τις εικόνες της εξέτασης. Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη έγινε συλλογή CCTA από 4 κέντρα (Αθήνα, Αττική) Από τα πορίσματα των αξονικών καταγράφηκαν η ένδειξη παραπομπής για CCTA, οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου του ασθενούς για ΣΝ (SMuRFs, δηλ. αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης και κάπνισμα) καθώς και η ύπαρξη και έκταση της στεφανιαίας αθηρωμάτωσης και η παρουσία αποφρακτικής ΣΝ (στένωση αυλού>50%). Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν CCTA από 1.138 ασθενείς (66.1% άνδρες, μέση ηλικία 57.3 έτη). Από τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε CCTA, 61% ήταν ασυμπτωματικοί, 12% παραπέμφθηκαν λόγω θωρακικού άλγους, 8% είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε θετική λειτουργική δοκιμασία ισχαιμίας και 8% παραπέμφθηκαν για παρακολούθηση γνωστής στεφανιαίας νόσου ή για άλλες ενδείξεις (11%)

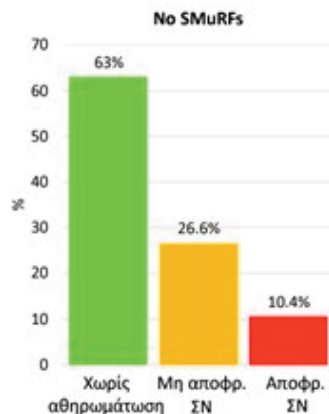
Α. Ένδειξη παραπομπής για αξονική στεφανιογραφία



Β.



Γ.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

(Εικόνα 1Α). Συνολικά, 38.9% του πληθυσμού δεν είχαν αθηρωματικές πλάκες, 36.7% είχαν μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο και 24.3% είχαν αποφρακτική στεφανιαία νόσο (Εικόνα 1Β). Από τους ασθενείς που ήταν ασυμπτωματικοί, σε 17.4% βρέθηκε αποφρακτική ΣΝ, ενώ 40.3% είχαν μη αποφρακτική ΣΝ. Επιπλέον, στο 10.4% των ασθενών που δεν εμφάνιζαν κάποιον τροποποιημένο παράγοντα κινδύνου βρέθηκε αποφρακτική στεφανιαία νόσος (Εικόνα 1Γ). Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών που παραπέμπονται για CCTA είναι ασυμπτωματικοί. Η ύπαρξη αθηρωματικών πλακών συνιστά συχνό εύρημα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε CCTA. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που ήταν ασυμπτωματικοί, εμφάνισαν αθηρωματικές πλάκες στα στεφανιαία αγγεία και είναι υποψήφιοι για έναρξη ή ενίσχυση προληπτικής αγωγής.

**Χρηματοδότηση: Πρόγραμμα Έρευνας και Καινοτομίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης Horizon 2020 (grant agreement number 965286 - MAESTRIA)"*

ΠΑ091 | Σύγκριση της παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (strain), της αρτηριακής σκληρίας, του πάχους του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα μεταξύ των εμβολικών εγκεφαλικών άγνωστης προέλευσης (ESUS), των κενοδοπιωδών, των καρδιοεμβολικών και των αθηροσκληρυντικών αγγειακών

Κ. Κατωγιάννης¹, Ι. Θύμης¹, Ι. Οικονομίδης¹, Δ. Βλαχομητρος¹,

Ε. Κατσανάκη¹, Ε. Μιχαλοπούλου¹, Β. Λαμπαδιάρη, Γ. Παυλίδης¹,

Γ. Παπαγιαννοπούλου, Α. Φρογουδάκη¹, Γ. Τσιβγούλης

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Μελετήθηκαν ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας, η αρτηριακή σκληρία, η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με εμβολικά εγκεφαλικά άγνωστης προέλευσης (ESUS), με κενοδοπιώδη έμφρακτα, με καρδιοεμβολικά και αθηροσκληρυντικά εγκεφαλικά επεισόδια. Υλικό και Μέθοδος: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 194 ασθενείς (ηλικίας 58.8±10.8 έτη) με οξέα εγκεφαλικά επεισόδια (47 κενοδοπιώδη, 50 αθηροσκληρυντικά, 48 ESUS και 49 καρδιοεμβολικά) και 50 ως ομάδα ελέγχου με παρόμοιους παράγοντες κινδύνου (διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσος, κάπνισμα; $p > 0.05$). Μετρήθηκαν: (1) το perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων τριχοειδών με διάμετρο 5–25μm, ως δείκτης ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, (2) η ταχύτητα σφυγμικού κύματος μεταξύ καρωτίδας-μηριαίας (PWV), η κεντρική συστολική πίεση (cSBP), ως δείκτες αρτηριακής σκληρίας (3) η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου (LA strain) μέσω χρήσης speckle-tracking ηχοκαρδιογραφίας, (4) η συνολική μυοκαρδιακή παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS), (5) το μυοκαρδιακό έργο της αριστερής κοιλίας (GWI), (6) η κοιλιοαρτηριακή σύζευξη μέσω του πηλίκου PWV/GLS. Αποτελέσματα: Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου οι ασθενείς με εγκεφαλικά είχαν υψηλότερο PWV (11.98±3.21 vs

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	Σύνολο	ESUS	Κενοτοπιώδη	Καρδιοεμβολικά	Αθηροσκληρυντικά	p-value
GLS (%)	-16.44 ±4.70	-15.81±3.66	-17.59±3.16	-16.33±4.42	-15.63±2.15	.241
GWI (mm Hg%)	1773.21±375.20	1757.67±299.12	1859.10±401.34	1633.36±325.31	1759.92±480.78	.307
GCW (mm Hg)	2038.57±551.46	1958.92±301.14	2133.72±528.71	1902.22±407.48	2030.84±517.45	.373
GWW (mm Hg)	130.43±29.52	83.98±15.19	142.24±40.80	113.73±19.95	141.2±45.45	.153
LA reservoir strain (%)	26.81±9.32	22.9±8.72	29.71±10.52	25.63±9.22	26.78±10.14	.045
LA conduction strain (%)	-13.75±4.84	-13.37±4.23	-13.93±5.22	-12.52±3.91	-14.26±5	.842
LA contraction strain (%)	-14.33±5.55	-13.90±4.96	-16.11±6.10	-12±4.27	-13.74±5.65	.040
LAVI	28.97±10.81	34.03±12.9	23.33±8.59	33±11.44	29.91±9.83	.001
Central SBP (mm Hg)	137.41±24.83	138.72±25.94	138±25.85	130.76±24.91	139.33±23.85	.552
Central DBP (mm Hg)	83.12±12.47	83.36±9	84.38±12.9	77.61±15.47	85±12	.128
PWV (m/sec)	11.98±3.21	11.72±2.67	11.41±2.35	10.66±3.28	13.59±3.87	<0.001
PWV/GLS (%)	-0.79±0.29	-0.70±0.28	-0.69±0.25	-0.76±0.21	-0.97±0.35	.010
PBR5-25 (µm)	2.20±0.31	2.10±0.27	2.26±0.29	2.24±0.19	2.19±0.29	.041

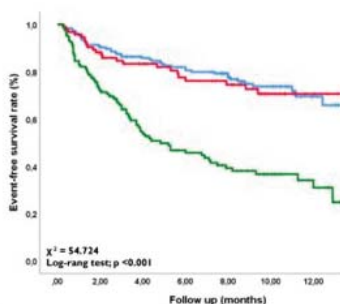
9.61±1.28 m/sec, p=0.001), PBR (2.20±0.31vs 1.94±0.20, p=0.019) και cSBP (137.41±24.83vs 121.15±17.46 mmHg, p=0.018), ενώ παράλληλα εμφάνισαν πιο επηρεασμένες τιμές κοιλιακής (GLS:-16.44±4.70 vs -20.89±2.45%, p=0.001) και κοιλιακής παραμόρφωσης(LA strain:26.81±9.32 vs 37.05±5.08%, p<0.001). Οι ασθενείς με ESUS είχαν πιο επηρεασμένα LA reservoir strain και contraction strain(ESUS:22.9±8.72%, -13.90±4.96%, Κενοτοπιώδη:29.71±10.52%, -16.11±6.10%, Αθηροσκληρυντικά:26.78±10.14, -13.74±5.65%, p<0.05). Επίσης, τα ESUS είχαν χαμηλότερο PBR(ESUS:2.10±0.27 µm, Κενοτοπιώδη:2.26±0.29 µm, Αθηροσκληρυντικά 2.19±0.29µm, p<0.05).Οι ασθενείς με αθηροσκληρυντικά είχαν το υψηλότερο PWV (Αθηροσκληρυντικά: 13.59±3.87m/sec, Κενοτοπιώδη: 11.41±2.35m/sec, Καρδιοεμβολικά: 10.66±3.28m/sec, ESUS: 11.72±2.67 m/sec). Οι ασθενείς με τα αθηροσκληρυντικά είχαν το πιο επηρεασμένο ηθικό PWV/GLS (Αθηροσκληρυντικά: -0.97±0.35, Κενοτοπιώδη: -0.69±0.25, Καρδιοεμβολικά: -0.76±0.21, ESUS: -0.70±0.28). Οι ασθενείς με καρδιοεμβολικά είχαν παρόμοιες τιμές LA strain με τα ESUS. Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με εγκεφαλικά εμφανίζουν επηρεασμένο strain κόλπου, αρτηριακή σκληρία και ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε σχέση με ομάδα ελέγχου. Η σκληρία και η κοιλιοαρτηριακή σύζευξη είναι πιο επηρεασμένα στον αθηροσκληρυντικό τύπο. Το strain κόλπου είναι χειρότερο στα ESUS, παρόλο που έχουν διατηρημένο PBR.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

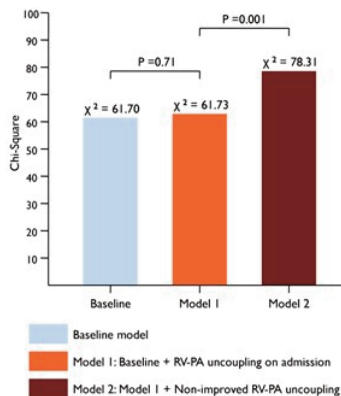
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ092 | Prognostic value of dynamic changes in right ventricular-pulmonary arterial coupling in acute heart failure
**V. Anastasiou¹, S. Daios¹, E. Peteinidou¹, E. Fardoulis¹, C. Gogos¹,
M. Didagelos¹, G. Giannakoulas¹, T. Karamitsos¹, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹**
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Right ventricular-pulmonary arterial (RV-PA) coupling is a powerful prognosticator in heart failure (HF). However, acute HF treatment may improve the connection of RV to the PA circulation for some patients. Whether the dynamic changes of RV-PA coupling during hospitalization for acute HF carry a prognostic value remains unexplored. Methods: TAPSE/PASP was measured in all consecutive patients hospitalized for acute HF using echocardiography within 24 hours from admission and within 24 hours before discharge. TAPSE/PASP ≥ 0.36 mm/Hg was considered RV-PA coupling and TAPSE/PASP < 0.36 mm/Hg RV-PA uncoupling. Patients were divided into 3 groups; RV-PA coupling on admission, RV-PA uncoupling on admission that improved to RV-PA coupling on discharge (Improved RV-PA uncoupling), and RV-PA uncoupling on admission without improvement on discharge (Non-improved RV-PA uncoupling). All-cause death and HF hospitalization was the composite primary endpoint. Results: Of the 401 patients 185 (46.1%) had RV-PA coupling on admission, 93 (23.2%) had Improved RV-PA uncoupling, and 123 (30.7%) had Non-improved RV-PA uncoupling. After a median follow up of 6 months (interquartile range, 2.3-9.8), 141 (35.2%) patients reached the primary endpoint. Patients with Non-improved RV-PA uncoupling showed higher cumulative event rates compared to the other 2 groups (RV-PA coupling: 24.3%, Improved RV-PA uncoupling: 24.7%, Non-improved RV-PA uncoupling: 59.3%, Log-rank $p < 0.001$) (Figure 1). In multivariate cox-regression analysis Non-improved RV-PA uncoupling was independently associated with the composite outcome (hazard ratio 2.54 [95% CI, 1.45-4.46]; $p = 0.001$), and provided incremental prognostic information over a baseline clinical and echocardiographic model and RV-PA uncoupling on admission (Figure 2). Conclusion: Absence of improvement in RV-PA uncoupling in response to acute HF treatment is associated with worst event-free survival and may indicate advanced RV failure and PA remodeling not amenable to medical management.


N of patients at risk

RV-PA coupling	185	166	140	120	98	55	23
Improved RV-PA uncoupling	93	78	63	51	47	25	9
Non-improved RV-PA uncoupling	123	82	56	43	33	20	10



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

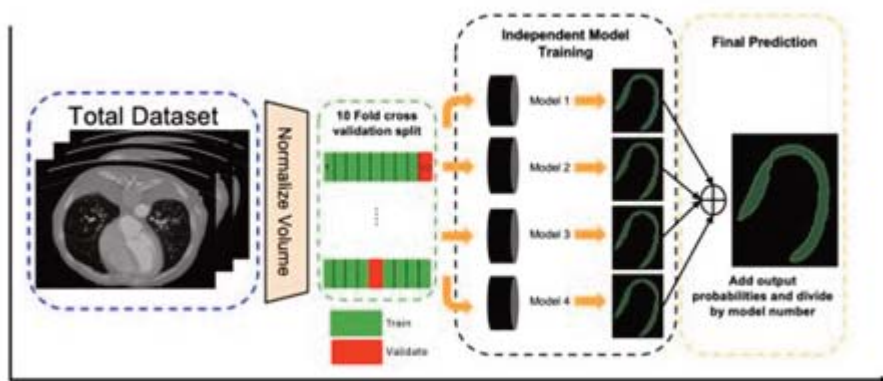
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ093 | Αυτόματη τμηματοποίηση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας μέσω ανάπτυξης αυτοματοποιημένου μοντέλου μηχανικής μάθησης
Θ. Τσάμπρας¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Θ. Καραμανίδου², Δ. Καρατάσιος², Γ. Παπαναστασίου², Θ. Σταυρόπουλος², Γ. Καλυκάκης³, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Ν. Ιωακείμης¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

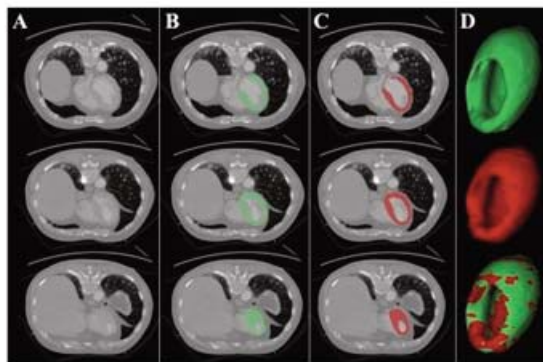
² Κέντρο Ψηφιακής Καινοτομίας-Pfizer, 3) Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Εισαγωγή Οι μυοκαρδιοπάθειες αποτελούν μία ετερογενή ομάδα νοσημάτων που πλέον αναγνωρίζονται όλο και συχνότερα ως σημαντική αιτία καρδιακής ανεπάρκειας. Η διάγνωση αυτών των νοσημάτων γίνεται συνήθως όψιμα, καθώς στηρίζεται στην ανάπτυξη φαινοτυπικής εκδήλωσης της νόσου. Η τεχνητή νοημοσύνη και η μηχανική μάθηση σε υπολογιστικές τομογραφίες (CT) καρδιάς μπορούν να παρέχουν μια πλήρως αυτοματοποιημένη άμεση μέθοδο για τον χαρακτηρισμό του μυοκαρδιακού ιστού μέσω της τμηματοποίησης των εικόνων και, ακολούθως, της ανάλυσης της υφής του μυοκαρδίου. Σκοπός Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο την ανάπτυξη ενός μοντέλου μηχανικής μάθησης το οποίο θα πραγματοποιεί αυτόματη τμηματοποίηση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας. Υλικό και Μέθοδος Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν 60 αξονικές τομογραφίες με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό για την εκμάθηση της αυτόματης τμηματοποίησης του μυοκαρδίου από το μοντέλο μηχανικής μάθησης. Συμπεριλήφθηκαν διαφορετικά πρωτόκολλα αξονικής (π.χ. αξονική στεφανιογραφία, αξονική αγγειογραφία θώρακος, αξονική αγγειογραφία θώρακος-άνω και κάτω κοιλίας), με σκοπό την επίτευξη μεγαλύτερης γενίκευσης του μοντέλου ανεξαρτήτως του εφαρμοζόμενου πρωτοκόλλου. Στη διαδικασία εκπαίδευσης του μοντέλου χρησιμοποιήθηκαν, τόσο αξονικές από άτομα χωρίς γνωστή υποκείμενη παθολογία του μυοκαρδίου καθώς και αξονικές από ασθενείς με μυοκαρδιακή νόσο, όπως υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακή αμυλοείδωση, και σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας. Η διαδικασία εκπαίδευσης ολοκληρώθηκε με την εφαρμογή εξωτερικής επικύρωσης σε 10 αξονικές που δεν είχαν προηγουμένως αξιοποιηθεί κατά



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



την εκπαίδευση του μοντέλου. Αποτελέσματα Η διαδικασία εκπαίδευσης του μοντέλου μηχανικής μάθησης για τη διενέργεια αυτόματης τμηματοποίησης του μυοκαρδίου οδήγησε σε ένα αρχικό μοντέλο με ικανοποιητικούς δείκτες απόδοσης, με την επίτευξη δείκτη DICE-score 0.85. Μετά την διενέργεια επαναληπτικής εκπαίδευσης και την εφαρμογή μεθόδων βελτιστοποίησης (για την αντιμετώπιση των διαφορετικών επιπέδων zoom, καθώς και της διαφορετικής αντίθεσης μεταξύ των αξονικών τομογραφιών) επετεύχθη η βελτίωση των δεικτών απόδοσης του μοντέλου, με ένα

νέο DICE-score ίσο με 0.882. Η εξωτερική επικύρωση του μοντέλου ήταν επίσης επιτυχής, με ένα συνολικό DICE-score 0.907. Συμπεράσματα Με την παρούσα μελέτη επετεύχθη η δημιουργία ενός μοντέλου μηχανικής μάθησης το οποίο έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει τμηματοποίηση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας ανεξαρτήτως του πρωτοκόλλου της αξονικής και της ύπαρξης υποκείμενης παθολογίας.

ΠΑ094 | ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΟΥ ΓΛΥΚΟΓΟΝΟΜΟΡΦΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ-1, ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΥΠΟΥ-2 στην αρτηριακή σκληρία, την εφεδρεία στεφανιαίας ροής και τη στεάτωση του ήπατος σε ασθενείς με διαβήτη.

Κ. Κατωγιάννης¹, Ε. Μιχαλοπούλου¹, Ι. Θύμης¹, Γ. Παυλίδης¹, Α. Κουντούρη¹, Β. Πρέντζα¹, Γ. Κωστέλλη¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Ε. Κατσανάκη¹, Β. Λαμπαδιάρη¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (NAFLD) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Οι αναστολές του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης υποτυπου-2 (SGLT-2i) και οι αγωνιστές του υποδοχέα γλυκογονομορφου πεπτιδίου-1 (GLP-1RA) έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της θεραπείας με SGLT-2i ή GLP-1RA στην καρδιαγγειακή λειτουργία και τη στεάτωση και ίνωση του ήπατος σε ασθενείς με ΣΔ2 και NAFLD. Μέθοδοι: Σαράντα ασθενείς με ΣΔ2 και NAFLD (μέση ηλικία: 58 ± 11 έτη) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν SGLT-2i (δαπαγλιφλοζίνη, n = 20) ή GLP-1RA (ντουλαγλουτιδ, n = 20). Κατά την έναρξη και μετά από 6 και 12 μήνες θερα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

	All patients (n = 40)	SGLT-2i (n = 20)	GLP-1RA (n = 20)
PBR (5-25 μm)			
Baseline	2.32 ± 0.22	2.29 ± 0.22	2.34 ± 0.23
6 months	2.17 ± 0.23 **	2.18 ± 0.23	2.15 ± 0.22 **
12 months	2.07 ± 0.25 ***	2.11 ± 0.22 *	2.03 ± 0.27 ***
PWV (m/s)			
Baseline	12.4 ± 2.4	12 ± 2.7	12.7 ± 2
6 months	11.3 ± 2.3 **	10.9 ± 2.4 *	11.7 ± 2.2 *
12 months	10.1 ± 1.8 ***	9.8 ± 2.1 **	10.3 ± 1.9 ***
CFR			
Baseline	3.09 ± 0.42	3.14 ± 0.5	3.03 ± 0.34
6 months	3.24 ± 0.55 **	3.27 ± 0.57	3.21 ± 0.52 **
12 months	3.67 ± 0.55 ***	3.73 ± 0.67 **	3.61 ± 0.43 ***
GLS (%)			
Baseline	-15.1 ± 3.1	-15.2 ± 3.8	-15 ± 2.3
6 months	-16.3 ± 2.7 ***	-15.9 ± 3	-16.7 ± 2.4 ***
12 months	-17.5 ± 2.5 ***	-16.5 ± 2.6 *	-18.4 ± 2.4 ***
	All patients (n = 40)	SGLT-2i (n = 20)	GLP-1RA (n = 20)
CAP Score (dBim)			
Baseline	318 ± 41	312 ± 39	324 ± 43
6 months	284 ± 43 ***	286 ± 40 **	281 ± 45 ***
12 months	264 ± 45 ***	272 ± 41 ***	256 ± 48 ***
E (kPa)			
Baseline	7.03 ± 2.4	6.77 ± 2.3	7.28 ± 2.4
6 months	6.16 ± 2.1 ***	6.22 ± 2.1 *	6.09 ± 2.1 ***
12 months	5.42 ± 1.6 **	5.29 ± 1.6 *	5.55 ± 1.5 **
NAFLD fibrosis score			
Baseline	0.05 ± 1.05	0.04 ± 1.02	0.06 ± 1.07
6 months	-0.18 ± 0.93 ***	-0.12 ± 0.86 *	-0.24 ± 0.99 **
12 months	-0.39 ± 0.99 ***	-0.21 ± 0.93 *	-0.57 ± 1.04 ***

πείας, μετρήσαμε: (1) την περιοχή άρδευσης των τριχοειδών (Perfused Boundary Region - PBR) που σχετίζεται αντίστροφα με το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στα υπογλώσσια αρτηρίδια (εύρος 5-25 μm), (2) Ταχύτητα κύματος παλμού (PWV) με χρήση Complior (ALAM Medical), (3) εφεδρεία στεφανιαίας ροής (CFR) με χρήση ηχοκαρδιογραφίας Doppler, (4) τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με χρήση ηχοκαρδιογραφίας παραμόρφωσης (5) τη βαθμολογία ελεγχόμενης εξασθένησης (CAP) για την αξιολόγηση του βαθμού στεάτωσης και ηπατικής ακαμψίας (E) για την αξιολόγηση της βαθμολογίας ίνωσης χρησιμοποιώντας ηπατική ελαστογραφία (FibroScan, Echosens) και (6) βαθμολογία ίνωσης NAFLD (NFS). Αποτελέσματα: Πριν την παρέμβαση, οι ασθενείς μετάξι των δύο ομάδων είχαν παρόμοια ηλικία, φύλο, HbA1c, βαθμό στεάτωσης, βαθμολογία ίνωσης και δείκτες καρδιαγγειακής λειτουργίας ($p > .05$). Σε σύγκριση με την αρχική τιμή, όλοι οι ασθενείς είχαν μειωμένη PBR,

PWV, CAP, E και NFS και αυξημένη CFR και GLS ($p < 0,01$) μετά από θεραπεία 12 μηνών. Σε ολόκληρο τον πληθυσμό της μελέτης, η ποσοστιαία μείωση του CAP και του NFS συσχετίστηκε με την αντίστοιχη μείωση του PBR ($r = 0,248$ και $r = 0,387$), του PWV ($r = 0,290$ και $r = 0,281$) και με την αύξηση του GLS ($r = -0,320$ και $r = -0,295$) μετά από θεραπεία 12 μηνών ($p < 0,05$ για όλες τις συσχετίσεις). Και οι δύο θεραπείες με SGLT-2i και GLP-1RA μείωσαν τους δείκτες ηπατικής στεάτωσης και ίνωσης (Πίνακας). Συμπέρασμα: Και οι δύο θεραπείες με SGLT-2i και GLP-1RA βελτιώνουν την καρδιαγγειακή λειτουργία και μειώνουν την ηπατική στεάτωση σε ασθενείς με ΣΔ2 και NAFLD μετά από 12 μήνες.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ095 | Κλινική και διαφοροδιαγνωστική αξία της περιοχικής κατανομής του επιμήκους και του κυκλοτερούς strain σε διατατική και ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας

Ε. Βιλλιώτης¹, Ν. Κουρής¹, Β. Κωστόπουλος¹, Β. Γιάνναρης¹, Κ. Κ. Τζιάλλας¹, Μ. Πατέλλη¹, Γ. Σιωνίδη¹, Χ. Ολύμπιος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Οι ασθενείς με σοβαρή και προχωρημένη στεφανιαία νόσο και ασθενείς με διατατική μυοκαρδιοπάθεια (ΔΜΚ) συχνά παρουσιάζουν παρόμοιο ηχωκαρδιογραφικό φαινότυπο, δηλαδή διατεταμένη αριστερή κοιλία (ΑΚ), με πτωχή συσταλτικότητα και διάχυτη υποκινησία χωρίς εμφανείς ακινητικές και ουλώδεις περιοχές. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει την κατανομή της παραμόρφωσης της ΑΚ σε ασθενείς με ΔΜΚ και ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (ΙΜΚ), χρησιμοποιώντας την 2D Speckle Tracking Ηχωκαρδιογραφία (2D STE). Μέθοδοι: Μελετήσαμε 90 ασθενείς ηλικίας 66±12 ετών (84% άνδρες), από τους οποίους, όπως αποδείξαμε κάνοντας τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο, οι 45 έπασχαν από ΔΜΚ (Ομάδα Α) και οι 45 από ΙΜΚ (Ομάδα Β). Όλοι οι ασθενείς εμφάνιζαν διατεταμένη ΑΚ με σοβαρή έκπτωση της συστολικής της λειτουργίας και διάχυτη υποκινησία των τοιχωμάτων της. Επίσης εκτιμήθηκε η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) από το TAPSE, το S του TDI και το FAC. Το συνολικό επίμηκες strain της ΑΚ (LVGLS), όπως και το strain των επιμέρους τοιχωμάτων και το συνολικό και περιοχικό κυκλοτερές strain της ΑΚ (LVGCS), εκτιμήθηκαν με την 2D STE. Αποτελέσματα: Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών όσον αφορά στην ηλικία, το LVGLS και τους δείκτες λειτουργικότητας της ΔΚ. Ωστόσο, στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στην τελοδιαστολική διάμετρο και στο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) της ΑΚ και στις τιμές του κυκλοτερούς strain, τόσο του συνολικού όσο και των βασικών τμημάτων της ΑΚ, ενώ όχι των μέσων τμημάτων (Πίνακας). Συμπέρα-

σμα: Εκτός από τα κλασικά υπερηχογραφικά ευρήματα, η 2D STE παρέχει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά στους αιτιολογικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια. Το λιγότερα επηρεασμένο κυκλοτερές strain και ιδιαίτερα των βασικών τμημάτων της ΑΚ αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό σημείο της ΙΜΚ από τη ΔΜΚ, ακόμα και όταν δεν υπάρχουν εμφανείς ουλώδεις περιοχές.

Πίνακας

	ΔΜΚ	ΙΜΚ	p
ΗΛΙΚΙΑ	64±12	69±11	0,06
ΦΥΛΟ	36M – 9F	38M – 7F	
LVEDD (mm)	67±10	61±7,5	0,005
LVEDD <u>ind</u> (cm/m ²)	3,5±0,6	3,2±0,3	0,007
LVEF (%)	22±4	25±3	0,001
LVGLS (%)	-5,75±1,75	-6,4±2	0,12
LVGCS (%)	-4,2±1,4	-5,2±1,6	0,001
LVGCSb (%)	-4±1,7	-5,6±1,3	0,001
LVGCSm (%)	-4,4±1,8	-4,9±1,5	0,16
RVEDD (mm)	37,4±6	36,5±4,6	0,43
RV S TDI (mm)	8,8±1,9	9,3±2,3	0,31
RV FAC (%)	30,7±7,6	32,8±6,6	0,19
TAPSE (mm)	16,4±3	16,6±3,4	0,75

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ096 | Βαθμολογία ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών και μιτροειδούς βαλβίδας σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας. Ανάλυση με βάση το φύλο

Σ.Ε. Μαυρουδέας¹, Γ. Ματθαίουπουλος¹, Α. Αποστολός¹, Μ. Στασινοπούλου², Κ. Κεραμιδά², Ν. Ανδριώτη², Π. Κληρίδης², Ι. Πυλαρινός², Α. Τσαντούλας³, Π. Στυλογιάννης², Γ. Παρβουλέσκου², Ο. Κατσαρός¹, Σ. Τσιάμης¹, Κ. Λιόδης³, Σ. Μαραγκουδάκης¹, Δ. Νικητόπουλος¹, Γ. Μπενέτος¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Χ. Μαντής³, Ν. Λαζίλι³, Γ. Συνετός¹, Ν. Καυκάς³, Κ. Αγγέλη¹, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρδιακό-Ογκολογικό Νοσοκομείο,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ιστορικό: Η σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc) είναι συχνό εύρημα στο γενικό πληθυσμό ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Η AVSc συνδέεται με την ασβεστοποίηση των στεφανιαίων αρτηριών και της μιτροειδούς βαλβίδας (MV) παραμένοντας άγνωστο εάν το προφίλ ασβεστοποίησης των ασθενών διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Σκοπός της παρούσας ανάλυσης είναι να μελετήσει διαφορές στην ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας και των στεφανιαίων αρτηριών μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ασθενείς με AVSc. Μέθοδοι: Ασθενείς διαγνώστηκαν με AVSc σε τρία τριτοβάθμια νοσοκομεία με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα με βάση την πάχυνση και την αυξημένη ηχογένεια των πτυχών της αορτικής βαλβίδας (AV), με μέγιστες ταχύτητες ροής Doppler συνεχούς κύματος κατά μήκος της AV με ταχύτητα <4 m/sec. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε καθοδηγούμενη από ηλεκτροκαρδιογράφημα υπολογιστική τομογραφία πολλαπλών τομών (MSCT) για ποσοτικοποίηση του ασβεστίου, χρησιμοποιώντας μονάδες Agatston (AU). Πρωταρχικό τελικό σημείο της μελέτης είναι η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του φύλου και της βαθμολογίας ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών και της μιτροειδούς βαλβίδας. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράζονται είτε ως μέση±τυπική απόκλιση είτε ως διάμεσος (διατεταρτημόριο εύρος). Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 65 ασθενείς (μέση ηλικία, 75,3±7,4 έτη) με διάγνωση AVSc. Δεκαοκτώ ασθενείς (28,1%) ήταν γυναίκες. Η διάμεση βαθμολογία ασβεστίου δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών [0,0 (246,0) AU έναντι 149,5 (1500,8) AU, p=0,322]. Αντίθετα, η βαθμολογία ασβεστίου ήταν σημαντικά υψηλότερη σε κάθε στεφανιαία αρτηρία ανδρών ασθενών (Εικόνα 1). Συμπέρασμα: Μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών με AVSc, οι βαθμολογίες ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών ήταν σημαντικά υψηλότερες στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες ασβεστίου της μιτροειδούς βαλβίδας. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη διερεύνηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών ασβεστοποίησης σε ασθενείς με AVSc.

Artery	Male	Female	p-value
Left Main	58 (155)	0 (14)	<0.001
Left Anterior Descending	336 (823)	7 (142)	<0.001
Left Circumflex	26 (221)	0 (16.5)	0.002
Right Coronary	126 (498)	5 (141)	0.013

Εικόνα 1: Σύγκριση της βαθμολογίας ασβεστίου κάθε στεφανιαίας αρτηρίας μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ097 | Κλινική εμπειρία εφαρμογής μελέτης αιματώσεως μυοκαρδίου με μαγνητικό συντονισμό (stress perfusion CMR) σε ασθενείς με εμφυτευόμενες καρδιακές συσκευές (Cardiac Implantable Electronic Devices - CIEDs): ασφάλεια, αποτελεσματικότητα
Κ. Μπράτης¹, Μ. Πεντάρης², Σ. Μυκωνιάτη², Ζ. Μόρου², Μ. Παντερμαράκη², Η. Ματσούκας¹, Ε. Αρβανίτης¹, Κ. Λέγκου¹, Ε. Ρεπάσος³, Μ. Μπιτσαρά², Κ. Μπιρμπιλής², Ν. Μπιάγκης², Ν. Μακρής⁴, Ν. Αγγελής², Σ. Χατζίδου⁴, Α. Νταλιάνης²

¹ Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς, Όμιλος Βιοϊατρική, Αθήνα,

² Μονάδα Στεφανιαίας Νόσου και Μυοκαρδιοπαθειών, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα,

³ Εξωτερικό Ιατρείο Αρρυθμιών και Ηλεκτροφυσιολογίας, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα,

⁴ Εξωτερικό Ιατρείο Αρρυθμιών και Ηλεκτροφυσιολογίας, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της εφαρμογής Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς (CMR) σε ασθενείς με εμφυτευόμενες καρδιακές συσκευές (Cardiac Implantable Electronic Devices - CIEDs), ιδιαίτερα εκείνες που είναι συμβατές με μαγνητικό πεδίο (MR compatible), έχει εκτενώς επιβεβαιωθεί, τόσο σε πεδίο 1.5 Tesla όσο και 3 Tesla. Αντίθετα, η εμπειρία διενέργειας μελέτης αιματώσεως με μαγνητικό συντονισμό (stress perfusion CMR - SP CMR) περιορίζεται μόνο σε ολιγοάριθμες μονοκεντρικές μελέτες. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της εφαρμογής SP-CMR σε ελληνικό κέντρο Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς σε σχέση με την ασφάλεια και τη διαγνωστική της αξία. Υλικό και μέθοδος Ασθενείς με ιστορικό MR compatible CIED (Pace maker ή Implantable defibrillator) και κλινική υποψία καρδιακής ισχαιμίας υπεβλήθησαν σε SP CMR. Οι CIEDs ελέγχθηκαν προ και αμέσως κατόπιν της εξέτασης. Ο τύπος βηματοδότησης κατά τη διάρκεια της SP CMR επιλεγόταν με βάση τον υποκείμενο ρυθμό, συχνότητα και ποσοστό βηματοδότησης. Το πρωτόκολλο περιλάμβανε κινηματικές ακολουθίες, μελέτη αιματώσεως με χορήγηση εφάπαξ δόσεως ρεγαδενοσόνης 400mcg και παραμαγνητικού σκιαγραφικού παράγοντα (gadobutrol), και μελέτη βιωσιμότητας με εικόνες καθυστερημένης ενίσχυσης (late gadolinium enhancement - LGE). Οι εξετάσεις διενεργήθηκαν σε μαγνητικό τομογράφο πεδίου 1.5T, υπό συνεχή αιμοδυναμική παρακολούθηση. Μελετήθηκαν η ασφάλεια, η αιμοδυναμική απάντηση, η ποιότητα της εικόνας και τα δεδομένα των CIEDs προ και μετά της εξέτασης. Αποτελέσματα 10 ασθενείς (μέση ηλικία 65.5 έτη, 10 άρρενες) συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς έφεραν διπλοεστιακό εμφυτευόμενο απινιδωτή (ICD DDDR) (9 για πρωτογενή και 1 για δευτερογενή πρόληψη). Δύο ασθενείς ήταν βηματοδοξεαρτώμενοι και δεν υπεβλήθησαν σε μελέτη αιματώσεως. Όλοι οι ασθενείς είχαν ικανοποιητική αιμοδυναμική απάντηση στη χορήγηση του αγγειοδιασταλτικού παράγοντα (μ.ο. μεταβολής καρδιακής συχνότητας +29 bpm). Δεν παρατηρήθηκαν συμβάματα σε σχέση με τη διενέργεια της δοκιμασίας ισχαιμίας, ούτε με τη χορήγηση του αγγειοδιασταλτικού παράγοντα (χωρίς επεισόδια βραδυκαρδίας ή ανταγωνιστικής βηματοδότησης). Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στις βηματοδοτικές παραμέτρους (racing capture thresholds, sensing amplitudes, lead impedance, battery voltage). Όλες οι εξετάσεις ήταν διαγνωστικές, ενώ διαπιστώθηκαν 8 μη διαγνωστικά τμήματα, επί συνόλου 128, στις εικόνες αιματώσεως, σε όλες τις περιπτώσεις λόγω επιπροβολής μεταλλικού artefact από τις συσκευές. Συμπεράσματα Η μελέτη αιματώσεως καρδιάς με SP CMR στην κλινική πράξη είναι εφικτή και ασφαλής σε ασθενείς με CIEDs.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Πίνακας 1. Κλινικές, απεικονιστικές και βηματοδοτικές παράμετροι ασθενών

Αριθμός ασθενών	10
Εξετασμένοι	8 (2 βηματοδοξεαρτώμενοι)
Ηλικία (έτη)	65.5
Φύλο (Α/Θ)	10/0
Γνωστή καρδιακή νόσος (Ισχαμική/Μη ισχαμική)	8/2
CIED	10 ICD DDDR
Ένδειξη (Πρωτογενής/Δευτερογενής πρόληψη)	9/1
Βηματοδοξεαρτώμενοι	2 (εξαίρεθηκαν από τη μελέτη αματώσεως)
Ποσοστό κολπικής βηματοδότησης	0.5 %
Ποσοστό κοιλιακής βηματοδότησης	0.1 %
Πρωτόκολλο βηματοδότησης κατά την εξέταση (Asynchronous pacing/Deactivation)	2/6
Μ.ό. Δ πριν/μετά P-wave amplitude (mV)	+ 0.1
Μ.ό. Δ πριν/μετά R-wave amplitude (mV)	+ 1.2
Μ.ό. Δ πριν/μετά Atrial lead impedance (Ohm)	+ 11
Μ.ό. Δ πριν/μετά Ventricular lead impedance (Ohm)	+ 23
Μ.ό. Δ πριν/μετά Atrial Pacing capture threshold (V@0.4 ms)	+ 0.05
Μ.ό. Δ πριν/μετά Ventricular Pacing capture threshold (V@0.4 ms)	+ 0.1
Battery Voltage (V)	2605
Ποιότητα εικόνας (διαγνωστικά/μη διαγνωστικά τμήματα)	120 (94 %) / 8 (6%)
Επιπλοκές συσκευής	0
Συμβάματα	0

Δ: μεταβολή, CIED: Cardiac Implantable Electronic Device

ΠΑ098 | **Νέο, προτεινόμενο «σύντομο» πρωτόκολλο διενέργειας δυναμικής ηχωκαρδιογραφίας με δοβουταμίνη. Μελέτη ασφάλειας και αποτελεσματικότητας**
Ι.Φ. Κουλουλίας¹, Κ. Παπαδόπουλος¹, Χ. Μανιώτης¹, Δ. Οικονομίδης¹, Χ. Φλωροπούλου¹, Ε. Τάτσης¹, Μ. Μουρατίδου², Ι. Τσιαφούτης¹, Λ. Ραλλίδης³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός Η δυναμική ηχωκαρδιογραφία με δοβουταμίνη (DSE), είναι καλά επικυρωμένη τεχνική για την εκτίμηση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Το επίσημο πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται για τη διενέργεια της εξέτασης είναι σχετικά χρονοβόρο και βασίζεται σε μελέτες προ 30 ετών, στην οποία δεν είχαν ενσωματωθεί σύγχρονες τεχνικές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας μεταξύ ενός νέου, προτεινόμενου, «σύντομου» πρωτοκόλλου DSE για την διάγνωση/εκτίμηση ασθενών με ΣΝ και του καθιερωμένου πρωτοκόλλου. Υλικό/Μέθοδος Συμπεριλήφθηκαν 35 ασθενείς με γνωστή ή υποψία για ΣΝ. Υποβλήθηκαν σε DSE και με τα δύο πρωτόκολλα με διαφορά 3-24 ωρών μεταξύ τους, με τυχαία σειρά. Κατόπιν διενεργήθηκε αξονική ή κλασική στεφανιογραφία για την εκτίμηση της ανατομίας των στεφανιαίων αρτηριών. Καθιερωμένο πρωτόκολλο: χορήγηση σταδιακά αυξανόμενων (κάθε 3 λεπτά) δόσεων δοβουταμίνης, στα 5, 10, 20, 30 και 40 mcg/kg/min. Χορήγηση ατροπίνης και διενέργεια δοκιμασίας "Handgrip" στο τελευταίο (4ο) στάδιο, εφόσον κρίνεται αναγκαίο. Νέο «σύντομο» πρωτόκολλο: ανά 2 λεπτά αύξηση δόσεων στα 10, 20, 30 και 40mcg/ kg/min. Δοκιμασία "Handgrip" από το πρώτο στάδιο, χορήγηση ατροπίνης στο 3ο και 4ο στάδιο επί ένδειξης. Αποτελέσματα Από τη σύγκριση του προτεινόμενου «σύντομου» με το καθιερωμένο πρωτόκολλο διαπιστώθηκε σημαντικά μικρότερη διάρκεια χορήγησης δοβουταμίνης ($8,24 \pm 3$ vs $14,05 \pm 3,9$ λεπτά, $p < 0,01$) και πρωιμότερος χρόνος θετικοποίησης [6 ($6-7$) λεπτά vs $11,5$ ($9-13$) λεπτά, $p < 0,01$]. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του προτεινόμενου «σύντομου» και του καθιερωμένου πρωτοκόλλου στην αποτελεσματικότητα (ανεύρεση τμηματικών διαταραχών συσπαστικότητας, ειδικότητα: $88,9\%$ vs $85,2\%$ και ευαισθησία: $85,7\%$ vs $85,7\%$, αντίστοιχα) [Εικόνα 1]. Δε

Πίνακας 1.

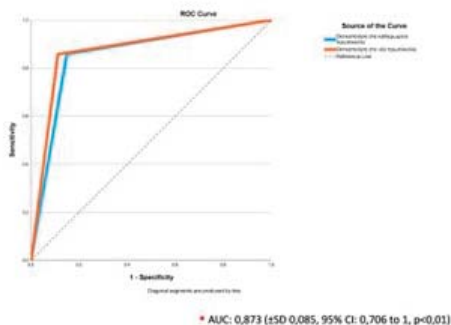
Ασφάλεια των δύο πρωτοκόλλων σε σύνολο 35 ασθενών

Συμπτώματα/ Ανεπιθύμητες ενέργειες	Καθιερωμένο πρωτόκολλο		Προτεινόμενο πρωτόκολλο	
	N	%	N	%
Συνολικά	7	20	7	20
Θωρακαλγία	4	11,4	6	17,1
Αιμοδία κεφαλής	1	2,9	1	2,9
Βαγοτονία	1	2,9	0	0
Αρρυθμία*	1	2,9	0	0

*Μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία

Εικόνα 1.

Ευαισθησία-Ειδικότητα των δύο πρωτοκόλλων σε σύνολο 35 ασθενών



βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ασφάλεια (7 ανεπιθύμητες ενέργειες στο καθιερωμένο vs 7 στο νέο «σύντομο» πρωτόκολλο) με τα συμπτώματα να περιλαμβάνουν θωρακαλγία (απουσία χαρακτηριστικών στηθάγχης), κεφαλαλγία, βαγοτονία και σε έναν ασθενή μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία στο καθιερωμένο πρωτόκολλο [Πίνακας 1]. Συμπέρασμα Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ του καθιερωμένου και του νέου, προτεινόμενου «σύντομου» πρωτοκόλλου DSE με το δεύτερο να υπερέχει ως προς τη χρονική διάρκεια διενέργειάς του.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

16.00-17.00 Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες / Myocardiopathies, pericardial disease, congenital heart disease

Πρόεδροι: **I. Γερμανάκης** (Ηράκλειο), **Eu. Δεμερούτη** (Αθήνα)

Chairpersons: **I. Germanakis** (Heraklion), **Ef. Demerouti** (Athens)

ΠΑ099 | Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και υπερτροφικής ή διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας: Ο ρόλος του φύλου

A. Antonopoulos¹, I. Panagiotopoulos¹, D. Terentes-Printzios¹, M. Omer², A. Mentias³, G. Lazaros¹, K. Tsioufis¹, I. Elgendy⁴, C. Vlachopoulos¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

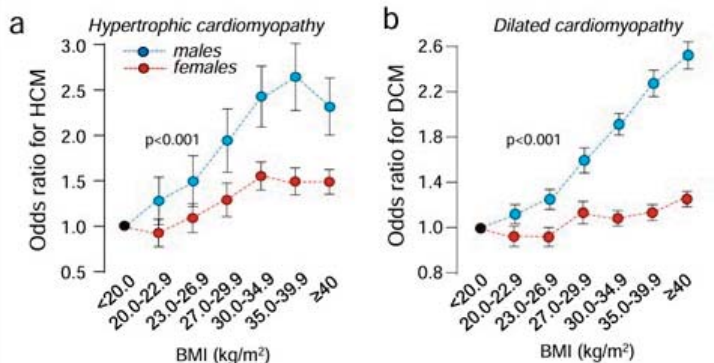
² Department of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, U.S.A.,

³ Division of Cardiovascular Medicine, Gill Heart Institute, University of Kentucky, Lexington, KY, U.S.A.,

⁴ Division of Cardiology, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, United States

Εισαγωγή: Δημοσιευμένες μελέτες υποδηλώνουν συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και του κινδύνου ανάπτυξης μυοκαρδιοπάθειας, ωστόσο δεν υπάρχουν ακόμα επαρκείς αποδείξεις. Στην παρούσα μελέτη, επιδιώξαμε να εξετάσουμε τη σχέση της παχυσαρκίας με την υπερτροφική (HCM) και τη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (DCM) και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με το φύλο, χρησιμοποιώντας μεγάλης κλίμακας επιδημιολογικά δεδομένα πραγματικού πληθυσμού ασθενών. Μέθοδοι και Αποτελέσματα: Αναλύσαμε δεδομένα από το Nationwide Inpatient Sample (NIS) των νοσηλείων στις ΗΠΑ για τα έτη 2015-2019. Υπήρχαν συνολικά n=46.934 εισαγωγές με διάγνωση HCM και n=170.924 με DCM. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης των μυοκαρδιοπαθειών αυτών με υποομάδες του φύλου και της ηλικίας. Τα ποσοστά τόσο της DCM όσο και της HCM φαίνεται να αυξάνονται με την ηλικία ($p < 0,001$ και για τις δύο). Η διάγνωση της DCM ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις

γυναίκες (0,85% έναντι 0,35%, $p < 0,001$). Μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο, φυλή και παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και των ποσοστών των δύο υποτύπων μυοκαρδιοπάθειας (HCM και DCM) στον πληθυσμό. Για τους νοσηλευόμενους ασθενείς με δείκτη μάζας



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

σώματος (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ υπήρξε λόγος πιθανοτήτων (OR) 1,68 (95% CI: 1,55-1,81, $p < 0,001$) για HCM και OR=1,82 (95% CI: 1,79-1,84, $p < 0,001$) για DCM. Το σημαντικότερο εύρημα είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης μυοκαρδιοπάθειας (HCM ή DCM) και του αυξημένου BMI που παρατηρείται στο ανδρικό φύλο ($p < 0,001$ και για τις δύο μυοκαρδιοπάθειες) και είναι μη σημαντική στατιστικά στις γυναίκες. Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτής της μελέτης παρατήρησης ενός μεγάλου πληθυσμού ασθενών υποστηρίζουν τη διαφορετική σημαντικότητα αναλόγως φύλου στη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της υπερτροφικής ή διατακτικής καρδιομυοπάθειας, η οποία πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

ΠΑ100 | Επιπολασμός παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια: Μετα-ανάλυση δεδομένων από 62 μελέτες παρατήρησης

A. Παπάζογλου¹, K. Κυριακούλης², K. Μπαρμπαγιάννος³, Δ. Μωυσίδης³, A. Κάρτας⁴, M. Χατζή⁵, A. Μπαρουτίδου⁶, B. Καμπερίδης⁶, A. Ζιάκας⁶, K. Δημόπουλος⁷, Γ. Γιαννακούλας⁶

¹ Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

³ Ιατρική Σχολή ΑΠΘ,

⁴ 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

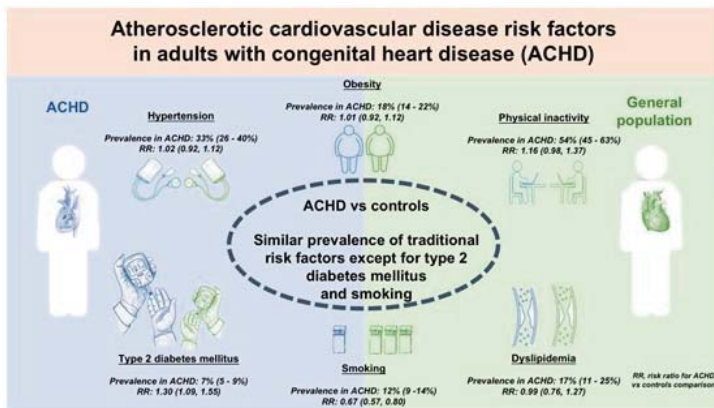
⁵ Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,

⁶ 1η Καρδιολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ, 7Royal Brompton Hospital

Εισαγωγή/Σκοπός: Νεότερα δεδομένα δείχνουν πως ο κίνδυνος εμφάνισης αθηροσκληρυντικής καρδιαγγειακής νόσου (ΑΣΚΝ) σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια (ΕΑΣΚ) είναι συγκρίσιμος με τον γενικό πληθυσμό. Δεδομένης της αυξημένης επιβίωσης των ΕΑΣΚ, ενδιαφέρον παρουσιάζει ο προσδιορισμός του επιπολασμού των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για ΑΣΚΝ (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα, ελλιπίης άσκηση) σε ΕΑΣΚ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Υλικό και Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη αποτελεί συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετών που παρέιχαν δεδομένα για την εμφάνιση παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για ΑΣΚΝ στους ΕΑΣΚ. Το πρωτόκολλο της μελέτης αναρτήθηκε δημόσια σε σχετικό διεθνές αποθετήριο (PROSPERO: CRD42023490437) και ακολουθήθηκε προκαθορισμένο μεθοδολογικό πρωτόκολλο σύμφωνα με σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες (PRISMA statement). Εκτενής βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Web of Science έως την 15η Μαΐου 2024. Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση για: (i) τον προσδιορισμό του επιπολασμού (ποσοστό εμφάνισης) κάθε παράγοντα κινδύνου στους ΕΑΣΚ, και (ii) την σύγκριση με τον αντίστοιχο επιπολασμό στον γενικό πληθυσμό χρησιμοποιώντας τους λόγους κινδύνου (risk ratio, RR). Αποτελέσματα: Η βιβλιογραφική αναζήτηση ανέδειξε 62 σχετικές μελέτες με ΕΑΣΚ (30 εκ των οποίων είχαν ομάδα ελέγχου από τον γενικό πληθυσμό), οι οποίες είχαν δημοσιευτεί μετά το 2006. Ο συνολικός πληθυσμός των μελετών ήταν 110.469 ΕΑΣΚ (άρρηνες: 52%, μέση ηλικία: 39 έτη, ΣΚ μεγάλης πολυπλοκότητας: 11%). Ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



ήταν: ελλιπής σωματική άσκηση για το 54% (45-63%) των ασθενών, αρτηριακή υπέρταση για το 33% (26-40%), παχυσαρκία για το 18% (14-22%), δυσλιπιδαιμία για το 17% (11-25%), ενεργό κάπνισμα για το 12% (9-14%) και σακχαρώδης διαβήτης τύπου II για το 7% (4-9%). Συγκριτικά με τις αντίστοιχες ομάδες ελέγχου, ο σακχαρώδης διαβήτης

εμφανιζόταν κατά 30% συχνότερα (RR=1.30, 1.09-1.55), ενώ το ενεργό κάπνισμα κατά 33% λιγότερο συχνά (RR=0.67, 0.57-0.80) στους ΕΑΣΚ. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στους λοιπούς παράγοντες κινδύνου. Σημαντικό μέρος της ετερογένειας των μετα-αναλύσεων αποδόθηκε σε διαφορές στην ηλικία, στην πολυπλοκότητα της ΣΚ και στα ποσοστά παρουσίας κυανωτικής ΣΚ των επιμέρους μελετών. Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για ΑΣΚΝ είναι παρόμοιος στους ΕΑΣΚ και τον γενικό πληθυσμό με την εξαίρεση του σακχαρώδη διαβήτη που ήταν συχνότερος στους ΕΑΣΚ και του καπνίσματος που ήταν συχνότερο στον γενικό πληθυσμό. Πέραν της επίλυσης ζητημάτων σχετικών με την συγγενή καρδιοπάθεια, ο κίνδυνος εμφάνισης ΑΣΚΝ σε ΕΑΣΚ πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Προοπτικές μελέτες αναμένεται να αναδείξουν την προγνωστική αξία των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου στους ΕΑΣΚ καθώς και την αποτελεσματικότητα σχετικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην πρόληψη της ΑΣΚΝ.

ΠΑ101 | Κλινικά χαρακτηριστικά της σπάνιας μετάλλαξης γονιδίου της τρανσθυρετίνης (hATTR) pVal114Aa. Η εμπειρία του Κέντρου μας Δ. Κορέλα¹, Ι. Ζαγανάς², Μ. Τσαγκουρнисάκης², Ε. Παννακουδάκης³, Μ. Νταμπούδη⁴, Ο. Μπουρογιάννη⁵, Σ. Κουκουράκης⁵, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Μ. Μαρκέτου⁶, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,

⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Η αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη ATTR αναγνωρίζεται ολοένα και συχνότερα τα τελευταία χρόνια και διακρίνεται στην wild-type (wtATTR) και στην κληρονομούμενη μορφή (hATTR). Οι μεταλλάξεις προκαλούν διαφορετικό φαινότυπο, με άλλοτε άλλη προσβολή της καρδιάς αλλά και πολυνευροπάθεια. Μέθοδος: Ελέχθηκαν 72 περιστατικά με υποψία αμυλοείδωσης από την κλινική και ηχοκαρδιογραφική εικόνα, καταγράφηκαν τα ΗΚΓγραφικά και ηχωκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά, τα κλινικά χαρακτηριστικά και διερευνήθηκε η πιθανότητα καρδιακής αμυλοείδωσης με αιματολογικό έλεγχο (ανοσοηλεκτροφόρηση αίματος και ούρων, sFLC assay), σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με 99m Tc/PYP, ενώ σε θετική διάγνωση ATTR έγινε γενετικός έλεγχος. Αποτελέσματα: Από τους 72 ασθενείς σε 7 ασθενείς βρέθηκε παθολογικός αιματολογικός έλεγχος και παραπέμφθηκαν σε Αιματολόγο, ως AL αμυλοείδωση (9.7%). Οι 31 (43% του συνόλου) εμφάνιζαν θετική σπινθηρογραφική μελέτη με κατακράτηση του ραδιοφαρμάκου από την καρδιά σε ποσοστό μεγαλύτερο των οστών (grade 2-3), εύρημα ενδεικτικό ATTR. Οι 14 ανήκαν στην κατηγορία wtATTR (45,5% των συνόλου ATTR), ενώ στον γενετικό έλεγχο βρέθηκε σε 17 ασθενείς (55% των ATTR) η μετάλλαξη p.Val114Ala (c.341T>C), στο εξόνιο 4 του γονιδίου της τρανσθυρετίνης, μια εξαιρετικά σπάνια μετάλλαξη. Έπειτα από γενετικό έλεγχο των συγγενών πρώτου βαθμού με μετάλλαξη p.Val114Ala, εντοπίστηκαν 9 φορείς της μετάλλαξης. Η καταγωγή όλων ήταν από κοντινές περιοχές επαρχίας του Νομού Ηρακλείου. Από τους 17 ασθενείς με p.Val114Ala οι 5 είχαν υποβληθεί σε επέμβαση καρπιαίου σωλήνα (29.4%) και οι 2 σε αμφοτερόπλευρο. Οι 17 ασθενείς με p.Val114Ala (100%) είχαν σημεία και συμπτώματα περιφερικής πολυνευροπάθειας. Οι 12 ασθενείς με p.Val114Ala (70.5%) είχαν σημεία ορθοστατικής υπότασης. Σε ότι αφορά στο ΗΚΓγράφημα κανείς ασθενής δεν είχε χαμηλά δυναμικά, 3 ασθενείς (17.6%) είχαν εικόνα ψευδοεμφράγματος, 7 ασθενείς (41%) είχαν εικόνα LBBB και 10 ασθενείς (58.8%) εμφάνιζαν διαταραχή κολποκοιλιακής αγωγής και σε 6 (35%) είχε τοποθετηθεί βηματοδότης. Σε ότι αφορά στα ηχωκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά σε όλους τους ασθενείς υπήρχε διαστολική δυσλειτουργία και υπερτροφία της αρ κοιλίας. Κλινική εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας υπήρχε στους 15 (88%). Συμπέρασμα: Η μετάλλαξη p.Val114Ala αποτελεί αίτιο καρδιακής αμυλοείδωσης με υπερτροφία, διαστολική δυσλειτουργία και κλινική εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας, η οποία συνοδεύεται από πολυνευροπάθεια και σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (μικτός φαινότυπος). Είναι σπάνια μετάλλαξη η οποία απαντάται σχεδόν αποκλειστικά στην Κρήτη, καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μία μόνο αναφορά.

ΠΑ102 | **Συσχέτιση μορφο-λειτουργικών παραμέτρων του αριστερού κόλπου με φαινοτυπικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**

Ε. Παγκορέλιας¹, Α. Μπούλμπου¹, Μ. Πετρίδου¹, Δ. Κοτζαδάμης¹, Γ. Αλεξανδρίδης¹, Δ. Ντέλιος¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

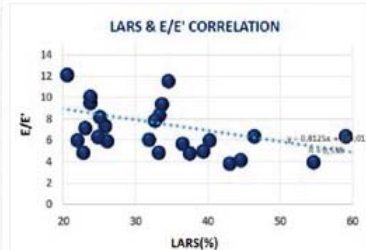
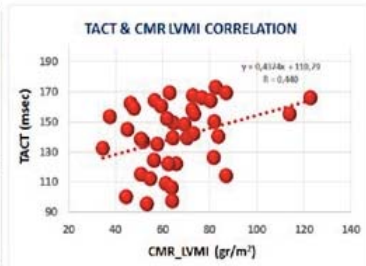
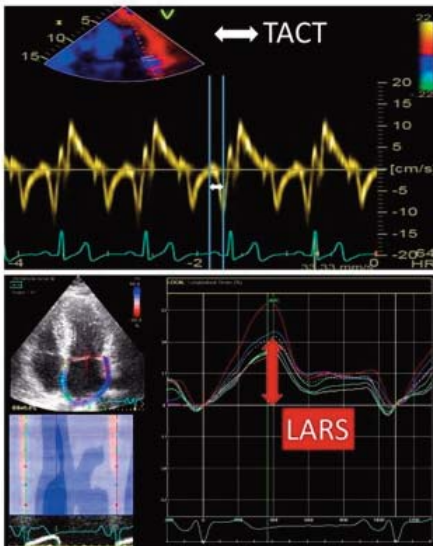
Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο δείκτης όγκου του αριστερού κόλπου (ακ) (Left Atrial Volume Index, LAVI), ο συνολικός χρόνος κολπικής αγωγιμότητας (Total Atrial Conduction Time, TACT) εκτι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μώμενος με Tissue Doppler απεικόνιση και το reservoir strain του ακ (LARS) αποτελούν μορφολογικές και λειτουργικές παραμέτρους που αντανakλούν το δομικό και λειτουργικό remodeling του ακ, ενώ συσχετίζονται με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής (Atrial Fibrillation, AF) και ή την εξέλιξη καρδιακής ανεπάρκειας σε διάφορα παθολογικά υποστρώματα. Στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (Hypertrophic Cardiomyopathy, HCM) λίγα στοιχεία υπάρχουν σχετικά με τη συσχέτιση των ανωτέρω παραμέτρων με τα φαινοτυπικά ή λειτουργικά χαρακτηριστικά της νόσου. Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε 100 ασθενείς με HCM (54 ± 21 ετών, 75% άνδρες, μέγιστο πάχος τοιχώματος $19 \pm 3,4$ mm) χωρίς ιστορικό AF που είχαν διαδοχικά υποβληθεί σε διδιάστατη ηχοκαρδιογραφία παραμόρφωσης και μαγνητική τομογραφία μυοκαρδίου (CMR) με καθυστερημένη πρόσληψη γαδολινίου (Late Gadolinium Enhancement, LGE). Ο TACT μετρήθηκε από την έναρξη του κύματος P στο ηλεκτροκαρδιογράφημα έως την κορυφή του κύματος Α' χρησιμοποιώντας TDI ενώ και ο LARS υπολογίσθηκε όπως προβλέπεται (Αριστερό panel). Το συνολικό φορτίο της ίνωσης καθορίστηκε με βάση την έκταση LGE (>5 τυπικές αποκλίσεις σε σχέση με το pulsed μυοκάρδιο) στις CMR τομές. Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς με HCM είχαν διατηρημένο EF ($60,7 \pm 7,5\%$), ενώ 28 (28%) παρουσίασαν απόφραξη χώρου εκροής και 10 (10%) στάδιο διαστολικής δυσλειτουργίας ≥ 2 . LGE παρατηρήθηκε σε 64 ασθενείς (64%) καταλαμβάνοντας $8 \pm 5\%$ της μυοκαρδιακής μάζας. Ο μέσος όρος TACT ήταν 140 ± 22 msec, με το LAVI να είναι 32 ± 16 mL/m² και το LARS $26 \pm 14\%$. Η ηλικία και ο δείκτης μάζας της αριστερής κοιλίας (Left Ventricular Mass Index, LVMI) βρέθηκαν να είναι οι μόνοι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες του TACT ($r = 0,54$, $p < 0,0005$ και $r = 0,44$, $p = 0,002$ αντίστοιχα, δεξιό πάνω panel), ενώ το E/E' ($r = -0,44$, $p = 0,003$) και η έκταση της ίνωσης/LGE



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

($r=0.36$, $p=0.02$) ήταν οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες του LARS και του LAVI αντιστοίχως (δεξιό κάτω panel). Συμπεράσματα: Οι παράμετροι μυοπάθειας του ακ συσχετίζονται με διάφορα φαινοτυπικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της HCM. Η κολπική ηλεκτρο-μηχανική καθυστέρηση που εκφράζεται μέσω του δείκτη TACT έχει σημαντική συσχέτιση με τον LVMI. Επιπλέον, LARS και LAVI αντανακλούν έστω και μερικά τις ελαστικές ιδιότητες της αριστερής κοιλίας, μέσα από τη συσχέτισή τους με δείκτες διαστολικής λειτουργίας και το βαθμό της υποκείμενης ίνωσης.

ΠΑ103 | **The predictive value of myocardial work parameters for ventricular arrhythmias in hypertrophic cardiomyopathy**

T. Gossios¹, T. Zegkos¹, M. Sitmalidou¹, S. Marmanidou¹, N. Filippou¹, S. Aggelopoulou¹, D. Parcharidou¹, G. Tziomalos¹, S. Katranas¹, P. Rouskas¹, M. Chassios¹, V. Kamperidis¹, A. Ziakas¹, G. Efthimiadis¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Data about the predictive value of myocardial work indices for ventricular arrhythmias (VA) in hypertrophic cardiomyopathy (HCM) are scarce mainly due to the inability to use branchial systolic blood pressure (SBP) as a surrogate for left ventricular systolic pressure (LVSP) in the estimation of echocardiographic myocardial work in patients with left ventricular outflow

(LVOT) obstruction. Recently, however, it was proposed that the measurement of myocardial work in obstructive HCM is feasible using a non-invasive estimation of LVSP by combining Doppler gradients and branchial SBP. Purpose: The aim of the study was to examine the association of myocardial work parameters with VA among a cohort of HCM patients. Methods: A total of 224 consecutive HCM patients (mean age: 51.5 ± 17.3 years, 65.6% males) were echocardiographically

Table. Univariate and multivariate analysis of 2D speckle tracking parameters and myocardial work indices as predictors of ventricular arrhythmias in HCM

Whole HCM cohort						
	Univariate Analysis			Multivariate analysis with each predictor added in a model with HCM Risk-SCD>4%		
	OR	CI	P value	OR	CI	P value
Global longitudinal strain (%)	0.9	0.8-0.9	0.025	0.8	0.80-0.97	0.01
Myocardial work index (mmHg%)	0.99	0.998-0.999	0.001	0.99	0.998-0.999	<0.001
Global Constructive Work (mmHg%)	0.99	0.998-0.999	0.001	0.99	0.998-0.999	<0.001
Global Wasted Work (mmHg%)	1.00	0.99-1.01	0.3	N/A	N/A	N/A
Myocardial Work Efficiency (%)	0.93	0.88-0.97	0.003	0.92	0.87-0.97	0.003
Obstructive HCM						
Global Constructive Work (mmHg%)	0.99	0.997-0.999	0.03	0.99	0.997-0.999	0.03

CI: confidence interval, HCM: hypertrophic cardiomyopathy, OR: odds ratio

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

examined. In individuals with LVOT obstruction, myocardial work indices were measured by replacing SBP with the estimated corrected LVSP: $(\text{mean LVOT pressure gradient} + \text{peak LVOT pressure gradient})/2 + \text{SBP}$. VA were defined as ventricular tachycardia (sustained and non-sustained), aborted cardiac arrest and appropriate implantable cardioverter defibrillator discharges. Results: A total of 38 (17%) patients had VA among our HCM cohort. Patients with VA were older (57.2 ± 13 years vs 50.4 ± 17.9 years, $p=0.008$) and had higher left atrial volume index (44.7 ± 17.6 ml/m² vs 32.2 ± 16.7 ml/m², $p<0.001$) than their counterparts. Maximal wall thickness or left ventricular ejection fraction did not differ between the groups ($p>0.05$). With respect to 2D speckle tracking parameters, HCM individuals with VA had lower absolute global longitudinal strain (GLS, $13.5 \pm 4.1\%$ vs $15.1 \pm 3.7\%$, $p=0.02$), myocardial work index (MWI, 1274.8 ± 590.1 mmHg% vs 1610.8 ± 533.8 mmHg%, $p=0.001$), global constructive work (GCW, 1607.3 ± 646.9 mmHg% vs 1956.6 ± 571.7 mmHg%, $p=0.001$), myocardial work efficiency (MWE, $86.3 \pm 8.8\%$ vs $89.9 \pm 5.6\%$, $p=0.02$) and similar global wasted work (GWW, 220.9 ± 127.9 mmHg% vs 199.3 ± 126.9 mmHg%, $p=0.3$). Lower GLS, MWI, GCW and MWE were all predictors of VA independent of HCM-Risk SCD>%. In HCM patients with LVOT obstruction (58 patients, 26% of the population), only lower GCW was a univariate predictor of VA and independent of HCM Risk-SCD in multivariate analysis (Table). Conclusion: Myocardial work parameters are important predictors of VA in HCM independent of the HCM Risk-SCD. In obstructive HCM individuals, however, lower GCW was the only predictor for VA among 2D speckle tracking parameters.

ΠΑ104 | Αποτελέσματα από τον έλεγχο για καρδιακή αμυλοείδωση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI από την Ελληνική-Κυπριακή κοορτή “GRECA-TAVI”

Α. Αντνόπουλος¹, Θ. Τσάμπρας¹, Μ. Ιωαννίδης², Χ. Ευτυχίου², Ι. Παναγιωτόπουλος³, Κ. Νάκα⁴, Λ. Λάκκας⁴, Α. Ζαχαρούλης⁵, Γ. Κατσιμαγκλής⁶, Ν. Κτενόπουλος¹, Ε. Βαβουρανάκης⁷, Γ. Βογιατζή⁷, Μ. Κουτελού³, Ι. Ιακώβου³, Δ. Αλεξόπουλος⁸, Α. Φρογουδάκης⁸, Σ. Βάκρου⁸, Δ. Ελευθερίου⁵, Ν. Αξυπόλυτος¹, Θ. Μακρής⁵, Σ. Μαραγκουδάκης⁹, Κ. Τούτουζας¹, Γ. Κοχιαδάκης⁹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹⁰

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας,

³ Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁶ Γ.Ν.Θ. “ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ” ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁸ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

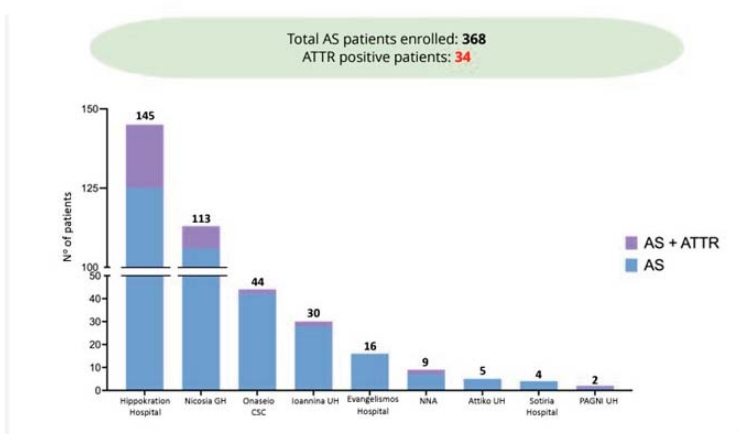
⁹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

Εισαγωγή Η μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη (ATTR-CM) είναι μια ασθένεια με κακή πρόγνωση και άγνωστο επιπολασμό στον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως οι ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση (AS). Σκοπός Να διερευνηθεί ο επιπολασμός της ATTR-CM σε Έλληνες και Κύπριους ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI). Υλικά και Μέθοδοι Συνολικά εννέα (n=9) τριτοβάθμια νοσοκομεία από την Ελλάδα και την Κύπρο συμμετείχαν στο μητρώο GRECA-TAVI για την αξιολόγηση του επιπολασμού της ATTR-CM σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI. Τα κριτήρια ένταξης ήταν η διάγνωση σοβαρής αορτικής στένωσης παρουσία υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας (μέγιστο πάχος τοιχώματος ≥ 12 mm). Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για έλεγχο ATTR-CM με σπινθηρογράφημα οστών Tc99m-DPD ή Tc99m-PYP. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε πλήρης αιματολογικός έλεγχος για να αποκλειστεί υποκείμενη πλασματιοκυτταρική δυσκρασία. Οι περιπτώσεις με αμφίβολα ευρήματα από το σπινθηρογράφημα δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Αποτελέσματα Συνολικά n=368 ασθενείς με αορτική στένωση εξετάστηκαν από τον Ιανουάριο του 2023 μέχρι τον Ιούνιο του 2024. Ο έλεγχος για καρδιακή αμυλοείδωση με σπινθηρογράφημα οστών Tc99m-DPD/PYP και αιματολογικές εξετάσεις ολοκληρώθηκε για όλους τους ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Θετικό σπινθηρογράφημα (Κλίμακα Perugini 2 ή 3) βρέθηκε σε n=34 ή 9.2% των ασθενών. Η μέση ηλικία των ασθενών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών με αορτική στένωση με και χωρίς ATTR-CM (82,88 \pm 1,7 έναντι 81,04 \pm 0,46 αντίστοιχα, p=0.199). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική υπεροχή των ανδρών στην υποομάδα ATTR-CM σε σύγκριση με τους μη ATTR-CM ασθενείς (%άνδρες: 70.6% έναντι 49.4%, αντίστοιχα, p=0.019). Οι ασθενείς με ATTR-CM είχαν χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) σε σύγκριση με τους μη ATTR-CM ασθενείς (47.5% \pm 2.06 έναντι 55% \pm 0.77, p=0.0041). Συμπεράσματα Ο επιπολασμός της ATTR-CM σε αυτό το δείγμα ασθενών με σοβαρή αορτική στένωση που υποβάλλονται σε TAVI ήταν 9.2%. Αυτά τα ευρήματα καλούν για την εφαρμογή εθνικών στρατηγικών ελέγχου για την ATTR-CM, η οποία παραμένει σημαντικά υποδιαγνωσμένη σε πολλά γεωγραφικά μέρη του κόσμου.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ105 | **Prognostic implications of genotype findings in non-ischemic dilated cardiomyopathy: A network meta-analysis**

V. Anastasiou¹, A. S. Papazoglou², T. Gossios¹, T. Zegkos¹, S. Daios¹, D. V. Moysidis³, O. Koutsouroumpa⁴, D. Parcharidou¹, T. Karamitsos¹, G. Tziomalos¹, S. Katranas¹, P. Rouskas¹, M. Didagelis¹, A. Ziakas¹, W. J McKenna⁵, V. Kamperidis¹, G. K. Efthimiadis¹

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

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece,

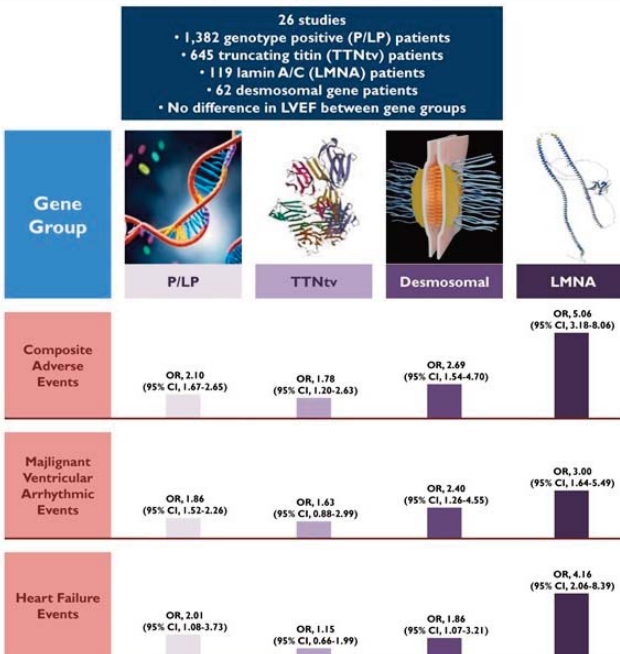
⁴ Evidence synthesis methods team, Department of Primary Education, School of Education, University of Ioannina, Ioannina, Greece,

⁵ Institute of Cardiovascular Medicine, University College London, London, United Kingdom

Aims: Evidence on the relative impact of diverse genetic backgrounds associated with non-ischemic dilated cardiomyopathy (DCM) remains contradictory. This study sought to synthesize the

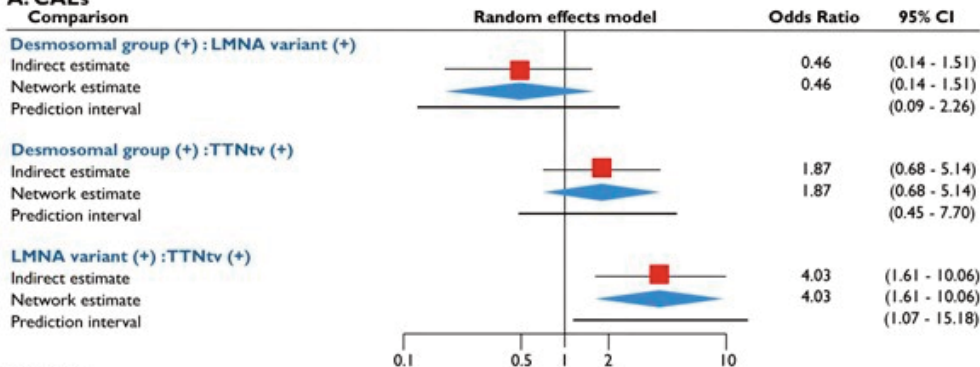
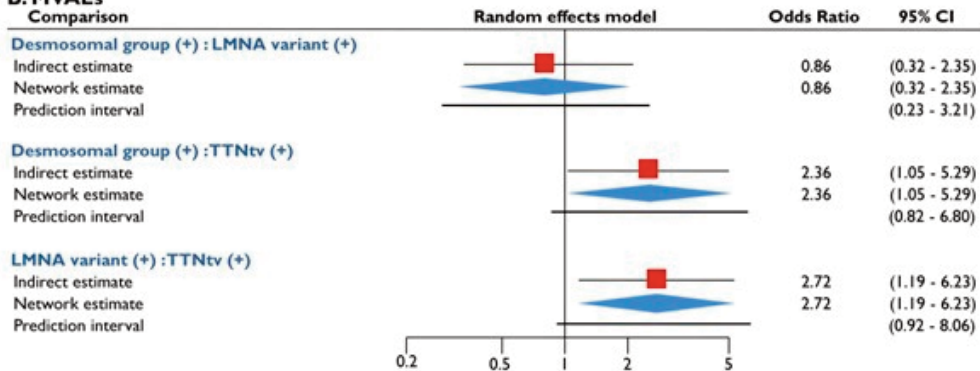
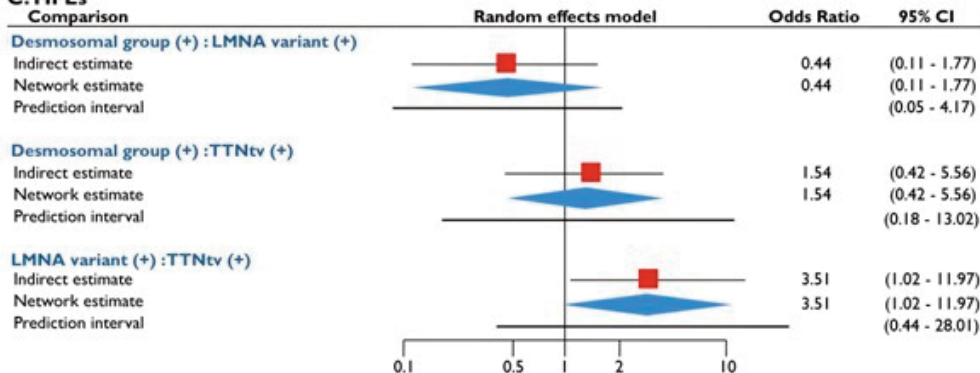
available data regarding long-term outcomes of different gene groups in DCM. Methods: Electronic databases were systematically screened to identify studies reporting prognostic data on pre-specified gene groups. Those included pathogenic/likely pathogenic (P/LP) variants, truncating titin variants (TTNtv), lamin A/C variants (LMNA), and desmosomal proteins. Outcomes were divided into composite adverse events (CAEs), malignant ventricular arrhythmic events (MVAEs) and heart failure events (HFEs). Results: Twenty-six studies (n = 7,255) were included in the meta-analysis and 6,791 patients with genotyped DCM were analyzed. Patients with P/LP variants had a higher risk for CAEs [OR, 2.10 (95% CI, 1.67-2.65)], MVAEs [OR, 1.86 (95%

Natural History of Nonischemic Dilated Cardiomyopathy According to Genotype



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

A. CAEs**B. MVAEs****C. HFEs**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

CI, 1.52-2.26]), and HFEs [OR, 2.01 (95% CI, 1.08-3.73)] than genotype negative patients. The presence of TTNTv was linked to a higher risk for CAEs [OR, 1.78 (95% CI, 1.20-2.63)], but not MVAEs or HFEs. LMNA and desmosomal groups suffered a higher risk for CAEs, MVAEs, and HFEs compared to non-LMNA and non-desmosomal groups respectively (Figure 1). When genes were indirectly compared, the presence of LMNA resulted in a more detrimental effect than TTNTv, with respect to all composite outcomes but no significant difference was found between LMNA and desmosomal genes. Desmosomal genes harbored a higher risk for MVAEs compared to TTNTv (Figure 2). Conclusion: Different genetic substrates associated with DCM result in divergent natural histories. Routine utilization of genetic testing should be employed to refine risk stratification and inform therapeutic strategies in DCM.

ΠΑ106 | ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

Ι. Κρανίτσα¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Βαλάκη¹, Δ. Τσέργα¹, Ε. Τσίνα¹, Μ. Καρακώστα², Α. Δεστούνης², 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: Συγγενής καρδιοπάθεια (CHD) ανευρίσκεται στο 40% των νεογνών με σύνδρομο Down (DS). Η πιο συχνή CHD σε αυτούς τους ασθενείς είναι η πλήρης κολποκοιλιακή επικοινωνία (AVSD), η οποία συνδέεται συνήθως με χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως η τρισωμία 21. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) είναι κατά κύριο λόγο μεμονωμένη καρ-



Λούμμετρο υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Α: Διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς. Β: Μαγνητική τομογραφία καρδιάς

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

διακή βλάβη. Ωστόσο, στα νεογνά ή στα βρέφη μπορεί να είναι παροδική και να οφείλεται σε συγκεκριμένες μεταβολικές διαταραχές της μητέρας ή σε έκθεση σε στεροειδή. Υλικό και Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού του Παιδοκαρδιολογικού Ιατρείου και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων της κλινικής μας με σύνδρομο Down, χειρουργηθείσα AVSD και HCM. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα, 28 ετών, με σύνδρομο Down και χειρουργηθείσα AVSD στο πρώτο έτος της ζωής της, η οποία παρέμεινε ασυμπτωματική κατά την παρακολούθησή της σε αυτό το διάστημα. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα αποκάλυψε τυπική ασύμμετρη υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια χωρίς απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας. Η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων, με υπερτροφία τοιχωμάτων και οριακή συσταλτικότητα. Επιπλέον, υπήρχε σχισμή στην πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας με συνοδό μέτριου βαθμού μιτροειδική ανεπάρκεια, ενώ το εμβάλωμα στην περιοχή του σταυρού της καρδιάς δεν εμφάνιζε υπολειμματικό έλλειμμα. Στη συνέχεια, διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση της HCM χωρίς απεικόνιση μυοκαρδιακής ίνωσης. Συμπεράσματα: Η ανεύρεση φαινοτύπου HCM ως πρωτοπαθή βλάβη σε ασθενείς με CHD είναι ασύνηθες εύρημα. Υπάρχουν αναφορές περιστατικών που έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη HCM σε ασθενείς με συγγενή ελλείμματα μεσοκοιλιακών και μεσοκολπικών διαφραγμάτων, στένωση ισθμού αορτής και τετραλογία Fallot. Επιπλέον, σε ορισμένα σύνδρομα, όπως τα σύνδρομα Noonan και Leopard, η HCM μπορεί να προκύψει σε συνδυασμό με CHD. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί μόνο δύο περιστατικά υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας σε νεογνά με AVSD και τρισωμία 21. Καθώς δεν υπάρχουν ακριβή γενετικά στοιχεία προς το παρόν, ο συνδυασμός HCM και AVSD σε ασθενή με σύνδρομο Down είναι πιο πιθανό να αποτελεί επίκτητη διαταραχή με κοινό γενετικό μηχανισμό παρά ένα σπάτιο, σποραδικό γεγονός.

ΠΑ107 | Διάσταση των ευρημάτων της μαγνητικής τομογραφίας μυοκαρδίου και της ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης σε ασθενή με κοιλιακή ταχυκαρδία και πιθανή αρρυθμιόγono μυοκαρδιοπάθεια

Σ. Αλεξίου¹, Γ. Σταυρόπουλος¹, Π. Καρακάσης², Α. Σαμαράς¹, Π. Σταχτέας¹, Α. Σπυριδοπούλου¹, Ν. Φραγκάκης¹, Θ. Καραμήτσος³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

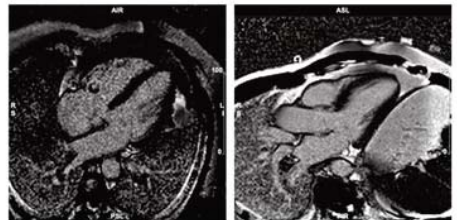
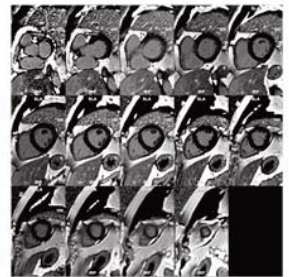
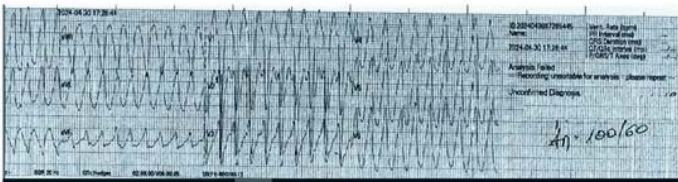
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Η Αρρυθμιόγono Μυοκαρδιοπάθεια (AM) χαρακτηρίζεται από μυοκαρδιακή βλάβη και ινολιπώδη υποκατάσταση των μυοκαρδιακών ινών λόγω βλάβης των καρδιακών δεσμοσωματίων οφειλόμενης σε παθολογικές μεταλλάξεις. Συχνά, προκαλεί κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Απεικονιστική εξέταση εκλογής για τον ιστικό χαρακτηρισμό και την εντόπιση της μυοκαρδιακής βλάβης στην συγκεκριμένη νόσο αποτελεί η μαγνητική τομογραφία μυοκαρδίου (MTM). Διαγνωστικό εργαλείο πολύ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

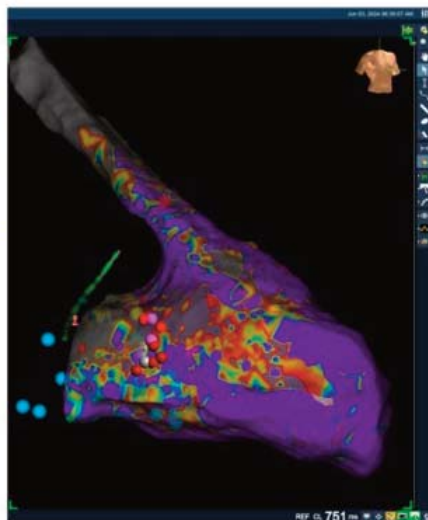
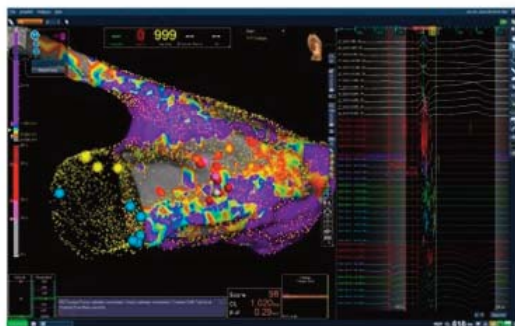
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

υψηλής ακρίβειας, αποτελεί και η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση (THAX) του μυοκαρδίου, με αποτελέσματα αντίστοιχα με αυτά της μαγνητικής τομογραφίας, με τον περιορισμό ότι πρόκειται για επεμβατική μέθοδο. Στην περίπτωση μας παρουσιάζεται ασθενής με κοιλιακή ταχυκαρδία και πιθανή αρρυθμιόγено μυοκαρδιοπάθεια με αρνητική για μυοκαρδιακή βλάβη προηγηθείσα, MTM, αλλά παθολογικά ευρήματα στην THAX, τυπικά για AM.Υλικό/μέθοδος:Ανδρας 51 ετών, με πρόσφατο επεισόδιο ταχυκαρδίας με ευρέα QRS,μορφολογίας LBBB,μετάπτωσηση στην απαγωγή V4,θετικές απαγωγές I-II-avL,αρνητική η απαγωγή III, συχνότητα 190 b/min (εικ.1). Στο ΗΚΓ ηρεμίας, παρουσίαζε φλεβοκομβικό ρυθμό ≈60b/min,χαμηλά δυναμικά στις απαγωγές I-avL. Το ατομικό και οικογενειακό του ιστορικό ήταν αρνητικό. Το κλάσμα εξώθησης στο υπερηχοκαρδιογράφημα ήταν 55%, ενώ η MRI καρδιάς έδειξε φυσιολογικό μέγεθος και κινητικότητα των δύο κοιλιών, χωρίς παθολογικό εμπλουτισμό μετά τη χορήγηση Γαδολινίου (εικ.1). Αποτελέσματα:Λόγω της πρόσφατης κοιλιακής ταχυκαρδίας μορφολογίας LBBB με ανώτερο άξονα (μείζον κριτήριο για AM), τέθηκε υπόνοια AM. Έτσι, διενεργήθηκε αρχικά ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, με πρόκληση με βηματοδότηση από την κορυφή της δεξιάς κοιλίας και δύο έκτακτα (600/280/220ms),εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, μορφολογίας LBBB,με κατώτερο άξονα, μετάπτωσηση στην απαγωγή V4 και μήκος κύκλου 260 ms, η οποία ανατάχθηκε με αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση. Η ταχυκαρδία ήταν προκλητή και μηχανικά κατά τη διάρκεια της χαρτογράφησης.Ακολούθησε χαρτογράφηση υποστρώματος επί φλεβοκομβικού ρυθμού. Έγινε χαρτογράφηση πολύ υψηλής πυκνότητας (≈60000 σημεία),της δεξιάς κοιλίας με τον καθετήρα HD Grid και το σύστημα τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης NAVX precision Abbott (εικ.2).Αποκαλύφθηκε ζώνη ουλής στον χώρο εξόδου, τον χώρο εισόδου, και το πρόσθιο τοίχωμα της δεξιάς



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



κοιλίας. Στον χώρο εξόδου η βλάβη εντοπιζόταν οπισθοδιαφραγματικά και ήταν διάστικτη, με καταγραφή όψιμων δυναμικών. Στον χώρο εισόδου υπήρχε ζώνη βαθιάς ουλής, (<0,5mv) και αμέσως στη συνέχεια στο πρόσθιο τοίχωμα περιοχή χαμηλών δυναμικών, (<1,5mv). Μονοπολικός χάρτης έδειξε πιο εκτεταμένη ουλή στην ίδια περιοχή, υποδεικνύοντας, πιθανώς διατοχωματική ή επικαρδιακή βλάβη. Η ψευδής καταγραφή χαμηλών δυναμικών λόγω κακής επαφής του καθετήρα χαρτογράφησης, αποκλείστηκε με τη διενέργεια του χάρτη από δύο διαφορετικούς χειριστές και επιβεβαίωση με λήψη σημείων, στις παθολογικές περιοχές, με τον καθετήρα κατάλυσης (δυνατότητα μέτρησης δύναμης επαφής), με λήψη σημείων με επαφή >7g. Ακολούθησε κατάλυση με στόχο την εξάλειψη των παθολογικών δυναμικών. Στον ασθενή συνεστήθη εμφύτευση απινιδωτή για δευτερογενή πρόληψη και περαιτέρω διερεύνηση με γονιδιακό έλεγχο. Συμπέρασμα: Η MTM και η THAX επιτρέπουν την εντόπιση της μυοκαρδιακής βλάβης σε ασθενείς με AM. Η THAX είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος σε σχέση με την MTM, ενώ στη βιβλιογραφία περιγράφονται περιπτώσεις ασθενών με γνωστή AM, με αρνητική MTM και θετική THAX, με εντόπιση βλαβών τυπική για τη νόσο, ενώ το αντίστροφο (θετική για ίνωση MTM και αρνητική THAX), δεν έχει περιγραφεί. Στη δική μας περίπτωση, η εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας με μορφολογία τυπική για AM, έθεσε την υπόνοια, ενώ η THAX απεικόνισε βλάβες με τυπική για AM εντόπιση, παρά την αρνητική MTM. Ο ασθενής θα λάβει απινιδωτή για δευτερογενή πρόληψη και η διερεύνηση θα συνεχιστεί με γονιδιακό έλεγχο.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ108 | Ενδοθηλιακή και μικροαγγειακή δυσλειτουργία σε ενήλικες ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

A. Μπαρουτιδου¹, Θ. Δημητρούλας², A. Αρβανιτάκη¹, N. Οτουντζίδης¹, T. Γράντζα¹, I. Φαρμάκης^{1,3}, B. Καμπεριδής¹, A. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

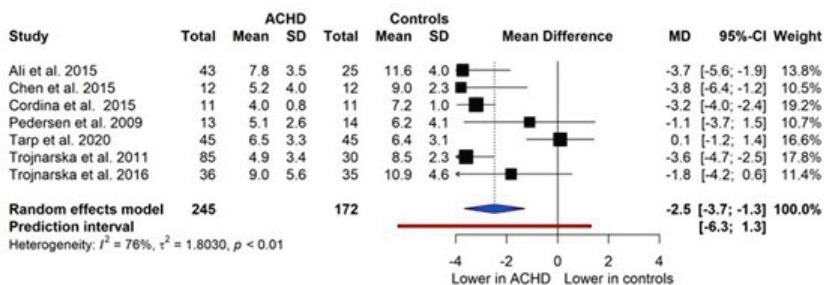
¹ Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης ΑΧΕΠΑ

² Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης Ιπποκράτειο

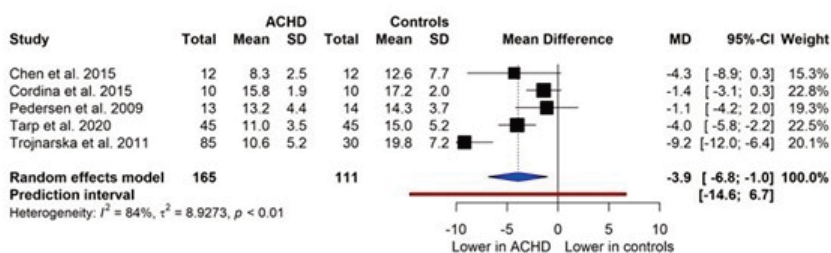
³ Κέντρο θρόμβωσης και αιμόστασης, Πανεπιστήμιο "Johannes Gutenberg", Mainz, Γερμανία

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι ενήλικες ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες διατρέχουν δια βίου υψηλό κίνδυνο για πρώιμα καρδιαγγειακά συμβάντα και απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές, ενδεικτικά πρώιμης ή επιταχυνόμενης καρδιαγγειακής νόσου. Η ενδοθηλιακή και μικροαγγειακή δυσλειτουργία καθώς και η αρτηριακή σκληρία παίζουν βασικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Καθώς η αγγειακή δυσλειτουργία μπορεί να προηγείται της εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών, η έγκαιρη αναγνώριση των δεικτών ενδοθηλιακής βλάβης είναι ζωτικής σημασίας. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε μελέτες που διερευνούν την ενδοθηλιακή και μικροαγγειακή λειτουργία σε ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες έναντι υγιών μαρτύρων. Υλικό και μέθοδος:

(A) Branchial arterial endothelium-dependent vasodilation (assessed via FMD)



(B) Branchial arterial endothelium-independent vasodilation (assessed via NMD)



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Διεξήχθη συστηματική αναζήτηση σε τέσσερις μεγάλες βάσεις δεδομένων (PubMed, CENTRAL, Scopus, Web of Science). Επίσης, ελέγχθηκαν τα μητρώα κλινικών δοκιμών, οι λίστες με τις βιβλιογραφικές αναφορές των επιλεγμένων άρθρων καθώς και πηγές γκρίζας βιβλιογραφίας. Συμπεριλάβαμε μελέτες αξιολόγησης της ενδοθηλιακής και μικροαγγειακής λειτουργίας με οποιαδήποτε ημι- ή μη επεμβατική μέθοδο σε ενήλικες με και χωρίς συγγενείς καρδιοπάθειες. Συμπεριλήφθηκαν, επίσης, μελέτες που διερευνούν τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας. Αποτελέσματα: Συνολικά 31 μελέτες (1118 ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, 794 υγιείς μάρτυρες) συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση. Η ενδοθηλιοεξαρτώμενη (flow-mediated dilatation, FMD) καθώς και η μη-ενδοθηλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (nitrate mediated vasodilation, NMD) ήταν σημαντικά μειωμένες σε ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες έναντι των υγιών μαρτύρων (διαφορά μέσων [MD] -2,5, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] -3,7 έως -1,3 και MD -3,9, 95% CI -6,8 έως -1,0, αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα του δείκτη αντιδραστικής υπεραϊμίας χρησιμοποιώντας την περιφερική αρτηριακή τονομετρία (peripheral arterial tonometry, PAT) στους ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες σε σχέση με τους υγιείς (MD -0,26, 95%CI -0,48 έως -0,04). Όσον αφορά την αρτηριακή σκληρία, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) μεταξύ των δύο ομάδων (τυποποιημένη διαφορά μέσων [SMD] 0,2, 95%CI -0,2 έως 0,6). Ωστόσο, ο δείκτης επαύξησης (Augmentation Index, AI) ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες (SMD 1,6, 95%CI 0,8 έως 2,4). Συμπεράσματα: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε την παρουσία ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, περιφερικής μικροαγγειοπάθειας και αυξημένης αρτηριακής σκληρίας στους ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, παράγοντες που ενδεχομένως να ευθύνονται για τα αυξημένα καρδιαγγειακά συμβάντα σε αυτόν τον πληθυσμό. Figure legend. Forest plot μελετών που διερευνούν την (Α) ενδοθηλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD%) και τη (Β) μη-ενδοθηλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (NMD%) σε ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες και υγιείς μάρτυρες.

AChD, adults with congenital heart disease; CI, confidence interval; MD, mean difference; SD, standard deviation

ΠΑ109 | Περιστατικό τυχαίας διάγνωσης υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας σε έφηβο με αίσθημα κόπωσης έπειτα από λοίμωξη COVID-19.

Δ. Καραβίτη¹, Ε. Γρηγοράκη², Γ. Σέρβος², Μ. Χαρακίδα¹

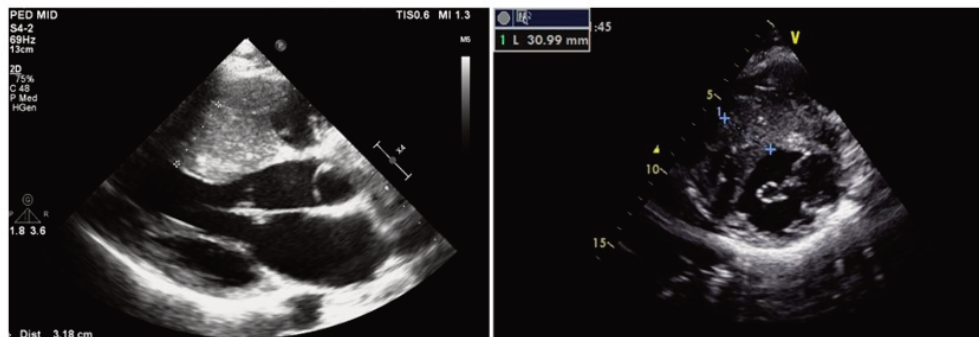
¹ Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών Π.& Α. Κυριακού,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

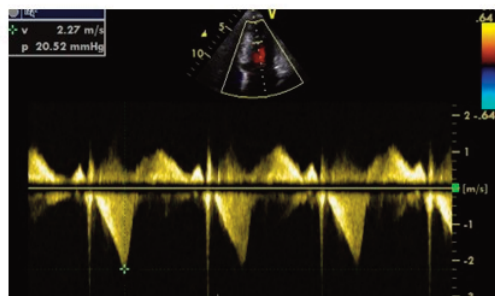
Εισαγωγή/ Σκοπός Η διάγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (ΥΜΚ) στα παιδιά αποτελεί πρόκληση καθότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων απουσιάζει η εκδήλωση καρδιολογικών συμπτωμάτων. Η φαινοτυπική εκδήλωση στον παιδιατρικό πληθυσμό παραμένει σπάνια και υπολογίζεται σε 1-1,5/ 100.000 περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των πα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



θήσεων, οδηγεί στην αξιολόγηση του βαθμού κινδύνου αιφνιδίου θανάτου και συμβάλει καθοριστικά στη βέλτιστη έκβαση αυτών των ασθενών. Υλικό και μέθοδος Παρουσίαση περιστατικού εφήβου ηλικίας 16 ετών που προσήλθε στο Νοσοκομείο μας για εκτίμηση εξαιτίας παραμένουσας κόπωσης έπειτα από λοίμωξη COVID. Αποτελέσματα Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, χωρίς αναφερόμενα συγκοπτικά επεισόδια, ενώ στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρθηκε θάνατος σε ηλικία 40 ετών της πατρικής γιαγιάς από άγνωστα αίτια. Ο ασθενής παρουσίαζε καλή κλινική εικόνα. Ακροαστικές ανευρέθη συστολικό φύσημα 2-3/6. Στο καρδιογράφημα παρουσίασε φλεβοκομβικό ρυθμό, αριστερό άξονα, αυξημένα δυναμικά QRS V3-V5, κόμβωση QRS V1-V2 και διαταραχές επαναπόλωσης πλάγιου τοιχώματος. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε φυσιολογική θέση και ανατομία της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων. Η αριστερή κοιλία ήταν φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με καλό κλάσμα εξώθησης (60%). Ωστόσο διαπιστώθηκε σημαντικού βαθμού ασύμμετρη υπερτροφία μεσοκοιλιακού διαφράγματος που μετρήθηκε έως 31mm. Ο αριστερός κόλπος ήταν επίσης φυσιολογικών διαστάσεων. Συνυπήρχε μικρού βαθμού ενδοκοιλοτική απόφραξη της αριστερής κοιλίας (Vmax: 2,1 m/s). Έγινε έναρξη αγωγής με β-αποκλειστή και ο ασθενής παραπέμφθηκε σε τμήμα κληρονομικών παθήσεων της καρδιάς για διερεύνηση. Ο γονιδιακός έλεγχος ανέδειξε ετεροζυγωτία στο παθογόνο γονίδιο MY7H, συμβατή με ΥΜΚ. Σε αυτό το πλαίσιο εκτιμήθηκε ο πατέρας του ασθενούς που διαγνώστηκε με την ίδια πάθηση. Περαιτέρω στην



αξιολόγηση του ασθενούς, στο Holter ρυθμού δεν σημειώθηκαν αξιόλογα αρρυθμολογικά συμβαματα. Στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαιώθηκαν τα απεικονιστικά ευρήματα και επιπλέον ανεδείχθη σημαντικό βαθμού στικτή ίνωση ιδίως μέσο - μυοκαρδιακά>%. Συνεκτιμώντας τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα, αποφασίστηκε η τοποθέτηση εμφυτεύσιμου απινιδωτή. Συμπεράσματα Η διάγνωση των κληρονομικών παθήσεων της καρδιάς παραμένει δύσκολη στα παιδιά. Ο έλεγχος στους συγγενείς πρώ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

του βαθμού κρίνεται απαραίτητος για την έγκαιρη διάγνωση των ασυμπτωματικών ασθενών. Ο κίνδυνος αιφνιδίου θανάτου στα παιδιά με ΥΜΚ εκτιμάται με διάφορα μοντέλα (πχ HCM Riks-Kids model). Η απόφαση για εμφύτευση απινιδωτή παραμένει πρόκληση και στηρίζεται στη συναξιολόγηση κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων.

ΠΑ110 | Κολπική μαρμαρυγή σε νέους: προάγγελος μυοκαρδιοπάθειας; Παρουσίαση κλινικού περιστατικού

Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Ε. Παπαοικονόμου¹, Δ. Κορέλα¹, Σ. Κουκιάς¹, Ζ. Καλλινίκου¹, Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Γ. Γαρίδας¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Π. Καφαράκης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η κολπική μαρμαρυγή, η πιο συχνά εμφανιζόμενη υπερκοιλιακή ταχυαρρυθμία, δύναται να οφείλεται σε υποκείμενα νοσήματα. Η περαιτέρω διερεύνηση των ασθενών αυτών πιθανώς να αποκαλύψει την ύπαρξη ισχαιμικής νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας ή ακόμη και δομικής καρδιοπάθειας. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 38 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών από ημέρας. Συνοδά αναφέρει αίσθημα δύσπνοιας στην εύκολη κόπωση. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο, ωστόσο είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό για υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια από τον πατέρα. Κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη με φυσιολογική κλινική εξέταση πλην της παρουσίας ταχέων και άρρυθμων καρδιακών παλμών. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) καταγράφηκε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση περί τις 160bpm. Έγινε προσπάθεια φαρμακευτικής ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό, με ενδοφλέβια έγχυση εσμολόλης και αμωδαρόνης, η οποία επετεύχθη μετά το πέρας του πρώτου 24/ώρου στην Καρδιολογική Κλινική. Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα από το οποίο προέκυψε φυσιολογική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας, ήπια διάταση αριστερού κόλπου, μετρίου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδος, επιμήκυνση τενοντίων χορδών μιτροειδούς και πάχυνση των γλωχίνων, με πρόπτωση της πρόσθιας γλωχίνας κατά τη συστολή. Υποβαλβιδικά και όπισθεν της όπισθιας γλωχίνας παρατηρείται περιοχή ωοειδούς σχήματος, διαμέτρου περίπου 20mm, με κατά τόπους ανηχογενείς περιοχές που παρεμποδίζει την πλήρη διάνοιξη της. Η ηχογένεια της παρατηρηθείσας περιοχής, ομοιάζε με εκείνη του μυοκαρδίου, με το οποίο παρουσίαζε σύγχρονη κίνηση. Διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαίωσε τα άνωθεν ευρήματα. Μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποκάλυψε ήπια αποστρογγύλωση κορυφής αριστερής κοιλίας, χωρίς παθολογικό σκιαγραφικό εμπλουτισμό του μυοκαρδίου, ασύμμετρη υπερτροφία βασικού τριτημορίου κοιλίας, πέριξ του επιπέδου του μιτροειδικού δακτυλίου, με πολυάριθμες εστίες εναπόθεσης λίπους εντός και λέπτυνση των λοιπών τοιχωμάτων. Σε συνδυασμό με το οικογενειακό ιστορικό, ετέθη η υποψία υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας και η ασθενής παραπέμφθηκε για γονιδιακό έλεγχο. Συμπεράσματα: Η εκδήλωση κολπικής μαρμαρυγής σε νέους αποτελεί έναυσμα για διερεύνηση της υποκείμενης αιτίας. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να παρουσιαστεί με άτυπη κλινική και απεικονιστική εικόνα, με την περιγραφή περιοχών δίκης μάζας να αναφέρεται σε ολίγα μόνο περιστατικά ανά τη βιβλιογραφία.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ111 | **Η αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία της καρδιακής αμυλοείδωσης εξ ελαφρών αλυσίδων σχετίζεται με βελτίωση της κοιλιακής αρτηριακής σύζευξης της αριστερής κοιλίας**
Ι. Πετρόπουλος¹, Α. Μπριασούλης¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Ρ. Πάτρας¹, Φ. Θεοδωρακάκου¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Ε. Καστρίτης¹, Κ. Σταματελόπουλος¹, Μ. Α. Δημόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η θεραπεία για την καρδιακή αμυλοείδωση εξ ελαφρών αλυσίδων (AL-CA) οδηγεί σε αυξημένη επιβίωση ειδικά όταν χορηγείται σε πρώιμα στάδια. Σε ασθενείς με αιματολογική ανταπόκριση, η αξιολόγηση της καρδιακής ανταπόκρισης βασίζεται σε βιοχημικούς δείκτες ενώ το κλάσμα εξώθησης δεν είναι αξιόπιστος δείκτης ανταπόκρισης της καρδιακής λειτουργίας. Σκοπός: Η μη επεμβατική υπερηχογραφική μελέτη της κοιλιακής-αρτηριακής σύζευξης της αριστερής (L-VAC) και δεξιάς (R-VAC) κοιλίας σε σχέση με το βαθμό ανταπόκρισης στην θεραπεία ασθενών με AL-CA. Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς AL-CA που διαγνώστηκαν και έλαβαν θεραπεία στο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για την Αμυλοείδωση. Η αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία έγινε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη νόσο καθώς και με υπερηχογραφικούς δείκτες συμπεριλαμβανομένης της επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (GLS). Μετρήθηκε επίσης η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV). Η L-VAC ορίστηκε ως ο λόγος PWV/GLS και η R-VAC ως TAPSE/PASP. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 65 ασθενείς (διάμεση ηλικία 66.7 έτη, 98% σε στάδια Mayo 2 και 3) οι από το 2021 έως το 2023, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία και επιβίωσαν 1 έτος τουλάχιστον από τη διάγνωση. Το 82.5% των ασθενών εμφάνισαν κάποιο βαθμό αιματολογική ανταπόκριση στην θεραπεία. Οι ασθενείς με αιματολογική ανταπόκριση, είχαν στατιστικά σημαντική μείωση του πάχους των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας χωρίς σημαντική βελτίωση του κλάσματος εξώθησης αλλά με σημαντική βελτίωση του GLS (από -13% σε -14%, $p=0.027$). Δεν ανευρέθηκε σημαντική επίδραση της αιματολογικής ανταπόκρισης στη R-VAC σε αντίθεση με την L-VAC η οποία βελτιώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (από 0.77 σε 0.68 $m.s^{-1}\%$, $p=0.005$). Μεταξύ σταδίων αιματολογικής ανταπόκρισης, στατιστικά σημαντική βελτίωση στη L-VAC παρατηρήθηκε σε ασθενείς με πλήρη ή πολύ καλή ανταπόκριση (από 0.78 σε 0.71 $m.s^{-1}\%$, $p=0.012$). Συμπεράσματα: Μεταξύ ασθενών με AL-CA η αιματολογική ανταπόκριση στη θεραπεία σχετίζεται με σημαντική βελτίωση δεικτών λειτουργίας της αριστερής αλλά όχι της δεξιάς κοιλίας.

ΠΑ112 | **ΣΥΜΠΛΟΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙΣΑΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Ε. Τσίνα¹, Π. Ζάχος¹, Π. Βαλάκη¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Ι. Κρανίτσα¹, Δ. Τσέργα¹, Ν. Κάσινο², Μ. Καρακώστα², Α. Καλέση², Ν. Τζιώλας¹, Ε. Μπράχος¹, Κ. Τσατίρης¹

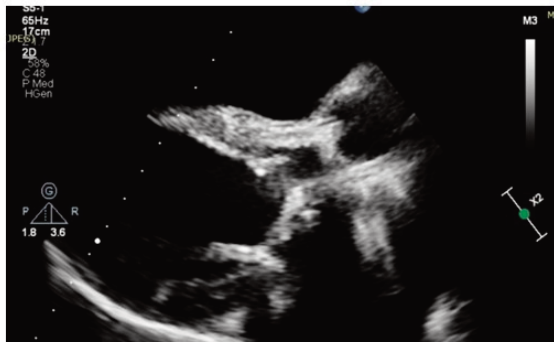
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

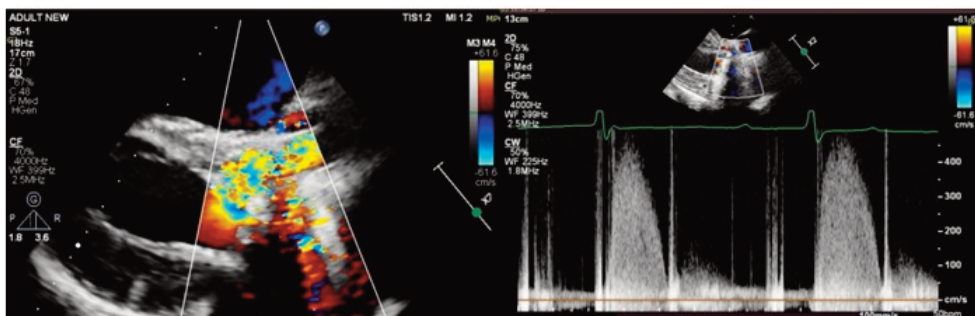
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι κολποκοιλιακές επικοινωνίες (AVSD) συνιστούν το 3-5% των συγγενών καρδιοπαθειών (CHD). Συνδυάζονται με σχισμή (cleft) της κοινής κολποκοιλιακής βαλβίδας (ΚΚΒ) και απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (ΧΕΑΚ) λόγω αντιωρολογιακής μετατόπισης των θηλοειδών μυών (gooseneck deformity). Η αντιμετώπιση είναι πρωτίτως χειρουργική και έγκειται στη σύγκλιση του κολποκοιλιακού ελλείματος, επιδιόρθωση πιθανής βαλβιδοπάθειας και αποκατάσταση του στενωμένου ΧΕΑΚ. Υλικά/Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε ισχυρού ενδιαφέροντος σύμπλοκο περιστατικό χειρουργηθείσας AVSD με συνυπάρχουσα χειρουργηθείσα υποαορτική μεμβράνη και cleft ΚΚΒ. Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή 29 ετών με ιστορικό πολλαπλών χειρουργικών παρεμβάσεων σε έδαφος AVSD, οι οποίες αφορούσαν επίσης αποκατάσταση υποαορτικής μεμβράνης και cleft ΚΚΒ, καθώς και αντικατάσταση αορτικής και μιτροειδούς με μεταλλικές βαλβίδες λόγω παρελθούσας ενδοκαρδίτιδας. Η ασθενής νοσηλεύθηκε στην κλινική μας λόγω συμπτωμάτων δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της υπεβλήθη σε διαθωρακική (ΤΤΕ) και διοισοφάγειο (ΤΟΕ) ηχωκαρδιογραφική μελέτη, η οποία ανέδειξε ικανοποιητική συσπαστικότητα αριστερής κοιλίας (ΑΚ), διάταση δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) με οριακή συσταλτικότητα και σημεία πνευμονικής υπέρτασης, μεταλλική βαλβίδα στη θέση της μιτροειδούς με αυξημένη διαβαλβιδική κλίση πίεσης, μεταλλική βαλβίδα αορτικής με ικανοποιητική συστολική διάνοιξη, καθώς και σημαντική υποβαλβιδική στένωση του ΧΕΑΚ με επιμήκυνση και σωληνώδη στένωση αυτού. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας, όπου και απεικονίστηκαν ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και ασκτική συλλογή. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς, όπου διενεργήθηκε ακτινολογική και αξονική τομογραφία καρδιάς με επιβεβαίωση της



Εικόνα 1. ΤΤΕ: Επιμήκυνση και σωληνώδης στένωσης του ΧΕΑΚ



Εικόνα 2. ΤΤΕ: Σημαντική υποβαλβιδική στένωση του ΧΕΑΚ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

καλής λειτουργικότητας των προσθετικών βαλβίδων. Η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση τοποθέτησης μόνιμου βηματοδότη λόγω ανάπτυξης πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού και διαφραγματική μυστομή λόγω απόφραξης του ΧΕΑΚ. Συμπέρασμα: Οι AVSD εμφανίζουν ευραίο φάσμα, με το ένα άκρο να είναι η μερική AVSD ή πρωτογενής μεσοκολπική επικοινωνία και το άλλο την πλήρη AVSD, η οποία απαντά κατά κανόνα σε ασθενείς με σύνδρομο Down. Παράλληλα, μπορεί να αποτελούν μέρος ιδιαίτερα σύμπλοκων CHD, με την πρόγνωση στην περίπτωση αυτή να είναι πτωχή. Η πολυπλοκότητα των περιστατικών καθιστά αναγκαίο το λεπτομερή σχεδιασμό και τον κατάλληλο προγραμματισμό των επεμβάσεων, όπως επίσης και τη στενή παρακολούθηση με χρήση ποικίλων απεικονιστικών μεθόδων για τη βέλτιστη διαχείριση των ασθενών.

ΠΑ113 | Εκτίμηση της καρδιακής απόδοσης σε ασθενείς με COVID-19 και θετική Τροπονίνη με βάση την ολική επιμήκη παραμόρφωση και την Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς κατά τη διάρκεια της πανδημίας
Σ. Μαραγκουδάκης¹, Κ. Χατζηνικολάου², Ε. Σιδεράς¹, Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Ε. Λαγουδάκη¹, Ε. Σταματάκη¹, Φ. Εμίρη¹, Γ. Κ. Λιλικάκη¹, Ν. Δερβάκος Τσάκωνας¹, Α. Πουντουκίδου¹, Κ. Καυκαλά¹, Γ. Κοχιαδάκης², Μ. Μαρκέτου²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Υπόβαθρο: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η σχετιζόμενη με τον COVID-19 μυοκαρδίτιδα ήταν συχνή. Ποικίλες καρδιακές ανωμαλίες έχουν αναφερθεί κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης λοίμωξης με COVID-19, από υπο-κλινική αύξηση δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης μέχρι οξεία καρδιακή δυσλειτουργία και μυοκαρδίτιδα. Η αύξηση της τροπονίνης είναι συχνή σε νοσηλεύομενους ασθενείς με COVID-19 και χρησιμοποιήσαμε Συνδυασμένη, με Πολυλαπλές Μεθόδους Απεικόνιση (Multimodality Imaging) που συμπεριλαμβάνουν ηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους και Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς προκειμένου να αξιολογήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ της αύξησης της τροπονίνης με την έκταση της μυοκαρδιακής βλάβης. Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 60 ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 (75% άνδρες, 41±20 ετών) και αύξηση τροπονίνης που έλαβαν εξιτήριο από τα 2 μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Γενικό Νοσοκομείο Χανίων). Το 32% είχαν Αρτηριακή Υπέρταση, το 17% Σακχαρώδη Διαβήτη, 37,3% ήταν ενεργοί καπνιστές και το 9% είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακού συμβάματος. Στην μελέτη μας δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που ήταν σε καταπληξία, είχαν οξεία πνευμονική εμβολή, σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας ή έμφραγμα μυοκαρδίου με βάση τον 4η διεθνή ορισμό. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη ηχοκαρδιογραφική εκτίμηση συμπεριλαμβανομένου διαστολικής λειτουργίας, κλάσματος εξώθησης και ολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) καθώς και Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς. Αποτελέσματα: Η μέσος όρος της υψηλότερης τιμής τροπονίνης των ασθενών ήταν 281.27 ± 400.86, του Κλάσματος Εξώθησης 57.54 ± 5.032, του GLS

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

της αριστερής κοιλίας -17.01 ± 2.03 , και της δεξιάς κοιλίας -21.54 ± 2.4 . Η αύξηση της τροπονίνης είχε θετική συσχέτιση με την τιμή του GLS της αριστερής κοιλίας ($p < 0.001$) αλλά όχι με το GLS της δεξιάς κοιλίας ($p = 0.155$). Χαμηλότερες τιμές GLS της αριστερής κοιλίας είχαν συσχέτιση με όψιμη ενίσχυση γαδολινίου (LGE) με χαρακτηριστικά μη-ισχαιμικής μυοκαρδιακής βλάβης της αριστερής κοιλίας σε Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς ($p < 0.001$) καθώς και με χορήγηση αντιϊκής αγωγής συμπεριλαμβανομένης της ρεμδεσιβίρης ($p < 0.001$). Συμπέρασμα: Αναγνωρίζεται η πολύ-οργανική συμμετοχή στον COVID-19, με πολλούς ασθενείς να έχουν απελευθέρωση τροπονίνης ενδεικτική μυοκαρδιακής βλάβης. Η αύξηση της υψηλής ευαισθησίας Τροπονίνης I δεν έδειξε σημαντική συσχέτιση με παραδοσιακούς δείκτες συστολικής ικανότητας, όπως το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και διάφορες παραμέτρους διαστολικής λειτουργίας. Από την άλλη η αύξηση της τροπονίνης είχε σαφώς θετική συσχέτιση με νεότερους ηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους όπως το GLS. Η συσχέτιση αυτή υποστηρίζεται επίσης και από τα αποτελέσματα της Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς. Η LGE με κατανομή ενδεικτική μη ισχαιμικού προτύπου ανιχνεύθηκε σε ασθενείς με υψηλότερες τιμές τροπονίνης και χαμηλότερες τιμές GLS της αριστερής κοιλίας. Επομένως οι τιμές GLS θα μπορούσαν να προβλέψουν με αποτελεσματικότητα την παρουσία μυοκαρδίτιδας σε ασθενείς με COVID-19 και θετική τροπονίνη.

ΠΑ114 | Αναταξινόμηση των κλινικών διαγνώσεων ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια εφαρμόζοντας τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες του 2023: προσεγγίζοντας το ρόλο της μη-διατατικής μυοκαρδιοπάθειας της αριστερής κοιλίας (NDLVC)

Α. Ξηνταράκου¹, Α. Κασιακόγιας¹, Α. Αντωνόπουλος¹, Θ. Τσάμπρας¹, Α. Κουρουτζόγλου¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Ν. Ιωακειμίδης¹, Θ. Κατσιμίχας¹, Α. Μήλιου¹, Α. Κορδαλής¹, Α. Λαϊνά¹, Ε. Σολωμού¹, Γ. Λάζαρος¹, Κ. Τσιούφης¹, Χ. Βλαχόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Το 2023 οι Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) παρουσίασαν μια νέα κατηγοριοποίηση των μυοκαρδιοπαθειών. Ειδικότερα, ο όρος μη-διατατική μυοκαρδιοπάθεια της αριστερής κοιλίας (non-dilated left ventricular cardiomyopathy-NDLVC) προτάθηκε ώστε να προσδιορίσει τους ασθενείς που παρουσιάζουν δυσλειτουργία ή/και ίνωση της αριστερής κοιλίας μη ισχαιμικής αιτιολογίας. Η ενσωμάτωση και κλινική διαχείριση αυτής της νέας κατηγορίας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Σκοπός Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση και αναταξινόμηση των κλινικών διαγνώσεων των ασθενών με διατατική μυοκαρδιοπάθεια που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο κέντρο κληρονομικών καρδιακών παθήσεων, βάσει των νεότερων διαγνωστικών κατηγοριών που εισήγαγαν οι κατευθυντήριες οδηγίες της ESC 2023. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε σύγκριση κλινικών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών του υποπληθυσμού με NDLVC με άλλους τύπους μυοκαρδιοπαθειών. Μέθοδοι Διεξήχθη αναδρομική ανάλυση σε 106 ασθενείς που προσήλθαν στη μονάδα κληρονομικών καρδιακών παθήσεων από τον Ιούνιο του 2018 έως και το

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Φεβρουαρίου του 2024 με διαγνώσεις που περιλάμβαναν διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (DCM), υποκινητική μη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (HNDC), αρρυθμιογόνο μυοκαρδιοπάθεια (ACM) (συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής της δεξιάς (ARVC) και της αριστερής (ALVC) κοιλίας) και μυοκαρδιοπάθεια μη συμπαγούς αριστερής κοιλίας (LVNC). Οι ασθενείς αναταξινομήθηκαν βάσει των κριτηρίων και κατηγοριών που ορίζονται στις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC 2023. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν στην ομάδα της NDLCV εμφάνιζαν ίνωση της αριστερής κοιλίας μη ισχαιμικής αιτιολογίας ή αντικατάσταση από λιπώδη ιστό, ανεξαρτήτως της καρδιακής λειτουργίας, ή παρουσίαζαν υποκινησία της αριστερής κοιλίας χωρίς στοιχεία ίνωσης. Συλλέχθηκαν κλινικά, αρρυθμολογικά, γενετικά και απεικονιστικά δεδομένα, ενώ η μυοκαρδιακή ίνωση αξιολογήθηκε μέσω μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς (CMR). Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με μέση ηλικία 49 ± 15 ετών, εκ των οποίων το 28.3% ήταν γυναίκες. Αρχικά οι ασθενείς είχαν διαγνωσθεί ως εξής: 55 (52%) ασθενείς με DCM, 29 (27%) με HNDC, 10 (9%) με ACM και 12 ασθενείς (11%) με LVNC. Κατά την αξιολόγηση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC 2023, οι ασθενείς αναταξινομήθηκαν ως εξής: 56 (53%) ασθενείς με DCM, 43 (41%) με NDLCV, 5 (5%) με ACM, ενώ σε δύο ασθενείς παρατηρήθηκε μεμονωμένη διάταση της αριστερής κοιλίας. Από τους 10 ασθενείς που αρχικά διαγνώστηκαν με ACM, 3 ασθενείς αναταξινομήθηκαν ως NDLCV, 2 ασθενείς ως DCM, ενώ 5 ασθενείς διατήρησαν τη διάγνωση ARVC. Οι ασθενείς με NDLCV σε σύγκριση με αυτούς με DCM είχαν υψηλότερο LVEF ($50 \pm 10\%$ έναντι $35 \pm 12\%$, $p < 0.001$) και συχνότερα LVEF $> 40\%$ (74% έναντι 25%, $p < 0.01$). Τα ποσοστά παρουσίας LGE (62% έναντι 78%, $p = NS$) καθώς και οι καταγεγραμμένες κοιλιακές αρρυθμίες ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες ($p = NS$). Συμπέρασμα Η εφαρμογή των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών της ESC 2023 οδηγεί στη διάγνωση σημαντικού αριθμού ασθενών με NDLCV από μία ομάδα ασθενών με μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια στο φάσμα της DCM. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν λιγότερο επηρεασμένη συστολική λειτουργία αλλά παρόμοια ποσοστά ίνωσης και κοιλιακών αρρυθμιών.

17.00-18.00 **Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση / Valvular diseases and pulmonary hypertension**

Πρόεδροι: **N. Ηγουμενίδης** (Ηράκλειο),
K. Γραμματικόπουλος (Χανιά)
Chairpersons: **N. Igoumenidis** (Heraklion),
K. Grammatikopoulos (Chania)

ΠΑ115 | **Prognostic factors and survival outcomes in elderly pulmonary arterial hypertension patients: insights from the hellenic pulmonary hypertension registry (HOPE)**

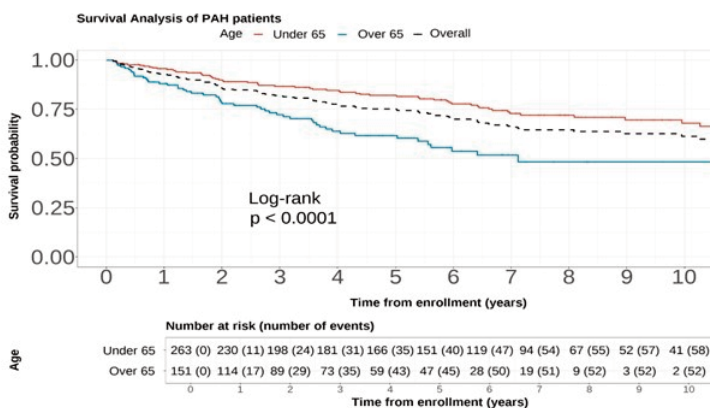
G. Papadopoulos¹, A. Arvanitaki², S. A. Mouratoglou², P. Gourgiotis², T. Chrysochoidis-Trantas¹, N. Zimponoumi³, S. Brili⁴, M. Boutsikou⁵, E. Demerouti⁶, P. Karyofyllis⁶, D. Tsiapras⁶, A. Anthi⁷, A. Manginas⁵, A. Ziakas¹, G. Giannakoulas¹

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

- ¹ AHEPA University General Hospital, Pulmonary Hypertension and Congenital Heart Disease Unit, Thessaloniki, Greece,
- ² AHEPA University General Hospital, Pulmonary Hypertension and Congenital Heart Disease Unit, Thessaloniki, Greece,
- ³ National & Kapodistrian University of Athens, 1st Department of Critical Care and Pulmonary Hypertension Clinic, Athens, Greece,
- ⁴ Hippokraton General Hospital, Cardiology Department, Athens, Greece,
- ⁵ Mediterraneo Hospital, Cardiology Department, Glyfada, Athens, Greece,
- ⁶ Onassis Cardiac Surgery Center, Cardiology-Pediatric Cardiology Department, Athens, Greece,
- ⁷ National & Kapodistrian University of Athens, 1st Department of Critical Care and Pulmonary Hypertension Clinic, Athens, Greece

Introduction/ Purpose: Pulmonary arterial hypertension (PAH) at its classical form was considered to affect mostly young women. However, the incidence of elderly patients diagnosed with PAH is increasing dramatically, causing doubts about the efficacy of current risk stratification models in this specific population. This study aims to investigate the survival of elderly PAH patients and potential prognostic factors of mortality. **Materials and Methods:** The Hellenic Pulmonary Hypertension Registry (HOPE) registry includes patients from all PH groups in Greece. This study compares baseline clinical characteristics at diagnosis and survival between elderly (≥ 65 years) PAH patients, and the younger ones and investigates potential prognostic factors in each group. **Results:** Of 414 PAH patients, 151 (36.5%) were elderly (66% female) with a median age at first visit 72 (IQR: 7) years. Hypertension, diabetes, and coronary artery disease were more common in the elderly, who presented higher NT-proBNP values, lower 6-minute walking distance, yet more favorable hemodynamics, i.e. lower mean pulmonary artery pressure (mPAP) and pulmonary vascular resistance (PVR), as compared to their younger counterparts. Notably, fewer elderly patients were stratified as low risk at baseline with the 3-strata model (10% vs 27%). After a median follow up time of 4.5 years, 53 (35%) deaths occurred in the elderly compared to 66 (25%) deaths in the younger cohort, giving rise to a 5-year survival rate of 61.7% and 82.1%,



respectively ($p < 0.0001$, Figure 1). Male sex and TAPSE / sPAP ratio were the only significant predictors of mortality in elderly patients. On the other hand, age, male sex, and 3-strata risk score were significant predictors of mortality in younger patients, with high-risk group being strongly associated with a worse outcome (HR: 7.69, 95% CI: (2.90, 20.4), $p < 0.001$,

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Table 1. Cox regression analyses

Table 1.1. Cox regression analysis in elderly PAH patients.

Characteristic	N	Univariate			Multivariable		
		HR ¹	95% CI ¹	p-value	HR ¹	95% CI ¹	p-value
Age	151	1.05	0.99, 1.10	0.094			
Gender	151						
Male		2.20	1.27, 3.81	0.005	2.15	1.23, 3.78	0.008
Female		—	—	—	—	—	—
BMI	137	0.99	0.93, 1.05	0.7			
NYHA	151						
I		—	—	—			
II		—	0.00, Inf	>0.9			
III		—	0.00, Inf	>0.9			
IV		—	0.00, Inf	>0.9			
6-MWD	151	1.00	1.00, 1.00	0.10			
NT-pro-BNP	151	1.00	1.00, 1.00	0.14			
TAPSE / sPAP	151	0.02	0.00, 0.26	0.004	0.02	0.01, 0.50	0.018
mRAP	151	1.11	1.04, 1.20	0.003	1.08	1.00, 1.16	0.054
mPAP	151	1.03	1.01, 1.06	0.001			
PCWP	151	0.99	0.90, 1.09	0.9			
PVR	151	1.06	1.01, 1.12	0.012			
CI	151	0.83	0.56, 1.22	0.3			
SVI	151	0.98	0.93, 1.03	0.4			
SvO ₂	151	0.94	0.90, 0.99	0.011	0.99	0.93, 1.05	0.7
Risk group	151						
Low		—	—	—	—	—	—
Intermediate		7.18	0.99, 52.2	0.052	7.00	0.92, 53.0	0.060
High		11.0	1.40, 86.1	0.023	6.85	0.78, 60.3	0.083

Table 1.2. Cox regression analysis in younger PAH patients.

Characteristic	N	Univariate			Multivariable		
		HR ¹	95% CI ¹	p-value	HR ¹	95% CI ¹	p-value
Age	263	1.04	1.02, 1.06	<0.001	1.03	1.01, 1.05	0.002
Gender	263						
Male		1.78	1.09, 2.91	0.020	2.17	1.24, 3.81	0.005
Female		—	—	—	—	—	—
BMI	242	1.00	0.99, 1.02	0.6			
NYHA	263						
I		—	—	—			
II		3.57	0.48, 26.4	0.2			
III		6.04	0.82, 44.6	0.078			
IV		11.8	1.47, 94.3	0.020			
6-MWD	263	1.00	1.00, 1.00	0.1			
NT-pro-BNP	263	1.00	1.00, 1.00	0.1			
TAPSE / sPAP	263	0.05	0.00, 0.66	0.023	1.10	0.07, 18.3	>0.9
mRAP	263	1.12	1.06, 1.18	<0.001	1.04	0.98, 1.11	0.2
mPAP	263	1.00	0.98, 1.01	0.8			
PCWP	263	1.04	0.96, 1.13	0.3			
PVR	263	1.01	0.97, 1.05	0.6			
CI	263	0.82	0.59, 1.13	0.2			
SVI	263	0.97	0.92, 1.01	0.14			
SvO ₂	263	0.93	0.89, 0.97	<0.001	1.01	0.96, 1.06	0.7
Risk group	263						
Low		—	—	—	—	—	—
Intermediate		2.25	1.11, 4.56	0.025	1.82	0.86, 3.84	0.12
High		10.3	4.69, 22.6	<0.001	7.69	2.90, 20.4	<0.001

¹ HR = Hazard Ratio, CI = Confidence IntervalAbbreviations: BMI: Body Mass index, NYHA: New York Heart Association, 6-MWD: 6 Minute Walking Distance, NT-pro-BNP: N-terminal-pro brain natriuretic peptide, TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion, sPAP: systolic pulmonary artery pressure mRAP: mean Right Atrial Pressure, mPAP: mean Pulmonary Artery Pressure, PVR: Pulmonary Vascular Resistance, PCWP: Pulmonary Capillary Wedge Pressure, CI: Cardiac index, SVI: Stroke Volume index, SvO₂: Mixed Venous Oxygen Saturation.

Table 1). Conclusions: Elderly PAH patients had a worse survival compared to the younger ones. Prognostic tools recommended by ESC/ERS Guidelines, such as 3-strata model should be used with caution in this population.

ΠΑ116 |

Επιδημιολογικό Προφίλ και Θνησιμότητα Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας σε Παγκόσμια Κλίμακα: Μετα-ανάλυση 133 μελετών και 132.584 ασθενών

Μ. Σαγρή¹, Α. Tzoumas¹, Δ. Ξένος¹, Α. Ντουμαζιού¹, Φ. Κακαργιας², Liakat Wasla³, R. Patel⁴, Sanjara Nagraj⁵, D. Kokkinidis⁶, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τσιούφης¹, L. Palaiodimos⁷

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ² 401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ Montefiore Medical Center Albert Einstein College of Medicine, New York, United States of America,

⁴ Montefiore Medical Center Albert Einstein College of Medicine, Roswell Park Comprehensive Cancer Center, New York, United States of America,

⁵ Montefiore Medical Center Albert Einstein College of Medicine, New York, United States of America,

⁶ Yale New Haven Hospital, New Haven, United States of America,

⁷ Department of Medicine, Jacobi Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Η κατανόηση της επιδημιολογίας της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (ΙΕ) είναι κρίσιμη στο πλαίσιο του γηράσκοντος πληθυσμού και της αυξημένης συννοσηρότητας. Μέθοδος: Αυτή η συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA. Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση μοντέλου τυχαίων επιδράσεων. Μελέτες που αναφέρουν αποτελέσματα για την ΙΕ εντοπίστηκαν μέσω αναζήτησης στη βάση δεδομένων PubMed/Medline από το 2010 έως το 2022 και κρίθηκαν κατάλληλες. Αποτελέσματα: Συνολικά 133 μελέτες με 132.584 ασθενείς από έξι ηπείρους συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Οι πιο συνηθισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες της ΙΕ ήταν παθογόνα του είδους *Staphylococci* στο 36% των περιπτώσεων, ακολουθούμενες από του είδους *Streptococci* στο 26% των περιπτώσεων και *Enterococci* στο 10% των περιπτώσεων. Από τις μελέτες που παρείχαν περαιτέρω δεδομένα, το κυρίαρχο είδος ήταν το *Staphylococcus Aureus* με συχνότητα εμφάνισης 29%, ακολουθούμενο από τον *Viridans Streptococcus* με συχνότητα εμφάνισης 12%. Υπολογίστηκε η παγκόσμια θνησιμότητα εντός νοσοκομείου/30 ημερών στο 17% (CI: 16%-19%) από 109 μελέτες. Στην ανάλυση υποομάδων, οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας παρατηρήθηκαν στη Λατινική Αμερική 33% (CI: 28%-38%) και στην Αφρική 25% (CI: 21%-30%), ενώ οι χαμηλότεροι δείκτες θνησιμότητας αναφέρθηκαν στην Ωκεανία 13% (CI: 8%-19%), ακολουθούμενοι από τη Βόρεια Αμερική 14% (CI: 11%-18%), την Ασία 15% (CI: 12%-18%) και την Ευρώπη 17% (CI: 16%-19%). Η αορτική βαλβίδα επηρεάστηκε στο 46% των περιπτώσεων, ακολουθούμενη από τη μιτροειδή βαλβίδα στο 43%. Η τριγλώχινα βαλβίδα και η πολυβαλβιδική ΙΕ εντοπίστηκαν στο 7% και 14% των περιπτώσεων, αντίστοιχα. Συμπεράσματα: Η μελέτη μας αναδεικνύει τη μετατόπιση του επιδημιολογικού προφίλ της ΙΕ την τελευταία δεκαετία, με το *S. Aureus* να αναγνωρίζεται ως το πιο κοινό αιτιολογικό μικροοργανισμό της ΙΕ σε σχεδόν το ένα τρίτο των περιπτώσεων. Η ΙΕ παραμένει μια εξαιρετικά νοσηρή και θανατηφόρα κατάσταση με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας ακόμη και σε τριτοβάθμια και υψηλής εξειδίκευσης κέντρα παγκοσμίως. Η ΙΕ των δεξιών κοιλοτήτων και η πολυβαλβιδική δεν είναι σπάνιες οντότητες και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη χωρίς στη διαφορική διάγνωση.

ΠΑ117 | **Catheter directed treatment in intermediate- or high-risk pulmonary embolism - experience from a single center in Germany**

I. Farmakis¹, M. Knorr¹, K. Keller¹, K. Schnitzler¹, S. Daub¹, I. Sagoschen¹, M. Vosseler¹, M. Bochenek¹, A. Daiber¹, K. Schaefer¹, T. Gori, S. Konstantinides², P. Lurz¹, L. Hobohm¹

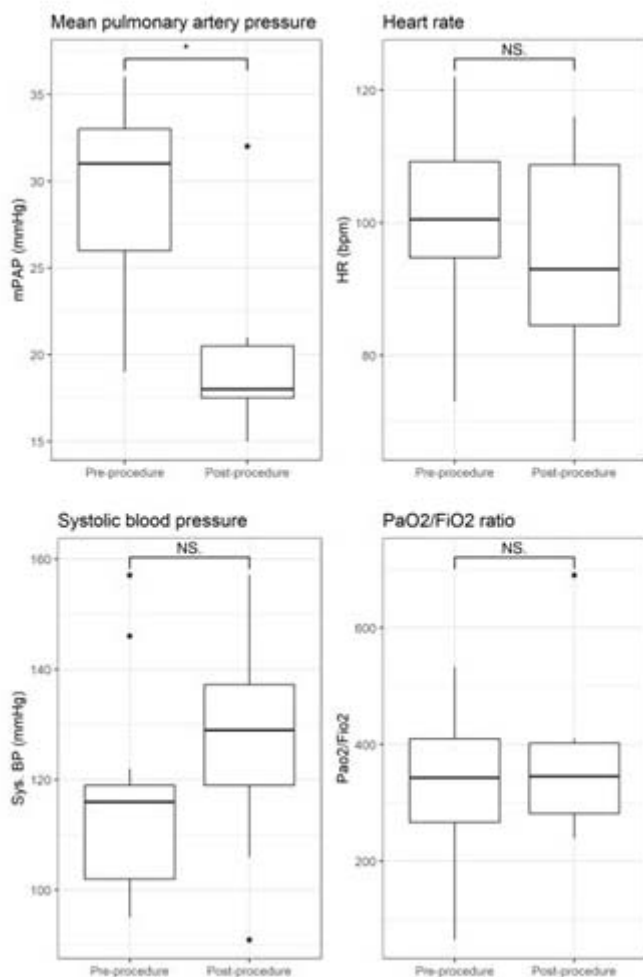
¹ Department of Cardiology, University Medical Center of the Johannes Gutenberg-University Mainz, Germany,

² Center for Thrombosis and Hemostasis (CTH), University Medical Center of the Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany

Background: Catheter directed treatment (CDT) has emerged as an effective and potentially safer therapy option for deteriorating patients with intermediate- or high-risk pulmonary embolism (PE). We aimed to evaluate the in-hospital course and outcomes of patients treated with CDT in a university medical center. Methods: We prospectively included consecutive patients

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



with intermediate- or high-risk PE treated with CDT in the University Medical Center Mainz from April 2023 to April 2024. Two CDT modalities were used: 1) ultrasound-assisted catheter directed thrombolysis with the EKOS® system (Boston Scientific), and 2) catheter directed thrombus aspiration with the FlowTrieve® system (INARI Medical). We investigated the in-hospital course of clinical and hemodynamic parameters, as well as clinical outcomes (in-hospital death, ICU admission, bleeding, stroke, length of stay). Results: A total of 12 patients (median age 60 years, 42% women) were included; 4 of them (25%) were diagnosed with high-risk PE. Baseline characteristics, clinical presentation, and laboratory parameters are presented in Table 1. All patients received a PE response team (PERT) recommendation. The initial PERT recommendation was CDT in 9 of them, while the rest received CDT by persistence/deterioration of PE. All patients received unfractionated heparin in adjunction to CDT. Four patients received local thrombolysis with the EKOS® system; the protocol included bilateral pulmonary artery catheterization with 2 mg

bolus infusion in each catheter and a total of 20 mg alteplase administered in 8 hours. Eight patients received thrombus aspiration with the FlowTrieve® system; procedural characteristics (in six procedures) included a median duration of 88 minutes (IQR 80-114) and an estimated median blood loss of 110 ml (IQR 88-170) for a median number of 9 aspirations (IQR 6-15). Clinical and hemodynamic parameters before and after the procedure are presented in Figure 1; there was a significant decrease in mPAP post-procedure (concerning only thrombus aspiration). There were

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Table 1. Baseline characteristics, clinical presentation, and laboratory parameters of included patients

Characteristic	N = 12 [†]
Age	60 (54, 68)
Female sex	5/12 (42%)
BMI	35.8 (28.1, 36.7)
Prior VTE	2/12 (17%)
Recent hospitalization (within the last 4 weeks)	3/12 (25%)
Recent Surgery (within the last 4 weeks)	4/12 (33%)
Recent Immobilization (within the last 4 weeks)	2/12 (17%)
Thrombophilia	1/12 (8.3%)
Pregnancy or postpartum period (within the last 4 weeks)	0/12 (0%)
Hormone replacement	0/12 (0%)
Active Malignancy	4/12 (33%)
Heart failure	1/12 (8.3%)
Chronic Pulmonary disease	1/12 (8.3%)
Diabetes Type 2	1/12 (8.3%)
Arterial Hypertension	7/12 (58%)
Coronary artery disease	1/12 (8.3%)
Chronic kidney disease	1/12 (8.3%)
Chest pain	5/12 (42%)
Dyspnea	10/12 (83%)
Syncope	4/12 (33%)
HR (bpm)	100 (93, 111)
BP systolic (mmHg)	116 (102, 119)
BP diastolic (mmHg)	79 (77, 88)
Respiratory rate (bpm)	18.0 (17.0, 20.0)
CPR	1/11 (9.1%)
Mechanical ventilation	1/12 (8.3%)
Right ventricular dysfunction (CT or echo) *	10/12 (83%)
Lactate (mmol/l)	1.30 (1.10, 2.10)
D-dimers (mg/l)	11.5 (5.6, 15.5)
Troponin I (pg/ml)	145 (48, 236)
NT-proBNP (pg/ml)	349 (94, 3391)

[†] Median (IQR); n/N (%)
^{*} Defined as RV/LV ≥1 in CT or as TAPSE<17 mm or D-Sign in echocardiography

no recorded in-hospital deaths, while 10/12 patients (83%) were admitted in the ICU (including one intubation and VV-ECMO). There were no recorded bleedings and one patient suffered a non-procedural-related stroke. TAPSE before discharge was 22 mm (IQR 20-22). The median length of stay in the hospital was 10 days (IQR 7-14). Conclusion: CDT may offer a potential therapeutic advantage for high-risk PE patients with contraindications to thrombolysis and intermediate-high risk PE patients with persisting or deteriorating clinical course, while showing a favorable hemodynamic and safety profile. Randomized controlled trials are much needed to establish the indications for use of these novel modalities.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ118 | ΔΙΑΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ**Ο. Ανανιάδου¹, Θ. Καραϊσκος¹, Χ. Μαυρομανώλης¹, Σ. Πούλος¹, Ε. Ασουχίδου²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΣΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 'Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ'

ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Οι τεχνικές για την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας περιλαμβάνουν κυρίως την mini στερνοτομή ή την δεξιά πρόσθια θωρακοτομή. Στην κλινική μας τον τελευταίο χρόνο εφαρμόσαμε την διαμασχαλιαία προσπέλαση για τις επεμβάσεις αρχικά στην μιτροειδή βαλβίδα και πλέον και στην αορτική. Στο προεγχειρητικό work-up περιλαμβάνεται η αξονική τομογραφία θώρακος για τον σχεδιασμό της επέμβασης και τον αποκλεισμό παθολογίας και ιδίως συμφύσεων στον πνεύμονα. Η τεχνική εφαρμόζεται με αερισμό ενός πνεύμονα και μπορεί να συνδυαστεί και με fast-track αναισθησία, block στον πρόσθιο οδοντωτό μυ και αποσωλήνωση του ασθενή άμεσα μετά την επέμβαση. Η σύνδεση στην εξωσωματική κυκλοφορία γίνεται με μηριαίο αρτηριακό και φλεβικό cannulation μέσω μιας μικρής τομής 2-3 cm στην μηροβουβωνική πτυχή. Η πρόσβαση γίνεται μέσω μιας μόνο μικρής πλάγιας θωρακοτομής 5 cm στην μασχαλιαία χώρα και η επέμβαση γίνεται υπό άμεση όραση και χρήση ειδικών ενδοσκοπικών εργαλείων. Τα μεσοπλεύρια διαστήματα στην περιοχή είναι ευρύτερα επιτρέποντας καλύτερο χειρουργικό πεδίο, με μικρότερη πιθανότητα για ιατρογενείς κακώσεις, και επιπλέον, από την θέση αυτή, το alignment της αορτικής βαλβίδας είναι άριστο, μειώνοντας τον βαθμό της τεχνικής δυσκολίας. Η επιλογή δε, των rapid deployment προσθετικών βαλβίδων μειώνει αρετά την διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας και τον συνολικό χρόνο της επέμβασης. Στην κλινική έχουμε εφαρμόσει την τεχνική σε 30 περιστατικά με παθολογία της αορτικής βαλβίδας (στένωση, ανεπάρκεια, μικτή βλάβη και ενδοκαρδίτιδα) και τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν, όσο αφορά την διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, την θνητότητα και τις επιπλοκές, σε σχέση με το σύνολο των περιστατικών αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μέση στερνοτομή. Όσο αφορά την παραμονή στην ΜΕΘ αυτή είναι μικρότερη λόγω μικρότερου χρόνου αερισμού, η ανάρρωση είναι ταχύτερη, και το κοσμητικό αποτέλεσμα άριστο. Μετά την εκμάθηση της τεχνικής αυτής, είναι δυνατό να εφαρμοστεί ανεπίπλοκα και σε παχύσαρκους ασθενείς χωρίς μεγάλες τεχνικές προκλήσεις. Η διαμασχαλιαία προσπέλαση για την χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εξέλιξη της κλασικής Καρδιοχειρουργικής και απάντηση στην απαίτηση των ασθενών για ελάχιστο τραύμα και ταχεία ανάρρωση. Απαιτεί εκπαίδευση από όλα τα μέλη της καρδιοχειρουργικής ομάδας, και είναι ασφαλής μέθοδος με συγκρίσιμα ή και καλύτερα αποτελέσματα.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ119 | Assessing Aortic Valve Replacement Outcomes: A Comparison between TAVI and Perceval-S Approaches**N. Stanitsa¹, E. Tempelis¹, I. Samiotis¹, N. Schizas², K. Papakonstantinou¹, D. Oikonomou³, K. Triantafyllou³, M. Argiriou⁴, J. Kokotsakis⁴, P. Dedelias⁴**¹ Cardiac Surgery Department, Evaggelismos Hospital,² Cardiac Surgery Department, HYGEIA Hospital,³ Cardiology Department, Evaggelismos Hospital,⁴ Cardiac Surgery Department, Evaggelismos Hospital

Introduction/Objective Aortic valve replacement (AVR) is critical for treating severe aortic stenosis, especially in the aging population. This study compares two AVR methods: Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) and the sutureless Perceval-S valve. TAVI, being less invasive, suits high-risk patients, while Perceval-S simplifies surgery and reduces operative time. The study aims to evaluate long-term outcomes, complications, and mortality rates to guide clinical decision-making. **Materials and Methods** This retrospective cohort study was conducted at Evaggelismos Hospital from January 2013 to December 2023. It included high-risk patients with severe aortic stenosis. Data on demographics, procedural details, and post-operative outcomes, including complications and mortality rates, were collected. Statistical analyses were conducted using SPSS, with survival rates calculated via the Kaplan-Meier method and comparisons made using the log-rank test. **Results** The study included 422 patients: 217 underwent TAVI, and 205 received the Perceval-S valve. The mean age was 80.64 years (SD ± 6.2) for TAVI and 76.4 years (SD ± 5.8) for Perceval-S. Initial mortality rates were similar, but the 30-day mortality rate was 5.1% for TAVI and 4.4% for Perceval-S. At five years, survival rates were 52% for TAVI and 64.8% for Perceval-S. The incidence of acute kidney injury (AKI) in the TAVI group was 13.5%, with an 8.3% occurrence of pericardial effusion. Vascular complications were observed in 10% of TAVI cases, with 5% necessitating pacemaker implantation. In the Perceval-S group, the pacemaker implantation rate was 6.8%, the pericardial effusion rate was 1%, and material complications occurred in 4.8% of cases. Disabling strokes were experienced by five patients in the TAVI group and three patients in the Perceval-S group. **Discussion** The choice between TAVI and Perceval-S should be guided by patient-specific factors. Both TAVI and Perceval-S offer similar early mortality rates, but TAVI is associated with higher long-term mortality, as well as increased risks of AKI and pericardial effusion. The Perceval-S valve is a viable alternative for patients who are not candidates for TAVI, with comparable early mortality rates but a different complication profile. These findings align with existing literature, emphasizing meticulous patient selection and tailored perioperative management. Future research should refine methods and protocols to enhance outcomes. **Conclusion** Both TAVI and Perceval-S are effective for high-risk severe aortic stenosis. TAVI provides similar early mortality rates but superior short-term outcomes, while Perceval-S shows better five-year survival. Individualized treatment plans and enhanced preoperative assessments are crucial. Further studies are needed to standardize protocols and improve patient outcomes.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ120 | Μεταβολή στα επίπεδα των φλεγμονωδών δεικτών μετά από αγγειοπλαστική με μπαλόνι των πνευμονικών αρτηριών σε ασθενείς με χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση**Π. Καρυοφύλλης¹, Ε. Δεμερούτη², Μ. Μαυροειδής³, Α. Χαϊδάρογλου⁴, Δ. Ντεγιάννης⁴, Β. Βούδρης¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ,³ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών,⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ-ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

Εισαγωγή: Η αγγειοπλαστική με μπαλόνι των πνευμονικών αρτηριών (BPA) αποτελεί μία αποτελεσματική και καθιερωμένη πλέον θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση (CTEPH). Καθώς η φλεγμονή αναγνωρίζεται πλέον ως ένας από τους παθογενετικούς μηχανισμούς της CTEPH και διάφοροι φλεγμονώδεις παράγοντες φαίνεται πως έχουν προγνωστική σημασία, η μεταβολή τους θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως δείκτης αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Υλικό και Μέθοδος: Σε διάστημα τριών ετών, 12 ασθενείς με μέση ηλικία 56±19 έτη που υποβλήθηκαν σε BPA λόγω ανεχειρήτης ή εμμένουσας/υποτροπιάζουσας CTEPH κρίθηκαν κατάλληλοι και μετρήθηκαν φλεγμονώδεις δείκτες και οι αιμοδυναμικές παράμετροι πριν και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Δεξιός καρδιακός καθετηριασμός διενεργείτο πριν από κάθε συνεδρία BPA, καθώς και ένα μήνα μετά την τελευταία BPA. Η θεραπεία θεωρήθηκε ολοκληρωμένη εάν η μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας έφτανε σε επίπεδα <0 mmHg ή αν δεν υπήρχαν άλλες προσβάσιμες βλάβες ή αν ο ασθενής απέσειρε την συγκατάθεσή του για συνέχιση των επεμβάσεων. Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκαν 92 συνεδρίες BPA (4-13/ασθενή, μέση τιμή 7±3/ασθενή) και πραγματοποιήθηκαν 742 διαστολές 62±25/ασθενή. Η πλειονότητα των ασθενών (66.6%) βρισκόταν σε λειτουργική κλάση WHO III και το 91.7% βρισκόταν υπό οξυγονοθεραπεία. Η BPA είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας (p<0.001), της ανάγκης για οξυγονοθεραπεία (16.7% μετά τη BPA) αλλά και τη στατιστικά σημαντική βελτίωση όλων των αιμοδυναμικών παραμέτρων. Το NTproBNP βελτιώθηκε από 887±1230.09 pg/ml σε 151.83±203.25 pg/ml (p=0.015) ενώ σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε και στα επίπεδα των φλεγμονωδών δεικτών IL-10 (p=0.036), TIMP-1 (p=0.05) και MCP-1 (p=0.05), όπως επίσης και στην TnI ((p=0.025). Συμπέρασμα: Η BPA αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπεία όπως αυτό αντικατοπτρίζεται από τη βελτίωση των λειτουργικών και αιμοδυναμικών παραμέτρων αλλά και από τη μείωση των επιπέδων διάφορων φλεγμονωδών δεικτών.

ΠΑ121 | Overview of new endovascular concepts for EndoBentall procedures in aortic arch pathologies**T. Bisdas¹**¹ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Background: The endovascular repair of ascending aorta and aortic arch remains the last barrier of endovascular surgery. Main challenges remain the missing landing zone and the perfusion of the coronary arteries. Herein, we present the current experience with the first Endobentall procedures in the treatment of ascending and aortic arch aneurysms. Patients and Methods: This is a retrospective review of case reports with Endobentall procedures. Inclusion criterion was the total endovascular repair of both aortic valve, coronary arteries, ascending aorta and aortic arch in the same session. No exclusion criteria were used. The primary endpoint was technical success. Secondary endpoints were perioperative mortality and any major adverse cardiovascular and cerebral events. Results: Four case reports were included in this review with four different strategies for the establishment of a total endovascular Endo-Bentall procedure. The technical success was 100%. All patients survived the operation, while one patient died on postoperative day 2. No further MACCEs were reported during the surveillance period of its case report. Conclusions: This is the first experience with total endovascular Endo-Bentall procedure. Although four completely different strategies were reported so far, all were technically successful.

ΠΑ122 | **Follow-up Algorithm for Detecting Chronic Sequelae of Pulmonary Embolism: Diagnostic Performance and Possible Limitations**

I. Farmakis¹, L. Valerio, S. Barco, L. Hobohm, K. Mohr, K. Christodoulou, D. Dumitrescu, R. Ewert, M. Faehling, D. Fistera, M. Held, G. Giannakoulas, P. Lurz, S. Rosenkranz, F. Klok, S. Konstantinides

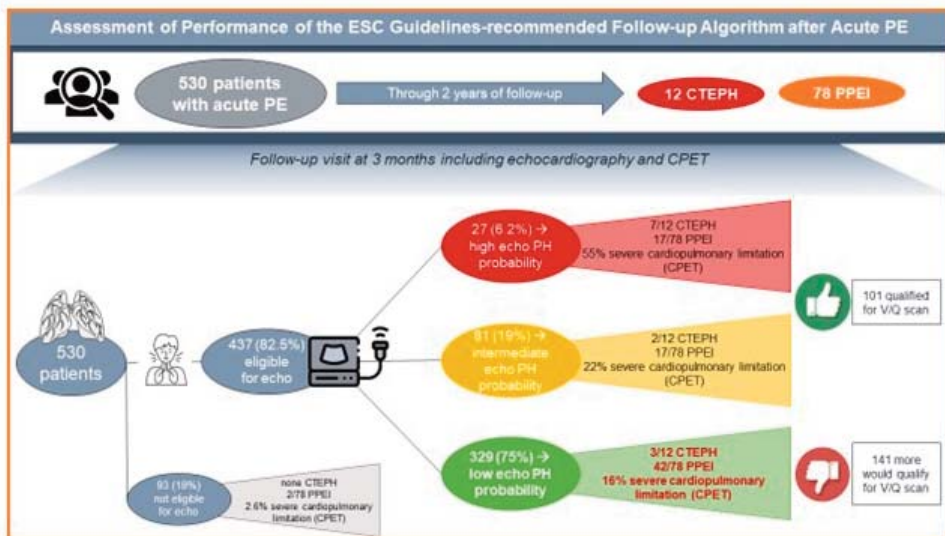
¹ Department of Cardiology, University Medical Center of the Johannes Gutenberg University, Langenbeckstrasse 1, 55131 Mainz, Germany,

² 2. Department of Cardiology, University Medical Center of the Johannes Gutenberg University, Langenbeckstrasse 1, 55131 Mainz, Germany

Background: Survivors of pulmonary embolism (PE) can suffer from serious long-term complications; a standardized follow-up diagnostic strategy may lead to their early identification. Objective: To assess the performance of the ESC guidelines-recommended follow-up algorithm after acute PE. Methods: In a prospective cohort study, consecutive unselected survivors of acute PE underwent comprehensive 3-month follow-up, including clinical assessment, laboratory examination, echocardiography, and cardiopulmonary exercise testing (CPET). Besides independently adjudicated chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH) over two-year follow-up, post-PE impairment (PPEI) was prospectively defined as combined echocardiographic with clinical, functional, and laboratory abnormalities. Results: Of 530 patients, 437 (82.5%) presented with dyspnoea, functional limitation, or risk factors for CTEPH and were eligible for echocardiography at 3-month follow-up as per current guideline recommendations (Figure). Of these, 101 (23.1%) had high echocardiographic PH probability, or intermediate probability with cardiopulmonary limitation on CPET, natriuretic peptides, or CTEPH risk factors, thus qualifying for V/Q scan; these included 9/12 confirmed CTEPH cases. Only 2.2% and 2.6% of patients formally not needing echocardiography showed high echocardiographic PH probability and severe cardiopulmonary limitation on CPET, respectively. Of patients fulfilling the guideline indications for

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



echocardiography, most had low echocardiographic PH probability (329/437; 75.3%), and of those who also underwent CPET, 50% showed mild to severe cardiopulmonary limitation. Overall, 141 more patients would qualify for a V/Q scan, while 54% of patients with PPEI and 3/12 patients with confirmed CTEPH were found within the 'low-probability' population, based on echocardiography only. Factors independently associated with severe cardiopulmonary limitation on CPET but low echocardiographic probability of PH were the presence and severity of dyspnoea at 3 months, a high- or intermediate-risk vs a low-risk PE index event, low body mass index, and active cancer at baseline. Conclusion: Currently recommended algorithms primarily identify patients at the upper end of the PE sequelae spectrum. CPET may be necessary for timely recognition of patients at risk or those with milder forms of long-term post-PE impairment.

ΠΑ123 | Η επίδραση των συννοσηροτήτων στην πνευμονική αρτηριακή υπέρταση: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας

Ι. Παλαμάς¹, Α. Αρβανιτάκης², Γ. Γιαννακούλας²

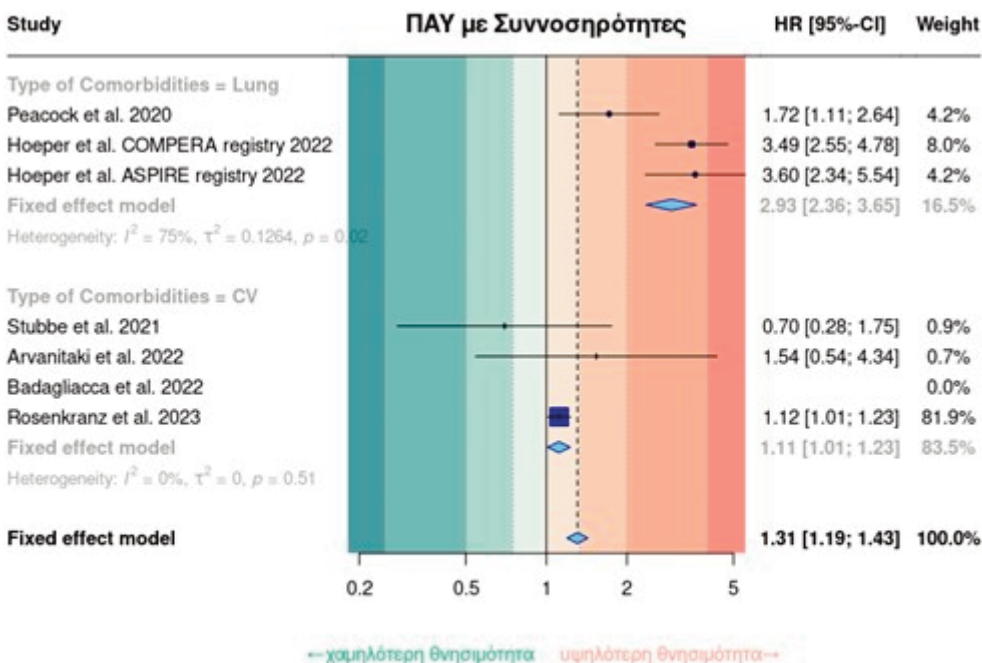
¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.,

² Δ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Α.Χ.Ε.Π.Α., Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια, η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) εμφανίζεται σε όλο και αυξανόμενες ηλικίες ασθενών, οι οποίοι συχνά πάσχουν και από συνοδές καρδιαγγειακές ή/και πνευμονικές συννοσηρότητες. Ένας τέτοιος φαινότυπος ασθενών συχνά αποκλείεται από μεγάλες κλινικές δοκιμές φαρμάκων για την αντιμετώπιση της ΠΑΥ. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι να συγκριθούν τα βασικά χαρακτηριστικά, οι αιμοδυναμικές παράμετροι, η φαρμακευτική προσέγγιση και η θνησιμότητα των ασθενών με ΠΑΥ και σημαντικό αριθμό συννοσηροτήτων με εκείνους με λιγότερες ή καθόλου συννοσηρότητες. Υλικά και Μέθοδοι: Ως ασθενείς με ΠΑΥ και συννοσηρότητες ορίστηκαν όσοι είχαν περισσότερες από δύο καρδιαγγειακές συννοσηρότητες, όπως στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή και παχυσαρκία ή/και τουλάχιστον μία πνευμονική συννοσηρότητα. Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Web of Science και CENTRAL. Από τις μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής εξήχθησαν τα δεδομένα και αναλύθηκαν στατιστικά μέσω του RStudio. Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν επτά μελέτες παρατήρησης. Οι ασθενείς με ΠΑΥ και συννοσηρότητες ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία,

Heterogeneity: $I^2 = 93\%$, $\tau^2 = 0.3256$, $p < 0.01$ Test for subgroup differences: $\chi^2 = 62.88$, $df = 1$ ($p < 0.01$)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

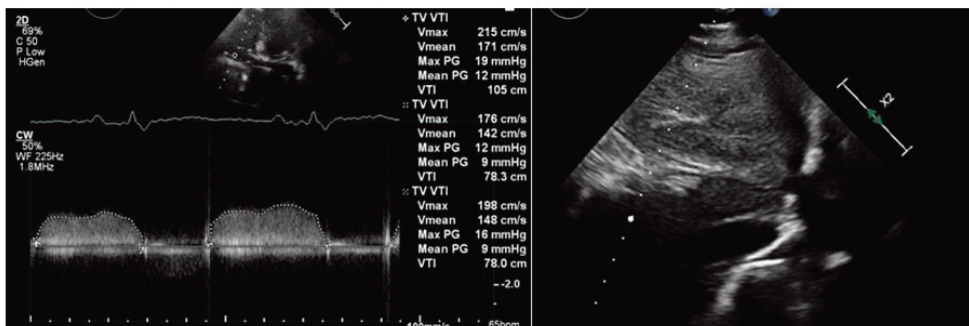
με σχεδόν ίση αναλογία γυναικών προς άνδρες, παρουσίαζαν μικρότερη 6-λεπτη δοκιμασία βάρδισης (6MWT), υψηλότερα επίπεδα NT-proBNP και χαμηλότερη διάχυση μονοξειδίου του άνθρακα στους πνεύμονες (DLCO). Όσον αφορά τις αιμοδυναμικές παραμέτρους, παρουσίαζαν υψηλότερη μέση πίεση του δεξιού κόλπου (mRAP) και πίεση ενσφύνησης της πνευμονικής αρτηρίας (PAWP), χαμηλότερη μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία (mPAP), πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις (PVR) και μικτό φλεβικό κορεσμό οξυγόνου (SvO₂). Η ανάλυση των δεδομένων θνησιμότητας έξι μελετών έδειξε ότι οι ασθενείς με ΠΑΥ και συννοσηρότητες παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με εκείνους με λιγότερες ή χωρίς (HR 1,86, 95% CI 1,20 έως 2,89, p<0,001, I²=92%), με την υποομάδα των ασθενών με πνευμονικές συννοσηρότητες να παρουσιάζει συγκριτικά υψηλότερο κίνδυνο (test διαφοράς υποομάδων: p<0,001) (Εικόνα 1). Τέλος, ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας για ΠΑΥ χρησιμοποιούνταν λιγότερο συχνά σε ασθενείς με ΠΑΥ και συννοσηρότητες. Συμπεράσματα: Οι καρδιαγγειακές και οι πνευμονικές συννοσηρότητες επηρεάζουν τα κλινικά χαρακτηριστικά και την έκβαση των ασθενών με ΠΑΥ, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για έναν βέλτιστο φαινοτυπικό προσδιορισμό και μια πιο προσεκτική διαχείριση αυτού του υψηλού κινδύνου πληθυσμού. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η διενέργεια τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών για φάρμακα της PAH σε αυτόν τον υψηλό κίνδυνο πληθυσμό.

ΠΑ124 | ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΤΑΛΛΙΚΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΤΡΙΓΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID19

Σ. Καρατασίτσα¹, Ι. Γιωτοπούλου¹, Ε. Καλαμπόκη¹, Α. Κρόκος¹, Β. Μπελή¹, Ε. Παππά¹, Α. Κότσια¹

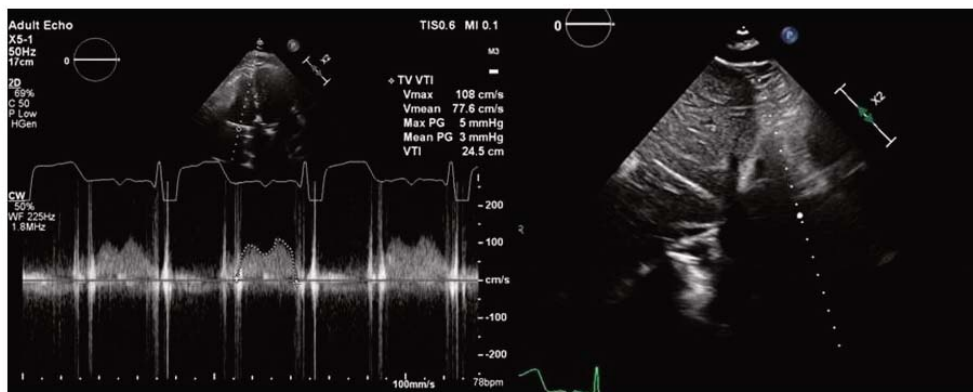
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ Η θρόμβωση της μεταλλικής προσθετικής βαλβίδας αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή που μπορεί να αποβεί θανατηφόρα χωρίς κατάλληλη θεραπεία. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης είναι η θρομβόλυση ή η χειρουργική επέμβαση. Η επανεπέμβαση παρόλο που θεωρείται ως η καταλληλότερη λύση, συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο ιδιαίτερος σε κάποιους ασθε-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



νείς. Η θρόμβωση μηχανικής τριγλώχινας βαλβίδας είναι ακόμα πιο σπάνια. Στην βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί ελάχιστες περιπτώσεις μετά από λοίμωξη Covid-19, έναν κοινό πλέον παράγοντα κινδύνου θρομβωτικών επιπλοκών λόγω διαταραχών της πήξης, με αποτέλεσμα αυξημένα ποσοστά θνητότητας. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Γυναίκα 50 ετών με ιστορικό συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας συγγενούς αιτιολογίας, αντικατάσταση αορτικής (On-X 21mm) και τριγλώχινας βαλβίδας (On-X 27-29mm) με μηχανικές, σύγκλιση μεσοκοιλιακής επικοινωνίας (2022), παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, βηματοδότη και περιοριστική πνευμονοπάθεια, προσέρχεται για τακτικό έλεγχο μετά από λοίμωξη Covid-19 για την οποία νοσηλεύτηκε και έλαβε ρεμντεσιβίρη. Σε τακτικές μετρήσεις είχε θεραπευτικούς χρόνους INR. Κλινικοεργαστηριακά εμφάνιζε εύκολη κόπωση, δύσπνοια προσπαθείας, οιδήματα κάτω άκρων και INR 4,42. Υπερηχοκαρδιογραφικά, διαπιστώθηκε μέση κλίση πίεσης διατριγλωχινικά 9 mmHg και καλώς λειτουργούσα μηχανική αορτική βαλβίδα. Ακτινοσκοπικά επιβεβαιώθηκε σοβαρός περιορισμός στην διάνοιξη της προσθετικής τριγλώχινας βαλβίδας. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ασθενής εισήχθη στη στεφανιαία μονάδα. Στην διαφορική διάγνωση τέθηκε, ο σχηματισμός ραννus, η ενδοκαρδίτιδα και η θρόμβωση της βαλβίδας παρά τους θεραπευτικούς χρόνους INR, λόγω της πρόσφατης Covid-19 λοίμωξης. Η ασθενής δεν εμφάνιζε αύξηση των δεικτών λοίμωξης ή εμπύρετο ενώ η εμφάνιση της στένωσης εγκαταστάθηκε εντός μηνός από πρόσφατο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο, οπότε τέθηκε ισχυρή υποψία θρόμβωσης. Μετά από επικοινωνία με καρδιοχειρουργό, λόγω υψηλού κινδύνου για επανειπέμβαση αποφασίστηκε χορήγηση θρομβόλυσης. Ακολούθησε θρομβόλυση με αλτεπλάση σε δόση 100mg για διάστημα 2 ωρών και ακολούθησε χορήγηση κλασικής ηπαρίνης. 6 ώρες μετά εμφάνισε υπόταση με πτώση του αιματοκρίτη (12%) ενώ υπερηχογραφικά εμφάνιζε μέση κλίση πίεσης 3 mmHg. Παρατηρήθηκε διόγκωση σε θέση μηριαίου κεντρικού καθετήρα δεξιά. Η αξονική κοιλίας ανέδειξε αιμάτωμα της πρόσθιας έσω επιφάνειας του δεξιού μηρού. Άμεσα διεκόπη η κλασική ηπαρίνη παρά τον κίνδυνο επαναθρόμβωσης, έγινε μετάγγιση μιας μονάδας συμπυκνωμένων ερυθρών, 2 πλασμάτων και ινωδογόνου. Δύο μέρες μετά παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή χωρίς περαιτέρω πτώση του αιματοκρίτη και με διατήρηση της υπερηχογραφικής εικόνας. Αποφασίστηκε επανέναρξη της κλασικής ηπαρίνης χωρίς νέες αιμορραγικές εκδηλώσεις. Η μέση κλίση πίεσης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

παρέμεινε 3mmHg, ακτινοσκοπικά εμφάνιζε πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας της βαλβίδας, μέχρι την επίτευξη θεραπευτικών χρόνων ασenoκουμαρόλης. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο ιός SARS-CoV-2 αποτελεί ισχυρό θρομβωτικό παράγοντα. Σε ασθενείς με μηχανικές βαλβίδες ακόμα και αν βρίσκονται υπό θεραπεία με ανταγωνιστή της βιταμίνης K, υπάρχει υψηλός κίνδυνος θρόμβωσης αυτών. Θεραπευτικές επιλογές αποτελούν η θρομβόλυση και η χειρουργική αντιμετώπιση, με την θρομβόλυση να αποτελεί αποτελεσματική επιλογή σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου.

ΠΑ125 | Η συμπεριφορά του t-IVT πριν και μετά τη διενέργεια TAVI και η συσχέτιση του με άλλες υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους

Λ. Τσιγκρίκη¹, Γ. Κουλαουζίδης², Π. Λαζαρίδης¹, Ε. Λεπτόπουλος¹,
Ο. Γραμμένος¹, Α. Τσαουσιδης¹, Β. Τζαλαμούρας¹, Γ. Μαλίγκος¹,
Π. Παννακοπούλου¹, Α. Δ. Μαυρογιάννη¹, Ι. Ζαρίφης¹

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

² Department of Biochemical Sciences, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ο δείκτης απόδοσης μυοκαρδίου, total isovolumic time (t-IVT), αντιπροσωπεύει την περίοδο μη εξώθησης και μη πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και αντανάκλα τον δυσυγχρονισμό του μυοκαρδίου. Ο υπολογισμός του δεν περιορίζεται από γεωμετρικές υποθέσεις, ενώ μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό παράγοντα της ανταπόκρισης σε διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης της καρδιακής ανεπάρκειας, φαρμακευτικές ή επεμβατικές. Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της μεταβολής του t-IVT μετά από διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve intervention - TAVI), καθώς και η συσχέτισή του με άλλες υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους μυοκαρδιακής λειτουργίας. Υλικό και μέθοδος: Μονο-κεντρική προοπτική μελέτη, που περιλαμβάνει συμπτωματικούς ασθενείς με σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας (ΑΣ), που υποβλήθηκαν σε TAVI. Υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες μυοκαρδιακής λειτουργίας, συμπεριλαμβανομένων του κλάσματος εξώθησης (EF), Tei-index και t-IVT, αξιολογήθηκαν ένα μήνα πριν από τη διενέργεια της επέμβασης και τρεις μήνες μετά. Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 35 διαδοχικούς (19 άρρενες, 81.6 ± 5.4 ετών) ασθενείς. Κανένας θάνατος ή μείζον καρδιαγγειακό σύμβαμα δεν αναφέρθηκε κατά την περίοδο των 3 μηνών παρακολούθησης μετά την TAVI. Επτά (7) ασθενείς είχαν κλάσμα εξώθησης $\leq 45\%$. Το κλάσμα εξώθησης βελτιώθηκε μετά την επέμβαση (51.7 ± 6.6 to $53.7 \pm 5.6\%$; $p=0.008$); ενώ ο δείκτης Tei παρέμεινε εντός φυσιολογικών ορίων πριν και μετά τη διενέργεια της TAVI (0.33 ± 0.09 to 0.39 ± 0.06 , $p=0.02$). Ο δείκτης t-IVT βελτιώθηκε και μειώθηκε (9.1 ± 4.7 to 6.8 ± 4.8 s/min, $p=0.005$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά το E/A (0.93 ± 0.43 vs. 0.94 ± 0.47 , $p=0.9$) και το E/E' ($18. \pm 10.6$ vs. 17.2 ± 8.7 , $p= 0.6$). Τέλος, τα επίπεδα του BNP μειώθηκαν μετά την TAVI (408.9 ± 497.9 to 289.5 ± 276.9 , $p=0.03$), ενώ αύξηση του EF>10% παρατηρήθηκε σε 17 ασθενείς. Στους ασθενείς με αύξηση του κλάσματος εξώθησης, η μείωση του t-IVT ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (36.3 ± 16.2 vs. $24 \pm 12.2\%$, $p=0.001$). Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με σοβαρή ΑΣ, το t-IVT είναι παρα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τεταμένο, ενώ μετά την TAVI μειώνεται. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε σε ασθενείς με αύξηση του EF >10% μετά TAVI. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι, στους ασθενείς με σοβαρή ΑΣ, ο δυσσυγχρονισμός του μυοκαρδίου, όπως αντανakλάται από το t-IVT, μπορεί να σχετίζεται με αρνητική μυοκαρδιακή αναδιαμόρφωση (remodelling), η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανταπόκριση στην TAVI.

ΠΑ126 | Prognostic implications of secondary tricuspid regurgitation dynamic trends in acute heart failure

V. Anastasiou¹, E. Peteinidou¹, S. Daios¹, E. Fardoulis¹, C. Gogos¹, D. Moysidis V.², A. Papazoglou S.³, M. Didagelos¹, G. Giannakoulas¹, T. Karamitsos¹, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

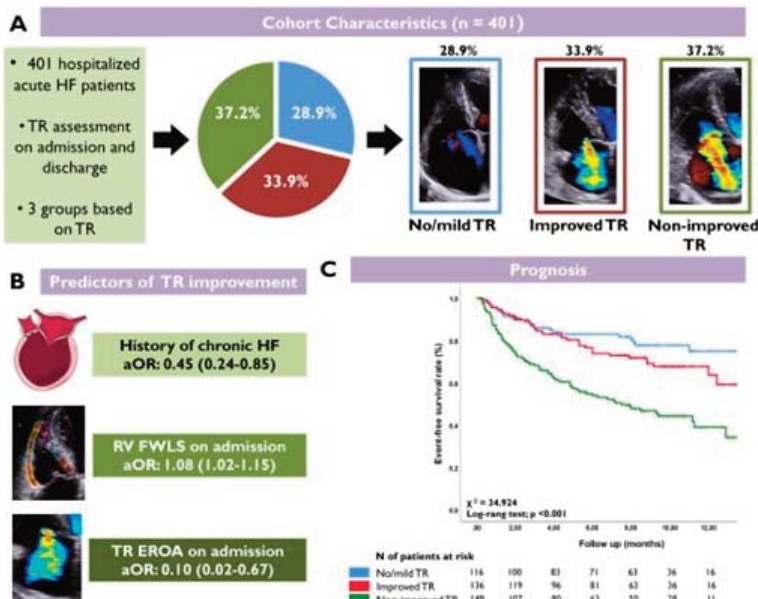
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece,

³ Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: The response of secondary tricuspid regurgitation (STR) to therapeutic management in acute heart failure (HF) is variable. STR improvement may indicate reverse right ven-



tricular remodeling and response to treatment. The dynamic trends of STR during HF hospitalization and their prognostic relevance remain unexplored. Methods: All consecutive patients hospitalized for acute HF underwent echocardiographic assessment within 24 hours from admission and 24 hours prior to discharge. Patients were divided into 3 groups; No/mild STR on admission, significant STR on admission that im-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

proved on discharge (Improved TR), and significant STR on admission without improvement on discharge (Non-improved TR). All-cause death and HF hospitalization was the composite primary endpoint. Results: Out of 401 patients, 285 (71.1%) presented with significant STR on admission; of these 136 (33.9%) demonstrated TR improvement on discharge (Figure 1A). Chronic HF, RV free wall longitudinal strain (LS) and effective regurgitant orifice area (EROA) on admission were independent predictors for TR improvement (Figure 1B). Spline curve analyses indicated that the STR subgroup with RV free wall LS $<-14.2\%$ and EROA $<0.34\text{ cm}^2$ on admission were most likely to achieve TR improvement on discharge. After a median follow up of 6 months (interquartile range, 2.3-9.8), 141 (35.2%) patients reached the primary endpoint. Patients with Non-improved TR showed higher cumulative event rates compared to the other 2 groups (No/mild TR: 20.7%, Improved TR: 28.7%, Non-improved TR: 52.3%, Log-rank $p < 0.001$) (Figure 1C). Non-improved TR was independently associated with the composite outcome (hazard ratio 2.15 [95% CI, 1.37-3.38]; $p < 0.001$). Conclusion: The dynamic trends of STR carry a clinically relevant value in acute HF. Absence of STR improvement during hospitalization indicates worst long-term survival.

ΠΑ127 | Καταγραφή ασθενών με πνευμονική υπέρταση. Η εμπειρία ενός Ειδικού Ιατρείου σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο

Α. Μπεχλιούλης¹, Β. Μπουρατζής¹, Η. Κ. Γκαρτζονίκας¹, Σ. Σιώρος¹, Η. Στάμου¹, Κ. Σιαράβας¹, Ι. Τζούρτζος¹, Π. Καλογεράς¹, Α. Ράμμος¹, Λ. Λάκκας¹, Χ. Κ. Κατσούρας¹, Λ. Κ. Μιχάλης¹, Κ. Νάκα¹, Ε. Παπαϊωάννου¹

¹ Β' Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων & Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η πνευμονική υπέρταση (ΠΥ) σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση των ασθενών ανεξάρτητα από την υποκείμενη παθοφυσιολογία. Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την έγκαιρη διάγνωση και την ορθή, ολιστική αντιμετώπιση της νόσου, με έμφαση στο ρόλο των ειδικών ιατρείων ΠΥ. Σκοπός: Η καταγραφή βασικών χαρακτηριστικών ασθενών με ΠΥ και των πρακτικών διαχειρίσις τους σε ένα ειδικό ιατρείο ΠΥ τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Μέθοδοι-Υλικό: Καταγράψαμε τους ασθενείς που παρακολουθούνται στο ειδικό ιατρείο ΠΥ του ΠΓΝ Ιωαννίνων από 1/1/2019 έως 31/5/2024. Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 73 ασθενείς, εκ των οποίων 45 (61.7%) γυναίκες. Η ηλικία κατά την ένταξή τους στο ιατρείο ήταν 67.4 ± 15.6 (mean \pm SD) έτη και είχαν κύριο σύμπτωμα τη δύσπνοια (66.2%). Σημαντικές συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (50.7%), σακχαρώδης διαβήτης (43.8%), δυσλιπιδαιμία (23%), στεφανιαία νόσος (24.7%), κολπική μαρμαρυγή (35.6%), πνευμονοπάθεια (21.9%) και χρόνια νεφρική νόσος (6.8%). Η απόσταση στην 6λεπτη δοκιμασία βάρδισης στην αρχική καταγραφή των ασθενών ήταν $405 \pm 144\text{m}$, ενώ η τιμή νατριουρητικού πεπτιδίου BNP ήταν $367 \pm 432\text{pg/ml}$. Με βάση τα ευρήματα του δεξιού καθετηριασμού στην αρχική εκτίμηση, προτριχοειδική ΠΥ είχαν 48 (65.7%), μετατριχοειδική 10 (13.7%) και μικτή ΠΥ 15 (20.5%) ασθενείς. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν κλινικά σε Ομάδα 1: 25 (37.3%), Ομάδα 2: 20 (29.9%), Ομάδα 3: 10 (14.9%), Ομάδα 4: 15 (22.4%) και Ομάδα 5: 2 (3.0%). Στους ασθενείς Ομά-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

δας 1, το 44.8% αφορούσε ιδιοπαθή ΠΥ και το 41.4% νοσήματα συνδετικού ιστού και κυρίως σκληρόδερμα. Από τους ασθενείς Ομάδας 2, το 50% αφορούσε καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή, στο σύνολο των 73 ασθενών, 22 (30.1%) λάμβαναν μία κατηγορία φαρμάκων ΠΥ, 11 (15%) δύο, 6 (8.2%) τρεις, ενώ 34 (46.6%) δεν λάμβαναν καμία κατηγορία φαρμάκων ΠΥ. Στη διάρκεια των 5.5 ετών καταγραφής, 9 (12.3%) ασθενείς απεβίωσαν, 5 από τους οποίους ανήκαν στην Ομάδα 1 (20%), 1στην Ομάδα 2, 2 στην 3 (20%) και 1 στην 4. Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΠΥ που καταγράφηκαν στο Ειδικό Ιατρείο είχαν μεγάλη ετερογένεια, πολλές συννοσηρότητες και σχετικά μεγάλη ηλικία. Σημαντικό ποσοστό είχε ιδιοπαθή ΠΥ, αριστερή καρδιοπάθεια και χρόνια θρομβοεμβολική νόσο. Παρά τη φαρμακευτική αγωγή, οι ασθενείς με ιδιοπαθή ΠΥ είχαν τη χειρότερη πρόγνωση, όπως και οι ασθενείς με πνευμονοπάθειες.

ΠΑ128 | **Η βιοπροσθετική βαλβίδα Perceval-s στο χρόνο. Κλινικά αποτελέσματα μετά από μια δεκαετία χρήση**

Ν. Σχίζας¹, Γ. Νάζου², Η. Σαμιώτης³, Δ. Ηλιόπουλος¹, Μ. Κούστα⁴, Ι. Αναγνωστόπουλος⁴, Ν. Στανίτσα³, Ε. Τεμπέλης³, Μ. Αργυρίου³, Π. Δεδεληιάς³

¹ Δ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ,

² ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ,

³ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ - ΑΓΓΕΙΩΝ , ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ,

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁵ ΝΦΓ

Εισαγωγή: Η βιοπροσθετική βαλβίδα Perceval-S έχει γίνει μια αξιόπιστη και ευρέως χρησιμοποιούμενη χειρουργική βαλβίδα για την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, ενώ έχουν περάσει πάνω από 15 έτη από την πρώτη εμφύτευση της σε άνθρωπο. Παρόλο που αυτή η βαλβίδα έχει παρουσιάσει πολύ καλά βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα, υπάρχει ακόμα έλλειψη δεδομένων όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Υλικό - Μέθοδος: Αυτή η μελέτη είναι αναδρομική μελέτη παρατήρησης των αποτελεσμάτων όλων των ασθενών στους οποίους τοποθετήθηκε βιοπροσθετική βαλβίδα Perceval-S από το 2013 έως το 2020 σε ένα μεγάλο καρδιοχειρουργικό κέντρο. Αποτελέσματα: Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ήταν 205 με μέση ηλικία 76,4 έτη. Η μέση επιβίωση ήταν 5,5 έτη (SE=0.26). Η συνολική πιθανότητα επιβίωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με Perceval-S στους 6 μήνες είναι 91.0% (Standard error SE= 2.0%), στο ένα έτος 88,4% (SE=2,3%) και στα 5 έτη 64,8% (SE=4,4%). Η έναρξη του προγράμματος διακαθετηριακών βαλβίδων αορτής (Tranccatheter Aortic Valve Replacement, TAVR) σε αυτό το κέντρο το 2017 συνδυάστηκε με μείωση των περιπτώσεων ασθενών με πολύ αυξημένο περιεγχειρητικό κίνδυνο στους οποίους τοποθετούνταν Perceval-S. Αυτή η αλλαγή αποτυπώθηκε με σημαντική μείωση του Euroscore II για τους ασθενείς που λάμβαναν Perceval-S και πιο συγκεκριμένα από 5,550 για το 2016 σε 3,390 για το 2020. Η Perceval-S διευκόλυε την εφαρμογή ελάχιστα επεμβατικών προσπελάσεων όπως η μίνι - στεφανοτομή στο 79,5% των περι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

πτώσεων. Η συχνότητα των επανεπεμβάσεων (1/205), των περιπτώσεων δυσαρμονίας ασθενούς - πρόσθεσης (patient prosthesis mismatch) (3/205) και των περιπτώσεων εκφύλισης της αορτικής βαλβίδας (1/205) ήταν ιδιαίτερα χαμηλές. Συμπεράσματα: Η μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών μετά από αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με Perceval-S είναι ικανοποιητική. Οι περιπτώσεις δυσλειτουργίας της βιοπροσθετικής βαλβίδας ήταν ελάχιστες. Ελάχιστα επεμβατικές προσπελάσεις χρησιμοποιήθηκαν στις περισσότερες περιπτώσεις. Μετά την έναρξη του προγράμματος TAVR στο κέντρο μας παρατηρήθηκε μείωση των περιπτώσεων ασθενών ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου οι οποίοι υποβάλλονταν σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με Perceval-S.

18.30-19.30 Παρουσίαση Περιστατικού I

Πρόεδροι: **K. Καυκαλά** (Χανιά), **B. Σαχπεκίδης** (Θεσσαλονίκη)
Chairpersons: **K. Kafkala** (Chania), **V. Sachpekidis** (Thessaloniki)

ΠΑ129 | **Γυναίκα ασθενής με ρευματική στένωση μιτροειδούς και οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου**

K. Στάμος¹, B. Σαχπεκίδης¹, H. Ζάρβαλης¹, I. Στυλιάδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η ρευματική στένωση μιτροειδούς είναι η πιο συχνή βαλβιδοπάθεια που συναντάται σε έγκυες γυναίκες. Συχνά συνοδεύεται από κολπική μαρμαρυγή και συμπτωματολογία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Υλικό/Μέθοδος Γυναίκα ασθενής 42 ετών, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας και αισθήματος ταχυκαρδίας από ημερών. Από το ΗΚΓ ηρεμίας διαπιστώθηκε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε ήπια επηρεασμένη συσταλτικότητα αριστεράς κοιλίας, μέτρια στένωση μιτροειδούς (ρευματικής αιτιολογίας) και διάταση αριστερού κόλπου. Η ασθενής εισήχθη στην στεφανιαία μονάδα για παρακολούθηση και περαιτέρω αντιμετώπιση. Τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή, έλεγχο συχνότητας και διουρητική αγωγή. Κατά την νοσηλεία της εμφάνισε οξύ διαεμφιστικό προκάρδιο άλγος, με συνοδό εφίδρωση και υπόταση. Από το ΗΚΓ διαπιστώθηκε ανάσπαση του ST στο κατώτερο τοίχωμα,. Μετά από συζήτηση για τους πιθανούς κινδύνους με την ασθενή για την ίδια και το κύημα, οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου αναδείχθηκε απόφραξη το οπισθοπλάγιο κλάδου της περισώπυμενης που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με πρωτογενή αγγειοπλαστική. Τις επόμενες ημέρες αποφασίστηκε η ηλεκτρική ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής μετά από διοισοφάνγιο υπερηχογράφημα για τον αποκλεισμό της παρουσίας θρόμβου εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου, όπερ και εγένετο. Να σημειωθεί πως καθόλη την διάρκεια της νοσηλείας της, τελούσε υπό στενή γυναικολογική παρακολούθηση, αποφασίστηκε από κοινού με την ασθενή λόγω πιθανών κινδύνων για το κύημα, η διακοπή της κύησης με απόξεση. Ζητούμενο ήταν η διακοπή της διπλής αντιαμοπεταλιακής αγωγής 5 ημέρες πριν την παρέμβαση. Λόγω της πρόσφατης εμ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

φύτευσης ενδοπρόθεσης αποφασίστηκε το bridging με cangrelor λόγω του μικρού χρόνου ημίσειας ζωής. Καθόλη την διάρκεια του bridging παρέμεινε στην στεφανιαία μονάδα, ανεπίπλεκτη, αφού διενεργήθηκε η απόξεση, 6 ώρες αργότερα έγινε εκ νέου φόρτιση με κλοπιδογρέλη χωρίς ισχαιμικές ή αιμορραγικές επιπλοκές. Αποτελέσματα Μια εβδομάδα αργότερα η ασθενής έλαβε εξιτήριο στο σπίτι με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή συν ασενοκουμαρόλη λόγω του ιστορικού κολπικής μαρμαρυγής και της συνοδού στένωσης μιτροειδούς. Συνεστήθη η αποφυγή μελλοντικών κυήσεων, ενώ τελεί υπό παρακολούθηση από το ιατρείο βαλβιδοπαθειών, ούσα κλινικά βελτιωμένη. Συμπεράσματα Η ρευματική στένωση μιτροειδούς είναι η πιο κοινή καρδιοπάθεια που εντοπίζεται στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο τυπικός αυξημένος όγκος και καρδιακός ρυθμός της εγκυμοσύνης δεν είναι καλά ανεκτός σε ασθενείς με στένωση μιτροειδούς με αποτέλεσμα συχνά να συνοδεύεται από την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής και συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η υπερπηκτική κατάσταση της εγκυμοσύνης σε συνδυασμό με την κολπική μαρμαρυγή αυξάνουν κατακόρυφα τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών συμβαμάτων.

ΠΑ130 | Μυοκαρδιοπάθεια της κήσης: μια δύσκολη κλινική οντότητα
Ε. Κουλούρης¹, Ο. Παύλου¹, Η. Παύλου¹, Χ. Μποζίνης¹, Κ. Παυλίδης¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η παρουσίαση ενός περιστατικού με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια οφειλόμενη σε περιγεννητική μυοκαρδιοπάθεια. Υλικό και μέθοδος Η ασθενής ήταν 29 ετών και παραπέμφθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από ιδιώτη καρδιολόγο λόγω δύσπνοιας με χαρακτηρισμό ορθόπνοιας και οιδημάτων κάτω άκρων από μηνός με προοδευτική επιδείνωση τις τελευταίες 7 ημέρες. Είχε υποβληθεί σε καισαρική τομή δέκα ημέρες νωρίτερα και αυτός ήταν ο δεύτερος τοκετός της ασθενούς. Αποτελέσματα Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα της ασθενούς δεν παρατηρήθηκαν ισχαιμικές αλλοιώσεις ενώ η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε ήπιες πνευμονικές συλλογές αμφοτερόπλευρα. Έγινε υπέρηχος καρδιάς όπου διαπιστώθηκε κλάσμα εξώθησης 30-35%, διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων αριστερής κοιλίας με αυξημένες διαστάσεις, μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς και μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας με RVSP= 45 mmHg, με συνοδό περικαρδιακή συλλογή (-0,5cm). Τέθηκε σε αγωγή με ενδοφλέβια φουροσεμίδη, επλερερόνη 25 mg, φονταπαρινόξη με σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας. Πραγματοποιήθηκε αξονική αγγειογραφία των στεφανιαίων και των πνευμονικών αρτηριών που δεν ανέδειξε διαταραχές και έγινε σε δεύτερο χρόνο μαγνητική τομογραφία καρδιάς η οποία οδήγησε στη διάγνωση της περιγεννητικής μυοκαρδιοπάθειας. Τρεις μήνες μετά την νοσηλεία της η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και το υπερηχοκαρδιογράφημα της ανέδειξε φυσιολογικό μέγεθος της αριστερής κοιλίας, καλή συστολική λειτουργία E.F.= 60%, χωρίς διαταραχές κινητικότητας των τοιχωμάτων, φυσιολογική μιτροειδή βαλβίδα, ασήμαντη διαφυγή στην τριγλώχινια και απουσία περικαρδιακού υγρού. Συμπεράσματα Οφείλουμε να έχουμε υψηλή κλινική υποψία περιγεννητικής μυοκαρδιοπάθειας σε κάθε ασθενή που εμφανίζει συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας ενώ είναι έγκυος ή ενώ έχει πρόσφατα γεννήσει. Η περιγεννητική μυοκαρδιοπάθεια αποτελεί μια σπάνια (στις χώρες του δυτικού κόσμου) αλλά σοβαρή επιπλοκή

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

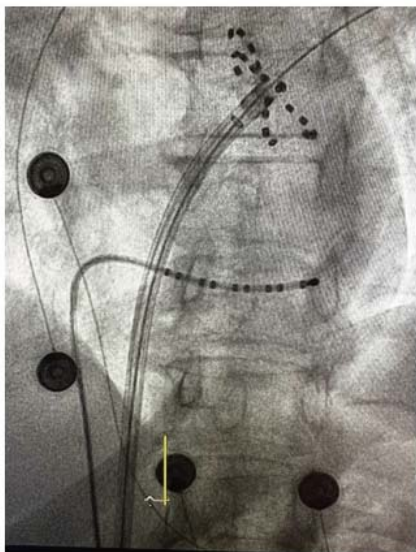
που παρόλο που στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί μια αναστρέψιμη μορφή καρδιακής ανεπάρκειας, στην οξεία φάση συσχετίζεται με υψηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας. Η διάγνωση της συχνά αποτελεί πρόκληση, τόσο λόγω των μη ειδικών συμπτωμάτων που μοιάζουν με αυτά της κήσης, όσο και λόγω των περιορισμών στην διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων. Η θεραπεία είναι παρόμοια με την θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, με την πιθανή εξαίρεση των φαρμάκων που έχουν τερατογόνες για το κύημα δράσεις.

ΠΑ131 | Συνδυασμένη επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής με Pulsed Field Ablation (PFA) και σύγκλιση ωτίου του αριστερού κόλπου (LAAO) - Πρώτη Ελληνική εμπειρία

Σ. Αλεξίου¹, Γ. Σταυρόπουλος¹, Α. Σαμαράς¹, Γ. Ζορμπάς¹, Δ. Εκκλησιάρχος¹, Γ. Πιστιώλας¹, Α. Τζίκας¹, Ν. Φραγκάκης¹

¹ 2η Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή/ Σκοπός Η κατάλυση παλμικού πεδίου (Pulsed field ablation - PFA) είναι μια καινοτόμος τεχνολογία για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Σε ασθενείς με ΚΜ με υψηλό κίνδυνο εγκεφαλικού, αλλά με αντενδείξεις για λήψη από του στόματος αντιπηκτικής θεραπείας, η διαδερμική σύγκλιση του ωτίου του αριστερού κόλπου (left atrial appendage occlusion - LAAO) είναι αποτελεσματική στην πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Παρουσιάζουμε μια πρωτοποριακή επέμβαση συνδυασμού PFA και LAAO στον ίδιο χρόνο σε



ασθενή με τη σχετική ένδειξη, η οποία πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά και με απόλυτη επιτυχία στην Ελλάδα. Υλικό και μέθοδος Η συνδυαστική επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε γυναίκα 52 ετών, με ιστορικό πρόσφατης αγγειοπλαστικής για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής παρά την προ έτους υποβολή της (σε άλλο κέντρο) σε επέμβαση κατάλυσης με ραδιοσυχνότητες και παράλληλα αντένδειξη μακροχρόνιας λήψης αντιπηκτικών λόγω επανειλημμένων επεισοδίων μηνορραγίας. Το υπολογιζόμενο CHA2DS2VASc score = 3 και το HAS-BLED score = 3. Υπό γενική αναισθησία και σε χρονική διάρκεια 2 ωρών, πραγματοποιήθηκε αρχικά μέσω PFA απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και κατάλυση του οπισθίου τοιχώματος του αριστερού κόλπου. Ακολούθως, έγινε τοποθέτηση συσκευής Watchman FLX 31 mm στο ωτίο, με αποτέλεσμα την σύγκλισή του και τον αποκλεισμό του από την κυκλοφορία. Αποτελέσματα Η επέμβαση ολοκληρώθηκε ανεπίπλεκτα. Έγινε έναρξη μονοθεραπείας με απιζαμπάνη για 2

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



μήνες, με πλάνο για μετέπειτα μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη διαβίου. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα την επόμενη μέρα επιβεβαιώθηκε η σωστή θέση της συσκευής και δεν διαπιστώθηκε θρόμβος ή νέα περικαρδιακή συλλογή. Συμπεράσματα Η ταυτόχρονη διενέργεια PFA και LAAO προσφέρει το πλεονέκτημα της διενέργειας αγγειακής προσπέλασης και κοιλιακής διαφραγματοστομίας μόνο μία φορά, μειώνοντας τις επιπλοκές. Η συνολική διάρκεια και το

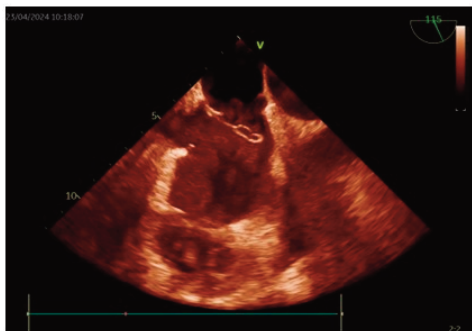
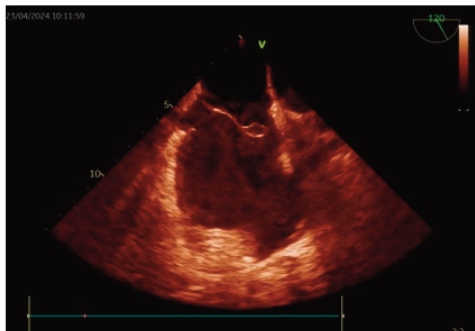
κόστος της επέμβασης είναι σημαντικά μικρότερα. Το PFA προκαλεί λιγότερο οίδημα στην κορυφογραμμή της αριστερής άνω πνευμονικής φλέβας, μειώνοντας δυνητικά τον κίνδυνο διαρροών γύρω από τη γειτνιάζουσα συσκευή LAAO. Απαιτείται όμως ένας συμβιβασμός στην επιλογή της θέσης της κοιλιακής διαφραγματοστομίας, τέτοια που να εξασφαλίζει βέλτιστη πρόσβαση για τη συσκευή σύγκλεισης και υποβέλτιστες θέσεις για την κατάλυση των πνευμονικών φλεβών. Ο χρόνος παραμονής στον αριστερό κόλπο αποτελεί κρίσιμο ζήτημα ασφαλείας, με το PFA να απαιτεί μόλις περίπου 30 λεπτά και το LAAO περίπου 15-20 λεπτά. Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι η συνδυασμένη διενέργεια PFA και LAAO σε ένα χρόνο μοιάζει πολλά υποσχόμενη για τη διαχείριση της κοιλιακής μαρμαρυγής και την πρόληψη του εγκεφαλικού σε επιλεγμένους ασθενείς, καθώς είναι αποτελεσματική και ασφαλής, εξαλείφοντας ταυτόχρονα τα όποια μειονεκτήματα επιφέρει η διενέργειά τους σε ξεχωριστά χρονικά σημεία.

ΠΑ132 | Ανεύρωση δευτερογενούς μεσοκοιλιακού ελλείμματος και ευκίνητου δευτερογενούς μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε ενήλικα με δύσπνοια
**Φ. Εμίρη¹, Γ. Κ. Λιλικάκη¹, Θ. Σινάνης¹, Χ. Λεσγίδης¹, Κ. Καυκαλά¹,
 Ν. Τσάκωνας - Ντερβάκος¹, Α. Πουντουκίδου¹, Μ. Κουτέρη¹**
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ασθενής θήλυ, 53 ετών με ατομικό αναμνηστικό καρκίνου του μαστού χειρουργηθέν, ακτινοθεραπευθέν και χημειοθεραπευθέν προ 2ετίας, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία Καρδιολογικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, αιτιώμενη αίσθημα δύσπνοιας προσπάθειας από ημερών. Από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ετέθη η υποψία μεσοκοιλιακής επικοινωνίας λόγω αριστερό-δεξιάς διαφυγής και ύπαρξης ευκίνητου μορφώματος με κατεύθυνση προς το δεξιό κόλπο. Υλικό και μέθοδος : Προς περαιτέρω διερεύνηση διενεργήθηκε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα με τα εξής ευρήματα: αριστερό- δεξιά διαφυγή, μεσοκοιλιακό τρήμα με άνοιγμα 0.8cm (33ο)-1.8cm (0ο), Qr/Qs=3, διάμετρος δεξιάς κοιλίας 3.2cm (52ο) και ευκίνητο μόρφωμα με έκφυση από την κορυφή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ελίκωση στο ελεύθερο άκρο του και ανέξελεγκτη κίνηση προς το δεξιό κόλπο

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



(110ο). Μεταξύ του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και του σημείου έκφυσης του μορφώματος φαίνεται ελεύθερος χώρος, δημιουργώντας μία διπλομεμβρανώδη δομή. Αποτελέσματα : Στην αρχική διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθηκε η ευσταχιανή βαλβίδα και το δίκτυο Chiari, ωστόσο στη συνέχεια απορρίφθηκαν, καθώς δεν πληρούσαν τα υπερηχογραφικά κριτήρια. Η επικρατούσα θεωρία είναι η παρουσία ενός σύνθετου τύπου μεγάλου μεσοκοιλιακού ελλείμματος (ASD), που συνδυάζει εκσεσημασμένη απόπτωση του πρωτογενούς μεσοκοιλιακού διαφράγματος (septum primum) και ευκίνητο δευτερογενές μεσοκοιλιακό διάφραγμα (septum secundum), του οποίου η αποκόλληση μπορεί είτε να είναι αποτέλεσμα της απόπτωσης είτε ανεξάρτητο συμβάν . Λόγω των τεχνικών δυσκολιών διαδερμικής σύγκλισης μιας τέτοιας ανωμαλίας, αποφασίστηκε ως βέλτιστη η χειρουργική αντιμετώπιση. Συμπεράσματα : Η συνύπαρξη δευτερογενούς μεσοκοιλιακού ελλείμματος, ευκίνητου δευτερογενούς μεσοκοιλιακού διαφράγματος, με αποτέλεσμα έναν επιπρόσθετο ενδοκοιλιακό χώρο δεξιά, που δημιουργεί μια διπλομεμβρανώδη δομή, αποτελεί σπάνιο εύρημα με ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές. Η εμβρυολογική προέλευση μιας τέτοιας παθολογίας, αποτελεί ενδιαφέρον αντικείμενο και η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής, πρόκληση για τους επεμβατικούς καρδιολόγους.

ΠΑ133 | Close this hole right now!!! I can not breath!!!

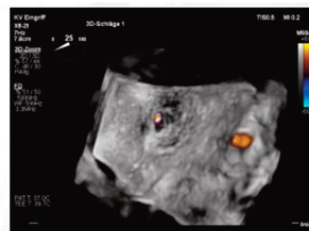
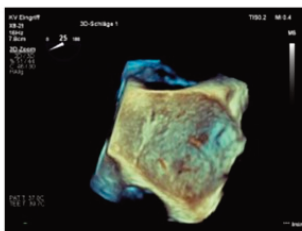
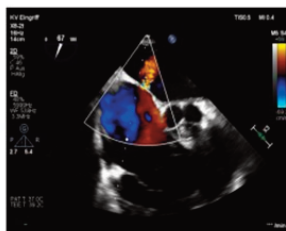
E. Chourdakis¹, M. Schalk¹

¹ MediClin Heart center Lahr

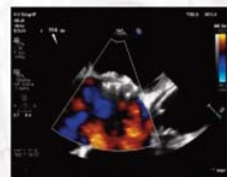
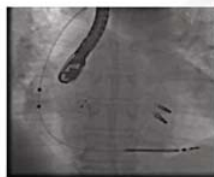
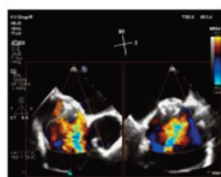
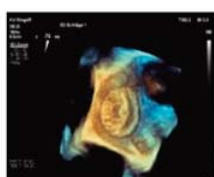
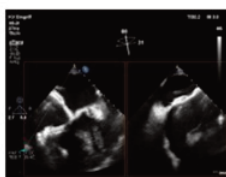
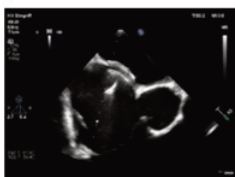
Past Medical History: • 51-year-old man • Decompensated HF requiring hospitalization (08/2023, 11/2023, 12/2023 and 02/2024) - Severe functional mitral regurgitation - Massive functional tricuspid regurgitation - HFREF by dilatative cardiomyopathy (LVEF 20%) with biventricular dysfunction after fulminant myocarditis with VTs 2003 • CAD with PCI of RCA (2x DES) 08/2023 • Postcapillary pulmonary hypertension (invasive: PAP 50/18 mean 28 mmHg, PCWP mean 21 mmHg) 01/2024 • AICD-implantation 03/2013 - New AICD implantation (Biotronic Rivacor 5 VR-T DX) and extraction of old broken RV lead with Laser 01/2024 • Centrilobular emphysema • HIT Typ II 01/2024 • Smoking, hypercholesterolemia Medication: Entresto 24/26 mg 1-0-1, Bisoprolol 5 mg 1-0-1

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



prolol 2,5 mg 1-0-0, Amiodaron 200 mg 1-0-0, Eplerenon 50 mg 1-0-0, Forxiga 10 mg 1-0-0, Torasemid 20 mg 1-1-0, Rosuvastatin 10 mg 0-0-1 Clinical Presentation: Acute decompensated heart failure requiring hospitalization Procedural Strategy: Transcatheter mitral valve repair with the MitraClip device (Abbott Vascular) via common femoral vein as bridge to LVAD/ heart transplantation (EuroSCORE II 5,91% Baseline TOE: Reduced biventricular function Severe secondary mitral regurgitation with symmetrical leaflet tethering Massive secondary tricuspid regurgitation MitraClip Procedure: First MitraClip implantation (NTW): Leaflet insertion and grasping (central/medial) Color with X-plane after first MitraClip implantation (NTW): Residual moderate MR lateral Second MitraClip implantation (NTR): Leaflet insertion and grasping (central/lateral) Color with X-plane after second MitraClip implantation (NTR): Residual mild/trace MR lateral Final assessment: 3D reconstructed En face view of mitral valve: excellent tissue bridge, trace to mild MR, gradient 3 mmHg Acute hypoxia: Rapid drop of Horowitz index (pO₂/FiO₂) from 447 to 190 without any change on ventilator support after withdrawal of steerable guide catheter TOE: Predominant Right-to-left shunt of iatrogenic atrial septal defect (7 x 4 mm in 3D) after removal of steerable guide catheter Assessment after release of ASD Occluder: Relief of the acute hypoxia followed by successful extubation Stable position of ASD in 2D before release: Stable position of ASD-device (Amplatzer Occluder 12 mm) in the fluroscopy and TOE Take-home messages: • Acute hemodynamically relevant iatrogenic atrial septal defect (iASD) after MitraClip can be presented only with hypoxia and not necessary with signs of acute right heart failure or cardiogenic



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

shock • Echocardiographic (right to left shunt) and clinical assessment (Horowitz index, sO₂) are crucial to define the diagnosis and to guide the further therapeutic approach • iASD closure lead to relief of the acute hypoxia • Relevant tricuspid regurgitation with pulmonary hypertension, higher RA pressure and known right heart failure should be recognized as predisposing factor for a reversal (right-to-left) shunt after MitraClip procedure • Good pre-procedural planning with backup ASD-occluder device in operating room is crucial

ΠΑ134 | **Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα από *Fusobacterium necrophorum*: μια παρολίγον θανατηφόρα κλινική περίπτωση**

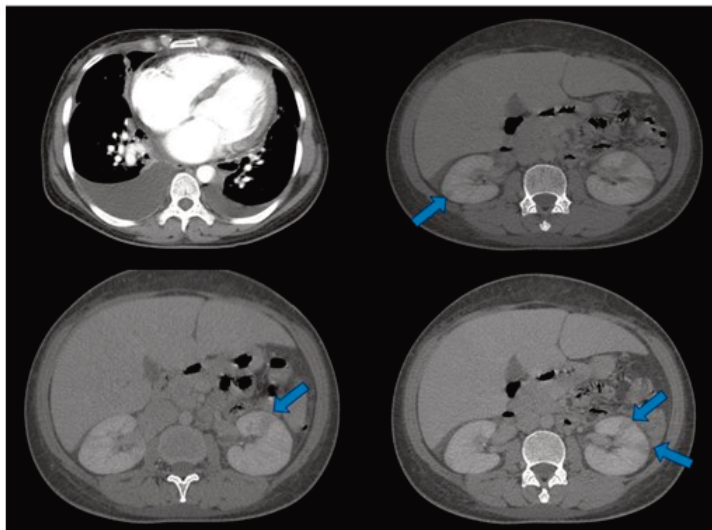
**Σ. Αλεξίου¹, Π. Σταχτέας¹, Θ. Καραϊσκος², Δ. Εκκλησίαρχος¹,
Ξ. Αποστολίδου¹, Ν. Φραγκάκης¹**

¹ 2η Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα,

² Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή/Σκοπός Το *Fusobacterium necrophorum* είναι ένας υποχρεωτικά αναερόβιος Gram-αρνητικός βάκιλλος που φυσιολογικά αποικίζει ορογόνες κοιλότητες στον άνθρωπο και δυνητικά μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις σε κατά τα άλλα υγιείς νεαρούς ενήλικες. Η κλασική κλινική εκδήλωση λοίμωξης από *F. necrophorum* είναι η σηπτική θρομβοφλεβίτιδα της έσω σφαγιτίδας φλέβας (σύνδρομο Lemierre) με τα ευρήματα της φαρυγγοδυνίας, του επίμονου πυρετού, του οιδήματος των μαλακών ιστών του τραχήλου και της βακτηριαιμίας. Μπορεί να αποτελέσει αίτιο ενδημικής φαρυγγίτιδας, ενδοκοιλιακών λοιμώ-

ξεων, περιτονίτιδας, σηπτική αρθρίτιδας, εγκεφαλικών αποστημάτων και σπανιότερα, λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Παρουσιάζουμε το πρώτο αναφερόμενο κρούσμα μονομικροβιακής ενδοκαρδίτιδας από *F. necrophorum* σε ενήλικα στην Ελλάδα και την 11η κλινική περίπτωση στη βιβλιογραφία από το 1970. Υλικό και μέθοδος Μια 28χρονη γυναίκα από το Κονγκό, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε αιτιώμενη δύσπνοια, πυρετό, βήχα



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



και θωρακαλγία από 5^η ημέρου. Κατά την εισαγωγή ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, παρ ο υ σ ι ά ζ ο ν τ α ς ταχυκαρδία, υποξυγοναιμία και παθολογική ακρόαση πνευμόνων. Διαγνώστηκε με μυοκαρδιοπάθεια και πνευμονικό οίδημα, πι-

θανώς εξαιτίας κάποιας ιογενούς λοίμωξης. Η αρχική εξέταση αποκάλυψε λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία, αναιμία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η απεικόνιση έδειξε μεγαλοκαρδία, αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή, ηπατομεγαλία, νεφρικά έμφρακτα και σημεία συστηματικής εμβολής. Το υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε σοβαρή ανεπάρκεια της αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας, παρουσία εκβλαστήσεων στην πρώτη, θέτοντας τη διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Έγινε έναρξη υποστηρικτικής φροντίδας με οξυγόνο, βρογχοδιασταλτικά και ενδοφλέβια αντιβιοτικά ευρέος φάσματος (κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη). Το μικρόβιο *Fusobacterium necrophorum* απομονώθηκε από καλλιέργειες αίματος, τροποποιώντας τη θεραπεία σε μεροπενέμη, ενώ αποκλείστηκε το σύνδρομο Lemierre. Παρά τη θεραπεία, ο πυρετός ήταν υποτροπιάζων και επίμονος, απαιτώντας αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας σε άλλο νοσοκομείο, η οποία και πραγματοποιήθηκε τελικά ανεπίπλεκτα (παρά την αρχική ανάγκη για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κατά τη μεταφορά στο χειρουργείο). Κατά την επέμβαση, επιβεβαιώθηκε η παρουσία των εκβλαστήσεων και της κατεστραμμένης αορτικής βαλβίδας. Αποτελέσματα Μετά το χειρουργείο, έλαβε εξιτήριο για να συμπληρώσει τον κύκλο της αντιβιοτικής θεραπείας κατ'οίκον. Η ασθενής εξακολουθεί να προσέρχεται για επανεκτίμηση στα εξωτερικά ιατρεία, χωρίς να έχουν παρατηρηθεί υποτροπές. Συμπεράσματα Η διαχείριση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας από *Fusobacterium necrophorum* σε νεαρό, προηγούμενως υγιή ενήλικα υπογραμμίζει τη σοβαρότητα αυτής της σπάνιας πάθησης. Παρά τον ασαφή εντοπισμό της πηγής, η έγκαιρη υποψία και η κατάλληλη επιθετική θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας λόγω των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας.

ΠΑ135 | Ασθενής με εμφάνιση δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας σε έδαφος στένωσης πνευμονικών φλεβών μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

A. Γ. Μαραθωνίτης¹, O. Κατσαρού¹, E. Οικονόμου¹, I. Γιαλαμάς¹, I. Τζίμα¹, Γ. E. Ζακυνθινός¹, A. Λυσάνδρου¹, M. I. Γουναρίδη¹, B. X. Μυστακίδη¹, E. Τρύφου¹, K. Καλογεράς¹, Γ. Σιάσος¹, E. Βαβουρανάκης¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

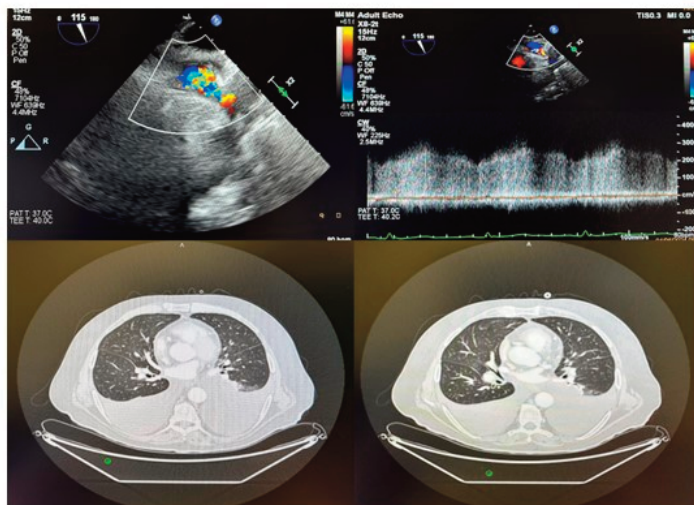
Εισαγωγή Η κατάλυση της κοιλιακής μαρμαρυγής (KM) αποτελεί την επεμβατική αντιμετώπιση της νόσου. Μπορεί να πραγματοποιηθεί με υψίσχυρο ρεύμα (RF), κρυσκατάλυση, καθώς και μέσω κατάλυσης παλμικού πεδίου (PFA). Η μέθοδος αποσκοπεί στην ηλεκτρική απομόνωση των πνευμονικών φλεβών από τον αριστερό κόλπο. Σπάνια όμως μπορεί να προκληθεί μετά την κατάλυση σοβαρή στένωση των πνευμονικών φλεβών. Παρουσίαση Περιστατικού Άρρεν ασθενής 68 ετών χωρίς ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, αλλά με ατομικό αναμνηστικό KM και δύο επεμβάσεις κατάλυσης στο παρελθόν (RF προ 10ετίας και προ 3μήνου), προσήλθε στα επείγοντα αιτώμενος δύσπνοια προσπαθείας από 3μήνου. Από την ακτινογραφία θώρακος παρατηρήθηκαν μεγάλες πλευριτικές συλλογές άμφω. Η διαγνωστική παρακέντηση ανέδειξε διίδρωμα. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα αναδείχθηκε αριστερή κοιλία με καλή συσπαστικότητα (ΚΕ:50%), διάταση των δεξιών κοιλοτήτων με επηρεασμένη συσπαστικότητα της δεξιάς κοιλίας, μετρίου προς σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας και σοβαρή πνευμονική υπέρταση. Στα πλαίσια διερεύνησης της δεξιάς καρδιακής ανεπάρ-



κειας πραγματοποιήθηκε πλήρης καθετηριασμός και αναδείχθηκε μετατριχοειδική πνευμονική υπέρταση (μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία: 33 mmHg, πίεση ενφνήωσης τριχοειδών: 18 mmHg, πνευμονικές αντιστάσεις: 4 WU) με φυσιολογική τελοδιαστολική πίεση αριστερής κοιλίας (8 mmHg), (Εικόνα 1). Κατόπιν, ο ασθενής υποβλήθηκε σε διοισοφάγειο μελέτη και αξονική αγγειογραφία θώρακος. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα έδειξε εικόνα σοβαρού βαθμού στένωσης και των τεσσάρων πνευμονικών φλεβών (V_{max} : 3 m/s). Αντίστοιχα, σύμφωνα με την αξονική αγγειογραφία θώρακος, οι πνευμονικές φλέβες άμφω απεικονίστηκαν μειωμένου εύρους πριν την εκβολή τους στον

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



αριστερό καρδιακό κόλπο, με νηματοειδή ροή (Εικόνα 2). Συμπεράσματα Με την χαρτογράφηση μέσω υπερήχου και την τεχνική της κρουκατάλυσης έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση της ποσοστών επιτυχίας της επέμβασης, αλλά και μεγάλη μείωση των επιπλοκών. Ωστόσο, η ίνωση που προκαλείται ενδοαυλικά μπορεί να προκαλέσει σε σπάνιες περιπτώσεις (<1%) την εμφάνιση σοβαρής στένωσης όπως στην περίπτωση του ασθενούς μετά από διαδοχικές κα-

ταλύσεις με RF. Η βαρύτητα της κλινικής εικόνας εξαρτάται από τον βαθμό της στένωσης, από τον αριθμό των πνευμονικών φλεβών που έχουν προσβληθεί και την ύπαρξη παράπλευρων δικτύων. Συνεπώς, για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών είναι απαραίτητος ο υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας, προς το παρόν δε η εμπειρία από την αντιμετώπιση της στένωσης των πνευμονικών φλεβών με τοποθέτηση ενδοαυλικών προθέσεων είναι περιορισμένη.

ΠΑ136 | ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΚΡΥΠΤΕΙ Η ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΜΟΡΦΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΙΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ;

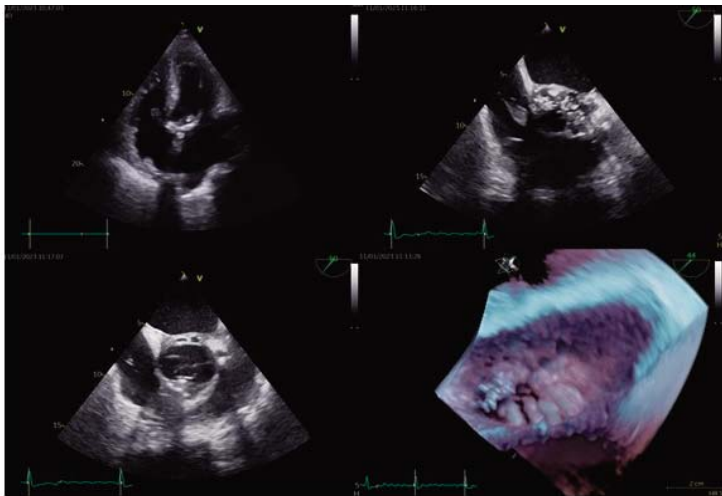
Δ. Καραγεώργου¹, Χ. Τούντας¹, Α. Κακκάβας¹, Σ. Τζώρτζης¹, Δ. Μυτάς¹, Α. Κίτσιου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας των προσθετικών βαλβίδων βασίζεται κυρίως στα τροποποιημένα κριτήρια κατά Duke, με την ηχοκαρδιογραφία να αποτελεί πρώτης γραμμής απεικονιστική μέθοδο. Τόσο το διαθωρακικό αλλά κυρίως το διοισοφάγειο ηχοκαρδιογράφημα κατέχει πρωταρχικό ρόλο καθώς συμβάλλει στην απεικόνιση των ανατομικών βλαβών, στην εκτίμηση των επιπτώσεων των βλαβών, στην αιμοδυναμική και στη λειτουργία της αριστερής και δεξιάς κοιλίας και στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ Ασθενής 83 ετών με ιστορικό αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



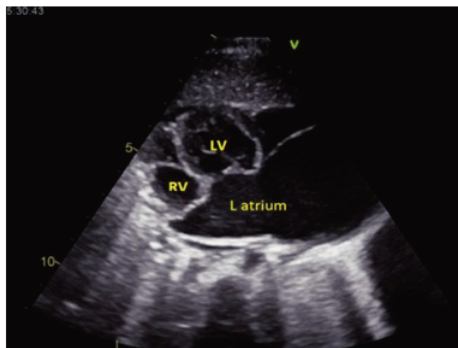
βιοπροσθετική και ανιούσας αορτής με ευθύ συνθετικό μόσχευμα το 2016 προσήλθε λόγω δύσπνοιας από ημερών με συνοδά οιδήματα κάτω άκρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο των επειγόντων αξιοσημείωτα ήταν τα εξής: INR>6,8, BNP=911pg/ml, CRP=40U/l. Στο ΗΚΓ εισόδου παρατηρήθηκε κολπικός πτερυγισμός με βραδεία κοιλιακή ανταπόκριση (-55bpm) ενώ το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα στο τμήμα επειγόντων ανέδειξε ευκίνητο μόρφωμα εντός του δεξιού κόλπου πιθανώς εκφυόμενο από την κολπική επιφάνεια της τριγλώχινας βαλβίδας. Ο ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική κλινική και για την περαιτέρω διερεύνηση του μορφώματος αυτού διενεργήθηκε διοισοφάγειο ηχοκαρδιογράφημα το οποίο αποκάλυψε εκτεταμένη λοίμωξη του αορτικού δακτυλίου με σχηματισμό ψευδοανευρύσματος τόσο στο πρόσθιο όσο και στο οπίσθιο τοίχωμά του με συνοδό επικοινωνία αυτού με το χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (Εικόνα1). Επιπροσθέτως απεικονίσθηκε ευκίνητο μόρφωμα με πολλαπλές προσεκβολές εκφυόμενο με ευρεία βάση από το τοίχωμα του δεξιού κόλπου, στην περιοχή έκφυσης της διαφραγματικής γλωχίνας της τριγλώχινας. Με τα ευρήματα αυτά έγινε άμεση έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής και αντιμυκητιασικής αγωγής αλλά ο ασθενής παρουσίασε περαιτέρω αιμοδυναμική επιδείνωση με συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής και τελικά απεβίωσε. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι επιπλοκές από ενδοκαρδίτιδα προσθετικών βλαβών παρουσιάζουν υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Στο συγκεκριμένο ασθενή αναδείξαμε μια πολύ σπάνια περίπτωση εκτεταμένης λοίμωξης του αορτικού δακτυλίου που παρουσιάστηκε αρχικά ως μόρφωμα επί της τριγλώχινας βαλβίδας. Η επέκταση της λοίμωξης του αορτικού δακτυλίου στο ινώδη σκελετό της καρδιάς με επακόλουθο την προσβολή τόσο του ερεθισματοαγωγού συστήματος όσο και των δομών της κολποκοιλιακής συνέχειας (κολπικό μυοκάρδιο, τριγλώχινα και μιτροειδής βαλβίδα) αποτελεί χειρουργική πρόκληση. Πρόκειται για περιπτώσεις με ιδιαίτερα αυξημένη θνητότητα ενώ διάφορες τεχνικές χειρουργικής ανακατασκευής του ινώδους δακτυλίου της καρδιάς έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑΙ137 | **ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΟΥ ΩΤΙΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ****Α. Παννακοπούλου¹, Σ. Στειρόπουλος¹, Α. Καλλικούρδης², Π. Σχορετσανίτης², Ε. Καρανάσιος¹, Γ. Καλαβρουζιώτης²**¹ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ,² Α ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συγγενής διάταση και το συγγενές γιγαντιαίο ανεύρυσμα του αριστερού κόλπου (ΣΑΑΚ) είναι μια εξαιρετικά σπάνια συγγενής ανωμαλία ιδιαίτερα στα παιδιά. Οι ασθενείς με ανεύρυσμα αριστερού κόλπου μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να εμφανίσουν δύσπνοια, αρρυθμίες, εμβολικά επεισόδια, ή κίνδυνο για ρήξη. ΣΑΑΚ έχει διαγνωστεί από την εμβρυική ζωή μέχρι και στην ένατη δεκαετία της ζωής. ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφουμε την περίπτωση συγγενούς γιγαντιαίου ανεύρυσματος ωτίου του αριστερού κόλπου σε βρέφος. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Βρέφος 4 μηνών προσήλθε στα ΤΕΠ Νοσοκομείου Παίδων λόγω εμπυρέτου & αναπνευστικής δυσχέρειας. Εισήχθη σε παιδιατρική κλινική και αντιμετωπίστηκε ως βρογχιολίτιδα. Κατά τη νοσηλεία του βρέφους έγιναν ΗΚΓ και πλήρης υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το echo καρδιας ανέδειξε εκσεσημασμένη διάταση του ωτίου του αριστερού κόλπου με ήπιο βαθμό ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας, απουσία άλλων δομικών ανωμαλιών. Χορηγήθηκαν διουρητικά και αποφασίστηκε προγραμματισμένη χειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε εκτομή του γιγαντιαίου ανευρύσματος του αριστερού ωτίου και πλαστική αποκατάσταση του αριστερού κόλπου με χρήση εμβάλωματος βόειου περικαρδίου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε την ύπαρξη ανευρύσματος αριστερού κόλπου και βοήθησε στη διαφορική διάγνωση με την ιδιοπαθή διάταση του κόλπου. Η κατά θέσεις απουσία μυοκαρδίου και η υπάρχουσα ίνωση συνηγορεί για ανεύρυσμα του κόλπου, ενώ η απουσία υπερπλασίας καρδιακών μυικών ινών με πυρηνική πολυμορφία απομακρύνει από ιδιοπαθή διάταση του κόλπου. Το βρέφος είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε βελτιωμένο. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η εκσεσημασμένη διάταση του αρ. κόλπου που συνοδεύεται από γιγαντιαίο συγγενές ανεύρυσμα του αριστερού ωτίου είναι εξαιρετικά σπάνια στα παιδιά. Η έγκαιρη διάγνωση, η στενή παρακολούθηση με απεικονιστικές τεχνικές και η χειρουργική αντιμετώπιση μπορούν να προλάβουν τις δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές της πάθησης αυτής.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ138 | ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ GLENN ΣΕ ΔΙΠΛΕΞΟΔΟ ΔΕΞΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΜΕ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑ**A. Παννακοπούλου¹, A. Καλλικούρδης², A. Μπελεγρίνος³, K. Μιντζαρίδης¹, E. Καρανάσιος², Γ. Καλαβρουζιώτης²**¹ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ,² Α ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ",³ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

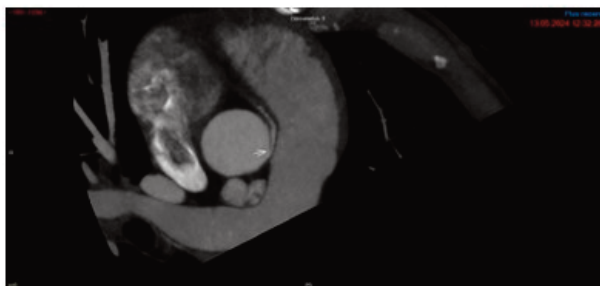
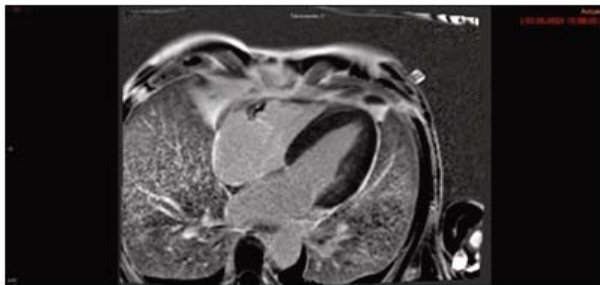
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δεξιά κοιλία διπλής εξόδου (DORV) είναι μια σύμπλοκη συγγενής καρδιοπάθεια με πολλές ανατομικές παραλλαγές και διαφορετικές προσεγγίσεις για χειρουργική αποκατάσταση. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βρέφος 28 ημερών εισήχθη σε καρδιολογική κλινική παιδιατρικού νοσοκομείου λόγω σύμπλοκης συγγενούς καρδιοπάθειας. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε δεξιοκαρδία με situs solitus, ατρησία της μιτροειδούς βαλβίδας με υποπλαστική αριστερή κοιλία, διπλέξοδο δεξιά κοιλία με σοβαρού βαθμού στένωση της πνευμονικής αρτηρίας, μεσοκοιλιακή επικοινωνία και τα μεγάλα αγγεία σε θέση μετάθεσης. Λόγω της σοβαρής στένωσης της πνευμονικής βαλβίδας αποφασίστηκε η καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε τροποποιημένο B-T shunt δεξιά. Χρησιμοποιήθηκε μόσχευμα Goretex 3,5mm. Το βρέφος είχε καλή κλινική πορεία και εξήλθε βελτιωμένο με κορεσμό αρτηριακού αίματος SatO₂>92% και οδηγίες για τακτική παρακολούθηση. Σε καρδιές με λειτουργικά μονήρη κοιλία, η ίδια κοιλία αντιμετωπίζει τόσο τη συστηματική όσο και την πνευμονική κυκλοφορία, και ως εκ τούτου, δημιουργείται με τον καιρό υπερφόρτιση όγκου. Αυτό οδηγεί σε αλλοιώσεις στη γεωμετρία της κοιλίας και σε διαστολική δυσλειτουργία και καρδιακή ανεπάρκεια. Η πρώιμη αποφόρτιση της κοιλίας οδηγεί στη διατήρηση της αναλογίας μάζας προς όγκο και βελτιώνει την απόδοση της κοιλίας. Για τους ανωτέρω λόγους σε ηλικία 3 ετών το παιδί υποβλήθηκε σε νέα καρδιοχειρουργική επέμβαση. Έγινε απολίνωση και διατομή του δεξιού τροποποιημένου B-T shunt και υπό εξωσωματική κυκλοφορία δημιουργήθηκε μια αμφίδρομη άνω κοιλιοπνευμονική αναστόμωση (αμφίδρομη επέμβαση Glenn - hemi Fontan (HF)). Ο μικρός ασθενής μετά την επέμβαση παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός και η οξυγόνωση του αρτηριακού αίματος ήταν>%. Το παιδί έλαβε αρχικά ινότροπη υποστήριξη και εξήλθε βελτιωμένο με οδηγίες. Δέκα χρόνια μετά το παιδί είναι σε καλή κλινική κατάσταση με ικανοποιητικό κορεσμό αρτηριακού οξυγόνου>% και πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση Fontan στο άμεσο μέλλον. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η επέμβαση Glenn - HF παραμένει μια ελκυστική επιλογή για την ανακούφιση μιας μονήρους κοιλίας όταν είναι επιθυμητή η αύξηση του μεγέθους του στελέχους και των κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας ώστε να προγραμματιστεί μελλοντικά η επέμβαση Fontan.

ΠΑ139 | Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή: Από την Καρδιακή Απεικόνιση στην Κλινική Απόφαση**Σ. Πετροπούλου-Νάτσου¹, Π. Αντίοχος¹, A. Τρίκας², Ι. Σκαλίδης¹, Γ. Τζίμας¹, J. Schwitter¹**¹ Lausanne University Hospital (CHUV),² ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Ασθενής 55 ετών, με ιστορικό πολυτοξικομανίας και αρρυθμιστής αρτηριακής υπέρτασης υπέστη εξωνοσοκομειακή καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Ο πρώτος καταγεγραμμένος καρδιακός ρυθμός ήταν απινιδώσιμος (κοιλιακή ταχυκαρδία). Ο ασθενής ανένηψε μετά από 3 κύκλους ΚΑΡΠΑ. Μεταφέρθηκε διασωληνωμένος στο νοσοκομείο με εικόνα καρδιογενούς καταπληξίας. Διαγνωστική Προσέγγιση: Από το ΗΚΓ επιφανείας μετά την ανάνηψη διαπιστώθηκε αποκλεισμός δεξιού σκέλους και από τον εργαστηριακό έλεγχο τροπονιναμία. Από τον υπέρηχο καρδιάς διαπιστώθηκε μειωμένη αμφικολιακή συσταλτικότητα. Η δεξιά κοιλία (RV) εμφάνιζε τμηματική υποκινησία του βασικού ελεύθερου τοιχώματος της, μειωμένη επιμήκη συστολική απόδοση και φυσιολογική κινητικότητα στην κορυφή. Τέθηκε η υποψία για αρρυθμιόγνο δυσπλασία της RV. Κατόπιν, ο ασθενής υποβλήθηκε σε Αξονική Αγγειογραφία θωρακικής αορτής, η οποία απέκλεισε τον αορτικό διαχωρισμό και την πνευμονική εμβολή, αλλά έθεσε την υποψία για ανώμαλη έκφυση δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA), με ολική απόφραξη αυτής. Στη Στεφανιογραφία δεν ήταν δυνατό να απεικονιστεί η RCA, ενώ το στέλεχος και τα υπόλοιπα αγγεία ήταν χωρίς σημαντικές βλάβες, με αριστερή επικράτηση. Διενεργήθηκε Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς (ClassB στη διερεύνηση της ανακοπής). Χρησιμοποιήθηκαν ακολουθίες σε ελεύθερη αναπνοή και LGE σε συστολή προς βελτιστοποίηση της εικόνας κατανομής του γαδολινίου στο μυοκάρδιο. Η συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας ήταν καλή, ενώ στη RV ανεδείχθη υποκινησία, θετικό LGE και συνοδός μικροαγγειακή απόφραξη στα βασικά τμήματα, εύρημα σπάνιο στη RV. Ακολούθησε Αξονική Στεφανιογραφία, η οποία επιβεβαίωσε την ανώμαλη έκφυση της RCA, με πορεία αυτής μέσα στην ανιούσα



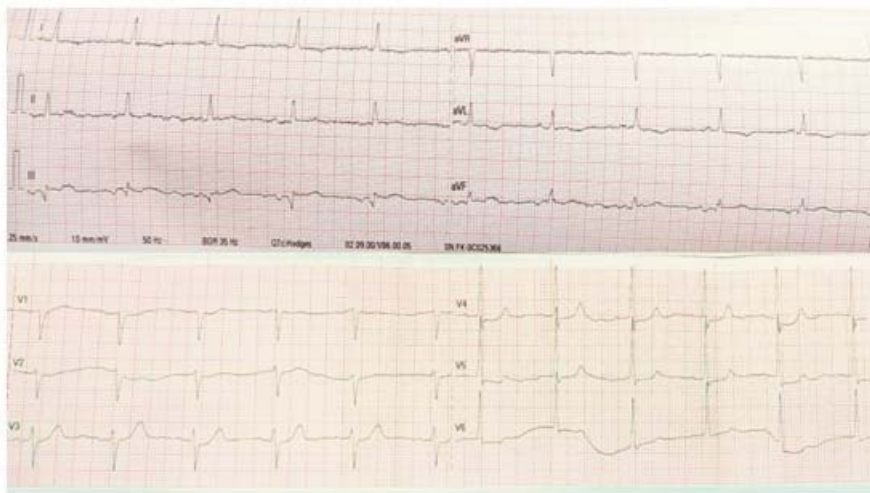
θωρακική αορτή, τύπου «slit-like». Συμπέρασμα / Κλινικές συνέπειες: Με το συνδυασμό των διαφορετικών απεικονιστικών μεθόδων, οδηγήθηκε στην τελική διάγνωση: Υποξύ μεμονωμένο έμφραγμα της RV. Η τελική διάγνωση δόθηκε μέσω της Μαγνητικής Τομογραφίας καρδιάς. Η παρουσία μικροαγγειακής απόφραξης υποδήλωσε πρόσφατη ισχαιμία στο βασικό ελεύθερο τοίχωμα της RV, ενώ αποκλείστηκε η ARVC. Τελικώς, αποτράπηκε η εμφύτευση απινιδωτή στην παρούσα φάση (Class IC). Ο ασθενής εξήλθε με απινιδωτικό γιλέκο και οδηγία για επανεκτίμηση της συσταλτικότητας και σταδιοποίηση αρρυθμιολογικού κινδύνου.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ140 | Μοτίβο Aslanger στο ηλεκτροκαρδιογράφημα: νέος δείκτης οξείας ισχαιμικής βλάβης;**Γ. Τυρίκος, Β. Νεύρας¹, Ν. Ζελεβάρης¹, Ν. Μεντεσίδης¹, Π. Καρακάσης¹, Χ. Κατσιούλης¹, Ν. Μηλαράς², Ε. Κοϊμψίδου¹, Κ. Ρώσσιος¹, Ε. Κοκκάλη¹, Γ. Γκουντή¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Ασθενής, άρρεν, 72 ετών, προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω διαλείποντος οπισθοστερνικού άλγους διάρκειας 10 λεπτών (πολλαπλά επεισόδια), από διημέρου, μη σχετιζόμενο με κινήσεις ή άσκηση. Από το ατομικό του αναμνηστικού αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (20 έτη) και κάπνισμα (35 πακετο-έτη). Στα επείγοντα παρουσίαζε φυσιολογικά ζωτικά σημεία, ενώ ο ηλεκτροκαρδιογραφικός (ΗΚΓ) έλεγχος κατέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με μεμονωμένη ανάσπαση του διαστήματος ST διαστήματος στην απαγωγή III (1 mm), κατάσπαση ST (1,5mm) στις απαγωγές V4-V6 και ST διάστημα στη V1 υψηλότερο από τη V2 (εικ. 1). Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε κινητοποίηση μυοκαρδιακών ενζύμων και ο ασθενής εισήχθη στη Στεφανιαία Μονάδα ως έμφραγμα χωρίς ανάσπαση ST διαστήματος (NSTEMI). Ο ηωκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε επηρεασμένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 40-45%) με υποκινησία βασικού μέσου κατωτέρου και οπισθίου τοιχώματος. Λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας, οδηγήθηκε άμεσα για διενέργεια στεφανιογραφικού ελέγχου, όπου διαπιστώθηκε 100% απόφραξη στο εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και διάσπαρτες στενώσεις (70-80%) στον πρόσθιο κατιόντα, τον πρώτο διαγώνιο και στην περισπώμενη αρτηρία. Ο ασθενής



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

αρνήθηκε τη διενέργεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, και έτσι προχώρησε σε αγγειοπλαστική της βλάβης στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία με αποκατάσταση ροής στο πάσχον αγγείο. Εξήλθε ανεπίπλεκτος σε 5 ημέρες, με πλήρη αντιϊσχαιμική αγωγή και αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Συζήτηση Το ανωτέρω ΗΚΓ εύρημα συνάδει με μια οντότητα που αναγνωρίστηκε μόλις το 2020 και ονομάζεται μοτίβο Aslanger, το οποίο προέκυψε από την αναδρομική μελέτη 1000 ΗΚΓ ασθενών με NSTEMI (6,3% του συνόλου). Το μοτίβο αυτό απαντάται, συνήθως, σε ασθενείς με οξεία ισχαιμική βλάβη του κατωτέρου τοιχώματος, με ταυτόχρονη σοβαρού βαθμού βλάβη στα υπόλοιπα επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία, και είναι ενδεικτικό εκτεταμένης ισχαιμικής βλάβης και χειρότερης πρόγνωσης. Παρόλα αυτά, μπορεί να εμφανιστεί, λιγότερο συχνά, και σε κριτικές στενώσεις του προσθίου κατιόντα κλάδου ή του στελέχους. Μπορεί να παραμείνει χρονίως στο 0,5% των ασθενών με προηγούμενη ισχαιμική βλάβη. Το 13,3% των ασθενών με το συγκεκριμένο ΗΚΓ εύρημα, θεωρούνται εσφαλμένα ως ασθενείς με NSTEMI, στους οποίους θα γίνει καθυστερημένη επαναιμάτωση. Συμπεράσματα Το μοτίβο Aslanger στο ΗΚΓ αποτελεί εύρημα ισοδύναμο εμφράγματος με ανάσπαση ST και δε θα πρέπει να διαλλάθει της προσοχής του κλινικού καρδιολόγου, καθώς αυτοί οι ασθενείς επωφελούνται από την άμεση επαναιμάτωση.

ΠΑ141 | **Καρδιακή αμυλοείδωση με αναπάντεχη εξέλιξη**

Κ. Ριτσάτος¹, Λ. Παππά¹, Δ. Χρηστάκος¹, Λ. Κακλαμάνης², Ξ. Κωστέας¹, Α. Μαγγίνας¹

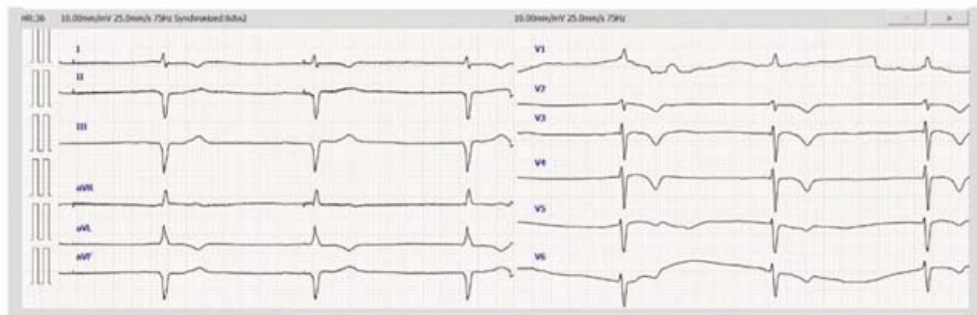
¹ Καρδιολογική Κλινική, Mediterraneo Hospital,

² Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Υλικό και μέθοδος Άνδρας 69 ετών με αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, ιστορικό εύκολης κόπωσης στην προσπάθεια και παρουσία υψηλού σκορ ασβεστίου σε αξονική στεφανιογραφία, υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Αναφέρεται συγκεντρικού τύπου υπερτροφία αριστερής κοιλίας, ενώ διαπιστώθηκε ηπίου βαθμού νεφρική δυσλειτουργία, για την οποία και έλαβε προεπεμβατικά επαρκή ενυδάτωση. Διαπιστώθηκε σημαντικού βαθμού στένωση (80%) στην μεσότητα της περισπωμένης αρτηρίας, βλάβη στην οποία τοποθετήθηκε επιτυχώς stent. Ο ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά σταθερός άνευ συμπτωμάτων. Περίπου 24 ώρες μετά το εξιτήριο επανήλθε εκ νέου στο ΤΕΠ με συμπτώματα (υπόταση, καταβολή) και εργαστηριακά ευρήματα χαμηλής καρδιακής παροχής (νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία). Δεν διαπιστώθηκαν κλινικά, εργαστηριακά ή ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα οξείας ισχαιμίας, ενώ από την συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού καταγράφηκαν περιόδοι εκσεσημασμένης βραδυκαρδίας 30σφ/λ (ρυθμός διαφυγής - εικόνα 1). Νέα υπερηχογραφική μελέτη επιβεβαίωσε την παρουσία συγκεντρικού τύπου υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, με αυξημένες πιέσεις πλήρωσης (E/e'[>]). Ακολούθησε ραγδαία επιδείνωση των δεικτών νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας. Λαμβάνοντας υπόψιν την κλινική και εργαστηριακή εικόνα, την απουσία ευρημάτων οξείας ισχαιμίας, τις διαταραχές αγωγής και τα απεικονιστικά ευρήματα (εικόνα ΗFrEF με αυξημένες πιέσεις πλήρωσης), ο ασθενής μεταφέρθηκε στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο προκειμένου να υποβληθεί σε εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη, ενώ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

(Εικόνα 1) Εκσεσημασμένη βραδυκαρδία

(Εικόνα 2) Ήπαρ - εναπόθεση αμυλοειδούς περιτριχοειδικά (μπλέ βέλη).

Χρώση ερυθρό του Κονγκό.

ανοσηλεκτροφόρηση των λευκωμάτων ορού (κ/λ ελαφροί άλυσιοι>65) ετέθη η διάγνωση της AL-αμυλοείδωσης. Συμπεράσματα Η AL-αμυλοείδωση, σε σύγκριση με την αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη, χαρακτηρίζεται από ταχύτερη και ενίοτε ραγδαία κλινική επιδείνωση. Επιπλέον είναι σημαντικό οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως να διατηρούν ικανή καρδιακή συχνότητα.

παράλληλα έγινε έλεγχος προς την κατεύθυνση διηθητικού νοσήματος (αμυλοείδωση). Προ της επέμβασης, ο ασθενής εμφάνισε νέο επεισόδιο βραδυκαρδίας και αιμοδυναμικής κατάρτισης. Παρά την επείγουσα τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη, ο ασθενής κατέληξε (άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα). Άλλα ιατρογενή αίτια (επιπωματισμός, πνευμοθώρακας) αποκλείστηκαν. Αποτελέσματα Από την μακροσκοπική παθολογοανατομική εξέταση της καρδιάς, το στεφανιαίο stent ήταν πλήρως βατό, χωρίς θρόμβο. Από την ιστολογική εξέταση του νεκροτομικού υλικού (χρώση ερυθρό του Κονγκό/ανοσοϊστοχημεία) με τη χαρακτηριστική εναπόθεση αμυλοειδούς περιτριχοειδικά (Εικόνα 2), καθώς και την παθολογική

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

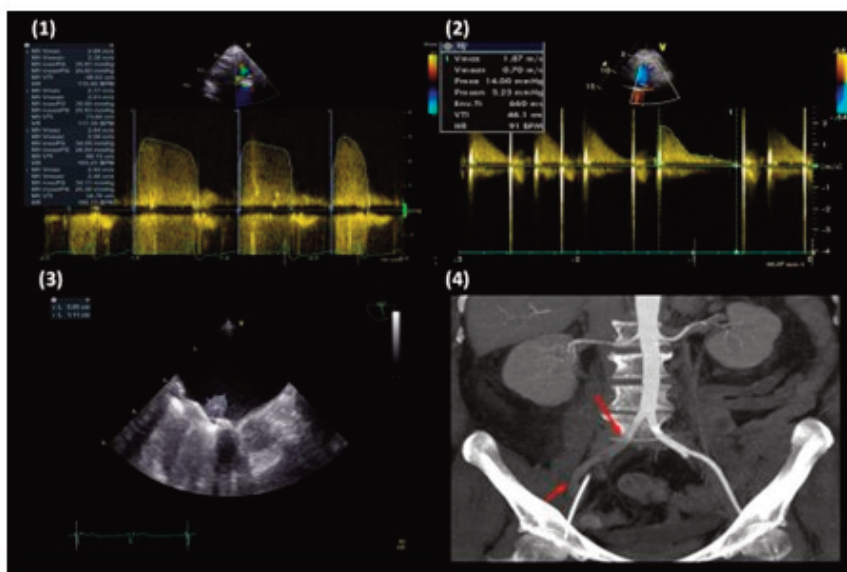
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ142 | «Ενός Κακού Μύρια Έπονται», Ενδιαφέρον Περιστατικό Θρόμβωσης Προσθετικής Βαλβίδας

Α. Ε. Καλέση¹, Α. Πλαΐτης¹, Ν. Αρνάς¹, Κ. Νταλέκου¹, Μ. Καρακώστα¹, Π. Σκάντζικας¹, Α. Αρχοντίκης¹, Μ. Σαγρής¹, Θ. Πάλλας¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Δ. Μαρίτσα¹, Ν. Κασιόλλης¹, Α. Γ. Κανιάρης¹, Ε. Μπούσουλα¹, Ν. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Δημόπουλος¹, Ε. Αδαμοπούλου¹, Β. Γιαννακοπούλου¹, Ν. Κάσινος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹, Ν. Πατσουράκος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η οξεία θρόμβωση της προσθετικής βαλβίδας αποτελεί επικίνδυνη επιπλοκή με υψηλή θνητότητα με τη θρομβόλυση και τη χειρουργική αντιμετώπιση να αποτελούν τις μοναδικές θεραπευτικές επιλογές, όταν η πρόσφατη αντίπηξη ήταν επαρκής ή όταν η ενδοφλέβια μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη (ΜΚΗ) δεν αποδίδει. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της πολύπλοκης διαχείρισης ενός τέτοιου περιστατικού. Υλικό και Μέθοδος Το περιστατικό αφορά μία γυναίκα 69 ετών που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω δύσπνοιας σταδιακά επιδεινούμενης από δεκα-πενθημέρου. Στο ιστορικό της αναφέρονται χρόνια κολπική μαρμαρυγή και ρευματική νόσος μιτροειδούς βαλβίδας, αν-



Εικόνες 1 & 2: Μέση κλίση πίεσης δια της προσθετικής βαλβίδας προ και μετά της θρομβόλυσης.
Εικόνα 3: Διοισοφάγιος απεικόνιση θρόμβου επί της μεταλλικής πρόθεσης που παρέμεινε > 1cm² μετά τη θρομβόλυση.
Εικόνα 4: Multiphase ανασύνθεση CT αγγειογραφίας με έλλειμμα πλήρωσης στη δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1st 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τικατασταθείσα με μεταλλική πρόθεση προ πενταετίας, καθώς και διακοπή της ασενοκουμαρόλης λόγω χειρουργη-θέντος αμφισφυρίου κατάγματος δεξιού κάτω άκρου και συνέχιση με τινζαπαρίνη σε υποθεραπευτική δόση για 4 μήνες. Κατά την αρχική εκτίμηση η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, ωστόσο με εικόνα αρχόμενου οξέος πνευμονικού οιδήματος. Στο διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε οξεία απόφραξη της προσθετικής βαλβίδας με μέση κλίση πίεσης δια της προσθετικής βαλβίδας 26mmHg. Λόγω πρόσφατης ανεπαρκούς αντίτηξης έγινε έναρξη αγωγής με ενδοφλέβια ΜΚΗ και ακετυλοσαλικυλικό οξύ χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση, ενώ ακολούθως η καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση απορρίφθηκε λόγω υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Εν συνεχεία, η ασθενής εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια με αναπνευστική κόπωση και διασωληνώθηκε, οπότε αποφασίστηκε η διενέργεια θρομβόλυσης με αλτεπλάση. Αποτελέσματα Παρά την αρχική κλινική και ηχωκαρδιογραφική βελτίωση (πλέον με μέση κλίση πίεσης δια της προσθετικής βαλβίδας 4mmHg), πολύ σύντομα διαπιστώθηκε πολυοργανική ανεπάρκεια και ψυχρότητα του δεξιού κάτω άκρου, αποτελέσματα πολλαπλών περιφερικών εμβόλων, με την ασθενή να καταλήγει μέσα στα επόμενα 24ωρα. Συμπεράσματα Οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ αποτελούν τη μόνη ενδεδειγμένη θεραπεία για την πρόληψη της θρόμβωσης των μεταλλικών βαλβίδων. Η θρομβόλυση με παρουσία θρόμβων εντός των αριστερών κοιλοτήτων ενέχει μεγάλο κίνδυνο περιφερικών εμβόλων, οι οποίες είναι πιο συχνές σε ΝΥΗΑ III-IV, στην κολπική μαρμαρυγή και όταν ο θρόμβος είναι μεγαλύτερος από 1cm².

**ΣΑΒΒΑΤΟ
2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024**

**SATURDAY,
NOVEMBER 2nd 2024**

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Προφορικές Ανακοινώσεις / Oral presentations

09.00-10.00 Επεμβατική καρδιολογία II / Interventional Cardiology II

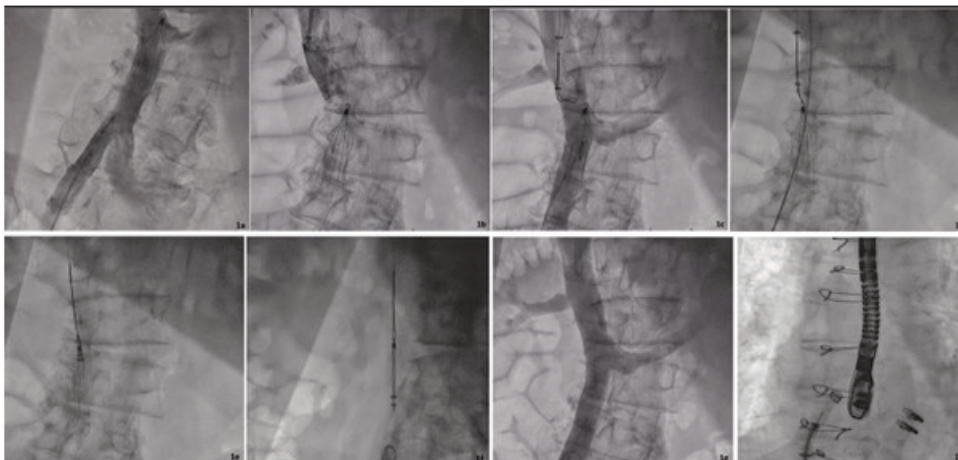
Πρόεδροι: **Στ. Πετούσης** (Ηράκλειο), **Γ. Τριάντης** (Αθήνα)
 Chairpersons: **St. Petousis** (Herakleion), **G. Triantis** (Athens)

ΠΑ143 | Ταυτόχρονη αφαίρεση (extraction) φίλτρου κάτω κοιλής φλέβας (IVC-Filter) και διακαθετηριακή επιδιόρθωση σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας (TEER)

Δ. Μπαρλαγιάννης¹, Π. Ηλιάκης¹, M. Haude¹

¹ Medical Clinic I, Rheinland Klinikum Neuss GmbH, Lukaskrankenhaus, Neuss, Germany, Preußenstraße 84, 41464 Neuss, Amtsgericht Neuss, HRB 4643

Ιστορικό Ένας άνδρας 80 ετών, με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας που αντιμετωπίστηκε με CABG πριν από 14 χρόνια, εισήχθη στο νοσοκομείο μας με κλινικά σημεία και συμπτώματα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (NYHA III-IV). Η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε διάχυτη υποκινησία της αριστερής κοιλίας (LVEF 25%), ελαφρώς αυξημένο μέγεθος αριστερής κοιλίας (LVEDD 52mm, EDVI 56ml/m²) και σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς, η οποία επιβεβαιώθηκε από το διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα που κατέδειξε την παρουσία σχισμής στο τμήμα P2. Η στεφανιογραφία έδειξε σοβαρή εγγύς στένωση στην RCA που αντιμετωπίστηκε με PCI με εμφύτευση DES, βατή LIMA προς LAD και αποφραγμένο φλεβικό μόσχευμα στο RM. Η απόφαση της καρδιολογικής ομάδας του νοσοκομείου μας ήταν να αντιμετωπιστεί ο ασθενής



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

με TEER με MitraClip (Abbott) λόγω της υψηλής περιεγχειρητικής θνησιμότητας. Επέμβαση Μετά την εισαγωγή ενός φλεβικού καθετήρα 8F στη δεξιά μηριαία φλέβα (Εικόνα 1α), διαπιστώθηκε η παρουσία φίλτρου κάτω κοιλίας φλέβας (IVCF), το οποίο δεν είχε αρχικά καταγραφεί στο ιστορικό του ασθενούς. Αποφασίστηκε η αφαίρεση του IVCF, καθώς η παρουσία IVCF θα αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα για το TEER. Μετά την εισαγωγή φλεβικού θηκαριού 11F στη δεξιά σφαγίτιδα (Εικόνα 1β), έγινε προώθηση ενός Snare Retrieval kit 20mm (Εικόνα 1γ). Ταυτόχρονα, εισήχθη, μέσω ενός καθετήρα 5F Pigtail, μέσω της μηριαίας πρόσβασης, ένα σύρμα οδηγός Amplatzer 0,35x260cm, προκειμένου να ευθυγραμμιστεί το φίλτρο IVC για τη βέλτιστη σύλληψη του γάντζου (hook) του φίλτρου (Εικόνα 1γδ). Αυτό ήταν απαραίτητο για την κινητοποίηση του φίλτρου από το τοίχωμα της IVC και την ευκολότερη ανάσυσή του (Εικόνα 1ε). Το φίλτρο IVC μειώθηκε στο ελάχιστο μέγεθος, αποκολλήθηκε πλήρως από τα τοιχώματα της IVC (Εικόνα 1στ) και εξήλθε με επιτυχία (Εικόνα 1ζ). Κατά τη διάρκεια των προσπαθειών, παρατηρήθηκε σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης, λόγω προσωρινής στένωσης της IVC, που αποδίδεται κυρίως στην ενδοθηλιοποίηση και την ενσωμάτωση του IVCF στο τοίχωμα της IVC και τη συνακόλουθη μείωση του προφορτίου. Αυτό αντιμετωπίστηκε με την υποστήριξη του όγκου με ενδοφλέβια υγρά και τη χρήση του ελιγμού "pull and relieve" μέχρι την εξαγωγή της IVCF. Συμπεράσματα Μετά την επιτυχή αφαίρεση του φίλτρου κάτω κοιλίας φλέβας, προχωρήσαμε σε επιτυχή εμφύτευση δύο MitraClips, χωρίς μετεγχειρητική ανεπάρκεια μιτροειδούς και με μέση PG 4mmHg (Εικόνα 1η). Η κλινική αυτή περίπτωση δείχνει τη σημασία της φλεβικής αγγειογραφίας πριν από την επέμβαση MitraClip, καθώς μπορεί να αποκαλύψει ανατομικές ή δομικές δυσκολίες που μπορεί να πρέπει να ξεπεράσουμε, και ότι η ταυτόχρονη εξαγωγή φίλτρου IVC και η εμφύτευση MitraClip είναι τόσο ασφαλής όσο και εφικτή, προς την

ΠΑ144 | **Επαναγγείωση σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας: Πότε;**

**Δ. Κυριακοπούλου¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Δ. Οικονόμου¹, Δ. Τζάλας¹,
Η. Ν. Παπαδοπούλου¹, Α. Παππάς¹, Δ. Σταλίκας¹, Α. Τρίκας¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η στεφανιαία νόσος (CAD) και η στένωση της αορτικής βαλβίδας (AS) συχνά συνυπάρχουν εξαιτίας κοινών παραγόντων κινδύνου. Ο βέλτιστος χρόνος διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) στους ασθενείς με ένδειξη για διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR) παραμένει αμφιλεγόμενος. Η επαναγγείωση μετά τη TAVR κερδίζει έδαφος σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κυρίως λόγω του θεωρητικά ασφαλέστερου αιμοδυναμικού προφίλ και του μειωμένου αιμορραγικού κινδύνου. Παρουσιάζουμε την εμπειρία από το δικό μας κέντρο. Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλάβαμε 167 διαδοχικούς ασθενείς με σοβαρή AS που υποβλήθηκαν σε TAVR στο ΓΝΑ «Ευαγγελισμός». Η διάμεση ηλικία ήταν τα 82 έτη, ενώ 28 ασθενείς (16.7%) υποβλήθηκαν σε PCI, προ ή κατά τη διάρκεια της TAVR (82% και 18%, αντιστοίχως). Αποτελέσματα: Το μέσο διάστημα μεταξύ της επαναγγείωσης και της επέμβασης TAVR ήταν οι 55 ημέρες. Το 46.4% των επεμβάσεων PCI ήταν σύμπλοκες και το Com-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

plex High-Risk Indicated PCI (CHIP) Score ήταν ≥ 3 και ≥ 5 στο 75% και 38% των ασθενών, αντιστοίχως. Οι βλάβες αφορούσαν βλάβες στελέχους (21%), εγγύς προσθίου κατιόντα κλάδου (39%), εγγύς περισπωμένης αρτηρίας (7%) και εγγύς δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (10.7%). Εντονα αβεστωμένες βλάβες αντιμετώπιστηκαν με την χρήση περιστροφικού αθροτόμου (14.3%) ή ενδοστεφανιαίας λιθοτριψίας (14.3%). Παρά την πολυπλοκότητα των PCI σε έδαφος σοβαρής AS, δεν παρατηρήθηκε κανένα συμβάν αιμοδυναμικής αστάθειας ή επιδείνωσης. Τουναντίον, σημειώθηκε μία περίπτωση αιμοδυναμικά ασταθούς ασθενούς, ο οποίος παρουσίασε σημαντική αιμοδυναμική βελτίωση μετά την επαναγγείωση, και κατέστη συνεπώς εφικτό να υποβληθεί επιτυχώς σε επέμβαση TAVR. Στην πλειονότητα των επεμβάσεων PCI σημειώθηκε ανεπίπλεκτη ενδοοσσοκομιακή πορεία, πλην 2 ασθενών (7%) που παρουσίασαν περιεπεμβατική μυοκαρδιακή ισχαιμία. Επιπλέον, μελετήθηκαν οι ενδοοσσοκομιακές αιμορραγικές επιπλοκές στους TAVR ασθενείς, χωρίς να σημειωθεί ωστόσο αυξημένος αιμορραγικός κίνδυνος σε όσους υποβλήθηκαν σε PCI προ ή κατά τη διάρκεια της TAVR, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν επαναγγειώθηκαν ($p=0.794$). Συμπεράσματα: Η διεξαγωγή PCI προ ή κατά τη διάρκεια της TAVR σε ασθενείς με σοβαρή AS εμφανίζει χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών ενδοοσσοκομιακά, ακόμη και όταν αφορά σύμπλοκες βλάβες. Επιπρόσθετα, ο αιμορραγικός κίνδυνος είναι παρόμοιος στους ασθενείς με TAVR ανεξαρτήτως της ανάγκης διεξαγωγής PCI. Απαιτούνται περαιτέρω τυχαιοποιημένες μελέτες για να διευκρινιστεί ο βέλτιστος χρόνος επαναγγείωσης σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε TAVR.

ΠΑ145 | Καταγραφή διάνοιξης χρόνιων ολικών αποφράξεων από το αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας
K. Manousopoulos¹, P. Varelas¹, K. Filippou¹, D. Karelis¹, I. Papadopoulos², P. Siliogkas², I. Tsiafoutis²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή Από το registry του αιμοδυναμικού εργαστηρίου του Νοσοκομείου μας ανακοινώνουμε την καταγραφή διάνοιξης των επεμβάσεων χρόνιων ολικών αποφράξεων για το διάστημα 22/6/2023 έως 21/06/2024 (12 μήνες). Σκοπός-Υλικά Πραγματοποιήθηκαν 128 επεμβάσεις. Από τα δημογραφικά στοιχεία μας ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών μας ήταν 65.9 έτη. Άνδρες ήταν το 90.4% του δείγματος και γυναίκες το 9.6%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των επεμβάσεων αφορούσε την δεξιά στεφανιαία αρτηρία ποσοστό 52,1%, τον Πρόσθιο Κατιόντα με 29% και την περισπώμενη αρτηρία με ποσοστό 18,9%. Ο μέσος όρος του συνολικού χρόνου ακτινοσκόπησης ήταν 29,5 λεπτά., με airkerma 2459. Με μέση διάρκεια επέμβασης 1 ώρα και 17 λεπτά. Η μέση ακτινοβολήση ήταν 289,4 DAP. Η μέση ποσότητα σκιαγραφικού που χορηγήθηκε ήταν 327ml. Αποτελέσματα Το μεγαλύτερο ποσοστό επεμβάσεων ήταν από την ορθόδρομη προσπέλαση AW, και η τελική επιτυχής προσπέλαση 59% AWE, 22% ADR, 11% Retrogradedissection reentry και 8% RWE. Το μέσο ποσοστό δυσκολίας J-CTOscore ήταν 3.45. Τα ποσοστά επιτυχίας του εργαστηρίου μας ήταν 85% στη διάνοιξη των χρόνιων ολικών απο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

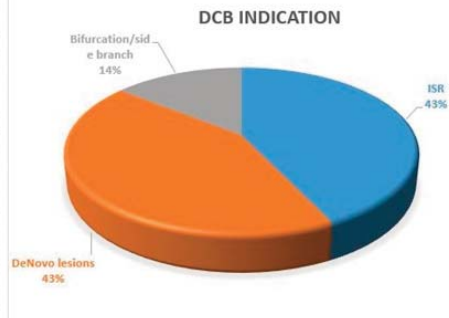
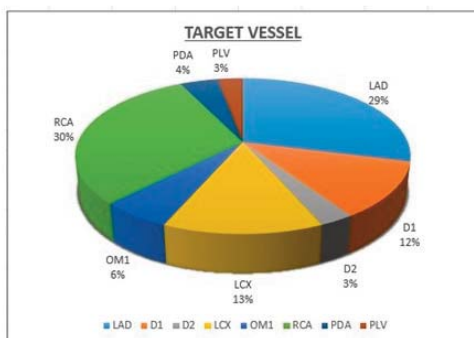
φράξεων. Όσον αφορά τις επιπλοκές οι θάνατοι ήταν 0 και διενεργήθηκαν 2 περικαρδιοκεντήσεις 0.015% με επιτυχή έκβαση. Συμπεράσματα Τα αποτελέσματα της καταγραφής επιβεβαιώνουν την μεγάλη ανάπτυξη του κέντρου μας. Επιβεβαιώνεται καταρχήν ο μεγάλος όγκος επεμβάσεων διάνοιξης χρονίων ολικών αποφράξεων που διενεργούνται με επιτυχία. 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 ProgressC-TORegistry.

ΠΑ146 | Επικαλυμμένα με αντιπρωκτικό φάρμακο μπαλόνια αγγειοπλαστικής (DCB): Μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος αντιμετώπισης βλαβών στα στεφανιαία αγγεία. Η εμπειρία του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου του κέντρου μας

**Φ. Τουλγαριδής¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Ν. Τσιάμης¹, Κ. Σάσσαλος¹,
Θ. Ρούτουλας¹, Ν. Καρανικόλας¹, Ι. Καντζής¹, Σ. Τζώρτζης¹, Ι. Ανδρέου¹,
Σ. Νικολαΐδου¹, Σ. Κραμποκούκη¹, Α. Μπαλαγιάννη¹, Α. Τσώνη¹, Μ. Στόφα¹,
Γ. Τριάντης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα επικαλυμμένα με αντιπρωκτικό φάρμακο μπαλόνια αγγειοπλαστικής (DCB) αποτελούν μία νέα συσκευή αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου (CAD). Πλεονεκτούν έναντι των ενδοστεφανιαίων προθέσεων 3ης γενιάς (DES) ως προς την αναδιαμόρφωση του αγγείου, τη διατήρηση της αγγειοκινητικότητας, τη βράχυνση του χρόνου λήψης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, καθώς και την καθυστερημένη απώλεια του αυλού. Από τις κατευθυντήριες οδηγίες έχουν ένδειξη ΙΑ σε in stent (DES, BMS) επαναστένωση (ISR). Πρόσφατες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές (RCTs) αποδεικνύουν την μη κατωτερότητά τους συγκριτικά με τα DES στην αντιμετώπιση της νόσου μικρών αγγείων (διάμετρος <3mm) καθώς και στις βλάβες διχασμού. Υλικό και μέθοδος: Στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του κέντρου μας,



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

χρησιμοποιούμε DCB με πακλιταξέλη. Καταγράψαμε τις επεμβατικές πράξεις των τελευταίων 7 μηνών όπου τοποθετήθηκαν DCB και αναλύσαμε τα δεδομένα για την εφαρμογή τους. Η παρούσα καταγραφή αποτελεί μία από τις πρώτες προσπάθειες παρουσίασης δεδομένων σχετικά με τη χρήση DCB στη χώρα μας. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 49 ασθενείς (μέση ηλικία 64.65 έτη) με CAD (71% χρόνια και 29% οξεία στεφανιαία σύνδρομα), οι οποίοι υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία και επακολούθως εναποτέθηκαν DCB. Καταγράψαμε: 1) το αγγείο-στόχο επαναγγείωσης (TVR), 2) το μέγεθος του επιλεγμένου DCB, 3) την ένδειξη εφαρμογής του και 4) την ανάγκη εμφύτευση DES τελικώς. Στη πλειοψηφία των ασθενών, TVR ήταν η Δεξιά Στεφανιαία Αρτηρία (RCA: 30%) και ακολούθως ο Πρόσθιος Κατιών Κλάδος (LAD: 29%). Αναφορικά με το μέγεθος του επιλεγμένου DCB, χρησιμοποιήθηκαν κατά φθίνουσα σειρά: 2.5mm (39%), 3.00mm (33%), 3.5mm (26%) και 2.75mm (2%). Οι ενδείξεις αφορούσαν: 43% την ISR, 43% de novo βλάβες, 14% βλάβες διχασμού. Τελικώς σε 2/49 ασθενείς έγινε εμφύτευση DES λόγω μη καλού αποτελέσματος των DCB (4%). Συμπεράσματα: Τα DCB προβάλλουν ως ασφαλής εναλλακτική των DES σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, ακόμα και σε de novo βλάβες. Πριν την τοποθέτησή τους, πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά το προφίλ των ασθενών καθώς και τα χαρακτηριστικά των βλαβών (διάμετρος αγγείου, βλάβες διχασμού, ασβέστωση κ.ά.) τα οποία ενδεχομένως προδιαθέτουν σε πιθανή επαναστένωση ή θρόμβωση των DES. Η εμπειρία του Κέντρου μας δείχνει ότι ακόμα και σε αγγεία διαμέτρου >mm, η τοποθέτηση DCB συνιστά μία αξιόπιστη επιλογή. Απαιτούνται περισσότερες RCTs με μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους.

ΠΑ147 | **ΤΟ ΚΥΝΗΓΙ ΤΟΥ ΧΑΜΕΝΟΥ ΘΗΣΑΥΡΟΥ ΣΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ**

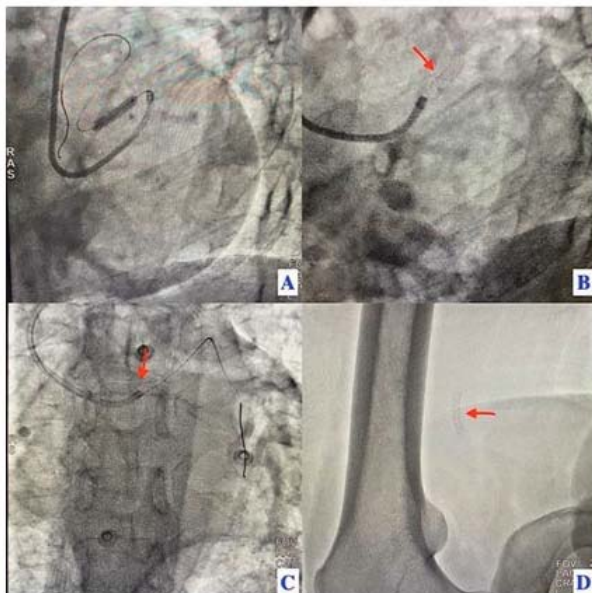
Μ. Μουτάφη¹, Μ. Αμπελιώτης¹, Ι. Σταυρινούδης¹, Α. Παρασκευά¹, Δ. Αφενδούλης¹, Σ. Βουγαζιανός¹, Π. Βούτας¹, Σ. Γαρουφαλής¹, Ν. Σμυρνιούδης¹, Α. Καρτάλης¹, Μ. Βορριά¹, Ν. Παπαγιάννης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ σκοπός: σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού απώλειας στεφανιαίας ενδοπρόθεσης ως επιπλοκής διαδερμικής αγγειοπλαστικής. Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 52 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω πρωτοεμφανιζόμενων στηθαγχικών ενοχλημάτων. Υπεβλήθη σε στεφανιογραφία η οποία ανέδειξε 90% στένωση εγγύς στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD). Έγινε προδιαστολή ενός ημιδιατατού μπαλονιού 2.5x12mm και προωθήθηκε χωρίς δυσκολία ένα drug eluting stent 3.5x18mm στο σημείο της στένωσης. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια έκπτυξης του, ο ασθενής απέσυρε ακούσια το αριστερό χέρι λόγω έντονου παροξυσμικού βήχα. Αποτελέσματα: Η ακούσια κίνηση οδήγησε σε απώλεια του οδηγού καθετήρα και του σύρματος μαζί με το εκπτυγμένο stent (εικόνα 1Α), το οποίο απεικονίστηκε στο στέλεχος (εικόνα 1Β). Αφού επανατοποθετήθηκε ο οδηγός καθετήρας στο στέλεχος, έγινε προσπάθεια προώθησης σύρματος διαμέσου του stent με σκοπό την διαστολή μπαλονιού μετά το stent και την en-bloc απόσυρση του οδηγού καθετήρα και του καθετήρα μπαλονιού. Ωστόσο

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



δεν κατέστη αυτό εφικτό καθώς τόσο ο οδηγός καθετήρας όσο και το σύρμα προωθούνταν κάτω από το εκπτυγμένο stent (εικόνα 1C). Οι παραπάνω χειρισμοί είχαν σαν αποτέλεσμα την απώλεια του stent πιθανά στην αορτή. Στη συνέχεια έγινε αγγειοπλαστική της βλάβης του LAD με έκπτυξη ενός DES 3.5X18mm στην ενόχρη βλάβη. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός και με ακτινοσκόπηση ελέγχθηκε όλη η αορτή προκειμένου να εντοπιστεί το “χαμένο” stent, το οποίο απεικονίστηκε στην αριστερή κοινή μηριαία αρτηρία (εικόνα 1D). Συμπέρασμα: Η απώλεια των stent αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή των αγγειοπλαστικών με επίπτωση <1%. Βιβλιογραφικά δεδομένα και σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης δεν

υπάρχουν. Στην περίπτωση που το stent βρίσκεται στο στέλεχος, η ορθότερη προσέγγιση είναι η αφαίρεση αυτού με τεχνικές snaring. Όσον αφορά τον εμβολισμό του στα εγκεφαλικά αγγεία και τις καρωτίδες, η αφαίρεση του κρίνεται επίσης απαραίτητη. Αν το “χαμένο” stent βρίσκεται στο ύψος των μηριαίων αρτηριών και κάτωθεν, τότε η συντηρητική προσέγγιση είναι αποδεκτή. Στην περίπτωση του ασθενούς μας, η ακτινοσκόπηση επιβεβαίωσε την θέση του “χαμένου” stent στην αριστερή κοινή μηριαία αρτηρία καθιστώντας την επιλογή της συντηρητικής αντιμετώπισης ως την ορθότερη προσέγγιση. Ένα χρόνο μετά ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός.

ΠΑ148 | Το φύλο επιδρά στην συσχέτιση μεταξύ των λειτουργικών δοκιμασιών ανίχνευσης ισχαιμίας και αγγειογραφικών ευρημάτων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία: Αρχικά αποτελέσματα από καταγραφή τριτοβάθμιου κέντρου

Σ. Λιναρδάκης¹, Δ. Ντιλιούδη¹, Ν. Κατσίλλης¹, Α. Καλέση¹, Μ. Καρακώστα¹, Ν. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Μπούσουλα¹, Α. Δημόπουλος¹, Ν. Κάσινος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹, Γ. Γαβριελάτος¹, Ν. Πατσουράκος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

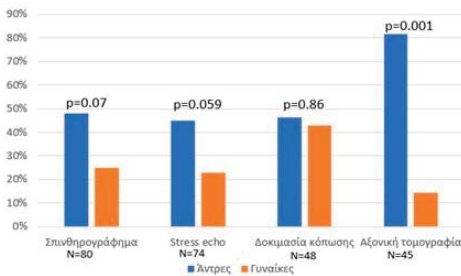
² Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας «Δ. Μπελντέκος», Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός Διαφορές στην παθοφυσιολογία της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης μεταξύ γυναικών και ανδρών έχουν καταγραφεί χωρίς να αποσαφηνιστούν πλήρως. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση αντρών και γυναικών αναφορικά με τη συσχέτιση των μεθόδων ισχαιμίας και μη επεμβατικής απεικόνισης με τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Υλικό/μέθοδος Το δείγμα αποτέλεσαν άντρες και γυναίκες ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν προγραμματισμένα σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά Τζάνειο από τον 1/2024 έως τον 5/2024 έπειτα από παραπομπή λόγω θετικής δοκιμασίας κόπωσης, ελέγχου ισχαιμίας ή αξονικής στεφανιογραφίας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε αναλόγως με την κατανομή των δεδομένων των μεταβλητών, οπότε και διενεργήθηκαν τα ανάλογα παραμετρικά ή μη παραμετρικά τεστ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0.05$. Αποτελέσματα Στη μελέτη συμμετείχαν 223 ασθενείς εκ των οποίων οι άντρες ασθενείς ήταν 166 (74.4%) με μέση ηλικία τα 64.9 έτη (± 9.6), ενώ οι 57 γυναίκες (25.6%) είχαν μέση ηλικία τα 66.2 έτη (± 9.5). Οι άντρες ασθενείς ήταν πιο συχνά καπνιστές και είχαν γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου σε αντίθεση με τις γυναίκες που εμφάνιζαν πιο συχνά αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, ενώ δε φάνηκε να υπάρχει διαφορά στα λοιπά βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 1). Στο σύνολο, οι άντρες φάνηκε να έχουν καλύτερη συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων με τα στεφανιογραφικά ευρήματα [συσχέτιση σε $n=89/166$ (53.6%) έναντι $15/57$ (26.3%) αντίστοιχα, $p < 0.001$]. Πιο συγκεκριμένα, από αυτούς που είχαν παραπεμφθεί λόγω θετικού stress echo ($n=74$), οι άντρες

είχαν πιο συχνά συσχέτιση (48%) σε σχέση με τις γυναίκες (25%), χωρίς όμως οριακά να φτάνει τη στατιστική σημαντικότητα ($p=0.059$). Ομοίως και στους ασθενείς που είχαν παραπεμφθεί με θετικό σπινθηρογράφημα ($n=80$), οριακά η συσχέτιση στους άντρες δεν έφτασε τη στατιστική σημαντικότητα (44.8% έναντι 22.7% αντίστοιχα, $p=0.07$). Δεν υπήρχε διαφορά στους ασθενείς που είχαν παραπεμφθεί λόγω θετικής δοκιμασίας κόπωσης ($n=48$) (συσχέτιση στους άντρες 46.3% έναντι 42.9% στις γυναίκες, $p=0.86$). Τέλος, στους ασθενείς με θετική αξονική στεφανιογραφία ($n=45$) η συσχέτιση ήταν πιο συχνή στους άντρες από ότι στις γυναίκες (81.6% έναντι 14.3% αντίστοιχα, $p=0.001$, Fisher's Exact Test). Συμπεράσματα Οι άντρες ασθενείς είχαν πιο συχνά συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων, ιδιαίτερα του stress echo, του σπινθηρογραφήματος και της αξονικής στεφανιογραφίας με τον στεφανιογραφικό έλεγχο συγκριτικά με τις γυναίκες.



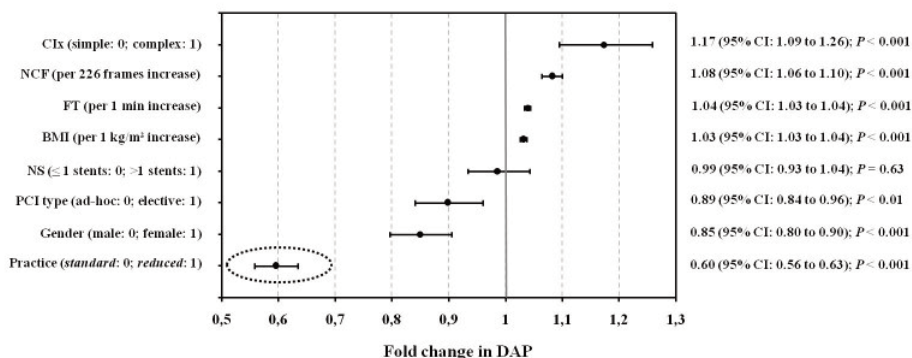
	Ανδρες (n=166)	Γυναίκες (n=57)	p-value
Τυπική στηθάγχη (n %)	26 (15.7%)	13 (22.8%)	p=0.22
Κλάσμα εξώθησης % (μέσος \pm τυπική απόκλιση)	56.6 (± 5.4)	56.8 (± 6.5)	p=0.77
Γνωστό στεφανιαίο νόσο (n %)	51 (30.7%)	8 (14.0%)	p=0.014
Ένεργοι καπνιστές (n %)	70 (42.2%)	15 (26.3%)	p=0.03
Αρτηριακή υπέρταση (n %)	115 (69.3%)	36 (63.2%)	p=0.39
Δυσλιπιδαιμία (n %)	128 (77.1%)	38 (66.7%)	p=0.12
Σακχαρώδης διαβήτης (n %)	59 (35.5%)	20 (35.1%)	p=0.95
Θετικό οικογενειακό ιστορικό (n %)	26 (15.7%)	9 (15.8%)	p=0.98
Παχυσαρκία (n %)	22 (13.3%)	19 (33.3%)	p=0.001

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

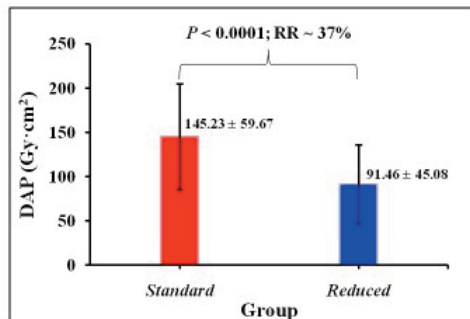
ΠΑ149 | ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ
Χ. Μπούσης¹, Ε. Παππά¹, Α. Κότσια¹, Ε. Τζίμα¹, Π. Καρανίκης¹, Α. Κοσοβίτσας¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός Οι διαδικασίες PCI (percutaneous coronary interventions) συνδέονται με υψηλά επίπεδα έκθεσης του προσωπικού σε ακτινοβολία, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο τόσο για στοχαστικά όσο και για καθορισμένα αποτελέσματα. Η μείωση του ρυθμού παλμών κατά την ακτινοσκόπηση και η αύξηση του περιορισμού των διαφραγμάτων δύναται να συμβάλουν στη μείωση της έκθεσης σε ακτινοβολία. Στόχος της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης των ανωτέρων μέτρων στο γινόμενο δόσης-επιφάνειας (DAP, dose-area product) κατά τη διάρκεια PCI σε ένα αγγείο. Υλικό & Μέθοδος Αναδρομικά εξετάστηκαν δύο γκρουπ ασθενών που υποβλήθηκαν σε PCI με δύο πρακτικές: το standard γκρουπ, στο οποίο διενεργήθηκε ακτινοσκόπηση με 15 παλμούς ανά δευτερόλεπτο και περιορίστηκαν τα διαφράγματα κατά το σύνηθες, και το reduced γκρουπ με 7.5 παλμούς ανά δευτερόλεπτο και περιορισμό των διαφραγμάτων κατά το μέγιστο δυνατό. Το DAP, ο χρόνος ακτινοσκόπησης και ο αριθμός των αγγειογραφικών λήψεων (NCF, number of cineangiography frames) συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο γκρουπ. Ακολούθως, εξετάστηκε η επίδραση των σημαντικότερων κλινικών και τεχνικών μεταβλητών στο DAP μέσω μοντέλου πρόβλεψης βάσει πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης. Αποτελέσματα Το DAP βρέθηκε στατιστικά μικρότερο στο reduced γκρουπ σε σχέση με το standard (91.46 ± 45.08 Gy·cm² vs 145.23 ± 59.67 Gy·cm², $P < 0.0001$). Παρόλο που δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο ακτινοσκόπησης μεταξύ τους (reduced: 10.3 ± 5.6 λεπτά έναντι standard: 11.1 ± 5.3 λεπτά, $P = 0.09$), ο NCF ήταν σημαντικά υψηλότερος στο reduced (1162 ± 304 έναντι 936 ± 363 , $P < 0.0001$) λόγω διαφοράς στο επίπεδο εμπειρίας μεταξύ των πρώτων επεμβατιστών. Η πολυμεταβλητή ανάλυση ανέδειξε ότι η εφαρμογή της reduced πρακτικής αποτελεί τον πιο επιδραστικό παράγοντα στη μείωση του DAP. Έπειτα από προσαρμογή μέσω συμμεταβλητής ανάλυσης, το DAP μειώθηκε κατά ~39% εφαρμόζοντας τη reduced πρακτική. Συμπεράσματα Η μείωση του ακτινοσκοπικού ρυθμού παλμών από 15 σε 7.5 και η αύξηση περιορισμού των διαφραγμάτων κατά



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



το μέγιστο δυνατό, συνιστούν μια εύχρηστη, αποτελεσματική, και χωρίς κόστος πρακτική για τη μείωση του DAP κατά τη διάρκεια της PCI σε ένα αγγείο. Περαιτέρω μείωση αναμένεται αν οι διαδικασίες στα συγκρινόμενα γκρουπ διεξαχθούν από τον ίδιο επεμβατιστή.

ΠΑ150 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΠΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΧΑΜΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΜΕΣΩ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ
N. Παπαιωάννου¹, N. Γιάνναινας², Γ. Μπούρας², A. Ιωαννίδης³, Δ. Τσουνής², A. Καρκαμάνης², Φ. Σκουφής², A. Παπαναστασίου², Χ. Κούρεκ², Π. Παναγιωτόπουλος², Κ. Λαζαρίδης², Σ. Παπαιωάννου⁴, Δ. Καλπάκος²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑΣ,

⁴ Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΚΟΠΟΣ Η προφυλακτική χορήγηση βενζοδιαζεπινών και οπιοειδών αποτελεί μια καθιερωμένη μέθοδο για την αντιμετώπιση του σπασμού της κερκιδικής αρτηρίας και της δυσφορίας, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διαδερμικό καθετηριασμό της αριστερής καρδιάς. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε τον ρόλο της πεθιδίνης στην πρόληψη σπασμού της κερκιδικής αρτηρίας, το βαθμό της δυσφορίας των ασθενών, και την ανταπόκριση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στη διάρκεια καθετηριασμού μέσω κερκιδικής προσπέλασης. ΜΕΘΟΔΟΙ Πρόκειται για μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή μελέτη. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα Α με χορήγηση 0,25 mg πεθιδίνης και ομάδα Β με χορήγηση φυσιολογικού ορού. Η ΑΠ μετρήθηκε, ακριβώς πριν από την εισαγωγή του θηκαριού της κερκιδικής αρτηρίας (BP pre) και 30 λεπτά μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας (BP post). Η απόκριση της ΑΠ υπολογίστηκε ως η διαφορά των δύο τιμών $\Delta P = BP_{post} - BP_{pre}$. Ο αρτηριακός σπασμός εκτιμήθηκε βάσει της δυσχέρειας πρόωθησης ή το βαθμό εναλλαγής μεταξύ διαφόρων τύπων καθετήρων, βάσει αναφοράς του κύριου χειριστή με τη χρήση κλίμακας

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

CHUGH. Η κλίμακα Visual Analog Scale (VAS) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του βαθμού της αντιλαμβανόμενης από τον ασθενή δυσφορίας. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Στη μελέτη συμμετείχαν 124 ασθενείς, 69 στην ομάδα Α και 55 στην ομάδα Β. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 65,9 έτη, με μέση διάρκεια επέμβασης 27 λεπτά, ενώ το προχώρησαν σε αγγειοπλαστική το 24% των ασθενών. Οι χειριστές δεν ανέφεραν προβλήματα στους χειρισμούς του καθετήρα (CHUGH O) στο 67% των ασθενών της ομάδας Α έναντι του 38% των ασθενών της ομάδας Β. Το 64% των ασθενών της ομάδας Α και το 21% των ασθενών της ομάδας Β δεν ανέφεραν κανένα σύμπτωμα (VAS 0). Η ΑΠ παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη δυσφορία του άλγους των ασθενών ($r=0,387$, $p=0,007$) καθώς και με τον αρτηριακό σπασμό ($r=0,245$, $p=0,023$). Η χορήγηση πεθιδίνης είχε αρνητική συσχέτιση με τις βαθμολογίες VAS ($r=-0,418$, $p=0,001$), την κλίμακα CHUGH ($r=-0,295$, $p=0,016$) και την απόκριση της αρτηριακής πίεσης ($r=-0,311$, $p=0,038$). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η χορήγηση χαμηλής δόσης πεθιδίνης πριν από τον καθετηριασμό της κερκιδικής αρτηρίας, εμφανίζει θετική τάση στην πρόληψη του σπασμού της κερκιδικής, στη μείωση της δυσφορίας του ασθενούς και στην απόκριση της ΑΠ.

ΠΑ151 | Σταδιοποίηση κινδύνου ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας βάσει της μη επεμβατικής εκτίμησης του όγκου πλάσματος τους: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Α. Παπάζογλου¹, Δ. Μωυσίδης³, Β. Αναστασίου⁴, Σ. Δάιος⁴, Β. Καμπερίδης⁴, Α. Ζιάκας⁴, Γ. Παννακούλας⁴

¹ Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

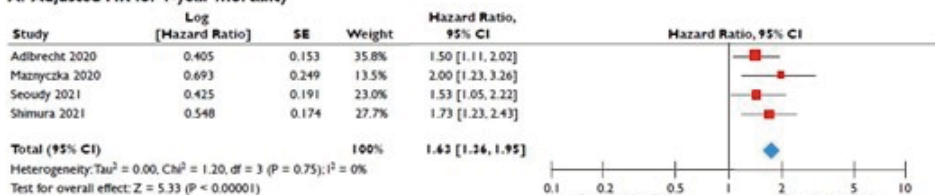
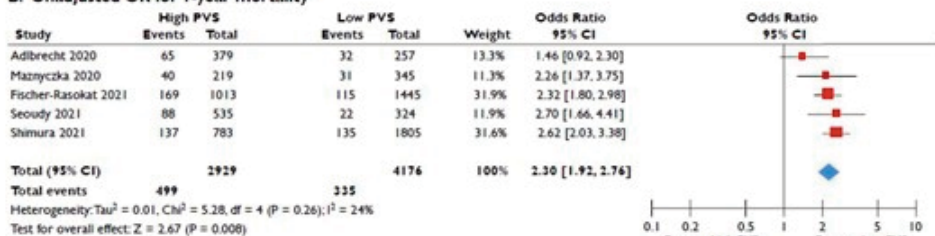
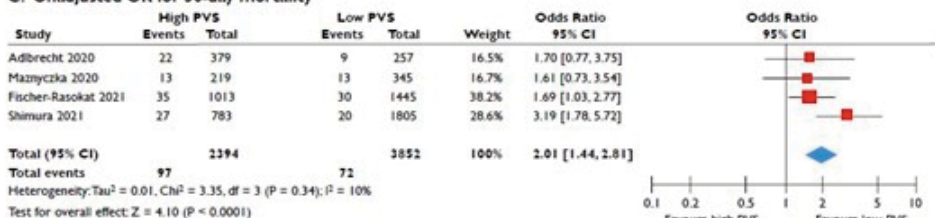
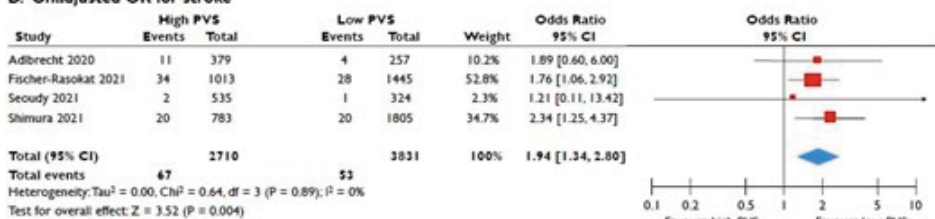
³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μη επεμβατική εκτίμηση του όγκου πλάσματος (plasma volume status, PVS) και άρα της ευβολαιμικής κατάστασης των νοσηλευόμενων ασθενών αποκτά ολοένα αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον σε καρδιαγγειακές και μη παθήσεις. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσουμε συστηματικώς και να συνθέσουμε τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τον προγνωστικό ρόλο της μέτρησης του PVS σε πληθυσμούς ασθενών υποβαλλόμενων σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve implantation, TAVI). Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη ακολούθησε προκαθορισμένο πρωτόκολλο συμφώνως των σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών για μετα-αναλύσεις (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7XY5G>). Μια εκτενής βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Web of Science έως την 1η Μαΐου 2024 με σκοπό την εύρεση μελετών σχετικών με την αξία μέτρησης του PVS για την πρόβλεψη κλινικών συμβαμάτων μετά από TAVI. Όπου κατέστη δυνατό, πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση για να ποσοτικοποιήσουμε

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

A. Adjusted HR for 1-year mortality**B. Unadjusted OR for 1-year mortality****C. Unadjusted OR for 30-day mortality****D. Unadjusted OR for stroke**

τους προσαρμοσμένους λόγους κινδύνου {adjusted hazard ratios [(a)HRs]} ή μη προσαρμοσμένους λόγους πιθανοτήτων (odds ratios, ORs) για τον κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβαμάτων μετά από την εκτέλεση της TAVI. Αποτελέσματα: Το PVS ποσοτικοποιεί την ποσοστιαία μεταβολή του αληθούς όγκου πλάσματος ενός ατόμου από τον ιδανικό όγκο πλάσματος, και υπολογίζεται βάσει των τιμών βάρους και αιματοκρίτη του καθώς και φυλο-εξαρτώμενων

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

σταθερών. Πέντε (5) μελέτες κρίθηκαν επιλέξιμες για την μετα-ανάλυση (σύνολο πληθυσμού=7.121 ασθενείς υποβαλλόμενοι σε TAVI, 65% γυναίκες, μέση ηλικία από 80,2 έως 84,3 έτη). Αυξημένος όγκος πλάσματος (υψηλό PVS) συσχετίστηκε -ανεξάρτητα από λοιπούς συγχυτικούς παράγοντες- με 63% αυξημένο κίνδυνο ολικής θνητότητας στον 1ο χρόνο (aHR=1.63 [1.36-1.95]; I²=0%) σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν χαμηλότερο PVS προ της διενέργειας TAVI. Επίσης, οι ασθενείς με τις υψηλότερες τιμές PVS είχαν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας στις 30 ημέρες, περι-επεμβατικού εγκεφαλικού επεισοδίου, μείζονος αιμορραγίας και οξείας νεφρικής βλάβης. Τέλος, δεν φάνηκε κάποια σημαντική συσχέτιση της κατηγοριοποίησης των ασθενών αναλόγως των τιμών PVS με τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονων αγγειακών επιπλοκών ή την ανάγκη τοποθέτησης βηματοδότη. Συμπεράσματα: Αυξημένος προ-επεμβατικός όγκος πλάσματος φαίνεται πως συσχετίζεται με την εμφάνιση περι-επεμβατικών και μακροπρόθεσμων επιπλοκών μετά από την διενέργεια TAVI. Προοπτικές μελέτες αναμένεται να δείξουν την κλινική χρησιμότητα της μέτρησης του PVS ως βιοδείκτη σταδιοποίησης κινδύνου και επιλογής υποψηφίων προς TAVI με απώτερο στόχο την περαιτέρω βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της.

ΠΑ152 | **Αποτελεσματικότητα και Ασφάλεια της Ενδαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL) σε Ανεπαρκώς Εκπτυγμένα Stents: Μετα-Ανάλυση**

Μ. Σαγρής¹, Κ. Τσιούφης¹, Ν. Πατσουράκος², Γ. Γαβριελάτος², Δ. Τούσουλης¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Α. Παπανικολάου¹, Ν. Κτενόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η τεχνολογία Ενδοαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL), η οποία διασπά το επιφανειακό και βαθύ ασβέστιο χρησιμοποιώντας τοπικά παλμικά ηχητικά κύματα πίεσης, αναδεικνύεται ως ένα υποσχόμενο εργαλείο για τα ανεπαρκώς εκπτυγμένα stents. Μέθοδος: Εξετάσαμε συστηματικά τις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane μέχρι τις 30 Μαρτίου 2024. Συλλέξαμε αγγειογραφικά δεδομένα (QCA) και δεδομένα ενδοστεφανιαίας απεικόνισης (OCT ή IVUS), εξετάζοντας τη μικρότερη διάμετρο στένωσης του stent (MDS), τη μικρότερη διάμετρο αυλού (MLD), την ελάχιστη επιφάνεια stent (MSA) και την ελάχιστη επιφάνεια αυλού (MLA) πριν και μετά την εφαρμογή της IVL. Η θνησιμότητα εντός του νοσοκομείου/30 ημερών και μακροπρόθεσμα, καθώς και τα MACE, αποτελούσαν τα σημεία ασφάλειας. Αποτελέσματα: Αυτή η μετα-ανάλυση περιέλαβε 26 μελέτες με 876 ασθενείς και 894 υπό θεραπεία βλάβες σε ανεπαρκώς εκπτυγμένα stent. Το συνολικό ποσοστό επιτυχίας της διαδικασίας IVL ήταν 93% (CI: 88%-96%, I²=29%), ενώ η θνησιμότητα εντός του νοσοκομείου/30 ημερών και μακροπρόθεσμα ήταν 1% (95% CI: 1%-4%, I²=0%) και 3% (95% CI: 2%-6%, I²=0) αντίστοιχα. Τα ποσοστά εμφράγματος μυοκαρδίου και εγκεφαλικού επεισοδίου εντός 30 ημερών ήταν 1% [(95% CI: 0 - 2%, I²=0%), (95% CI: 0 - 2%, I²=0%)] στα δύο καταληκτικά σημεία. Η βραχυπρόθεσμη επαναγγείωση της πρότερης βλάβης (TLR) ανήλθε περίπου 6% (95% CI: 3%-12%, I²=50%). Υπήρξε σημαντική αύξηση στη MDS (SMD: +50.53%, 95% CI: 41.97 έως 61.6, I²=94%) και στην MSA (SMD: +3.48, 95% CI: 2.53 έως -4.42, I²=71%) αμέσως μετά την εφαρμογή της IVL. Παρατηρή-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

θηκε επίσης σημαντική αύξηση στη MLD (SMD: +1.62, 95% CI: 1.26 έως 1.97, I2=92%) και στην MLA (SMD: +3.65, 95% CI: 3.21 έως 4.08, I2=0%). Οι μείζονες επιπλοκές της διαδικασίας ή οφειλόμενες στη συσκευή ήταν 2% (95% CI: 1%-5%, I2=0%) και 1% (95% CI: 0%-54%, I2=85%) αντίστοιχα. Παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά θρόμβωσης του stent (1%, 95% CI: 0%-2%, I2=0%), διαχωρισμών (1%, 95% CI: 1%-4%, I2=0%), διάτρησης αγγείου (1%, 95% CI: 1%-3%, I2=0%) και no reflow (0%, 95% CI: 0%-46%, I2=0%). Συμπέρασμα: Η IVL φαίνεται να είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική στρατηγική για τη θεραπεία των ανεπαρκώς εκπτυγμένων stent, χαρακτηριζόμενη από χαμηλά ποσοστά περιεγχειρητικών επιπλοκών.

ΠΑ153 | Μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα μετά από διακαθετηριακή αντικατάσταση τριγλώχινας βαλβίδας με το σύστημα Enoque
Κ. Σταθογιάννης¹, Μ. Χρυσοχέρης¹, Γ. Κουρκοβέλη¹, Γ. Παττακός¹, Δ. Αραβαντινός¹, Κ. Κατσιάνος¹, Ν. Μπουμπούλης¹, Ι. Νικολάου¹, Σ. Βουλγαρέλλης¹, Σ. Παττακός¹, Κ. Σπάργιας¹

¹ ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή/ Σκοπός Η διακαθετηριακή αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας (ΔΑΤΒ) είναι μια εναλλακτική θεραπεία για υψηλού χειρουργικού κινδύνου ή ανεγχείρητους συμπτωματικούς ασθενείς με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της τριγλώχινας. Υλικό και μέθοδος Στην παρούσα καταγραφή περιστατικών, αποτυπώνονται οι πρώτοι 5 ασθενείς με ανεπάρκεια της τριγλώχινας οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΔΑΤΒ με το σύστημα Enoque (Edwards Lifesciences) στην Ελλάδα μετά από την έγκρισή του σε Ευρώπη και Αμερική και παρουσιάζονται τα βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα. Αποτελέσματα Πέντε ασθενείς (όλοι σε NYHA IV) υποβλήθηκαν σε ΔΑΤΒ, με μέση ηλικία τα 72 έτη, μέσο Euroscore II 6,03%, μέσο Triscore 19,6% και η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (60%). Όλοι οι ασθενείς είχαν χεμαρρώδη ανεπάρκεια της τριγλώχινας, μέσο κλάσμα εξώθησης 52%, μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας 43mmHg και μέση διάμετρο της κάτω κοίλης φλέβας 25,2 εκατοστά. Όλες οι επεμβάσεις ολοκληρώθηκαν με επιτυχία, με επιτυχή εμφύτευση της βαλβίδας και με μέσο χρόνο ακτινοσκόπησης 23,77 λεπτά. Ένας ασθενής εμφάνισε παροδικό



πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό, ο οποίος ανετάχθηκε άνευ αγωγής και χωρίς ανάγκη για βηματοδότη. Στις 30 ημέρες, ένας θάνατος καταγράφηκε, σε ανοσοκατασταμένο ασθενή λόγω σηπτικού σοκ. Η ανεπάρκεια της τριγλώχινας σε όλους τους ασθενείς ήταν $\leq 1+$ και οι ασθενείς ήταν σε NYHA I/II. Συμπεράσματα Η καταγραφή των πρώτων περιστατικών με εμφύτευση της βαλβίδας Enoque σε υψηλού χειρουργικού κινδύνου ή ανεγχείρητους ασθενείς με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια δείχνει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται για να διαπιστωθεί η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ154 | Ενίσχυση της Επαναιμάτωσης σε ασθενή με STEMI και μεγάλο θρομβωτικό φορτίο με άμεση Ενδοστεφανιαία Θρομβόλυση: Επιστροφή στο μέλλον;**Γ. Ζορμπάς¹, Α. Νασουφίδου¹, Α. Σαμαράς¹, Π. Σταχτέας¹,
Ε. Καραγιαννίδης¹, Ν. Φραγκάκης¹, Γ. Κασίμης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ένας 64χρονος άνδρας με υπέρταση και διαβήτη τύπου II προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανάρπαση του διαστήματος ST (STEMI) εντός 2 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων (Εικόνα 1a). Του χορηγήθηκαν ασπιρίνη, τικαγρελόρη και 8000 μονάδες μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης ενδοφλέβια. Διενεργήθηκε επείγουσα στεφανιογραφία που έγινε μέσω της δεξιάς κερκιδικής αρτηρίας και ανέδειξε οξεία στομαχική θρομβωτική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας που σχετίζεται με το έμφραγμα (Εικόνα 1b) με ροή θρομβόλυσης στο έμφραγμα του μυοκαρδίου (TIMI) 0 σε ένα αριστερό μη επικρατές στεφανιαίο αρτηριακό δίκτυο. Με την διέλευση του σύρματος αγγειοπλαστικής, επιτεύχθηκε ροή στο αγγείο και αποκαλύφθηκε κριτική στένωση εγγύς της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με μεγάλο θρομβωτικό φορτίο (Εικόνα 1c). Για να αποφευχθεί η μικροαγγειακή περιφερική εμβολή και το φαινόμενο της μη επαναροής, χορηγήθηκαν άμεσα ενδοφλέβια Gr IIb/IIIa, τироφιμπάνη, 25μg/kg εφάπαξ και κατευθυνόμενα από τον οδηγό καθετήρα ενδοστεφανιαία θρομβόλυση με 10 mg αλτεπλάσης χωρίς την χρησιμοποίηση άλλων τεχνικών τροποποίησης του θρόμβου. Η αλτεπλάση επιλέχθηκε επειδή είναι ένα ινιδιοειδές ινωδολυτικό φάρμακο με σύντομο χρόνο ημιζωής (≈5 λεπτά). Μισή ώρα μετά την ενδοστεφανιαία θρομβόλυση, υπήρξαν αγγειογραφικά (Εικόνα 1d) και ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία ανέδειξαν επιτυχή επαναιμάτωση (Εικόνα 1e), με πλήρη διάλυση του θρόμβου (Εικόνες 1f-h). Ακολούθησε προδιάταση της στένωσης εγγύς της RCA με μαλακό μπαλόνι 3.0 x 15 mm και στην συνέχεια καθοδηγούμενη από ενδοστεφανιαίο υπέρηχο (IVUS) εμφύτευση ενός επικαλυμμένου με φάρμακο stent Resolute Onyx 5.0 x 18 mm (Εικόνα 1i). Εξαιρετικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα επιτεύχθηκε μετά από μεταδιαστολή με σκληρό μπαλόνι 6.0 x 8 mm (Εικόνα 1j), χωρίς σαφή παρουσία κυμάτων Q στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (Εικόνα 1k). Συμπερασματικά υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ενδεχόμενη αποτελεσματικότητα της συμπληρωματικής ενδοστεφανιαίας ινωδολυτικής θεραπείας κατά την διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, ειδικά σε ασθενείς με STEMI και μεγάλο θρομβωτικό φορτίο. Δύο φάσεις 3 κλινικών δοκιμών διερευνούν επί του παρόντος την αποτελεσματικότητα μειωμένων δόσεων είτε αλτεπλάσης (STRIVE, NCT03335839) είτε τενεκτεπλάσης (RESTORE-MI; ACTRN12618000778280).

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

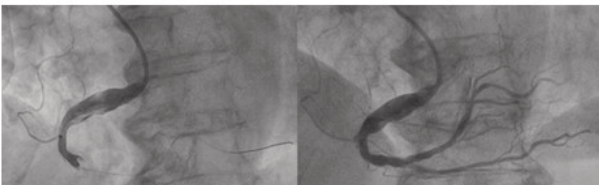
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ155 | **Θρομβοαναρρόφηση στη διάσωση****Μ. Μουρατίδου¹, Ε. Ιωαννίδης¹, Ε. Σιδηροπούλου¹, Ι. Καράλης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το περιστατικό αφορά γυναίκα ασθενή 78 ετών, η οποία διεκομίσθη από περιφερειακό νοσοκομείο λόγω κατώτερου εμφράγματος του μυοκαρδίου (STEMI) προς διασωστική αγγειοπλαστική (rescue PCI) λόγω ανεπιτυχούς θρομβόλυσης. Η ανεύρεση μεγάλου φορτίου θρόμβου στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία αποτέλεσε πρόκληση για την αντιμετώπιση της ασθενούς και την αποφυγή φαινομένου no reflow. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα ασθενής 78 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας προς rescue PCI λόγω κατώτερου STEMI. Από τη διαγνωστική στεφανιογραφία ανευρέθη στεφανιαία νόσος δύο αγγείων με ένοχη τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) η οποία ήταν εκτατικό αγγείο και ολικά αποφραγμένη στη μεσότητα. Έπειτα της προσπέλασης της βλάβης με οδηγό σύρμα και λόγω της παρουσίας μεγάλου φορτίου θρόμβου και αδυναμίας αποκατάστασης ροής μετά τις προδιαστολές με μπαλόνι, διενεργήθηκαν πολλαπλά περάσματα θρομβοαναρρόφησης με καθετήρα Export σε κάθε ένα εκ των οποίων, χρειάστηκε να αφαιρεθεί τόσο ο καθετήρας θρομβοαναρρόφησης, αλλά και ο οδηγός καθετήρας, λόγω μη επιστροφής αίματος μετά τις αναρροφήσεις. Σε κάθε έκπλυση του καθετήρα υπήρχαν κομμάτια ερυθρού θρόμβου παγιδευμένα τόσο στον οδηγό καθετήρα όσο και τον καθετήρα θρομβοαναρρόφησης. Παράλληλα, είχε γίνει έναρξη χορήγησης cangrelor ενδοφλεβίως. Αποτελέσματα: Με τις παραπάνω ενέργειες αποκαταστάθηκε TIMI III ροή κατά μήκος της RCA και των κλάδων αυτής, χωρίς εικόνα υπολειμματικής στένωσης. Με αυτό το δεδομένο αποφασίστηκε η αποφυγή τοποθέτησης πρόθεσης και ο επανέλεγχος σε δεύτερο χρόνο της RCA. Κατά τον επανέλεγχο, λόγω απουσίας υπολειπόμενης στένωσης και TIMI III ροής, δεν έγινε τελικά τοποθέτηση πρόθεσης. Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας του 2023 για τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα η χρήση θρομβοαναρρόφησης ως πράξη ρουτίνας δεν

έχει ένδειξη. Ωστόσο, σε περιπτώσεις μεγάλου υπολειπόμενου φορτίου θρόμβου μετά την αρχική προδιαστολή με μπαλόνι, η χρήση θρομβοαναρρόφησης μπορεί να αποτελεί θεραπευτική επιλογή, έχοντας υπ' όψιν τη διατήρηση αρνητικής πίεσης κατά την αφαίρεση της συσκευής για την αποφυγή εμβολής υλικού όπως και την έκπλυση της συσκευής, αλλά και της επιστροφής αίματος στον οδηγό καθετήρα πριν από κάθε επόμενη σκιαγράφιση. Μπορεί να χρειαστούν

πολλαπλά περάσματα αναρρόφησης. Τέλος, άλλες θεραπευτικές επιλογές σε περίπτωση μεγάλου φορτίου θρόμβου είναι η χρήση γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa αναστολέων ενδοφλεβίως, όπως και αγγειοδιασταλτικών ενδοστεφανιαία (πχ αδεοσίνη).



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ156 | Σύζευξη δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής αρτηρίας και κλινικές εκβάσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή επιδιόρθωση της μητροειδούς βαλβίδας από άκρο σε άκρο: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

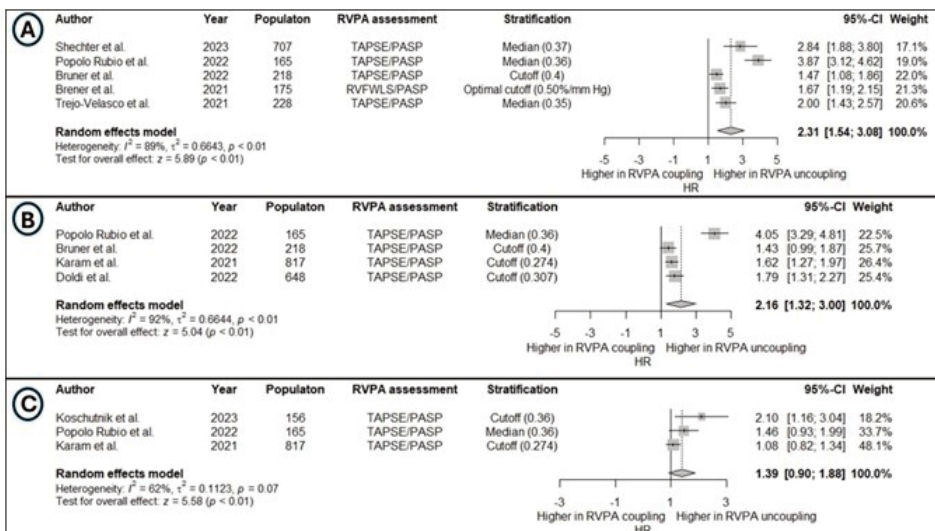
Π. Θεοφίλης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Α. Σακαλίδης¹, Π. Βλαχάκης¹, Ε. Οικονόμου², Π. Καρακάσης³, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η διακαθετηριακή επιδιόρθωση της μητροειδούς βαλβίδας από άκρο σε άκρο (ΜΤΕΕΡ) έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πρόγνωση των ασθενών και την ποιότητα ζωής. Ενώ το επίκεντρο τέτοιων επεμβάσεων είναι η ίδια η μητροειδής βαλβίδα, η κατανόηση της ευρύτερης επίδρασης στη λειτουργία της δεξιάς κοιλίας και στη δυναμική της πνευμονικής αρτηρίας είναι κρίσιμη για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και των εκβάσεων των ασθενών. Ένας νέος αναγνωρισμένος δείκτης, η σύζευξη δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής αρτηρίας (RV-PA), αντικατοπτρίζει την ικανότητα της δεξιάς κοιλίας να χειρίζεται το πνευμονικό φορτίο και συνδέεται με δυσμενείς εκβάσεις. **Σκοπός** Αυτή η μετα-ανάλυση συγκεντρώνει ευρήματα από διάφορες μελέτες για να αξιολογήσει συστηματικά τη συσχέ-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τιση μεταξύ των παραμέτρων της σύζευξης RV-PA και της επιτυχίας της MTEER. **Μέθοδοι** Πραγματοποιήσαμε συστηματική αναζήτηση στη βιβλιογραφία για μελέτες που αξιολογούν τους δείκτες σύζευξης RV-PA προ της MTEER. Καταγράψαμε το έτος δημοσίευσης, τη μέθοδο αξιολόγησης RV-PA και τα προτεινόμενα όρια. Το κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν το συνδυασμένο κύριο καταληκτικό σημείο των συμπεριλαμβανόμενων μελετών στο μέγιστο χρόνο παρακολούθησης και οι προσαρμοσμένοι λόγοι κινδύνου της αποσύζευξης RV-PA, εάν ήταν διαθέσιμοι. Δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλάμβαναν τη θνησιμότητα και τη μετεγχειρητική ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας (MR) κατά την παρακολούθηση. **Αποτελέσματα** Εντοπίσαμε συνολικά 143 μελέτες, από τις οποίες 8 επιλέχθηκαν τελικά για εξαγωγή δεδομένων και συμπερίληψη στη μετα-ανάλυση μετά από έλεγχο του τίτλου/περίληψης/πλήρους κειμένου. Όλες εκτός από μία μελέτες χρησιμοποίησαν το λόγο TAPSE/PASP ως μέθοδο αξιολόγησης RV-PA. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης, η παρουσία αποσύζευξης RV-PA κατά την έναρξη σχετιζόταν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του συνδυασμένου κύριου καταληκτικού σημείου στο μέγιστο χρόνο παρακολούθησης (RR 2.31, 95% CI 1.54-3.08, $p < 0.01$). Η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες ήταν επίσης υψηλότερη σε περιπτώσεις αποσύζευξης RV-PA (RR 2.16, 95% CI 1.32-3.00, $p < 0.01$). Τέλος, η μετεγχειρητική MR ήταν 1.4 φορές υψηλότερη σε περιπτώσεις αποσύζευξης RV-PA. Σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών εντοπίστηκε σε όλα τα εξεταζόμενα καταληκτικά σημεία. **Συμπέρασμα** Αυτή η μετα-ανάλυση υποδεικνύει ότι η αποσύζευξη RV-PA προ της MTEER αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη δυσμενών εκβάσεων.

ΠΑ157 | Τριπλή αντιθρομβωτική θεραπεία απουσία κολπικής μαρμαρυγής σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με υψηλό φορτίο θρόμβων

A. Σαμαράς¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Ε. Σδόγκος¹, Ι. Βογιατζής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η τριπλή αντιθρομβωτική θεραπεία για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με υψηλό φορτίο θρόμβου είναι ανεπαρκώς τεκμηριωμένη, χωρίς καθιερωμένες κατευθυντήριες οδηγίες. Περιγραφή περίπτωσης: Γυναίκα 45 ετών με υποτροπιάζοντα εμφράγματα του μυοκαρδίου εξαιτίας αποφράξεων του ίδιου αγγείου, παρά τις προηγούμενες θεραπείες παρουσίασε επίμονα συμπτώματα και στηθάγχη, παρά τη φαρμακευτική αγωγή. Η αγγειογραφία εισαγωγής αποκάλυψε ολική απόφραξη και σημαντικό φορτίο θρόμβου σε μια διατεταμένη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Πραγματοποιήθηκε μηχανική αναρρόφηση του θρόμβου και αγγειοπλαστική χωρίς τοποθέτηση stent. Η θεραπεία περιλάμβανε 48ωρη έγχυση τироφιμπάτης, ακετυλοσαλικυλικού οξέ, στατίνη και ενδοξαπαρίνη. Η αγγειογραφία που ακολούθησε 48 ώρες αργότερα έδειξε βελτιωμένη στεφανιαία ροή (TIMI II) και μειωμένο φορτίο θρόμβου, αποκαλύπτοντας τον οπίσθιο κατιόντα κλάδο. Η ασθενής πήρε εξιτήριο πέντε ημέρες αργότερα με ένα μηνιαίο σχήμα ασπιρίνης 100mg, κλοπιδογρέλης 75mg και ριβαροξαμπάνης 15mg. Η αγγειογραφία που ακολούθησε ένα μήνα μετά αποκάλυψε μια αποφραγμένη δεξιά στεφανιαία αρτηρία στη μεσότητα της, αλλά βατό οπίσθιο κατιόντα κλάδο. Το ενδοαγγειακό υπερηχογράφημα (Εικόνα 1) οδήγησε σε επιτυχή αγγειοπλαστική και ακριβή τοποθέτηση τριών stent Megatron Synergy (Εικόνα 2). Το αποτέλεσμα κατέδειξε ροή TIMI III σε όλη την δεξιά στε-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



φαναία αρτηρία και τον οπίσθιο κατιόντα. Η ασθενής συνέχισε την ίδια αγωγή για ένα έτος. Συμπέρασμα: Αυτή η περίπτωση αναδεικνύει τις ιδιαιτερότητες της διαχείρισης των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου με σημαντικό φορτίο θρόμβου. Η τριπλή αντιθρομβωτική θεραπεία, η μηχανική αναρρόφηση θρόμβου, η αγγειοπλαστική και το εξατομικευμένο φαρμακευτικό σχήμα, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη μείωση του φορτίου θρόμβου και στην επίτευξη ενός μακροχρόνια επιτυχημένου αποτελέσματος

10.00-11.00 Καρδιακή ανεπάρκεια II / Heart failure II

Πρόεδροι: **Ε. Καραπατσούδη** (Εδεσσα),
Α. Σταυράτη (Θεσσαλονίκη)

Chairpersons: **E. Karapatsoudi** (Edessa), **A. Stavrati** (Thessaloniki)

ΠΑ158 | Ο ρόλος του NT-proBNP στον καθορισμό του κλινικού φαινοτύπου ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο

Ι. Γαστουνιώτης¹, Χ. Φραγκούλης², Χ. Χρυσόχοι², Α. Αντωνόπουλος², Α. Κουρουτζόγλου², Μ. Νούτσου³, Α. Θανοπούλου³, Κ. Τσιούφης²

¹ Ιατρείο Καρδιάς και Διαβήτη, Ιπποκράτειο ΓΝΑ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ,

⁴ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο ΓΝΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Το υπερηχοκαρδιογράφημα, η δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής κόπωσης (CPET), όπως και τα επίπεδα του NT-proBNP έχουν προταθεί ως εργαλεία για τη διαστρωμάτωση κινδύνου καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Παρόλα αυτά, ο ρόλος τους σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο δεν έχει σαφώς διευκρινιστεί. Στην παρούσα μελέτη έγινε συσχέτιση μορφολογικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών από την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη και την CPET με τις τιμές NT-proBNP σε αυτόν τον πληθυσμό. **ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη που συμπεριέλαβε 100 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 από το τακτικό εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου (60% άνδρες), μέσης ηλικίας 67 ± 9 έτη, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφήμα, CPET και μέτρηση NT-proBNP αίματος. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή NT-proBNP και η διάμεσος ήταν $149 (\pm 186)$ pg/ml και 75pg/ml αντίστοιχα. Οι ασθενείς με τιμές NT-proBNP στο υψηλότερο τεταρτημόριο (>107 pg/ml) παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου σε σύγκριση με αυτούς στο χαμηλότερο τεταρτημόριο NT-proBNP (<5 pg/ml) (84% vs 92%, $p=0,018$) και υψηλότερο λόγο E/e' (9 vs $7,2$, $p=0,05$) στο υπερηχογράφημα. Η ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι τιμές NT-proBNP >125 pg/ml σχετίζονται με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (OR=0,88, 95%CI 0,79-0,97) και υψηλότερο λόγο VE/VCO₂ ($1,26$, 95%CI $1,105-2,263$) μετά από συνεκτίμηση και άλλων παραμέτρων. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι αυξημένος λόγος E/e' ($p=0,02$), χαμηλό SRV ($p=0,02$) και υψηλό VE/VCO₂ ($p=0,044$) σχετίζονται με τιμές NT-proBNP $>$ pg/ml. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέτρηση του NT-proBNP φαίνεται χρήσιμη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, καθώς αυξημένα επίπεδα (ειδικά $>$ pg/ml) σχετίζονται με δείκτες επηρεασμένης συστολικής και διαστολικής λειτουργίας στο υπερηχοκαρδιογράφημα και δείκτες δυσμενούς προγνωστικού χαρακτήρα στην CPET.

ΠΑ159 | Επίδραση των αγωνιστών του υποδοχέα του γλυκογονόμορφου πεπτιδίου-1, των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου-2 και του συνδυασμού τους στους καρδιακούς βιοδείκτες και τη μιτοχονδριακή λειτουργία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια

Γ. Παυλίδης¹, Ι. Οικονομίδης¹, Λ. Πλιούτα², Κ. Κατωγιάννης¹, Ε. Μαράτου³, Ι. Θυμής¹, Γ. Κωστέλλη¹, Ε. Μιχαλοπούλου¹, Β. Πρέντζα¹, Ε. Κατσανάκη¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Α. Κουντούρη², Ε. Κόρακας², Ι. Ανδρεάδου⁴, Δ. Κουρέτας⁵, Ι. Παρίσης⁶, Β. Λαμπαδιάρη²

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα,

³ Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα,

⁴ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τομέας Φαρμακευτικής Χημείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

⁵ Τμήμα Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα,

⁶ Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιδράσεων των αγωνιστών του υποδοχέα του γλυκογονόμορφου πεπτιδίου-1 (GLP-1RA), των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου-2 (SGLT-2i) και του συνδυασμού τους (GLP-1RA+SGLT-2i) στα επίπεδα του αμινοτελικού άκρου του προδρόμου εγκεφαλικού νατριουρητικού πεπτιδίου (NT-proBNP), του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίησης (GDF)-15, του μιτοχονδριακού πεπτιδίου-c (MOTS-c) και στην καρδιαγγειακή λειτουργία ατόμων με ΣΔτ2 και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF). Υλικό και μέθοδος: Εκατόν εξήντα ασθενείς με ΣΔτ2 και HFpEF τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ινσουλίνη (n = 40), λιραγλουτίδη (n = 40), εμπαγλιφλοζίνη (n = 40) ή συνδυασμό τους (n = 40) ως προσθήκη στη λήψη μετφορμίνης. Σε όλους τους ασθενείς στην έναρξη της αγωγής, στους 4 και 12 μήνες μετρήθηκαν: α) τα επίπεδα NT-proBNP, GDF-15 και MOTs-c, β) η ρίζα του 2,2φ-αζινο-δι-(3-αιθυλοβενζοθειαζολινο-6-θειονικού οξέος) (ABTS), που αποτελεί αντιοξειδωτικό βιοδείκτη, γ) η συνολική επιμήκη μυοκαρδιακή παραμόρφωση (GLS) της αριστερής κοιλίας, η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου (LASr) και ο δείκτης μυοκαρδιακού έργου (GWI) με την ηχοκαρδιογραφική τεχνική speckle tracking. Αποτελέσματα: Μετά από 12 μήνες θεραπείας, η λήψη GLP-1RA, SGLT-2i και ο συνδυασμός τους οδήγησαν σε μεγαλύτερη μείωση των NT-proBNP (-43,1% vs. -54,2% vs. -56,9% vs. -14,7%) και GDF-15 (-14,8% vs. -15,2% vs. -16,1% vs. -0,9%) συγκριτικά με τη λήψη ινσουλίνης (p < 0,05), παρά την παρόμοια ελάττωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Μόνο η θεραπεία με SGLT-2i και συνδυασμό GLP-1RA+SGLT-2i βελτίωσε τα επίπεδα του MOTs-c (Πίνακας). Η θεραπεία με GLP-1RA, SGLT-2i ή GLP-1RA+SGLT-2i οδήγησε σε αύξηση των GLS, LASr και GWI συγκριτικά με την ινσουλίνη. Σε όλους τους ασθενείς, η μείωση του NT-proBNP συσχετίστηκε με τη βελτίωση των GLS, LASr και GWI, η μείωση του GDF-15 με την αύξηση των ABTS και MOTs-c και η αύξηση του MOTs-c με την βελτίωση της GLS και του ωφέλιμου μυοκαρδιακού έργου μετά από 12 μήνες (p < 0,05 για όλες τις συσχετίσεις). Συμπεράσματα: Η δωδεκάμηνη θεραπεία με συνδυασμό GLP-1RA και SGLT-2i οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση των καρδιακών βιοδεικτών και αύξηση της αντιοξειδωτικής ικανότητας συγκριτικά με την μονοθεραπεία ή την ινσουλίνη. Η θεραπεία με SGLT-2i εμφανίζεται πιο αποτελεσματική στη βελτίωση της μιτοχονδριακής λειτουργίας.

	Insulin (n = 40)	GLP-1RA (n = 40)	SGLT-2i (n = 40)	GLP-1RA+ SGLT-2i (n = 40)
NT-proBNP (pg/mL)				
Baseline	224 ± 65	216 ± 71	249 ± 66	211 ± 63
12 μήνες	191 ± 48	123 ± 66 *	114 ± 37 **	91 ± 24 **
GDF-15 (pg/mL)				
Baseline	1803 ± 223	1859 ± 243	1854 ± 198	1904 ± 259
12 μήνες	1787 ± 197	1583 ± 201 *	1572 ± 240 *	1598 ± 277 *
MOTS-c (ng/mL)				
Baseline	8,34 ± 4,2	9,02 ± 5,57	7,26 ± 4,21	6,6 ± 3,38
12 μήνες	8,39 ± 5,12	8,72 ± 5,92	9,89 ± 5,27 **	8,49 ± 3,91 *

* p < 0,05, ** p < 0,01 για τις συγκρίσεις με τις αρχικές τιμές (baseline).

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ160 | Αξιολόγηση των βασικότερων υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και σιδηροπενία που ανταποκρίνονται στη θεραπεία με σιδηρούχο καρβοξυμαλτόζη
Α. Τσαρουχάς¹, Κ. Μπακογιάννης¹, Δ. Μουσελίμης¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Θεοφιλογιαννάκος¹, Ε. Παγκουρέλιας¹, Α. Μπούλμπου¹, Α. Βασιλικού¹, Ι. Κελεμάνης¹, Δ. Κοτζαδάκης¹, Θ. Καραμήτσος², Μ. Δούμας¹, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

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

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η σιδηροπενία (ID) είναι μια συχνή συννοσηρότητα στην καρδιακή ανεπάρκεια μελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF) που επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα

άσκησης και την ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ η σιδηρούχος καρβοξυμαλτόζη (FCM) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Μερικοίασθενείς ανταποκρίνονται άριστα στη χρήση FCM, σημειώνοντας ακόμη και βελτιώσεις στην καρδιακή συστολική λειτουργία, βάσει του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF). Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των υπερηχοκαρδιογραφικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται την ανταπόκριση στηνθεραπεία με FCM ασθενείς με HFrEF και ID, καθώς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με HFrEF και ID που είχαν προγραμματιστεί να λάβουνενδοφλέβια FCM. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό και

Παράμετρος	Σύνολο ασθενών (n=84)	Responders (n=28)	Non-Responders (n=56)	P-value
Ηλικία (έτη)	69.5±9.8	69.6±9.4	69.4±10	0.778
Φύλο (άνδρες,%)	69 (82)	23 (82)	46 (82)	1.000
BMI (kg/m ²)	29.8±4.9	30±5.2	29.5±4.4	0.888
Ισχαμική (%)	43 (51)	14 (50)	29 (52)	0.922
NYHA (I/II/III/IV)	0 39 40 5	0 17 10 1	0 22 30 4	0.065
NYHA (%)	0 46 48 6	0 61 35 4	0 39 53 8	
GFR (mL/min/1.73m ²)	60 (33)	63 (33)	57 (33)	0.537
Διαβήτης τ. II (%)	37 (45)	13 (46)	24 (43)	0.818
KM (%)	59 (70)	20 (71)	39 (70)	1.000
Υπερλιπιδαιμία (%)	57 (69)	20 (71)	37 (66)	0.805
Εγκεφαλικό επεισόδιο (%)	13 (16)	5 (18)	8 (14)	0.755

Παράμετρος	Σύνολο ασθενών (n=84)	Responders (n=28)	Non-Responders (n=56)	P-value
Baseline LVEF (%)	29.2±7.9	26.5±8.7	30.5±7.1	0.05
ΔLVEF (%)	2.4 (8.1)	10.4 (7.6)	0 (4.6)	N/A
LV GLS (%)	8.72±2.79	8.55±2.78	8.8±2.8	0.605
NT-proBNP (ng/mL)	722 (2593)	913 (2645)	569 (2387)	0.178
Αιμοσφαιρίνη (g/dL)	13±1.45	13.1±1.4	12.9±1.5	0.482
Φερριτίνη (ng/mL)	55.4 (64)	47.4 (56)	58.6 (76)	0.312
Κορεσμός τρασφερρίνης (TSAT) (%)	19 (11)	20 (18)	18 (11)	0.348
ACE/ARB/ARNi (%)	61 (74)	22 (79)	39 (70)	0.446
Απ. Αλδοστερόνης (%)	66 (79)	22 (79)	44 (79)	1.000

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο κατά την έναρξη και μετά από 12 μήνες. Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, ασθενείς που εμφάνισαν βελτίωση στο LVEF ίση ή μεγαλύτερη από το 20% από την έναρξη στη μελέτη (baseline LVEF) ορίστηκαν ως ανταποκριθέντες (responders) στη θεραπεία με FCM. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 84 ασθενείς (69,5±9,8 ετών, 82% άνδρες). Η μέση αρχική τιμή LVEF ήταν 29,2±7,9%. Συνολικά, 28 (33%) ασθενείς ορίστηκαν ως responders και οι υπόλοιποι ως non-responders. Οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά χαμηλότερο αρχικό LVEF από εκείνους που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία (26,5±8,7% έναντι 30,5±7,1, P=0,05). Οι responders είχαν επίσης υψηλότερα επίπεδα NT-proBNP (μέση τιμή 913ng/mL έναντι 569ng/mL, P=0,178) και καλύτερη κατάσταση NYHA (βλ. Πίνακα, P=0,065) ενώ δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στους responders σε σύγκριση με την ομάδα των non-responders στην ηλικία (P=0,778), το φύλο (P=1,000), την αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας (P=0,922), τις συννοσηρότητες, την αρχική κατάσταση σιδήρου ή τη χρήση φαρμάκων. Συμπεράσματα: Στην κοόρτη των ασθενών μας, οι ασθενείς με χαμηλότερο αρχικό LVEF ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν βελτίωση στη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου. Μεγαλύτερες μελέτες μητρώου μπορεί να δώσουν περαιτέρω πληροφορίες για τα ειδικά χαρακτηριστικά ασθενών με HFrEF που παρουσιάζουν βελτίωση στην καρδιακή λειτουργία μετά τη ναποκατάσταση των αποθεμάτων σιδήρου τους με IV FCM.

ΠΑ161 | Καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κοπώσεως και δεξιός καθετηριασμός με άσκηση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και επηρεασμένο κλάσμα εξωθήσεως - Υπάρχει συσχέτιση;

Μ. Πεντάρης¹, Α. Νταλιάνης¹, Γ. Βελλησάρης¹, Ζ. Μόρου¹,

Μ. Παντερμαράκη¹, Σ. Μυκωνιάτη¹, Ρ. Πάτρας¹, Ν. Αγγέλης¹, Π. Ναστάτος¹,

Γ. Τομάζου¹, Μ. Μπιτσαρά¹, Κ. Μπιρμπίλης¹, Ν. Μπιάγκης¹, Δ. Παπουτσή¹,

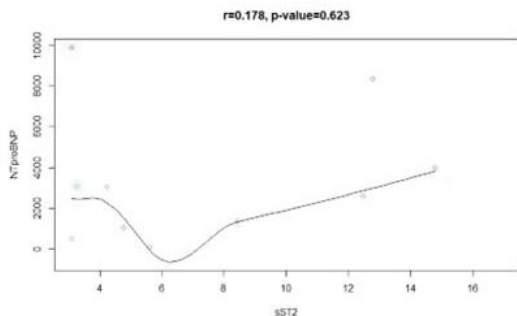
Μ. Τσελεγκίδου¹, Σ. Γυφτόπουλος¹, Λ. Καρατζάνος¹, Σ. Χατζίδου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αιμοδυναμική απόκριση στην άσκηση (AAA) όπως αυτή καταγράφεται στο δεξιό καθετηριασμό (ΔΚ), έχει σημαντική διαγνωστική και προγνωστική αξία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), πνευμονική υπέρταση και βαλβιδοπάθειες. Στην παρούσα προοπτική μελέτη, διερευνήθηκε η ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της AAA και παραμέτρων της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κοπώσεως (CPET) όπως και βιοδεικτών του καρδιακού stress/remodelling σε ασθενείς με ΚΑ και ελαττωμένο κλάσμα εξωθήσεως (HFrEF). Μέθοδοι: Διαδοχικοί συμπτωματικοί ασθενείς με HFrEF υποβλήθηκαν σε ΔΚ σε ηρεμία και κόπωση. Συγκεκριμένα, μετά την ολοκλήρωση των μετρήσεων με καθετήρα Swan-Ganz 7F σε ηρεμία, με τον καθετήρα στη θέση της πνευμονικής αρτηρίας (ΠΑ) και με τον ασθενή σε ύπτια θέση, τοποθετούνταν στατική πεταλιέρα στα κάτω άκρα του ασθενούς και ακολουθούσε άσκηση διάρκειας 6 λεπτών. Καταγράφονταν τα ζωτικά σημεία και η πίεση της ΠΑ κάθε 1 λεπτό άσκησης, ενώ με την ολοκλήρωση των 6 λεπτών καταγράφονταν η πίεση ΠΑ, ενσφήνωσης (EN), δεξιάς κοιλίας, δεξιού κόλπου και λαμβάνονταν φλεβικό αίμα από την

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Παράμετροι CPET/Βιοχημικοί	Παράμετροι ΔΚ	r	p
VO2max	MeanPAex	-0,164	0,63
VO2max	Wex	-0,152	0,66
%VO2max	MeanPAex	0,111	0,75
%VO2max	Wex	0,162	0,63
OUES	ΔRA	-0,636	0,035
VE/VCO2	ΔRA	0,618	0,043
sST2	CO	-0,539	0,021

Πίνακας 1

MeanPAex: Mean Pulmonary Artery pressure during exercise

Wx: Wedge pressure during exercise

ΔRA: Right atrial pressure during exercise – Right atrial pressure baseline

CO: Cardiac output

ΠΑ και την EN για τον υπολογισμό της καρδιακής παροχής. Οι ίδιοι ασθενείς υποβάλλονταν σε CPET και προσδιορισμό από περιφερικό αίμα βιοδεικτών καρδιακού stress/remodelling (NT-proBNP και sST2) εντός 4 εβδομάδων από το ΔΚ. Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 18 ασθενείς (90% άνδρες) μέσης ηλικίας 68±10 έτη, με HFrEF (KE=30±7%), σε NYHA 3±1. Η μέση τιμή της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου (VO2max) ήταν: 15,2±4 ml/kg/min, της % προβλεπόμενης VO2max (%VO2max): 61±10%, της κλίσης του αναπνευστικού ισοδυνάμου ως προς την αποβολή του CO2 (VE/VCO2): 37,3±7, της καμπύλης αποδοτικής πρόσληψης οξυγόνου (OUES): 1560±156, του NTproBNP: 3397,77 ± 996 pg/mL και της sST2: 7,03 ± 5 ng/mL. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών NTproBNP και sST2 (Εικόνα 1). Ωστόσο, διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση της sST2 με την καρδιακή παροχή (Πίνακας 1). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της VO2max, της %VO2max με τους αιμοδυναμικούς δείκτες του ΔΚ στην κόπωση (Πίνακας 1). Αντιθέτως, παρατηρήθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση τόσο της OUES όσο και της VE/VCO2 με τη μεταβολή της πίεσης του δεξιού κόλπου στην κόπωση. Συμπεράσματα: Η AAA στο ΔΚ συσχετίζεται με κάποιες από τις παραμέτρους της CPET. Χρειάζονται ωστόσο περισσότερα δεδομένα προκειμένου να τεκμηριωθεί η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ παραμέτρων των δύο μεθόδων και εν τέλει η προγνωστική τους αξία.

ΠΑ162 | Η ιστική οξυγόνωση εκτιμούμενη με φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (NIRS) δεν συσχετίζεται με την ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

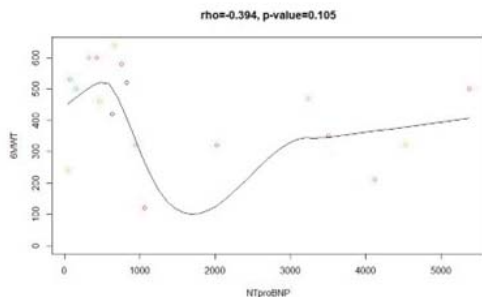
Μ. Κωνσταντίνι¹, Χ. Κουρέκ¹, Γ. Βελισσάρης¹, Σ. Μυκωνιάτη¹, Μ. Μπιτσαρα¹, Μ. Πεντάρης¹, Ν. Μπιάγκης¹, Μ. Παντερμαράκης¹, Κ. Μπιρμπίλης¹, Ζ. Μόρου¹, Ν. Αγγέλης¹, Ε. Τριγώνη¹, Π. Μανιφάβα¹, Γ. Τομάζου¹, Ε. Καρατζάνος¹, Θ. Τασούλης¹, Σ. Χατζίδου¹, Α. Νταλιάνης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ικανότητα για άσκηση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) εξαρτάται τόσο από τη λειτουργία καρδιάς και πνευμόνων όσο και από την καλή λειτουργία των πε-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Παράμετροι NIRS	Παράμετροι 6λεπτης δοκιμασίας βάδισης	r	p
STO2	Απόσταση	-0,348	0,17
Occl rate	Απόσταση	-0,198	0,44
Time hyper	Απόσταση	0,041	0,87
Rec rate	Απόσταση	-0,11	0,67

Πίνακας 1

ριφερικών μυών. Δείκτης της λειτουργίας των περιφερικών μυών αποτελεί η καλή λειτουργία της μικροκυκλοφορίας και η ιστική οξυγόνωση τους. Σκοπός της παρούσας προοπτικής μελέτης ήταν η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ παραμέτρων της ιστικής οξυγόνωσης της μικροκυκλοφορίας της άκρας χείρας με την ικανότητα για άσκηση ασθενών με ΚΑ. Μέθοδοι: Διαδοχικοί συμπτωματικοί ασθενείς με ΚΑ και κλάσμα εξωθήσεως <0% υπό μέγιστη φαρμακευτική αγωγή, υποβλήθηκαν σε επιβλεπόμενη 6λεπτη δοκιμασία βάδισης και εντός 2 εβδομάδων σε φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (NIRS). Η εκτίμηση της ιστικής οξυγόνωσης έγινε μετά από παροδική απόφραξη του δεξιού άνω άκρου. Με το NIRS μετρήθηκαν: α) η ιστική οξυγόνωση ηρεμίας (STO2), β) ο ρυθμός ιστικού αποκορεσμού κατά την ισχαιμία (Occl rate), γ) ο χρόνος ανάκαμψης ιστικής οξυγόνωσης-υπεραιμίας (Time hyper), δ) ο ρυθμός επαναιμάτωσης (Rec rate). Αποτελέσματα: Συνολικά 21 ασθενείς (μέσης ηλικίας: 68,9±11 έτη, NYHA 2,5±0,5, ΚΕ: 40±9,3%) συναίνεσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Η μέση τιμή του NTproBNP ήταν 1538,5±776 pg/ml ενώ η μέση διανυθείσα απόσταση στην 6λεπτη δοκιμασία βάδισης ήταν 415,5±130 μέτρα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διανυθείσας απόστασης κατά την 6λεπτη δοκιμασία βάδισης και του NTproBNP (Εικόνα 1). Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανότητας για βάδιση στην 6λεπτη δοκιμασία βάδισης και των παραμέτρων της ιστικής οξυγόνωσης (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Στα πρώιμα αυτά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της ιστικής οξυγόνωσης των σκελετικών μυών του άνω άκρου και της ικανότητας για άσκηση σε συμπτωματικούς ασθενείς με ΚΑ. Είναι πιθανό ότι η ικανότητα των περιφερικών μυών για άσκηση είναι πιο σύνθετη ως διαδικασία και υπόκειται σε άλλους ρυθμιστικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς πέραν της ιστικής οξυγόνωσης σε ασθενείς με ΚΑ.

ΠΑ163 | Ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και αντίσταση στη διουρητική αγωγή. Ποιοι είναι και προγνωστική σημασία.

Η εμπειρία ενός γενικού νοσοκομείου

Γ. Αλετράς¹, Μ. Στρατινάκη¹, Α. Νεραντζούλης¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Ε. Παπουτσάκη¹, Σ. Σταυράκης¹, Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΥΣΙΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα διουρητικά της αγκύλης αποτελούν έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους για την αντιμετώπιση της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (AHF), ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών εμφανίζει αντίσταση στη διουρητική αγωγή (DR), η αντιμετώπιση της οποίας αποτελεί συχνή κλινική πρόκληση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση DR και η προγνωστική σημασία εμφάνισης της. Μέθοδοι-Υλικά: Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή για HF και εργαστηριακές παραμέτρους κατά την εισαγωγή (NT-proBNP, κρεατινίνη [Cr], εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης [eGFR], γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη [HbA1c] κ.λπ.) των νοσηλευόμενων ασθενών για AHF από τον Φεβρουάριο έως και το Νοέμβριο 2023. Ακόμα καταγράψαμε υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους κατά τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας (π.χ. το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας [LVEF], E/E', εκτιμώμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας [ePASP] κ.λπ.) καθώς

και το συνολικό αριθμό ημερών νοσηλείας και θανάτων εντός νοσηλείας. Παρακολούθηση για διάστημα 6 μηνών και κατά τη διάρκεια αυτού καταγράφηκαν για τους επιβιώσαντες οι επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (TEΠ), οι νοσηλείες για κάθε αιτία και λόγω AHF καθώς και η συνολική θνητότητα. Ως αντίσταση στη διουρητική αγωγή ορίστηκε η αποτυχία επίτευξης συγκέντρωσης νατρίου στα ούρα πάνω από 50-70mEq/L στις 2 ώρες και/ή αποβολή ούρων πάνω από 100-

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	TOTAL (n=206)	DIURETIC RESISTANCE (n=69)	ΕΠΑΡΚΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ (n=137)	p-value
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ				
ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	109 (52.9%)	39 (56.5%)	70 (51.1%)	0.554
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	82 (74-86)	82 (75-85.5)	82 (73.5-86.5)	0.891
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	62 (30.1%)	20 (29%)	42 (30.7%)	0.873
LVEF >50%	101 (49%)	33 (47.8%)	68 (49.6%)	0.883
LVEF <40%	79 (38.3%)	29 (42%)	50 (36.4%)	0.452
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	125 (60.7%)	43 (62.3%)	82 (59.9%)	0.764
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	91 (44.2%)	33 (47.8%)	58 (42.3%)	0.462
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	183 (88.8%)	58 (84.1%)	125 (91.2%)	0.159
ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	67 (32.5%)	22 (31.9%)	45 (32.8%)	1.000
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	114 (55.3%)	47 (68.1%)	67 (48.9%)	0.011
ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ				
ARNis	9 (4.4%)	4 (5.8%)	5 (3.6%)	0.487
ACEI/ARBs	98 (47.6%)	29 (42%)	69 (50.4%)	0.302
B-BLOCKER	125 (60.7%)	42 (60.9%)	83 (60.6%)	1.000
MRAs	46 (22.3%)	21 (30.4%)	25 (18.2%)	0.053
SGLT2i	34 (16.5%)	14 (20.3%)	20 (14.6%)	0.324
ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ	108 (52.4%)	48 (69.6%)	60 (43.8%)	<0.001
ΔΟΣΗ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ	20 (0-40)	40 (0-80)	0 (0-40)	<0.001
ΕΚΒΑΣΕΙΣ				
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (n=194)	7 (5-10)	9 (7.25-12.75)	6 (5-8)	<0.001
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	12 (5.8%)	9 (13%)	3 (2.2%)	0.003
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	84 (47.2%)	30 (57.7%) [n=52]	54 (42.9%) [n=126]	0.098
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	62 (34.8%)	22 (42.3%) [n=52]	40 (31.7%) [n=126]	0.226
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΗΦ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	31 (17.4%)	11 (21.2%) [n=52]	20 (15.9%) [n=126]	0.394
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ 3ΜΗΝΟΥ	28 (13.6%)	17 (24.6%)	11 (8%)	0.002
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	92 (56.4%)	29 (64.4%) [n=45]	63 (53.4%) [n=118]	0.221
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	66 (40.5%)	26 (57.8%) [n=45]	40 (33.9%) [n=118]	0.007
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΗΦ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	32 (19.6%)	11 (24.4%)	21 (17.8%)	0.380
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ 6ΜΗΝΟΥ	43 (20.9%)	24 (34.8%)	19 (13.9%)	<0.001

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	TOTAL (n=206)	DIURETIC RESISTANCE (n=69)	ΕΠΑΡΚΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ (n=137)	p-value
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΙΣΟΔΟΥ				
GFR ΕΙΣΟΔΟΥ (ml/min/1.73m ²)	57 (40-70)	46 (32.5-63)	60 (47-72)	<0.001
CR ΕΙΣΟΔΟΥ (mg/dl)	1.14 (0.94-1.49)	1.38 (1.05-1.79)	1.12 (0.89-1.32)	<0.001
BASELINE GFR (ml/min/1.73m ²)	55 (44-77.25)	49 (36.5-65.5)	64 (49.5-78)	<0.001
BASELINE CR (mg/dl)	1.1 (0.9-1.4)	1.3 (1.05-1.6)	1.1 (0.9-1.3)	<0.001
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ (mg/dl)	4 (3.8-4.25)	4 (3.8-4.1)	4.1 (3.9-4.3)	0.008
ΟΥΡΙΑ (mg/dl)	57 (44-85.25)	86 (56.5-118.5)	52 (43-66.5)	<0.001
NT-proBNP (pg/ml)	5806 (3237-11561)	7248 (4089-15357)	5243 (2832-10311)	0.011
Hs-cTnl (pg/ml)	27.07 (13-71.37)	37.8 (12.88-121.31)	25.58 (13-59.56)	0.206
Na (mEq/L)	139 (137-141)	139 (136-141)	139 (137-141)	0.041
HbA1c (%)	6.05 (5.6-6.7)	6.1 (5.6-6.8)	6 (5.6-6.7)	0.711
ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ				
LVEF (%)	45 (30-55)	45 (25-55)	45 (30-55)	0.538
ePASP (mmHg)	40 (35-52)	50 (35-60)	40 (30-45)	<0.001
E/E'	16.5 (13.8-19)	16.5 (14-20)	16.5 (13.25-19)	0.480

150ml/h κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 ωρών μετά την χορήγηση της ενδεικνυόμενης δόσης φουροσεμίδης. Αποτελέσματα: 69/206 νοσηλευόμενους ασθενείς εμφάνισαν αντίσταση στη διουρητική αγωγή. Η συνύπαρξη χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) και η μακροχρόνια λήψη φουροσεμίδης παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση DR, ενώ αυτή η ομάδα ασθενών έτεινε να έχει υψηλότερες τιμές NT-proBNP, ουρίας και ePASP και χαμηλότερες τιμές νατρίου, αλβουμίνης και eGFR κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Διενέργεια πολυπαραγοντικής ανάλυσης που περιελάμβανε την παρουσία XNN, την χρόνια δόση φουροσεμίδης, τις τιμές NT-proBNP, eGFR (baseline και κατά την εισαγωγή), ουρίας, νατρίου, αλβουμίνης και ePASP, η οποία ανέδειξε τον χαμηλότερο eGFR (HR 1.039, 95% CI 1.000-1.079, $p=0.047$), τις υψηλότερες τιμές ουρίας κατά την εισαγωγή (HR 1.027, 95% CI 1.011-1.043, $p<0.001$) και τις υψηλότερες δόσεις προσλαμβανόμενης φουροσεμίδης (HR 1.010, 95% CI 1.001-1.018, $p=0.025$) ως ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση DR. Η εμφάνιση DR σχετίστηκε με περισσότερες ημέρες νοσηλείας, ενώ αποτελεί και παράγοντα κινδύνου για επανανοσηλεία και θνητότητα έως και 6 μήνες μετά την εμφάνισή της. Συμπεράσματα: Η αντίσταση στη διουρητική αγωγή αποτελεί συχνό φαινόμενο μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών με AHF. Οι χαμηλότερες τιμές eGFR, οι υψηλότερες τιμές ουρίας κατά την εισαγωγή και οι υψηλότερες δόσεις προσλαμβανόμενης φουροσεμίδης αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση DR. Η αντίσταση στα διουρητικά σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο επανανοσηλείας και θνητότητας, γεγονός που καθιστά την πρώιμη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών αναγκαία μέσω τιτλοποίησης ή συνδυαστικής θεραπείας.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ164 | Επίδραση των αναστολέων SGLT-2 στην αρτηριακή σκληρία, στη διαστολική λειτουργία και στην κοιλιοαρτηριακή σύζευξη ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης
Α. Μαραθωνίτης¹, Ε. Οικονόμου¹, Π. Παντελίδης¹, Α. Γκολιοπούλου¹, Γ. Α. Παπαμικρούλης¹, Σ. Σαράντος¹, Ο. Κατσαρού¹, Ε. Τρύφου¹, Κ. Καλογεράς¹, Β. Τσίγκου¹, Χ. Πιπέρης², Π. Θεοφίλης³, Δ. Τούσουλης³, Γ. Σιάσος¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

² Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»,

³ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση SGLT-2 αναστολέων (SGLT2i) σε ασθενείς με Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) παρουσιάζει ευεργετικές δράσεις μέσω πολλαπλών μηχανισμών. Μελετήθηκε η βραχυχρόνια δράση των SGLT-2i στην αρτηριακή σκληρία, στη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας και στην κοιλιοαρτηριακή σύζευξη (VCAC). ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Μάιο του 2021 έως τον Σεπτέμβριο του 2022, στρατολογήθηκαν 24 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔΤII) και HFpEF. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε SGLT-2i, είτε εικονικό φάρμακο. Οι μετρήσεις έγιναν στην έναρξη της μελέτης και 6 μήνες μετά. Η αρτηριακή σκληρία αξιολογήθηκε με την ταχύτητα σφυγμικού

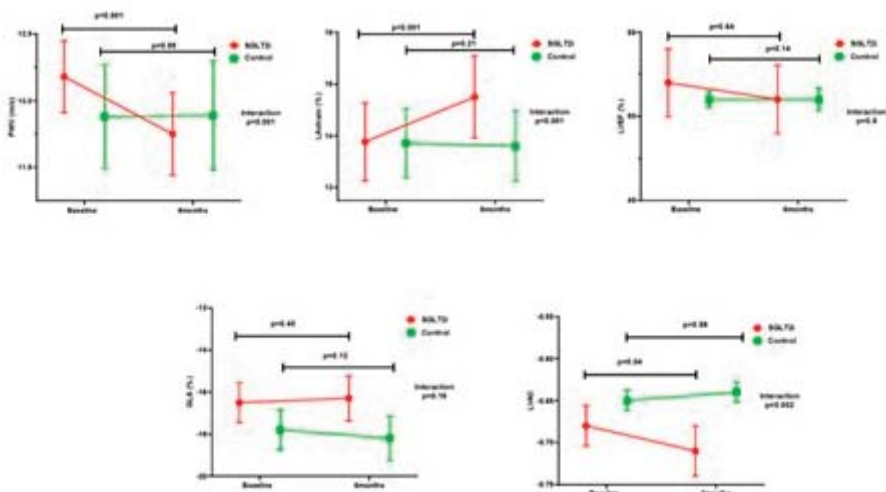
κύματος (PWV). Μετρήθηκαν το κλάσμα εξώθησης (KE) της αριστερής κοιλίας, το συνολικό επίμηκες strain της αριστερής κοιλίας (LVGLS), το strain του αριστερού κόλπου (LAstrain) και ο λόγος του κύματος E προς e' (E/e'). Η VCAC εκτιμήθηκε ως ο λόγος PWV/LVGLS. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την έναρξη της μελέτης, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες στο φύλο, την ηλικία και σε άλλες βασικές παραμέτρους (Εικόνα 1). Στους 6 μήνες παρα-

Baseline values of the evaluated parameters			
	Control	SGLT2i	P-value
Age (years)	63±8	68±7	0.06
Male Sex (%)	82	73	0.32
PWV (m/sec)	11.88±0.58	12.18±0.40	0.18
LVEF (%)	51±1	52±3	0.06
LVGLS (%)	-17.8±1.4	-16.5±1.4	0.05
E/e'	7.49±1.54	9.88±3.74	0.06
LA strain (%)	13.71±1.98	13.77±2.24	0.95
VAC1 (m/sec-%)	-0.65±0.04	-0.73±0.08	0.06

Over time changes in studied parameters						
	Control			SGLT2i		
	B/L	6months	p-value	B/L	6months	p-value
PWV (m/sec)	11.88±0.58	11.89±0.61	0.89	12.18±0.40	11.75±0.46	<0.001
LVEF (%)	51±1	51±1	0.14	52±3	51±3	0.64
LVGLS (%)	-17.8±1.4	-18.2±1.6	0.12	-16.5±1.4	-16.3±1.6	0.40
E/e'	7.49±1.54	7.55±1.78	0.71	9.88±3.74	9.51±3.09	0.25
LA strain (%)	13.71±1.98	13.61±2.02	0.21	13.77±2.24	15.5±2.37	<0.001
VAC1 (m/sec-%)	-0.65±0.04	0.64±0.41	0.59	-0.73±0.08	-0.71±0.98	0.04

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



τηρήθηκε βελτίωση μόνο στην ομάδα της θεραπείας με SGLT2i στο PWV, στο LAstrain και στο VCAC. Παρατηρήθηκε επίσης αλληλεπίδραση της θεραπείας με SGLT2i στο PWV (ομάδα θεραπείας: από $12.18 \pm 0.40 \text{ m/sec}$ σε $11.75 \pm 0.46 \text{ m/sec}$ έναντι Control group: από $11.88 \pm 0.58 \text{ m/sec}$ σε $11.89 \pm 0.61 \text{ m/sec}$, $p < 0.001$). Επίσης, βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση της θεραπείας στη βελτίωση του LAstrain (Ομάδα θεραπείας: από $13.77 \pm 2.24\%$ σε $15.5 \pm 2.37\%$ έναντι Control group: από $13.71 \pm 1.98\%$ σε $13.61 \pm 2.02\%$, $p < 0.001$), χωρίς όμως επίδραση της θεραπείας στη μεταβολή του λόγου E/e' (Ομάδα θεραπείας: από $9.88 \pm 3.74\%$ σε $9.51 \pm 3.09\%$ έναντι Control group: από $7.49 \pm 1.54\%$ σε $7.55 \pm 1.78\%$, $p = 0.38$). Δεν υπήρχε διαφορά με βάση τη θεραπεία στο KE (Ομάδα θεραπείας: από $52 \pm 3\%$ σε $51 \pm 3\%$ έναντι Control group: από $51 \pm 0.7\%$ σε $51 \pm 1\%$, $p = 0.8$), και στο LVGLS (Ομάδα θεραπείας: από $-16.5 \pm 1.4\%$ σε $-16.3 \pm 1.6\%$ έναντι Control group: από $-17.8 \pm 1.4\%$ σε $-18.2 \pm 1.6\%$, $p = 0.19$). Υπήρξε βελτίωση της VCAC στην ομάδα που έλαβε SGLT2i (Ομάδα θεραπείας: από $-0.73 \pm 0.08\%$ σε $-0.71 \pm 0.98\%$ έναντι Control group: από $-0.65 \pm 0.04\%$ σε $-0.64 \pm 0.41\%$, $p = 0.002$) (Εικόνα 2). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση SGLT2i σε ασθενείς με HFpEF και ΣΔΤII βελτιώνει την αρτηριακή σκληρία, την κοιλιοαρτηριακή σύζευξη και νεότερους δείκτες διαστολικής λειτουργίας. Τα δεδομένα αυτά τονίζουν τους πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης των SGLT2i στους ασθενείς με HFpEF.

ΠΑ165 | **Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και παράγοντες κινδύνου ενδονοσοκομειακής θνητότητας**

Γ. Αλετράς¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Ε. Χόντα¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Δ. Κορέλα¹, Π. Καφαράκης¹, Μ. Πιταροκοίλης¹, Ζ. Καλλινίκου¹, Μ. Στρατινάκη¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (AHF) αποτελεί κατάσταση απειλητική για τη ζωή και παρά την πρόοδο των τελευταίων ετών στη θεραπευτική της αντιμετώπιση, τα ποσοστά βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης θνητότητας παραμένουν αυξημένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με υψηλή ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς με AHF. Μέθοδοι-υλικά: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης των νοσηλευόμενων ασθενών λόγω AHF από τον Φεβρουάριο 2023 έως και το Μάιο 2024. Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, τους κύριους κλινικούς φαινοτύπους, τη λαμβανόμενη αγωγή για HF και εργαστηριακές παραμέτρους κατά την εισαγωγή (NT-proBNP, κρεατινίνη [Cr], εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης [eGFR], γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη [HbA1c] κ.λπ.). Ακόμα καταγράψαμε υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους κατά τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας (κλάσμα εκώθησης της αριστερής κοιλίας [LVEF], E/E', εκτιμώμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας [ePASP]), τις τιμές κρεατινίνης και τον εκτιμώμενο eGFR καθ' όλη τη διάρκεια τη νοσηλείας με έμφαση στη μέγιστη μεταβολή της κρεατινίνης (Δ Cr) και στις μέγιστες και ελάχιστες τιμές που επιτεύχθηκαν καθώς και το συνολικό αριθμό θανάτων εντός νοσηλείας. Αποκλεισμός ασθενών με προ-

ηγούμενο λειτουργικό στάδιο IV κατά NYHA, απουσία διαθωρακικής υπερηχοκαρδιογραφικής μελέτης και τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο. Αποτελέσματα: 304 ασθενείς συμπεριελήφθησαν συνολικά στη μελέτη με 16 θανάτους (5.2%) να σημειώνονται συνολικά. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η καρδιογενής καταπληξία, η μεγαλύτερη ηλικία, οι χαμηλότερες τιμές eGFR, νατρίου, αιμοσφαιρίνης (Hb) και LVEF κατά την εισαγωγή όπως και οι

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ (n=304)	ΘΑΝΑΤΟΣ (n=16)	ΟΧΙ ΘΑΝΑΤΟΣ (n=288)	p-value
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ				
ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	158 (52%)	7 (43.8%)	151 (52.4%)	0.610
ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	81 (74-86)	85.5 (81-89)	81 (74-86)	0.018
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ				
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	93 (30.6%)	6 (37.5%)	87 (30.2%)	0.581
ΣΥΒΑΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ	40 (13.2%)	4 (25%)	36 (12.5%)	0.243
LVEF ≥ 50%	152 (50%)	5 (31.3%)	147 (51%)	0.198
LVEF 40-49%	34 (11.2%)	1 (6.3%)	33 (11.5%)	1.000
LVEF < 40%	118 (37.5%)	10 (62.5%)	108 (37.5%)	0.063
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	173 (56.9%)	10 (62.5%)	163 (56.6%)	0.797
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	134 (44.1%)	9 (56.3%)	125 (43.4%)	0.439
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	276 (90.8%)	13 (81.3%)	263 (91.3%)	0.173
ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	89 (29.3%)	5 (31.3%)	84 (29.2%)	1.000
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	164 (53.9%)	10 (62.5%)	154 (53.5%)	0.609
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΙΑ	33 (10.9%)	1 (6.3%)	32 (11.1%)	1.000
ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ HF				
ARNI	10 (3.3%)	0 (0%)	10 (3.5%)	1.000
ACE-i/ARB	155 (51%)	7 (43.8%)	148 (51.4%)	0.614
B-BLOCKER	178 (58.6%)	10 (62.5%)	168 (58.3%)	0.800
SGLT2i	48 (15.8%)	4 (25%)	44 (15.3%)	0.294
MRA	68 (22.4%)	5 (31.3%)	63 (21.9%)	0.365
ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ	158 (52%)	8 (50%)	150 (52.1%)	1.000
ΔΟΣΗ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ	20 (0-40)	20 (0-60)	20 (0-40)	0.823
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ				
ADHF	219 (72%)	6 (37.5%)	213 (74%)	0.003
ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	81 (26.6%)	7 (43.8%)	74 (25.7%)	0.144
ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	3 (1%)	3 (18.8%)	0 (0%)	<0.001
ΜΕΜΟΝΟΜΕΝΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ RV	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.3%)	1.000

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΕΥΣΩΔΟ (n=304)	ΘΑΝΑΤΟΙ (n=16)	ΩΧ ΘΑΝΑΤΟΙ (n=288)	p-value
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ				
GFR (ml/min/1.73m ²)	56.5 (40-70.75)	45 (29-57)	57 (40.25-71.75)	0.015
Cr (mg/dl)	1.14 (0.93-1.49)	1.29 (1.13-2.04)	1.14 (0.91-1.49)	0.034
BASELINE Cr (mg/dl)	1.1 (0.9-1.4)	1.25 (1.02-1.47)	1.1 (0.9-1.4)	0.289
BASELINE GFR (ml/min/1.73m ²)	58 (44-76)	49 (35-63)	58 (44-76.7)	0.107
ALBOYMINH (mg/dl)	4.08 (3.8-4.3)	4 (3.6-4.17)	4.1 (3.8-4.3)	0.131
ΟΥΡΙΑ (mg/dl)	57 (44-83)	72.5 (52.5-131.5)	56 (43.25-81)	0.032
CRP (mg/dl)	1 (0.4-2.2)	1.4 (0.475-3.15)	1 (0.4-2)	0.279
NT-proBNP (pg/ml)	5688 (3204-11267)	12947 (4170-24562)	5551 (3145-10525)	0.007
Hb (g/dl)	11.5 (10.2-12.6)	10 (8.42-11.6)	11.6 (10.3-12.7)	0.008
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ [hs-cTnI] (pg/ml)	27.07 (13.9-71.82)	53.74 (24- 6375)	26.2 (13.7-69.13)	0.016
ΝΑΤΡΙΟ (mEq/L)	139 (137-141)	136 (134-140)	139 (137-141)	0.034
ΚΑΛΙΟ (mEq/L)	4.56 (4.19-4.94)	4.61 (4.3-5.02)	4.54 (4.18-4.94)	0.580
HbA1c (%)	6 (5.5-6.6)	6.15 (5.6-6.62)	6 (5.5-6.6)	0.549
ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ				
LVEF (%)	47.5 (30-55)	30 (20-50)	50 (30-55)	0.044
ePASP (mmHg)	40 (35-50)	47.5 (45-63.75)	40 (35-50)	0.016
E/E'	16 (13-20)	18.6 (17.25-20.2)	16 (13-20)	0.026
ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:				
ΟΣΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	153 (50.3%)	13 (81.3%)	140 (48.6%)	0.018
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ Cr (mg/dl)	1.5 (1.14-2)	2 (1.54-2.77)	1.45 (1.12-1.96)	0.003
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ GFR (ml/min/1.73m ²)	41 (28-58)	27 (17-34.25)	43 (29-58.75)	0.002
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ Cr (mg/dl)	1.06 (0.85-1.37)	1.09 (0.94-1.44)	1.05 (0.85-1.37)	0.492
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ GFR (ml/min/1.73m ²)	61 (45-81)	60 (38.25-68.25)	61 (45-81)	0.320
ΔCr (mg/dl)	0.34 (0.19-0.66)	0.85 (0.28-1.14)	0.34 (0.19-0.63)	0.011
ΔGFR (ml/min/1.73m ²)	15.5 (8.25-26)	27.5 (7-40)	15 (9-25)	0.136

υψηλότερες τιμές NT-proBNP, τροπονίνης, ουρίας, ePASP και λόγου E/E' αποτελούν παράγοντες κινδύνου θνητότητας κατά τη νοσηλεία λόγω AHF. Ομοίως αναδείχθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η μεταβολή της κρεατινίνης όπως και όσο χαμηλότερη ήταν η τιμή του eGFR κατά τη νοσηλεία τόσο μεγαλύτερη ήταν η τιμή του eGFR κατά τη νοσηλεία τόσο μεγαλύτερη ήταν η επίπτωση ενδοσοκομειακής θνητότητας. Από την άλλη πλευρά, η εμφάνιση του φαινοτύπου της

οξείας απορρύθμισης χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας (ADHF) σχετίστηκε με μικρότερα ποσοστά θνητότητας κατά τη νοσηλεία. Διενέργεια πολυπαραγοντικής ανάλυσης συμπεριλαμβανόμενων των παραπάνω παραγόντων κινδύνου (ηλικία, καρδιογενής καταπληξία, LVEF, E/E', ePASP, κατά την εισαγωγή τιμές ουρίας, eGFR, NT-proBNP, Hb, τροπονίνης, νατρίου και εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης με συνυπολογισμό της μέγιστης μεταβολής των τιμών Cr κατά τη νοσηλεία και του ελάχιστου eGFR) με ανάδειξη της εκτιμώμενης PASP (HR 1.066, 95% CI 1.014-1.122, p=0.013) και της χαμηλότερης καταγεγραμμένης τιμής του eGFR κατά τη νοσηλεία (HR 0.883, 95% CI 0.790-0.988, p=0.029) ως ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου ενδοσοκομειακής θνητότητας. Συμπεράσματα: Η ενδοσοκομειακή θνητότητα της AHF παραμένει σε σημαντικά επίπεδα παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην αντιμετώπιση της. Αρκετοί παράγοντες σχετίστηκαν με την ενδοσοκομειακή θνητότητα με την υψηλή τιμή ePASP και τη σοβαρή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας κατά τη νοσηλεία να αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία της στενής παρακολούθησης της νεφρικής λειτουργίας, της αποτελεσματικής διαχείρισης της οξείας νεφρικής βλάβης όπως και την αναγκαιότητα για νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην πνευμονική υπέρταση.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ166 | Συσχέτιση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας με το κυκλοτερές strain της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια

Ε. Βιλλιώτης¹, Ν. Κουρής¹, Β. Κωστόπουλος¹, Β. Γιάνναρης¹, Κ. Τζιάλλας¹, Μ. Πατέλλη¹, Γ. Σιωνίδη¹, Π. Μπούνας¹, Χ. Ολύμπιος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) αποτελεί σημαντικό ορόσημο για την κλινική επιδείνωση των ασθενών σε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Παθοφυσιολογικά, η ΔΚ αποτελείται από κυκλοτερείς ίνες, οπότε είναι λογική η υπόθεση ότι το κυκλοτερές strain της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) σχετίζεται με τη λειτουργικότητα της ΔΚ. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει την παραπάνω υπόθεση σε ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ λόγω διατακτικής (ΔΜΚ) και ισχαιμικής (ΙΜΚ) μυοκαρδιοπάθειας χρησιμοποιώντας την 2D Speckle Tracking Ηχωκαρδιογραφία (2D STE). Μέθοδοι: Μελετήσαμε 90 ασθενείς ηλικίας 66±12 ετών (84% άνδρες), από τους οποίους, οι 45 έπασχαν από ΔΜΚ (Ομάδα Α) και οι 45 από ΙΜΚ (Ομάδα Β). Όλοι οι ασθενείς εμφάνιζαν διατεταμένη ΑΚ με σοβαρή έκπτωση της συστολικής της λειτουργίας. Επίσης εκτιμήθηκε η λειτουργικότητα της ΔΚ από το TAPSE, το S TDI και το FAC, από τα δημιουργήθηκαν 2 υποομάδες με επηρεασμένη και διατηρημένη λειτουργικότητα ΔΚ. Το συνολικό επίμηκες strain της ΑΚ (LVGLS) και το συνολικό και περιοχικό κυκλοτερές strain αυτής (LVGCS), εκτιμήθηκαν με την 2D STE. Αποτελέσματα: Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά στην ηλικία, το LVGLS και τους δείκτες λειτουργικότητας της ΔΚ. Ωστόσο, στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στην τελοδιαστολική διάμετρο και στο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) της ΑΚ και στις τιμές του LVGCS, τόσο του συνολικού όσο και των βασικών τμημάτων της ΑΚ, ενώ όχι των μέσων τμημάτων (Πίνακας 1). Επίσης, το συνολικό LVGCS και το περιοχικό LVGCS των βασικών τμημάτων βρέθηκαν σημαντικά ελαττωμένα σε επηρεασμένη ΔΚ αλλά όχι των μέσων τμημάτων

Πίνακας 1

	ΔΜΚ	ΙΜΚ	p
ΗΛΙΚΙΑ	64±12	69±11	0,06
ΦΥΛΟ	36M – 9F	38M – 7F	
LVEDD (mm)	67±10	61±7,5	0,005
LVEDD ind (cm/m ²)	3,5±0,6	3,2±0,3	0,007
LVEF (%)	22±4	25±3	0,001
LVGLS (%)	-5,75±1,75	-6,4±2	0,12
LVGCS (%)	-4,2±1,4	-5,2±1,6	0,001
LVGCSb (%)	-4±1,7	-5,6±1,3	0,001
LVGCSm (%)	-4,4±1,8	-4,9±1,5	0,16
RV EDD (mm)	37,4±6	36,5±4,6	0,43
RV S TDI (mm)	8,8±1,9	9,3±2,3	0,31
RV FAC (%)	30,7±7,6	32,8±6,6	0,19
TAPSE (mm)	16,4±3	16,6±3,4	0,75

και στην ομάδα Α αλλά όχι στην ομάδα Β αναφορικά με την επηρεασμένη ή μη λειτουργικότητα της ΔΚ (Πίνακας 2). Θεωρώντας ως καλύτερο δείκτη λειτουργικότητας της ΔΚ το FAC, η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι στους ασθενείς με ΔΜΚ το LVGCS συσχετίζεται με το RVFAC ($r = 0,4$, $p = 0,013$), ενώ στους ασθενείς με ΙΜΚ όχι ($r = -0,17$, $p = 0,3$). Συμπέρασμα: Το κυκλοτερές strain της ΑΚ σχετίζεται με τη λειτουργι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Πίνακας 2

		Normal RV function	Depressed RV function	p
ALL	LVGCS	-5,1±1,7	-4,3±1,4	0,01
	LVGCSb	-5,4±2,3	-4,2±1,9	0,01
	LVGCSm	-4,9±1,8	-4,4±1,6	0,1
DCM	LVGCS	-4,7±1,4	-3,7±1,3	0,02
	LVGCSb	-4,8±1,7	-3,2±1,5	0,003
	LVGCSm	-4,6±1,7	-4,2±1,9	0,4
ICM	LVGCS	-5,6±1,8	-4,9±1,2	0,13
	LVGCSb	-6±2,7	-5,1±1,9	0,2
	LVGCSm	-5,2±2,7	-4,6±1,1	0,14

κότητα της ΔΚ σε ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ λόγω ΔΜΚ αλλά όχι λόγω ΙΜΚ. Το εύρημα έχει κλινική σκοπιμότητα, ιδιαίτερα αν καταγραφεί τιμή-ορόσημο του LVGCS από μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, για εντατικοποίηση της θεραπείας και περαιτέρω προγραμματισμό.

ΠΑ167 | Συγκριτική μελέτη των επιδράσεων της επιλεκτικής αριστερής κοιλιακής και αμφικοιλιακής βηματοδότησης σε ηχοκαρδιογραφικούς και καρδιοαναπνευστικούς δείκτες και την κλινική κατάσταση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια: Προκαταρκτικά αποτελέσματα της μελέτης

Π. Ξύδης¹, Π. Δηλαβέρης¹, Χ. Χρυσόχου¹, Α. Κορδαλής¹, Α. Βουλιώτης¹, Α. Λαϊνά¹, Χ. Αντωνίου¹, Χ. Καλατζής¹, Σ. Σιδερίης¹, Δ. Τσιάχρης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιπποκράτειου Αθηνών

Εισαγωγή: Η μη ανταπόκριση στη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) έχει συσχετιστεί με δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας. Η επιλεκτική αριστερή κοιλιακή βηματοδότηση (pLV-P) μπορεί να ξεπεράσει την ιατρογενή δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας επιτυγχάνοντας τον επανασυγχρονισμό της αριστερής κοιλίας και επιτρέποντας τη φυσική ενεργοποίηση της δεξιάς πλευράς, με μηχανισμούς που επεκτείνονται πέρα από την καρδιακή παροχή και την εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής. Επιπλέον, ο αλγόριθμος AdaptivCRT® προσαρμόζει αυτόματα το χρονισμό βηματοδότησης κάθε λεπτό, βελτιστοποιώντας την μέσω της σύγκρισης της σχετικής καθυστέρησης ενεργοποίησης μεταξύ δεξιάς και αριστερής κοιλίας (ηλεκτρικά καθοδηγούμενη βελτιστοποίηση). Μέθοδοι: Στην παρούσα φάση της μελέτης αξιολογήσαμε τις επιδράσεις του αλγορίθμου pLV-P σε 100 ασθενείς με συστολική καρδιακή ανεπάρκεια (όλοι Καυκάσιοι, 49% άνδρες, 67 ± 8 ετών, 51% με ισχαιμική καρδιομυοπάθεια, 44% διαβητικοί, NYHA II-III) μετά από τυχαιοποίηση σε τυπική αμφικοιλιακή βηματοδότηση και pLV-P. Αυτό πραγματοποιήθηκε με βάση τους ηχοκαρδιογραφικούς αλλά και καρδιοαναπνευστικούς δείκτες λειτουργικής κατάστασης από την δοκιμασία κοπώσεως. Ο προγραμματισμός της συσκευής βασίστηκε στη μεγιστοποίηση του όγκου παλμού όπως εκτιμήθηκε με ηχοκαρδιογραφία και τις επακόλουθες ρυθμίσεις διακοιλιακής και κοιλιοκοιλιακής καθυστέρησης μέσω του αλγορίθμου της συσκευής. Η παρακολούθηση περιλάμβανε επισκέψεις στους 6 και 12 μήνες μετά από βελτιστοποίησης της μέγιστης ανταπόκρισης CRT τον πρώτο μετεμφυτευτικό μήνα. Αποτελέσματα: Σημαντικές συγκριτικές επιδράσεις του pLV-P σε σχέση με την βελτιστοποι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ημένη αμφικολιακή βηματοδότηση σημειώθηκαν στους 12 μήνες σε σχέση με τα αρχικά επίπεδα όσον αφορά το δείκτη ιστικών ταχυτήτων της δεξιάς κοιλίας (TDI) (μέση τιμή (SE); 4.5(0.8), $p=0.035$) τη μείωση του τελοδιαστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας (μέση τιμή (SE); 11.33(7), $p=0.035$) και τη βελτίωση του δείκτη παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (μέση τιμή (SE); 9.2(2.1), $p=0.03$). Το σκορ της Minnesota μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα rLV-P κατά 60% στους 12 μήνες, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στην ομάδα της βελτιστοποιημένης CRT (p για αλληλεπίδραση <0.01). Σύμφωνα με άλλους ηχοκαρδιογραφικούς δείκτες, λαμβάνοντας υπόψη τα αρχικά επίπεδα, οι ασθενείς στην ομάδα rLV-P παρουσίασαν χαμηλότερη τιμή E/e στους 6 (μέση τιμή (SE); 8.390(4,3), $p=0.04$) και στους 12 μήνες (μέση τιμή (SE); 7.45(3.9), $p=0.035$), βελτιωμένες τιμές στην συσταλτικότητα του αριστερού κόλπου στους 12 μήνες (μέση τιμή (SE); 8.390(0.8), $p=0.04$). Παράλληλα παρατηρήθηκε οριακή βελτίωση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας στους 12 μήνες (μέση τιμή (SE); 8.7(433), $p=0.05$) και οριακή βελτίωση στην επιμήκη παραμόρφωση αριστερής κοιλίας στους 6 μήνες (μέση τιμή (SE); 4.9(2.6), $p=0.035$) σε σύγκριση με τη βελτιστοποιημένη αμφικολιακή βηματοδότηση. Στην καρδιοαναπνευστική δοκιμασία (CPET), λαμβάνοντας υπόψη τα αρχικά επίπεδα, οι ασθενείς στην ομάδα rLVP παρουσίασαν υψηλότερα METs στους 12 μήνες (μέση τιμή (SE); 1,16(0.8), $p=0.03$). Επίσης, παρουσίασαν υψηλότερο προβλεπόμενο ποσοστό αναπνευστικού αερισμού ακόμα και από τους 6 μήνες (μέση τιμή (SE); 8.167(5,7), $p=0.03$) και υψηλότερη προβλεπόμενη μέγιστη τιμή VO₂ (%) στους 6 μήνες (μέση τιμή (SE); 34,13(14), $p=0.03$) και οριακά στους 12 μήνες (μέση τιμή (SE); 4.88(3), $p=0.08$), σε σύγκριση με την βελτιστοποιημένη CRT βηματοδότηση. Συμπεράσματα: Στα προκαταρκτικά ευρήματα της μελέτης READAPT, φαίνεται ότι η rLVP σε ασθενείς με διατηρημένη κολποκοιλιακή αγωγή και LBBB, μπορεί να επιτύχει βελτίωση σε δομικές και λειτουργικές παραμέτρους της δεξιάς κοιλίας και του αριστερού κόλπου καθώς και σε προγνωστικές παραμέτρους επιβίωσης της CPET σε σύγκριση με τη βελτιστοποιημένη CRT κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης 12 μηνών. Αναμένεται ότι η κλινική δοκιμή READAPT θα προάγει την κατανόησή μας για τις επιδράσεις της επιλεκτικής βηματοδότησης της αριστερής κοιλίας στο καρδιαγγειακό σύστημα σε σχέση με αλλαγές στην κατάσταση RVAC, σε σύγκριση με τις επιδράσεις της BVP, ενώ ενδεχομένως εξηγήει τις διαφορές στην απόκριση στην απεικονιστική και την κλινική εξέλιξη στη θεραπεία CRT.

11.30-12.30 Καρδιακή απεικόνιση II / Imaging II

Πρόεδροι: **M. Καλαντζή** (Αθήνα), **A. Λάκκας** (Ιωάννινα)

Chairpersons: **M. Kalantzi** (Athens), **L. Lakkas** (Ioannina)

ΠΑ168 | **Η προγνωστική αξία του δυναμικού ηχοκαρδιογραφήματος με μέσο αντίθεσης σε συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς γνωστή στεφανιαία νόσο στην καθημερινή κλινική πρακτική**

E. Γιακουμόγλου¹, Σ. Α. Παπαδοπούλου¹, Α. Παπαναστασίου¹,

B. Κρητικός¹, Φ. Μαλακούδη¹, Ι. Στυλιάδης¹, Β. Σαχπεκίδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

Εισαγωγή / Σκοπός: Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως. Το δυναμικό ηχωκαρδιογράφημα (ΔΥ) είναι μια ακριβής, μη-επεμβατική μέθοδος για την ανίχνευση της αποφρακτικής ΣΝ. Η διαγνωστική και προγνωστική του ακρίβεια δεν είναι όμως γνωστή στην σύγχρονη εποχή όπου ο επιπολασμός της ΣΝ στους ασθενείς που παραπέμπονται είναι χαμηλός και η χρήση μέσων αντίθεσης κοινή πρακτική. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάδειξη της προγνωστικής αξίας του ΔΥ με μέσο αντίθεσης σε συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ΣΝ στην σημερινή εποχή. Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά διαδοχικοί ασθενείς χωρίς γνωστή ΣΝ και συμπτώματα άτυπου προκάρδιου άλγους, ανεξήγητης δύσπνοιας ή αισθήματος παλμών που παραπέμφθηκαν για ΔΥ στο εργαστήριο υπερηχοκαρδιογραφίας ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου σε διάστημα 2 ετών. Ασθενείς με προϋπάρχουσες τμηματικές διαταραχές κινητικότητας αποκλείστηκαν. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΔΥ άσκησης σε τάπητα ή φαρμακευτικό με δοβουταμίνη εάν δεν μπορούσαν να ασκηθούν. Σκιαγραφικό μέσο αντίθεσης χρησιμοποιήθηκε σε όλους σχεδόν τους ασθενείς (99%). Ο πληθυσμός της μελέτης παρακολούθηθηκε για τουλάχιστον δύο χρόνια μετά το ΔΥ. Θετικό καρδιακό συμβάν θεωρήθηκε η σημαντική στένωση σε στεφανιογραφία, η διενέργεια επαναγγείωσης, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή ο καρδιακός θάνατος. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 266 ασθενείς (μέση ηλικία 58±12 έτη, 63% άνδρες) που υποβλήθηκαν είτε σε ΔΥ άσκησης (58%) είτε σε φαρμακευτικό ΔΥ (42%). Τα δημογραφικά στοιχεία των

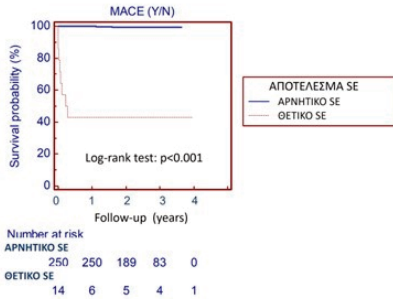
ασθενών αναφέρονται στον Πίνακα 1. Η συχνότερη ένδειξη για την εξέταση ήταν το άτυπο προκάρδιο άλγος (73%). Το ΔΥ ήταν θετικό για προκλητή ισχαιμία σε 14 (5%) ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (διάμεσος 30 μήνες, IQR 23-38 μήνες) καρδιακό συμβάν παρουσιάστηκε σε 10 ασθενείς. Από τους 14 ασθενείς με θετικό ΔΥ, οι 8 υποβλήθηκαν σε επαναγγείωση λόγω σημαντικής στένωσης στεφανιαίας αρτηρίας. Από τους 250 ασθενείς με αρνητικό ΔΥ, ένας υποβλήθηκε σε επαναγγείωση λόγω σημαντικής στένωσης στεφανιαίας αρτηρίας και 1 παρουσίασε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο 13 μήνες μετά την εξέταση (και οι δύο αυτοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε φαρμακευτικό

Πίνακας 1. Δημογραφικά και υπερηχογραφικά στοιχεία ασθενών της μελέτης

	Συνολικός πληθυσμός (n=266)	Δυναμική υπερηχογραφία με άσκηση (n=155)	Φαρμακευτική δυναμική υπερηχογραφία (n=111)	p-value*
Ηλικία (έτη)	58 ± 12	52 ± 10	67 ± 8	<0.001
Άρρεν φύλο (%)	168 (63%)	108 (70%)	60 (54%)	0.009
ΔΜΣ (kg/m ²)	21 ± 8	22 ± 8	20 ± 8	0.212
Αρτηριακή Υπέρταση (%)	110 (41%)	43 (28%)	67 (60%)	<0.001
Δυσλιπιδαιμία (%)	86 (32%)	44 (28%)	42 (38%)	0.104
Σαχαρώδης διαβήτης (%)	43 (16%)	11 (7%)	32 (29%)	<0.001
Κάπνισμα (%)	65 (24%)	51 (33%)	14 (13%)	<0.001
Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ (%)	17 (6%)	14 (9%)	3 (3%)	0.043
Φλεβοκομβικός ρυθμός (%)	260 (98%)	153 (99%)	107 (96%)	0.239
Κολπική μαρμαρυγή (%)	6 (2%)	2 (1%)	4 (4%)	-
LBVB / RBVB (%)	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1.000
Χρήση παράγοντα ηρεοαντίθεσης (%)	264 (99%)	153 (99%)	111 (100%)	0.512
Καρδιακή συχνότητα στην ηρεμία	73 ± 12	74 ± 11	72 ± 13	0.254
Μέγιστη καρδιακή συχνότητα κατά την εξέταση	151 ± 16	158 ± 15	142 ± 12	<0.001
Μελέτη δυναμικής υπερηχογραφίας θετική για ισχαιμία (%)	14 (5%)	6 (4%)	8 (7%)	0.230

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



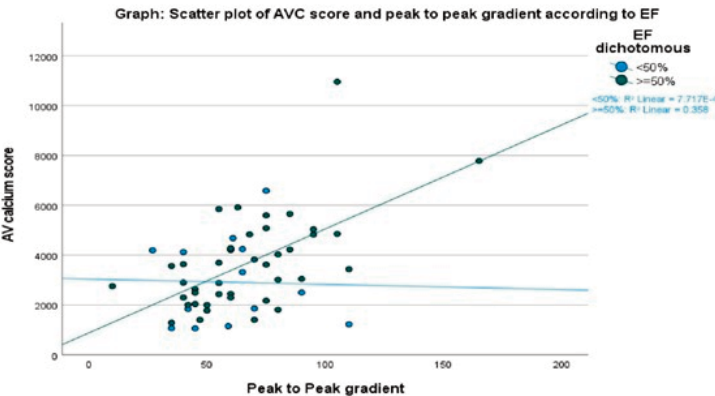
ΔΥ). Η αρνητική προγνωστική αξία του ΔΥ ήταν 99% σε μια παρακολούθηση μέσης διάρκειας 30 μηνών, που αντιστοιχεί σε ένα ετήσιο ποσοστό συμβάντων 0,32%. Το θετικό ΔΥ συσχετίστηκε σημαντικά με την καρδιακή έκβαση (δοκιμή log-rank $p < 0,0001$, Εικόνα 1). Συμπεράσματα: Το δυναμικό ηχωκαρδιογράφημα με μέσο αντίθεσης έχει σημαντική προγνωστική αξία σε συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ΣΝ. Η θετική δοκιμασία συνδέεται στενά με την ανάγκη για επαναγγείωση, ενώ η αρνητική δοκιμασία έχει εξαιρετική αρνητική προγνωστική αξία όσον αφορά την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

ΠΑ169 | Συσχέτιση σκορ ασβεστίου αορτικής βαλβίδας και κλίση πίεσης με αιμοδυναμικά κριτήρια σε ασθενείς με διατηρημένο ή επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης

Ε. Στεργιανός¹, Γ. Μπενέτος¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Α. Συνετός¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Κατά την τελευταία δεκαετία, η χρήση του σκορ ασβεστίου της αορτικής βαλβίδας (ΣΑΑΒ) όπως υπολογίζεται από την αξονική τομογραφία (ΑΤ) καρδιάς, αναδύεται ολοένα και περισσότερο ως μια αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδος ανίχνευσης ασθενών με σοβαρή αορτική στένωση (ΑΣ). Ενώ η αξιοπιστία της έχει ελεγχθεί με τη χρήση έμμεσων υπερηχογραφικών δεικτών βαρύτητας ΑΣ, η συσχέτιση μεταξύ του ΣΑΑΒ και της μέγιστης κλίσης



πίεσης (peak-to-peak gradient) όπως μετράται στον ΑΡ καρδιακό καθετηριασμό, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του ΣΑΑΒ και του peak-to-peak gradient σε ασθενείς με σοβαρή ΑΣ που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (ΔΕΑΒ) κα-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τηγοριοποιημένους σε διατηρημένο και επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ). Υλικά και Μέθοδος: Ελέγχθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία 59 ασθενών με τρίπτυχη αορτική βαλβίδα (ΑΒ) και ΑΣ εκφυλιστικής αιτιολογίας χωρίς προσθετική βαλβίδα που υποβλήθηκαν σε ΔΕΑΒ στο νοσοκομείο μας. Όλοι οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν είχαν υποβληθεί σε ΑΤ καρδιάς και διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη προ της επέμβασης, ενώ το peak-to-peak gradient μετρήθηκε κατά τη διάρκεια της ΔΕΑΒ. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το ΚΕ στην Ομάδα Α (N=46, διατηρημένο ΚΕ>%) και στην Ομάδα Β (N=13, επηρεασμένο ΚΕ <0%). Η μέση τιμή (Μ.Τ) του ΣΑΑΒ ήταν υψηλότερη στην Ομάδα Α (Μ.Τ ΣΑΑΒ=3.670HU) απ' ό τι στην Ομάδα Β (Μ.Τ ΣΑΑΒ=2.910HU), ωστόσο δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.19). Στην Ομάδα Α το ΣΑΑΒ συσχετίστηκε ισχυρά με το μετρούμενο peak-to-peak gradient (r=+0.59, p<0.001), την μέγιστη μετρούμενη με Doppler ταχύτητα στην ΑΒ (r=+0.39, p=0.02) και τη μέση κλίση πίεσης υπολογιζόμενη με Doppler (r=+0.53, p=0.02), ενώ στην Ομάδα Β δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ΣΑΑΒ και peak-to-peak gradient (p=0.92), υπολογιζόμενη με Doppler μέση κλίση πίεσης (p=0.07) και υπολογιζόμενη με Doppler μέγιστη ταχύτητα ΑΒ (p=0.62 - Γράφημα 1). Συμπέρασμα: Υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ ΣΑΑΒ και peak-to-peak gradient σε ασθενείς με διατηρημένο αλλά όχι με επηρεασμένο ΚΕ.

ΠΑ170 | **Συσχέτιση των τιμών της παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας με την πρόγνωση των ασθενών με κίρρωση ήπατος**

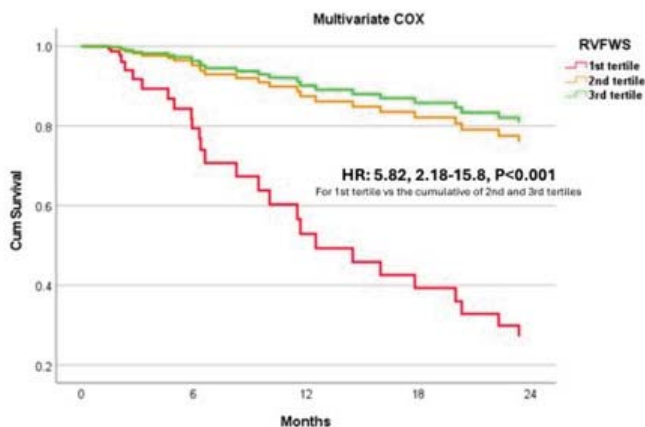
Ι. Δημητρόγλου¹, Δ. Τσαρτσάλης¹, Δ. Πατσουράκος¹, Μ. Κούκος¹, Α. Καλομπάτσου¹, Φ. Γαλέλη¹, Η. Τόλης¹, Α. Σακαλίδης¹, Ε. Μπενέκη¹, Χ. Βερβερέλη¹, Α. Αλεξοπούλου¹, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Αγγέλ¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κίρρωτική μυοκαρδιοπάθεια είναι μια επιπλοκή της κίρρωσης του ήπατος και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και χειρότερη πρόγνωση των ασθενών. Χαρακτηρίζεται από μειωμένο μεταφορτίο, αυξημένη καρδιακή παροχή και διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας. Δεν υπάρχουν ωστόσο επαρκή δεδομένα που να διευρύνουν την προγνωστική σημασία των μεταβολών της δεξιάς κοιλίας, και ειδικότερα όπως αυτές εκτιμώνται με τη μέθοδο της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (speckle tracking echocardiography). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του προγνωστικού ρόλου της παραμόρφωσης του ελευθέρου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (RVFWS) σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος. Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 70 ασθενείς με κίρρωση του ήπατος σε σταθερή κλινική κατάσταση. Ασθενείς με στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθεια μετρίου ή σοβαρού βαθμού, ενεργό κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης και πτωχό ακουστικό παράθυρο που δεν επέτρεπε αξιόπιστη μέτρηση του RVFWS αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Το RVFWS υπολογίστηκε με χρήση πιστοποιημένου λογισμικού από τομές τεσσάρων καρδιακών κοιλοτήτων εστιασμένες στη δεξιά κοιλία και η απόλυτη τιμή αυτού χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση. Διενεργήθηκε επίσης πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος με υπολογισμό του MELD σκορ, ενός διαδεδομένου εργαλείου για την εκτίμηση της βαρύτητας της κίρρωσης του ήπατος. Η

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



θνησιμότητα από κάθε αιτία στους 24 μήνες ορίστηκε ως το πρωτογενές καταληκτικό σημείο και ήταν διαθέσιμο σε όλους τους ασθενείς. Αποτελέσματα: Το μέσο RVFWS ήταν $27.4 \pm 6.3\%$ και χρησιμοποιώντας ως κατώτερο φυσιολογικό όριο την τιμή του 20%, μειωμένες τιμές ανευρέθηκαν σε 6 ασθενείς. Σύμφωνα με την παλινδρόμηση κατά Spearman, το RVFWS συσχετίστηκε με το MELD ($\rho=0.274$, $p=0.023$) υποδεικνύοντας αυξημένες απόλυτες τιμές σε ασθενείς με

αυξημένη βαρύτητα νόσου. Από τους 70 ασθενείς, οι 29 (36.3%) ικανοποίησαν το πρωτογενές καταληκτικό σημείο. Σύμφωνα με τη μονοπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης COX, το RVFWS ως συνεχής μεταβλητή δεν συσχετίστηκε με στατιστικά χειρότερη πρόγνωση των ασθενών (HR: 1.01 (0.95-1.08, $p=0.658$)). Σύμφωνα ωστόσο με πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης Cox, που συμπεριέλαβαν την ηλικία, το φύλλο, το MELD, την αιμοσφαιρίνη, τη συστολική αρτηριακή πίεση και την καρδιακή παροχή, το RVFWS ήταν το μόνο εκ των ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων αξιολόγησης της δεξιάς κοιλίας που παρουσίασε τάση για συσχέτιση με χειρότερη πρόγνωση ($p=0.062$). Όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τριτημόρια βάσει της τιμής του RVFWS φάνηκε ότι αυτοί στο πρώτο τριτημόριο, δηλαδή με τις χαμηλότερες απόλυτες τιμές RVFWS, παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο στην πολυπαραγοντική ανάλυση (HR: 5.82, 2.18-15.8, $P<0.001$) (εικόνα). Συμπεράσματα: Οι τιμές του RVFWS είναι εντός φυσιολογικών ορίων στους περισσότερους ασθενείς με κίρρωση ήπατος. Ωστόσο, όταν οι τιμές του προσαρμοστούν στη βαρύτητα της νόσου και τις αιμοδυναμικές συνθήκες, οι χαμηλότερες απόλυτες τιμές συσχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση των ασθενών.

ΠΑ171 | Συσχέτιση της αρτηριακής σκληρίας με δείκτες καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με διαβήτη: μια μελέτη με βάση την μαγνητική τομογραφία καρδιάς

Γ. Μαυραγάνης¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Χ. Κωνσταντάκη¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Γ. Ζέρβας¹, Χ. Μούστου¹, Δ. Δελιαλής¹, Ι. Πετρόπουλος¹, Ν. Μακρής¹, Μ. Παγτζόγλου¹, Ν. Ραχιώτης¹, Δ. Κλέττας², Κ. Σταματελόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Imperial College London, London, UK

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) θεωρείται η “gold-standard” μέθοδος για την αξιολόγηση της αρτηριακής σκληρίας. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) είναι μια μη επεμβατική απεικονιστική τεχνική που παρέχει ολοκληρωμένες πληροφορίες πέραν του υπερηχογραφήματος καρδιάς σε μία μόνο απεικονιστική συνεδρία. Δεδομένου ότι η συσχέτιση του PWV με δείκτες καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς μέχρι σήμερα, στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε αυτήν την πιθανή συσχέτιση σε ασθενείς με ΣΔ που υποβλήθηκαν σε CMR ή/και υπερηχογράφημα καρδιάς. Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 88 άτομα χωρίς καρδιαγγειακή νόσο (KAN), εκ των οποίων 73 είχαν ΣΔ (τύπου II, N=57 και τύπου I, N=16, μέση ηλικία 59.2 έτη, 63.6% άνδρες). Η μέση διάρκεια του ΣΔ ήταν 13.5 έτη. Η ταχύτητα καρωτιδο-μηριαίου σφυγμικού κύματος μετρήθηκε μη επεμβατικά (συσκευή Complior). Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CMR, οι υψηλότερες τιμές PWV συσχετίστηκαν με δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης διαμέτρου του αριστερού κόλπου (LA) (β -coefficient=1.01), του ελάχιστου όγκου του LA (β -συντελεστής=2.27), του LA volume index (β -coefficient=2.03), και με τον όγκο LA στο τέλος της διαστολής της αριστερής κοιλίας (LV) (β -coefficient=2.46) ($p<0.05$ για όλα). Επιπλέον, το αυξημένο PWV συσχετίστηκε επίσης θετικά με τη διάμετρο του ενδοκοιλιακού διαφράγματος (β -coefficient=0.31), τη μάζα της LV στο τέλος της διαστολής (β -coefficient=4.24), καθώς και με τον λόγο μάζας LV/τελοδιαστολικού όγκου της LV (β -coefficient=19.43), ακόμη και μετά από προσαρμογή για παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου και της υπέρτασης ($p<0.05$ για όλους). Χρησιμοποιώντας την αυτοματοποιημένη απεικόνιση λειτουργίας, το υψηλότερο PWV οδήγησε σε χαμηλότερη διαμήκη παραμόρφωση της LV μετά από προσαρμογή για τους ίδιους παράγοντες (β -coefficient=0.40, $P=0.038$). Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προηγμένο υπερηχογράφημα καρδιάς, το PWV συσχετίστηκε θετικά με το καταναλωμένο έργο (GWW) (β -coefficient=16.87) και αντιστρόφως ανάλογα με την αποδοτικότητα του έργου (GWE) (β -coefficient=-0.66) ($P<0.05$ και για τα δύο) μετά από προσαρμογή για το ίδιο μοντέλο. Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη, το PWV συσχετίστηκε με δείκτες καρδιακής δυσλειτουργίας που εκτιμήθηκαν μέσω CMR και υπερηχογραφήματος καρδιάς σε ασθενείς με διαβήτη. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την περαιτέρω διερεύνηση μιας πιθανής σχέσης μεταξύ της αρτηριακής δυσλειτουργίας και της πρώιμης επιδείνωσης της καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με διαβήτη.

ΠΑ172 |

Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς στον εντοπισμό υποκλινικής μυοκαρδιοπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη: αποτελέσματα μιας προκαταρκτικής ανάλυσης

**Γ. Γεωργιόπουλος¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹,
X. Κωνσταντάκης¹, M. Παπαϊωάννου¹, Γ. Ζέρβας¹, X. Μούστου¹,
Δ. Δελιαλής¹, I. Πετρόπουλος¹, N. Μακρής¹, M. Γιαγτζόγλου¹,
N. Ραχιώτης¹, Δ. Κλέττας², K. Σταματελόπουλος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Imperial College London, London, UK

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή: Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) μπορεί να χαρακτηρίσει με ακρίβεια τις υποκλινικές και προοδευτικές αλλαγές στην καρδιακή διαμόρφωση και λειτουργία, παρέχοντας πρόσθετες πληροφορίες από το υπερηχογράφημα καρδιάς. Σε αυτό το πλαίσιο, στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε κατά πόσον σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) χωρίς κλινικά εμφανή καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ), η CMR μπορεί να ανιχνεύσει πρώιμους δείκτες διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας και να εξετάσουμε την επίδραση των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης-2 (SGLT2i) στην καρδιακή δομή και λειτουργία. Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 77 άτομα χωρίς ΚΑΝ που υποβλήθηκαν σε CMR, εκ των οποίων 65 είχαν ΣΔ και 12 ήταν υγιείς μάρτυρες. Η μέση ηλικία ήταν 59.2 έτη και 60.9% ήταν άνδρες. Θεραπεία με SGLT2i χορηγήθηκε στο 23.7% των διαβητικών ατόμων. Αποτελέσματα: Η παρουσία ΣΔ συσχετίστηκε ανεξάρτητα με μειωμένο τελοδιαστολικό όγκο, μειωμένη καρδιακή παροχή της δεξιάς (ΔΚ) και της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), καθώς και μειωμένο τελοσυστολικό όγκο της ΔΚ ($p < 0.05$ για όλα). Ο μακροχρόνιος ΣΔ συσχετίστηκε επίσης ανεξάρτητα με χαμηλότερο global longitudinal strain (GLS) (β -coefficient=-2.06), μειωμένη ακτινική μετατόπιση (β -coefficient=-1.15) και ποσοστό ακτινικής παραμόρφωσης (β -συντελεστής=-7.50) μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο και την υπέρταση ($p < 0.05$ για όλα). Ο γλυκαιμικός έλεγχος, όπως αξιολογήθηκε με την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, συσχετίστηκε ανεξάρτητα και αντιστρόφως ανάλογα με τους δείκτες της μηχανικής του μυοκαρδίου, συμπεριλαμβανομένης της στροφής της ΑΚ ($P=0.047$). Η θεραπεία με SGLT2i συσχετίστηκε ανεξάρτητα με ένα ευνοϊκότερο προφίλ δεικτών διαμήκους παραμόρφωσης, χαμηλότερη ακτινική παραμόρφωση (β -coefficient=-0.73) και GLS (β -coefficient=-3.56) και υψηλότερο ελάχιστο όγκο αριστερού κόλπου (β -coefficient=12.6) ($p < 0.05$ για όλα). Δεν παρατηρήσαμε διαφορές στην T1 και T2 χαρτογράφηση καθώς και στους δείκτες αιμάτωσης ανάλογα με την παρουσία ΣΔ, τον τύπο του ΣΔ ή το φύλο. Επιπλέον, η διάρκεια του ΣΔ, ο γλυκαιμικός έλεγχος και η θεραπεία με SGLT2i δεν είχαν καμία επίδραση στους δείκτες αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Συμπεράσματα: Η CMR μπορεί να ανιχνεύσει την υποκλινική μυοκαρδιακή νόσο, όπως αποκαλύπτεται από αλλαγές στη δομή και τη μηχανική της καρδιάς σε διαβητικούς ασθενείς. Οι δείκτες μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας, συμπεριλαμβανομένης της παραμόρφωσης και της στροφής της ΑΚ, έδειξαν την υψηλότερη δυνατή διακριτική ικανότητα σε σύγκριση με μη διαβητικά άτομα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα για την επικύρωση αυτών των αποτελεσμάτων.

ΠΑ173 | Σύζευξη δεξιάς κοιλίας με την πνευμονική αρτηρία σε ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδας

Δ. Οικονομίδης¹, Α. Τασούλης², Ε. Τάτσης², Ι. Φ. Κουλουλιάς², Α. Παπαδόπουλος¹, Ι. Τσιαφούτης², Κ. Παπαδόπουλος¹

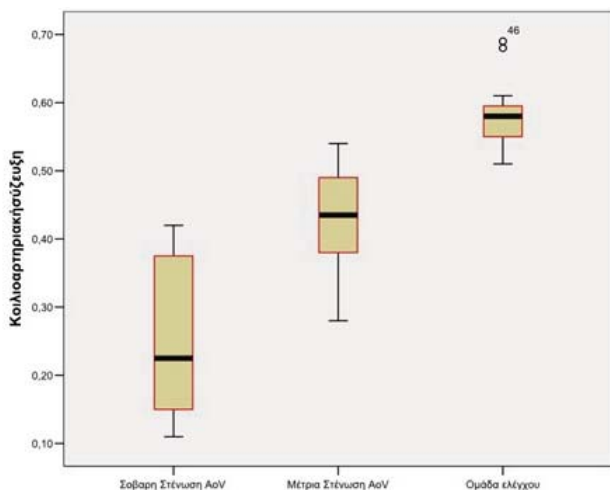
¹ Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σύζευξη δεξιάς κοιλίας - πνευμονικής αρτηρίας, αποτελεί ένα δείκτη λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και αναφέρεται στην σχέση της συσταλτικότητας με το μεταφόρτιο της δεξιάς κοιλίας. Υπολογίζεται με το λόγο του ιστικού doppler του ελεύθερου τοι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



χώματος της δεξιάς κοιλίας προς την υπολογιζόμενη συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία. Ο λόγος αυτός διατηρείται όταν υπάρχει απόλυτη ταύτιση στην λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας και των αντιστάσεων στην πνευμονική αρτηρία. Η διαταραχή στο δείκτη αυτό είναι ένδειξη κακής πρόγνωσης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να δείξει την διαφορά του ηχοκαρδιογραφικού δείκτη σύζευξης δεξιάς κοιλίας - πνευμονικής αρτηρίας σε σχέση με τον βαθμό στένωσης αορτικής βαλβίδας. Υλικό/Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθη-

καν συνολικά 60 άτομα (20 άτομα με σοβαρού βαθμού στένωσης αορτικής βαλβίδας, 20 άτομα με μετρίου βαθμού συμπτωματική στένωση αορτικής βαλβίδας, χωρίς συνυπάρχουσα μείζονα βαλβιδοπάθεια και 20 άτομα χωρίς προβλήματα υγείας - με παρόμοια κατανομή φύλου και ηλικίας στις τρεις ομάδες). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη με υπολογισμό της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας, της συστολικής πίεσης στην πνευμονική αρτηρία και του στομίου της στένωσης της αορτικής βαλβίδας. Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση του δείγματος δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών των τριών ομάδων (Median Age (years) \pm sd: 71.40 \pm 4.14 vs 71.85 \pm 4.25 vs 71.20 \pm 4.49, p-value = ns), ενώ αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την υπολογιζόμενη σύζευξη δεξιάς κοιλίας κοιλίας - πνευμονικής αρτηρίας μεταξύ των τριών ομάδων (RV-STD1/PASP, mean \pm sd: 0.2595 \pm 0.11718 vs 0.4305 \pm 0.07416 vs 0.5820 \pm 0.04275, p-value = <0,001) Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η συσχέτιση του ηχοκαρδιογραφικού δείκτη της σύζευξης με το βαθμό στένωσης της αορτικής βαλβίδας.

ΠΑ174 | Σύγκριση της κυκλοτερούς και της ακτινικής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα και σε υγιείς μάρτυρες

Α. Ε. Καλέση¹, Δ. Ντιλούδη¹, Ν. Κάσιος¹, Κ. Νταλέκου¹, Α. Πλαϊτής¹, Α. Αρχοντίκης¹, Α. Κωνσταντάρα¹, Α. Βασιλειάδου¹, Τ. Τζινιέρης¹, Μ. Σαγρής¹, Μ. Καρακώστα¹, Β. Γαρδικιώτη¹, Ν. Κατσιλή¹, Π. Ζάχος², Α. Δεστούνης¹, Α. Θεοδόσης - Γεωργιάς¹, Ν. Πατσουράκος¹

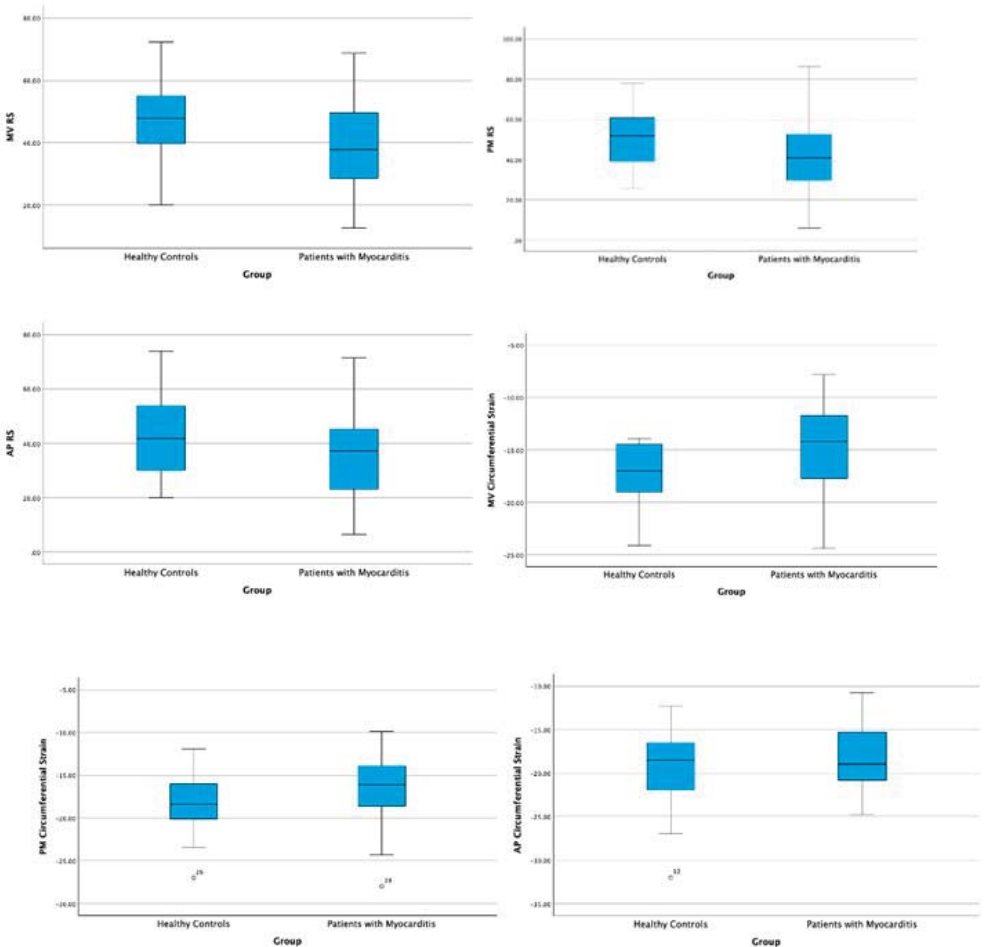
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή/Σκοπός Η οξεία μυοκαρδίτιδα χαρακτηρίζεται συνήθως από εντοπισμένη προσβολή του μυοκαρδίου, έχοντας κυρίως υποεπικαρδιακή κατανομή, γεγονός που καθιστά δυσχερή την ανίχνευση της με τις συμβατικές ηχωκαρδιογραφικές μεθόδους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αξίας της κυκλοτερούς (circumferential) και της ακτινικής (radial) παραμόρφωσης (strain) της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) στην πρόωμη αναγνώριση της συστολικής δυσλειτουργίας της ΑΚ. Υλικά και Μέθοδοι Η μελέτη διενεργήθηκε αναδρομικά στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας (Κ.Ε.Η.Τ) «Δ. Μπελντέκος» περιλαμβά-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Πίνακας 1. Διάμεσες τιμές ηχωκαρδιογραφικών δεικτών σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα και σε υγιείς μάρτυρες					
	Ασθενείς με μυοκαρδίτιδα		Υγιείς Μάρτυρες		P
	Διάμεση Τιμή	Εύρος	Διάμεση Τιμή	Εύρος	
MV RS	37.8%	(12.5 έως 68.7)	47.9%	(20 έως 72)	0.010
PM RS	40.8%	(6 έως 86.5)	52%	(25.5 έως 78.2)	0.010
AP RS	37.3%	(6.5 έως 71.5)	41.8%	(20 έως 74)	0.164
MV CS	-14.1%	(-7.8 έως -24.4)	-16.8%	(-12 έως -24.1)	0.007
PM CS	-16.1%	(-9.9 έως -28)	-18%	(-11.9 έως -27)	0.015
AP CS	-19%	(-10.7 έως -24.8)	-18.5%	(-12.3 έως -32)	0.807
MV endo CS	-21.5%	(-13.3 έως -31.1)	-25.1%	(-18.1 έως -36.5)	0.02
MV mid CS	-14.1%	(-7.8 έως -24.4)	-16.8%	(-12 έως -24.1)	0.009
MV epi CS	-8.9%	(-6 έως -17.6)	-10.8%	(-7.2 έως -18.8)	0.004
PM endo CS	-25.7%	(-15.8 έως -36.9)	-28.7%	(-19 έως -33.8)	0.63
PM mid CS	-16.1%	(-9.9 έως -28)	-18%	(-11.9 έως -27)	0.452
PM epi CS	-9.7%	(-7 έως -21.1)	-11%	(-5.5 έως -19)	0.033
AP endo CS	-28.7%	(-15.8 έως -40.5)	-30.6%	(-18.8 έως -44.5)	0.366
AP mid CS	-19%	(-10.7 έως -24.8)	-18.5%	(-12.3 έως -32)	0.807
AP epi CS	-11.8%	(-3.4 έως -17.1)	-11%	(-6 έως -26.2)	0.535

νοντας όλους τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από το 12/2019 έως και το 5/2024 στην καρδιολογική κλινική του «Τζανείου» με οξεία μυοκαρδίτιδα και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Μελετήθηκαν επίσης δεδομένα υγιών μαρτύρων σταθμισμένα κατά ηλικία και φύλο. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν η ακτινική (radial) και η κυκλοτε-

ρή (circumferential) παραμόρφωση (συνολική τιμή, epicardial, mid-myocardial και endocardial circumferential strain) από την παραστερνική κατά το βραχύ άξονα τομή στο επίπεδο της μιτροειδούς βαλβίδας, των θηλοειδών μυών και της κορυφής της ΑΚ. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι (Mann-Whitney Test) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε τιμή $p < 0.05$. Αποτελέσματα Μελετήθηκαν 41 ασθενείς (34 άνδρες - 82.9%) και 32 υγιείς μάρτυρες (25 άνδρες - 78%). Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 28 έτη (εύρος 16 έως 46 έτη) και των μαρτύρων τα 29 έτη (εύρος 17 έως 48 έτη). Για την ομάδα των ασθενών οι διάμεσες τιμές στο επίπεδο της μιτροειδούς βαλβίδας ήταν radial strain (RS) 37.8%, global circumferential strain (GCS) -14.1%, endocardial circumferential strain (endoCS) -21.5%, mid circumferential strain (midCS) -14.1%, και epicardial circumferential strain (epiCS) -8.9%, στο επίπεδο των θηλοειδών ήταν RS 40.8%, GCS -16.1%, endoCS -25.7%, midCS -16.1%, epiCS -9.7% και για την κορυφή ήταν RS 37.3%, GCS -19%, endoCS -28.7%, midCS -19% και epiCS -11.8%. Στην ομάδα μαρτύρων οι αντίστοιχες τιμές ήταν στη μιτροειδή RS 47.9%, GCS -16.8%, endoCS -25.1%, midCS -16.8%, epiCS -10.8%, στους θηλοειδείς RS 52%, GCS -18%, endoGS -28.7%, midCS -18%, endoCS -11% και στην κορυφή RS 41.8%, GCS -18.5%, endoGS -30.6%, midCS -18.5% και epiCS -11%. Οι ασθενείς με μυοκαρδίτιδα παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερες απόλυτες τιμές radial και circumferential strain στο επίπεδο της μιτροειδούς και των θηλοειδών, αλλά όχι στην κορυφή (Σχήμα 1). Η κυκλοτερής παραμόρφωση στις διάφορες στιβάδες παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της μιτροειδούς, ενώ στους θηλοειδείς στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μόνο στο επικαρδιακό CS (Πίνακας 1). Συμπεράσματα Η συνολική κυκλοτερής και ακτινική παραμόρφωση στο επίπεδο της μιτροειδούς και των θηλοειδών μυών και η κυκλοτερής παραμόρφωση στις επιμέρους στιβάδες στο επίπεδο της μιτροειδούς φαίνεται να αποτελούν χρήσιμους δείκτες για την πρώιμη ανίχνευση στο δυσλειτούργιας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ175 | Ευεργετική δράση των αναστολέων SGLT-2 στη διάχυτη ίνωση του μυοκαρδίου και σε δείκτες διαστολικής λειτουργίας ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης

Α. Μαραθωνίτης¹, Ε. Οικονόμου¹, Ν. Λάμα², Π. Θεοφίλης³, Ο. Κατσαρού¹, Ι. Τζίμα¹, Γ.Α. Παπαμικρούλης¹, Γ. Μακαβός¹, Π. Παντελίδης¹, Α. Αναστασίου¹, Β. Χ. Μυστακίδη¹, Ι. Οικονομίδης⁴, Ν. Κελέκης², Δ. Τούσουλης³, Γ. Σιάσος¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής απεικόνισης, Γ.Ν.Α. "ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

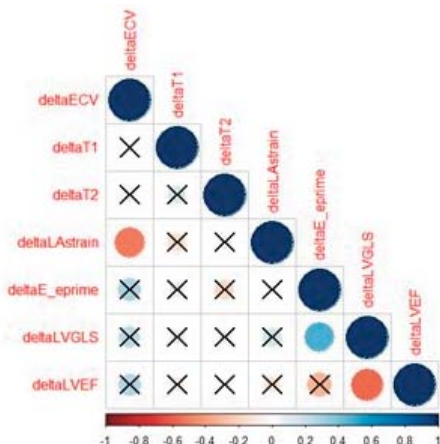
⁴ Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ "ΑΤΤΙΚΟΝ", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Οι ευεργετικές δράσεις των SGLT-2 αναστολέων (SGLT2i) σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (HFpEF) είναι πολλαπλές. Μελετήσαμε τη δράση των SGLT2i σε δείκτες ίνωσης και στον εξωκυττάριο όγκο της αριστερής κοιλίας (ECV). ΜΕΘΟΔΟΙ Στρατολογήθηκαν 24 ασθενείς με ΣΔII και HFpEF, από τον Μάιο του 2021 έως τον Σεπτέμβριο του 2022. Οι μισοί έλαβαν SGLT2i επιπρόσθετα της αγωγής τους (ομάδα θεραπείας) και οι άλλοι μισοί εικονικό φάρμακο (control group). Έγιναν μετρήσεις κατά την ένταξη στη μελέτη και 6 μήνες μετά. Εκτιμήθηκε το κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) της αριστερής κοιλίας και το συνολικό επίμηκες strain της αριστερής κοιλίας (LVGLS), η διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας εκτιμήθηκε με το strain του αριστερού κόλπου (LAstrain) και τον λόγο E/e'. Οι ιστικές μεταβολές στο μυοκάρδιο εκτιμήθηκαν με τη μαγνητική απεικόνιση της καρδιάς και τις τιμές του ECV και των χρόνων T1 και T2. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Κατά την έναρξη της μελέτης, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες στο φύλο, την ηλικία και σε άλλες παραμέτρους (Εικόνα 1). Η θεραπεία με SGLT2i βελτίωσε σημαντικά τις τιμές του ECV (<0.001) και του LAstrain (0.003). Κατά τη διάρκεια της 6μηνης παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκε διαφορά με βάση τη θεραπεία στο ΚΕ

	Βασικές Μετρήσεις			Επαναληπτικές Μετρήσεις 6 μηνών		p-values Ομάδα ελέγχου Βασικές μετρήσεις έναντι επαναληπτικών μετρήσεων	p-values Ομάδα SGLT2i Βασικές μετρήσεις έναντι επαναληπτικών μετρήσεων	p για αλληλεπίδραση (interaction)
	Ομάδα ελέγχου	Ομάδα SGLT2i	p-values Διαφοράς μεταξύ των 2 ομάδων	Ομάδα ελέγχου	Ομάδα SGLT2i			
Ηλικία (έτη)	63±8	68±7	0.06					
Άρρεν/Φύλλο (%)	82	73	0.32					
ΚΕ (%)	51±1	52±3	0.18	51±1	51±3	0.14	0.64	0.80
LVGLS (%)	-17.8±1.4	-16.5±1.4	0.05	-18.2±1.6	-16.3±1.6	0.12	0.40	0.19
LAstrain (%)	13.71±1.98	13.77±2.24	0.95	13.61±2.02	15.5±2.37	0.21	<0.001	<0.001
E/e'	7.49±1.54	9.88±3.74	0.06	7.55±1.78	9.51±3.09	0.71	0.25	0.38
ECV (%)	26.44±2.54	28.09±2.21	0.12	26.54±2.20	27.04±2.1	0.67	0.003	0.04
T1 (msec)	1247±21	1247±22	0.99	1246±21	1247±22	0.43	0.52	0.31
T2 (msec)	50.3±3.9	47.9±2.66	0.051	50.0±3.9	48.3±4.14	0.82	0.42	0.48

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



($p=0.80$), και στο LVGLS ($p=0.19$). Βρέθηκε αλληλεπίδραση της θεραπείας στη βελτίωση του ECV (Ομάδα θεραπείας: από $28.09 \pm 2.21\%$ σε $27.04 \pm 2.1\%$ έναντι Control group: από $26.44 \pm 2.54\%$ σε $26.54 \pm 2.20\%$, $p=0.04$) και του LAstrain (Ομάδα θεραπείας: από $13.77 \pm 2.24\%$ σε $15.5 \pm 2.37\%$ έναντι Control group: από $13.71 \pm 1.98\%$ σε $13.61 \pm 2.02\%$, $p<0.001$) χωρίς όμως επίδραση της θεραπείας στη μεταβολή του λόγου E/e' ($p=0.38$) και στους χρόνους από τη μαγνητική απεικόνιση της καρδιάς T1 ($p=0.31$) και T2 ($p=0.48$), (Εικόνα 1). Επιπρόσθετα, υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης του ECV και του LAstrain ($r=-0.51$, $p=0.02$), (Εικόνα 2). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η βραχυχρόνια χορήγηση SGLT2i σε ασθενείς με HFpEF και ΣΔΙΙ βελτιώνει τους νεότερους δείκτες διαστολικής λειτουργίας,

στοιχείο το οποίο φαίνεται να συσχετίζεται με την μείωση του ECV. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τους σύνθετους μηχανισμούς δράσης των SGLT2i στη παθολογική αναδιαμόρφωση του μυοκαρδίου και στη διαστολική δυσλειτουργία που παρατηρούνται σε ασθενείς με HFpEF.

ΠΑ176 | Υπολογισμός του κλάσματος εξώθησης από το 3D επίμηκες και κυκλωτέρες strain

Δ. Ντέλιος¹, Α. Ερυθροπούλου-Καλτσιδου², Ε. Παγκουρέλιας¹, Ο. Μαυρομουστάκης³, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η μελέτη της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης με τη μέθοδο Speckle tracking αποτελεί μια σημαντική μέθοδο για την αξιολόγηση της συστολικής λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. Ωστόσο, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (EF) παραμένει η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράμετρος για την εκτίμηση της συστολικής λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ανάπτυξη μιας απλής εξίσωσης μέσω της οποίας μπορεί να υπολογιστεί το EF από το κυκλωτέρες και το επίμηκες strain σε μια προσπάθεια να διευκρινιστεί πώς τα μεγέθη αυτά αλληλοεξαρτώνται. Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 113 ασθενείς (65.23 ± 14.86 έτη) οι οποίοι υπεβλήθησαν σε τριδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία με την οποία αξιολογήθηκε το κλάσμα εξώθησης, το 3D μεσοκαρδιακό συνολικό επίμηκες (GLS) και κυκλωτέρες strain (GCS). Με την παραδοχή ότι η

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

αριστερή κοιλία έχει κωνικό σχήμα μπορεί να αποδειχθεί μαθηματικά ότι το EF μπορεί να εκτιμηθεί κατά προσέγγιση με την εξίσωση $EF_{est} = GLS + 2 * GCS$ (όπου EF_{est} το εκτιμώμενο από την εξίσωση EF). Στη συνέχεια έγινε σύγκριση του EF όπως αυτό εκτιμάται με τη 3D υπερηχοκαρδιογραφία με το αποτέλεσμα της εξίσωσης (EF_{est}) Αποτελέσματα: EF και EF_{est} παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση ($r=0.9$, $p<0.001$). Ωστόσο, από την ανάλυση Bland-Altman διαφαίνεται ότι η προτεινόμενη εξίσωση οδηγεί σε σχετική υποεκτίμηση του EF (mean bias=-9.39%, $p<0.001$) Συμπεράσματα: Το EF όπως αυτό εκτιμάται με τη 3D υπερηχοκαρδιογραφία παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με το αποτέλεσμα της προτεινόμενης εξίσωσης. Επιπρόσθετα η εξίσωση αναδεικνύει ότι η συνεισφορά του κυκλοτερούς strain στο EF είναι μεγαλύτερη από τη συνεισφορά του επιμήκους strain.

ΠΑ177 | Ευαισθησία και ειδικότητα του σκορ ασβεστίου αορτικής βαλβίδας με κριτήρια αιμοδυναμικού εργαστηρίου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας

Ε. Στεργιανός¹, Γ. Μπενέτος¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Α. Συνετός¹, Σ. Τσαλαμανδράς¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Κατά την τελευταία δεκαετία, η χρήση του σκορ ασβεστίου της αορτικής βαλβίδας (ΣΑΑΒ) όπως υπολογίζεται από την αξονική τομογραφία (ΑΤ) καρδιάς, αναδύεται ολοένα και περισσότερο ως μια αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδος ανίχνευσης ασθενών με σοβαρή αορτική στένωση (ΑΣ). Ενώ η αξιοπιστία της έχει ελεγχθεί με τη χρήση έμμεσων υπερηχογραφικών δεικτών βαρύτητας ΑΣ, η συσχέτιση μεταξύ του ΣΑΑΒ και της μέγιστης κλίσης πίεσης (peak-to-peak gradient) όπως μετράται στον ΑΡ καρδιακό καθετηριασμό, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ του peak-to-peak gradient και του ΣΑΑΒ, η ευαισθησία και η ειδικότητα του ΣΑΑΒ με κριτήρια αιμοδυναμικού εργαστηρίου για τη βαρύτητα της ΑΣ και ο καθορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με χαμηλή διαγνωστική ακρίβεια στην κατηγοριοποίηση της ΑΣ μέσω του ΣΑΑΒ. Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 126 ασθενείς με τριπτύχη αορτική βαλβίδα και εκφυλιστική ΑΣ, χωρίς προσθετική βαλβίδα, που είχαν προγραμματιστεί για διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (ΔΕΑΒ) στο νοσοκομείο μας. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί τόσο σε ΑΤ καρδιάς όσο και σε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία προ της παρέμβασης, ενώ το peak-to-peak gradient μετρήθηκε κατά τη διάρκεια της ΔΕΑΒ. Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του ΣΑΑΒ ήταν μεγαλύτερη στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες ($p=0.02$) και σε ασθενείς με αυξημένο πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος ($p=0.01$). Το ΣΑΑΒ παρουσίασε θετική συσχέτιση με το μετρούμενο peak-to-peak gradient ($r=+0.43$, $p=.001$). Στην παρούσα μελέτη η μετρούμενη ευαισθησία ήταν 89,5% ενώ η ειδικότητα 27% (Πίνακας 1). Στη συνέχεια οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 2 κατηγορίες ανάλογα με το αν το ΣΑΑΒ προέβλεψε σωστά τη σοβαρότητα της ΑΣ. Η Ομάδα 1 (N=106) αποτελούταν από ασθενείς στους οποίους

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Table: Sensitivity and specificity of AVC score

AVC score ^a	Peak to peak gradient ^b		Total
	≥40mmHg	<40mmHg	
≥2.000HU for males or ≥1200HU for females	103	8	111
<2000HU for males or <1200HU for females	12	3	15
Total	115	11	126

^aAs measured by MDCT ^bMeasurement during left heart catheterization

η βαρύτητα της ΑΣ συμβάδιζε τόσο με το ΣΑΑΒ όσο και με το peak-to-peak gradient, ενώ η Ομάδα 2 (N=20) αποτελούταν από ασθενείς στους οποίους η βαρύτητα της ΑΣ δεν συμβάδιζε. Παρατηρήθηκε ότι η παρουσία υπετροφίας της ΑΡ κοιλίας μει-

ωνε την πιθανότητα το ΣΑΑΒ να προβλέψει σωστά τη σοβαρότητα της ΑΣ. Συμπέρασμα : Το ΣΑΑΒ συσχετίζεται ισχυρά με το αιμοδυναμικό peak-to-peak gradient σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν για ΔΕΑΒ ενώ χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευαισθησία και μέτρια ειδικότητα.

12.30-14.00 Προληπτική καρδιολογία / Prevention

Πρόεδροι: **Ε. Παξιμαδάκης** (Αθήνα), **Ο. Κατσαρού** (Αθήνα)

Chairpersons: **E. Paximadakis** (Athens), **O. Katsarou** (Athens)

ΠΑ178 | Τροχιές δείκτη μάζας σώματος και επίπτωση καρδιαγγειακών παθήσεων: η επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

**Ε. Δαμίγου¹, Α. Λουκίνα³, Γ. Μετζαντωνάκης³, Φ. Μπάρκας⁴,
Ε. Βλαχοπούλου¹, Δ. Δαλμύρας¹, Π. Αδαμίδης⁵, Γ. Αναστασίου⁵,
Ε. Κραββαρίτης⁵, Χ. Χρυσόχου³, Κ. Τσιούφης³, Ε. Λυμπερόπουλος⁵,
Π. Σφηκάκης⁵, Χ. Πίτσαβος³, Δ. Παναγιωτάκος¹**

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

² Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα,

³ Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα,

⁴ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα,

⁵ Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.

Εισαγωγή/Σκοπός: Σύμφωνα με τη μελέτη Global Burden of Disease, εκτιμάται ότι η επιβάρυνση του υψηλού δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) κατά το διάστημα 1990-2017 (>2.000.000 θάνατοι και

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

>70.000.000 προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής), οφείλεται κυρίως στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΝ). Όμως, δεν είναι πλήρως διασαφηνισμένο πως το μακροχρόνιο βάρος, και οι αλλαγές σε αυτό, επηρεάζουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των μακροπρόθεσμων τροχιών σωματικού βάρους και της συχνότητας εμφάνισης ΚΝ κατά τη διάρκεια 20 ετών παρακολούθησης. Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα ήταν $n=1.988$ ενήλικες Έλληνες (50% άνδρες, μέση ηλικία \pm Τυπική απόκλιση: 45 ± 14 έτη) ελεύθεροι ΚΝ, οι οποίοι συμμετείχαν στην επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ κατά την περίοδο 2002-2022. Η καρδιαγγειακή νόσος ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD10. Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε ως βάρος/ύψος². Σύμφωνα με τις μετρήσεις του ΔΜΣ το 2002 και το 2012, η κατάσταση σωματικού βάρους των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκε ως: i) ποτέ υπερβαρότητα/παχυσαρκία: όσοι είχαν $\Delta\text{ΜΣ} < 5 \text{ kg/m}^2$ και στις δύο αξιολογήσεις, ii) απέκτησαν υπερβαρότητα/παχυσαρκία: αυτοί που είχαν $\Delta\text{ΜΣ} < 5$ το 2002, αλλά $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ το 2012, iii) απέκτησαν φυσιολογικό σωματικό βάρος: όσοι είχαν $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ το 2002, αλλά $< 5 \text{ kg/m}^2$ το 2012, iv) πάντα υπερβαρότητα/παχυσαρκία: όσοι είχαν $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ και στις δύο αξιολογήσεις. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της 20ετούς παρακολούθησης, $n=718$ συμμετέχοντες εμφάνισαν ένα καρδιαγγειακό συμβάν (θανατηφόρο ή μη), που αντιστοιχεί σε επίπτωση ΚΝ ίση με 36,1% (άνδρες: 40,2%, γυναίκες: 32,1%, $p\text{-value} < 0,001$). Σε μοντέλα προσαρμοσμένα για κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά, ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, βρέθηκε ότι μόνο όσοι διατηρούσαν σταθερά μη φυσιολογικό βάρος (δηλαδή, πάντα υπερβαρότητα/παχυσαρκία κατά το διάστημα 2002-2012) είχαν 36% υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΝ [Σχετικός Κίνδυνος-ΣΚ: 1,36, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης-ΔΕ: 1,00, 1,80]. Μεταξύ των συμμετεχόντων των οποίων η κατάσταση σωματικού βάρους άλλαξε, ο κίνδυνος ΚΝ δεν επηρεάστηκε σημαντικά (ΣΚ για όσους απέκτησαν φυσιολογικό βάρος: 1,26, 95%ΔΕ: 0,89, 1,77, ΣΚ για εκείνους που απέκτησαν υπερβαρότητα/παχυσαρκία: 1,27, 95%ΔΕ: 0,90, 1,80). Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν τους κινδύνους διατήρησης υπερβολικού σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της ζωής και υποστηρίζουν τα οφέλη για την υγεία από τη διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους όσο το δυνατόν νωρίτερα στη ζωή.

ΠΑ179 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ 20-ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II, ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

I. Κεχαγιά¹, Θ. Τσιαμπαλής, Ε. Δαμίγου, Φ. Μπάρκας, Α. Γεωργίου, Ε. Κραββαρίτη, Ν. Κατσίκη, Ε. Λυμπερόπουλος, Π. Σφηκάκης, Χ. Χρυσόχου², Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος

¹ Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Δ.Θ.Κ.Α ΥΓΕΙΑ, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συσχέτισης φλεγμονωδών δεικτών [CRP, IL-6, TNF-a, NLR, PLR, CLR] και 20ετούς επίπτωσης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II (ΣΔ II), και ο πιθανός τροποποιητικός μηχανισμός της παχυσαρκίας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» συστά μία

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

προοπτική μελέτη και περιλάμβανε 2000 ενήλικες, ηλικίας 43±13 ετών. Η αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών-ανθρωπομετρικών-βιοχημικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκαν το έτος 2001, και σε όλους τους επανελέγχους. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην 20ετία, 26,3% (95%ΔΕ 24,4%, 28,3%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν ΣΔ II. Στους διαβητικούς υπέρβαρους/παχύσαρκους σημειώθηκαν αυξημένες τιμές των δεικτών CRP, IL-6 και CLR ($p<0,05$), γεγονός το οποίο δεν παρατηρήθηκε στους διαβητικούς νορμοβαρείς. Στους υπέρβαρους/παχύσαρκους, η αύξηση των CRP, IL-6 και CLR κατά μία μονάδα συσχετίστηκε με αυξημένο 20ετή κίνδυνο ΣΔ II κατά 8% ($\Sigma K=1,08$ 95%ΔΕ 1,01, 1,16), 86% ($\Sigma K=1,86$ 95%ΔΕ 1,16, 2,98) και 174% ($\Sigma K=17,39$ 95%ΔΕ 2,02, 149,83), ενώ στους νορμοβαρείς κατά 9% ($\Sigma K=1,09$ 95%ΔΕ 0,92, 1,29), μείωση κατά 67% ($\Sigma K=0,67$ 95%ΔΕ 0,29, 1,52) και κατά 35% αντίστοιχα ($\Sigma K=0,35$ 95%ΔΕ 0,01, 138,07), λαμβάνοντας υπόψη κλασικούς συγχυτικούς παράγοντες ($p<0,05$). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία φαίνεται να δρα τροποποιητικά στη συσχέτιση ανάμεσα στο φλεγμονώδες προφίλ και στην 20-ετή εμφάνιση ΣΔ II, ενώ η ενσωμάτωση CRP, IL-6, CLR στην πρωτογενή πρόληψη της νόσου φαίνεται να έχει προγνωστική αξία στην περίπτωση των ασθενών με φυσιολογικό σωματικό βάρος.

ΠΑ180 | Η αξία των αιματολογικών δεικτών ηπατικής ίνωσης στη διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου

**Γ. Μαυραγάνης¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Σ. Αθανασόπουλος¹,
Χ. Κωνσταντάκης¹, Γ. Ζέρβας¹, Χ. Μούστου¹, Ε. Αϊβαλιώτη¹, Δ. Δελιαλής¹,
Λ. Αγγελιδάκης¹, M. Sachse², S. Tual-Chalot³, K. Sopona², A. Μητράκου¹,
Κ. Στέλλος², Κ. Σταματελόπουλος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Department of Cardiovascular Research, Heidelberg University, Heidelberg/Mannheim, Germany,

³ Biosciences Institute, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) με προχωρημένη ηπατική ίνωση σχετίζεται με την καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Οι μηχανισμοί που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο ΚΑΝ και η κλινική χρησιμότητα των μη επεμβατικών δοκιμασιών που αντικατοπτρίζουν την κατάσταση της ηπατικής ίνωσης βρίσκονται υπό διερεύνηση. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί εάν οι δείκτες αγγειακής βλάβης μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των μη επεμβατικών δοκιμασιών που αντικατοπτρίζουν την κατάσταση της ηπατικής ίνωσης και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και να συγκριθεί η πρόσθετη προγνωστική αξία αυτών των μη επεμβατικών δοκιμασιών σε σχέση με τα καθιερωμένα σκορ καρδιαγγειακού κινδύνου. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 1,692 άτομα με ή χωρίς κλινικά έκδηλη ΚΑΝ από την Athens Cardiometabolic Cohort. Το Fibrosis-4 index (FIB-4), το NAFLD Fibrosis score (NFS) και το BARD score αξιολογήθηκαν για άμεσες και έμμεσες συσχετίσεις με δείκτες υποκλινικής αρτηριακής βλάβης, συμπεριλαμβανομένου του μέγιστου πάχους καρωτιδικού τοιχώματος (maxWT) και της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV), καθώς και με το σύμπλοκο καταλη-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κτικό σημείο καρδιακού θανάτου, οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή στεφανιαίας επαναγγείωσης μετά από διάμεση παρακολούθηση 39 μηνών. Αποτελέσματα: Το FIB-4 και το NFS αλλά όχι το BARD score συσχετίστηκαν σταθερά με όλους τους δείκτες αγγειακής βλάβης, τόσο στο συνολικό πληθυσμό όσο και σε υποομάδες ανάλογα με την παρουσία KAN ($p < 0.05$ για όλες τις συσχετίσεις). Οι αυξημένες τιμές $FIB-4 > 2.67$ και $BARD \geq 2$ συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα [OR=2.00, 95% CI: 1.12-3.55, delta area under the curve (deltaAUC)=0.014, 95% CI: 0.002-0.026 και OR=3.36, 95% CI: 1.03-11.0 και deltaAUC=0.013, 95% CI: 0.001-0.025, αντίστοιχα]. Οι εν λόγω συσχετίσεις διαμεσολαβούνταν από το maxWT και όχι από το PWV τόσο για το FIB-4 όσο και για το BARD score. Μόνο το FIB-4 (> 3.25) συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τη συνολική θνησιμότητα ($p < 0.05$). Συμπεράσματα: Σε έναν πληθυσμό ποικίλου καρδιομεταβολικού κινδύνου, οι συσχετίσεις των μη επεμβατικών δοκιμασιών που αντικατοπτρίζουν την κατάσταση της ηπατικής ίνωσης με τα καρδιαγγειακά συμβάματα διαμεσολαβούνται από το αθηρωματικό φορτίο και όχι από την αρτηριακή σκληρία. Το FIB-4 κατέδειξε σταθερά συσχετίσεις με όλα τα καταληκτικά σημεία της μελέτης. Τα ευρήματα αυτά παρέχουν μηχανιστικές γνώσεις και υποστηρίζουν την κλινική εφαρμογή των δεικτών ηπατικής ίνωσης στην πρόληψη της KAN.

ΠΑ181 | **Βελτίωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας με προγράμματα καρδιοπνευμονικής αποκατάστασης σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει από COVID-19**

Μ. Ι. Γουναρίδη¹, Ν. Σουβαλιώτης¹, Σ. Λάμπας¹, Α. Βοντετσιάνος², Ν. Χυνκιάμης², Α. Αναστασίου¹, Γ. Ζακυνθινός¹, Ι. Τζίμα¹, Π. Μπακάκος², Ν. Κουλούρης², Ε. Βαβουρανάκης¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Σιάσος¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η νόσος COVID-19 είναι αναπνευστική νόσος με συχνή καρδιαγγειακή συμμετοχή. Στην οξεία φάση της νόσου η δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για την έκβαση των ασθενών. Λιγότερα δεδομένα υπάρχουν για την λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας μετά την οξεία λοίμωξη COVID-19. Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης ενός προγράμματος καρδιοπνευμονικής αποκατάστασης στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς μετά λοίμωξη COVID-19. Μέθοδοι: 50 ασθενείς με COVID-19 αξιολογήθηκαν έναν μήνα (T0) μετά την οξεία λοίμωξη COVID-19 και τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 1:1 να συμμετάσχουν ή όχι σε πρόγραμμα καρδιοπνευμονικής αποκατάστασης. Όλοι οι συμμετέχοντες επαναξιολογήθηκαν 3 μήνες (T1) μετά την οξεία λοίμωξη COVID-19. Οι συμμετέχοντες ασθενείς συγκρίθηκαν με ομάδα μη νοσησαντων από COVID-19. Μεταξύ άλλων εκτιμήθηκε υπερηχογραφικά το strain του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (RVGLS), η ταχύτητα ιστικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (SRV) και η συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (PASP) αξιολογήθηκαν και η κοιλιοαρτηριακή σύζευξη δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής αρτηρίας

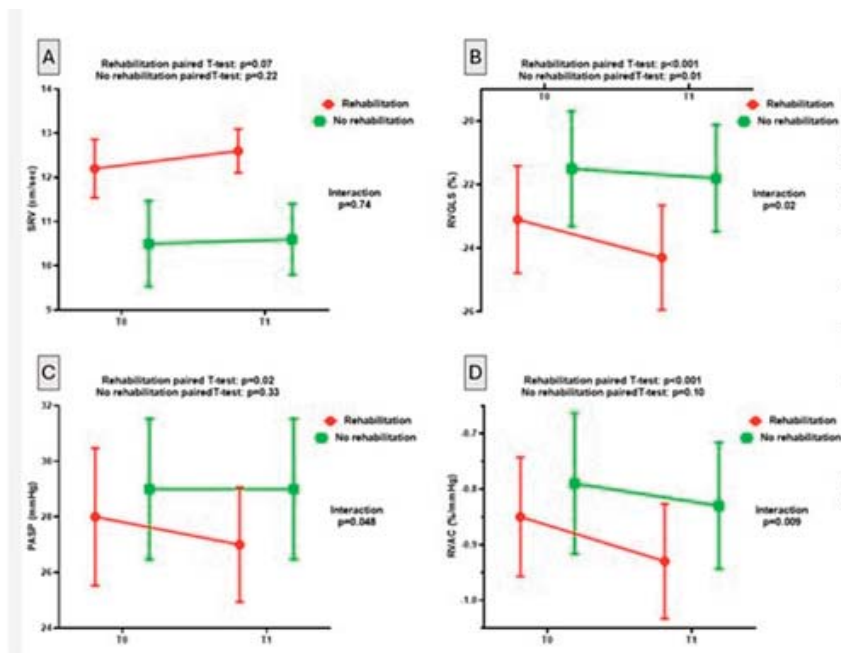
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

Πίνακας 1: Βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς αναρρώσαντες από COVID-19 ανάλογα με την διενέργεια ή μη αποκατάσταση.

	No rehab (24)	Rehab (25)	p-value
Age (years)	50±12	54±12	0.24
Male sex (%)	58	48	0.44
BMI (kg/m ²)	28.64±4.86	26.67±4.65	0.15
Hypertension (%)	17	28	0.34
Diabetes Mellitus (%)	13	24	0.29
Current Smokers (%)	13	28	0.17
LVEF (%)	56±4	56±4	0.99
e/e'	6.54±1.81	6.90±1.64	0.46
SRV (cm/sec)	10.5±2.3	12.2±1.6	0.09
RVGLS (%)	-21.5±4.3	-23.1±4.1	0.21
PASP (mmHg)	29±6	28±6	0.87
RVAC (%/mmHg)	-0.81±0.29	-0.86±0.27	0.53

(RVAC) μέσω του λόγου RVGLS/PASP. Αποτελέσματα: Ένα μήνα μετά τη νόσο COVID-19 δεν υπήρχε διαφορά σε δείκτες συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (LVEF %, E/e') καθώς και δεξιάς κοιλίας (RVGLS, PASP και RVAC) μεταξύ νοσησαντων και μη νοσησαντων. Στους ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 κατά τις βασικές μετρήσεις Τ0 δεν υπήρ-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

E

Πίνακας 3: Αλλαγές στις υπό εξέταση παραμέτρους ανάλογα με την διενέργεια ή μη αποκατάστασης

	T0	T1	p	p - interaction
LVEF (%) Rehab	56±4	58±2	0.008	0.60
LVEF (%) No Rehab	56±4	58±3	0.005	
e/e' Rehab	6.90±1.64	6.71±1.69	0.49	0.75
e/e' No Rehab	6.54±1.81	6.23±1.35	0.49	
SRV (cm/sec) Rehab	12.2±1.6	12.6±1.2	0.07	0.74
SRV (cm/sec) No Rehab	10.5±2.3	10.6±1.9	0.22	
RVGLS (%) Rehab	-23.1±4.1	-24.3±4.0	<0.001	0.02
RVGLS (%) No Rehab	-21.5±4.3	-21.8±4.0	0.01	
PASP (mmHg) Rehab	28±6	27±5	0.02	0.048
PASP (mmHg) No Rehab	29±6	29±6	0.33	
RVAC (%/mmHg) Rehab	-0.85±0.26	-0.93±0.25	<0.001	0.009
RVAC (%/mmHg) No Rehab	-0.79±0.30	-0.83±0.27	0.10	

T0: -21,5±4,3% έναντι T1:-1,8±4%, p=0,01) (Σχήμα 1B). Τόσο η PASP όσο και το RVAC βελτιώθηκαν μόνο στην ομάδα αποκατάστασης. PASP (T0: 28±6mmHg έναντι T1:27±5mmHg, p=0,02) (Σχήμα 1C) RVAC T0: -0,86±0,26%/mmHg έναντι T1:-0,93±0,25%/mmHg, p<0,001). Παρατηρήθηκε μάλιστα σημαντικά αλληλεπίδραση του προγράμματος αποκατάστασης στη βελτίωση της RVAC (p=0,009) (Σχήμα 1D). Συμπέρασμα: Σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει από COVID-19 η εφαρμογή ενός προγράμματος καρδιοπνευμονικής αποκατάστασης βελτιώνει δείκτες λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας με βελτίωση του μεταφορτίου και της κοιλοαρτηριακής σύζευξης.

χαν διαφορές στα βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ της ομάδας αποκατάστασης και μη (Πίνακας 1). Στην περίοδο της παρακολούθησης υπήρξε σημαντική βελτίωση του RVGLS τόσο στην ομάδα της αποκατάστασης όσο και στην ομάδα της μη αποκατάστασης με σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στην ομάδα της αποκατάστασης (p για αλληλεπίδραση = 0,02) rehab-RVGLS (T0: -23,1±4,2% έναντι T1: -24,3±4%, p<0,001), non-rehab RVGLS (

ΠΑ182 | Γυναίκεια Αντιπροσώπευση στην Καρδιολογική Έρευνα: Μια Ανάλυση Συγγραφικής Συμμετοχής στο Κορυφαίο Ελληνικό Καρδιολογικό Περιοδικό

Β. Αραμπατζή¹, Ε. Δούκη¹, Μ. Κοιλάρη¹, Κ. Κούτρα¹, Δ. Τσερκέζογλου¹, Α. Νασουφίδου¹, Π. Σταχτέας¹, Β. Φυντανίδου², Ε. Καραγιαννίδης¹, Ν. Φραγκάκης¹

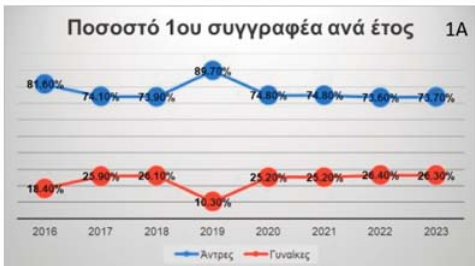
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ και ΣΚΟΠΟΣ Ιστορικά οι γυναίκες έχουν αντιμετωπίσει προκλήσεις αναφορικά με την ενσωμάτωση και ανέλιξη τους στην ιατρική επιστήμη, συμπεριλαμβανομένων έμφυλων διακρίσεων, έλλειψης καθοδήγησης και ζητημάτων ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικών φιλοδοξιών και πραγμάτωσης του μητρικού ρόλου. Αν και την τελευταία δεκαετία, σε χώρες όπως η Λετονία και η Εσθονία, γίνεται λόγος για θηλυκοποίηση του ιατρικού κλάδου με δυναμική εμπλοκή των γυναικών που υπερσκελίζει την ανδρική, υπάρχουν ακόμη ειδικότερες που

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



θεωρούνται παραδοσιακά ανδροκρατούμενες. Η Καρδιολογία αποτελεί μία από αυτές, καθώς υπάρχει περιορισμένη εκπροσώπηση από το γυναικείο φύλο. Επί του παρόντος, οι γυναίκες αποτελούν το 12-15% των ασκούμενων καρδιολόγων παγκοσμίως, με ακόμη χαμηλότερη εκπροσώπηση σε ηγετικές θέσεις και στην ακαδημαϊκή έρευνα. Στην παρούσα μελέτη επιχειρούμε να διερευνήσουμε την ερευνητική συγγραφή και δραστηριότητα των γυναικών στο κορυφαίο ελληνικό περιοδικό καρδιολογίας. ΥΛΙΚΟ και ΜΕΘΟΔΟΙ Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης που βασίζεται στη συλλογή δημοσιεύσεων του περιοδικού Hellenic Journal of Cardiology από το 2016 έως και το 2023. Καταγράφηκαν ο αριθμός των γυναικών συγγραφέων, οι συγγραφικές τους θέσεις, ο τύπος των μελετών που συμμετέχουν ως πρώτοι συγγραφείς και η σχετική καρδιολογική εξειδίκευση. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Από τα 813 άρθρα, 184 (23%) είχαν γυναίκα ως πρώτη συγγραφέα και 69 (10%) ως τελευταία συγγραφέα. Το ποσοστό των γυναικών ως πρώτη συγγραφέας παρουσιάζεται σταθερό από το 2016, με εξαίρεση το 2019 που ήταν χαμηλότερο (10%) (Εικόνα 1A). Όσον αφορά τα είδη των μελετών, οι γυναίκες δημοσιεύουν κυρίως μελέτες παρατήρησης και η αναλογία των άρθρων τους αντιπροσωπεύει περίπου το 1/3 του συνολικού αριθμού άρθρων ανά κατηγορία (Εικόνα 2A). Σε παρατέρω ανάλυση, οι γυναίκες δημοσιεύουν Μη Τυχαίσιες Κλινικές Δοκιμές, Μετα-αναλύσεις, Μελέτες Χρονικής Στιγμής και Editorials σε παρόμοια ποσοστά με τους άντρες, ενώ σχετικά με τα άρθρα Περιστατικών/Σειρά Περιστατικών, Κόορτης, Ανασκοπήσεων



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

και Τυχαιοποιημένων Κλινικών δοκιμών, τα ποσοστά δημοσίευσής τους είναι υποτριπλάσια έως και υποτετραπλάσια (Εικόνα 2Α). Τέλος ο γυναίκες καρδιολόγοι δημοσιεύουν περισσότερο άρθρα Κλινικής Καρδιολογίας, ενώ η συμμετοχή τους στην Ηλεκτροφυσιολογία και την Επεμβατική Καρδιολογία υπολείπεται σημαντικά (Εικόνα 2Β). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα παραπάνω ευρήματα καταδεικνύουν την υποαντιπροσώπηση της γυναικείας συμμετοχής στο ελληνικό περιοδικό, σε συμφωνία με την παγκόσμια βιβλιογραφία και υπερθεματίζουν την ανάγκη συμπερίληψης και προώθησης των γυναικών στην ερευνητική διαδικασία και εποπτεία.

ΠΑ183 | Η επίδραση του καπνίσματος στον καρδιαγγειακό κίνδυνο που σχετίζεται με την Lp(a): Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

**Σ. Π. Γιαννακοπούλου¹, Χ. Χρυσόχου², Κ. Δημητριάδης²,
Γ. Μετζαντωνάκης², Π. Σ. Αδαμίδης³, Ε. Μιχαηλίδης², Σ. Αντωνοπούλου¹,
Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος³, Π. Π. Σφηκάκης³, Κ. Τσιούφης²,
Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹**

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

² Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο,

³ Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»,

⁴ Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή/Σκοπός: Το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων, μέσω μηχανισμών όπως η οξειδωτική βλάβη και οι αλλοιώσεις του προφίλ των λιπιδίων. Τα αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης (α) [Lp(a)] είναι ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Αυτή η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει την επίδραση του καπνίσματος στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα Lp(a). Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης συνελέχθησαν πληροφορίες σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες και μετρήθηκαν τα επίπεδα της Lp(a). Οι συμμετέχοντες στρωματοποιήθηκαν με βάση τις καπνιστικές τους συνήθειες (Μη καπνιστές/Καπνιστές). Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Για κάθε 1 mg/dL αύξηση των επιπέδων Lp(a), η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά την διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά 0,4% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 1,004, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) 1,000-1,007, p=0,048). Στους καπνιστές, αύξηση των επιπέδων της Lp(a) κατά 1 mg/dL συσχετίστηκε με αύξηση του 20ετούς

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 0,7% (ΣΚ = 1,007, 95%ΔΕ 1,001-1,013, $p=0,036$). Ωστόσο, στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η στατιστική αυτή σημαντικότητα δεν διατηρήθηκε μετά από προσαρμογή για λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL-χοληστερόλη), λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (HDL-χοληστερόλη) και τριγλυκερίδια (ΣΚ= 1,005, 95%ΔΕ 0,998-1,013, $p=0,149$). Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα Lp(a) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, ιδιαίτερα σε καπνιστές. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την κλινική αξία της Lp(a) ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και ενισχύουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα της πολυσύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ Lp(a), καπνίσματος και άλλων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΠΑ184 | Αξιολόγηση της Συμμόρφωσης στις Ιατρικές Οδηγίες με Τηλεφωνική Παρακολούθηση των Ασθενών του Ιατρείου Τρίτης Ηλικίας 65+
Z. Κόλλια¹, M. Χριστοδούλου¹, I. Νέλλα¹, A. Σπαθάρη¹, N. Θεοδωράκης¹, X. Χύτας¹, Σ. Καλαντζή¹, A. Σπυριδάκη¹, B. Μηλιώνης², Σ. Αθηναίου¹, Γ. Τριανταφύλλη¹, E. Γουρζουλίδου, M. Νικολάου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η βελτίωση της συμμόρφωσης επηρεάζει σημαντικά την κλινική έκβαση των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Πρόσφατες οδηγίες συστήνουν την εφαρμογή παρεμβάσεων, όπως η τηλεφωνική παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα μετά από νοσηλεία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ασθενών με τις συστάσεις της διεπιστημονικής ομάδας του Τακτικού Εξωτερικού Ιατρείου Τρίτης Ηλικίας 65+ μέσω τηλεφωνικής παρακολούθησης ένα μήνα μετά την πλήρη γηριατρική εκτίμηση. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για καταγραφική μελέτη σε ασθενείς, οι οποίοι εντάχθηκαν στο πρόγραμμα Τρίτης Ηλικίας 65+ του Νοσοκομείου Αμαλία Φλέμιγκ σε χρονικό διάστημα ενός έτους. Από τους 284 ασθενείς, οι 220 ανταποκρίθηκαν στην τηλεφωνική παρακολούθηση. Η τηλεφωνική παρακολούθηση έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με τη συμμόρφωση στις οδηγίες που δόθηκαν (φαρμακευτική αγωγή, ανοσοποίηση, εργαστηριακός έλεγχος, υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες), καθώς και σχετικά με την κλινική κατάσταση του ασθενούς (συμπτώματα, θνητότητα, νοσηλείες). Αποτελέσματα: Από τους 220 ασθενείς, (56,3% γυναίκες, μέση ηλικία 75,28 έτη), οι 49 (21,5%) δεν έλαβαν τη φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τις οδηγίες της διεπιστημονικής ομάδας. Από αυτούς, οι 22 (9,85%) δήλωσαν ότι διέκοψαν ή τροποποίησαν τη λήψη φαρμάκων χωρίς ιατρική οδηγία. Από τους 21 ασθενείς που διέκοψαν μόνοι τους φάρμακα, οι 4 διέκοψαν στατίνη και 13 νευροψυχιατρικά φάρμακα. Από τους 117 στους οποίους δόθηκαν οδηγίες για προληπτικό έλεγχο, το 35,9% δεν τον πραγματοποιήσε. Η συμμόρφωση που παρατηρήθηκε σε οδηγίες που αφορούν τον εμβολιασμό ήταν 40,6%, τη διακοπή καπνίσματος 20,8%, την απώλεια σωματικού βάρους 63,1% την άσκηση 73,07% και την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης 81,44%. Από το σύνολο των ασθενών το 3,59% είχε μία νοσηλεία, ενώ το ίδιο ποσοστό ανέφερε επιδείνωση στη συνολική κατάσταση της υγείας του. Το 19,28% βελτιώθηκε κλινικά μετά την επίσκεψη στο ια-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

τρείο και οι υπόλοιποι ασθενείς ανέφεραν στάσιμη (41,26%) ή σταθερά καλή (33,18%) υγεία. Συμπεράσματα: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνεται να έχουν ικανοποιητική συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και στις συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η χαμηλότερη συμμόρφωση παρατηρήθηκε στον προληπτικό έλεγχο, τον εμβολιασμό και τη διακοπή καπνίσματος. Απαιτείται, ωστόσο, περαιτέρω έρευνα για την εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μη συμμόρφωση των ηλικιωμένων με σκοπό την ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της.

ΠΑ185 | Πανελλήνια καταγραφή καρδιαγγειακών νοσηλειών

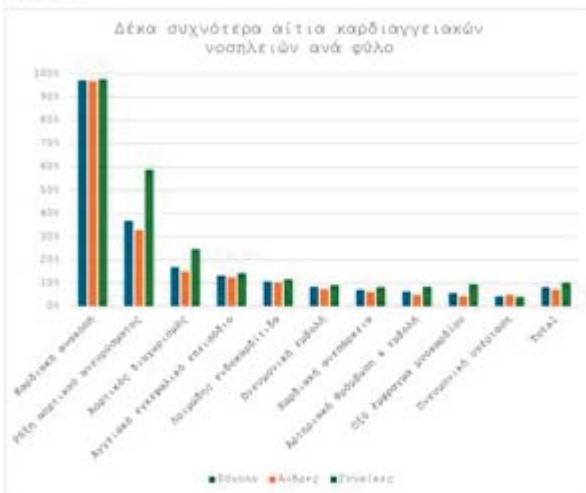
Ν. Θεοδωράκης¹, Δ. Αναγνώστου¹, Γ. Βαμβάκου¹, Α. Κωνσταντοπούλου¹, Χ. Χήτας¹, Ε. Μιχαηλίδη¹, Χ. Τσάλλα¹, Γ. Φερετζάκης¹, Μ. Νικολάου¹

¹ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Οι μελέτες εθνικής καταγραφής νοσηλειών μπορεί να αναδείξουν το τρέχον φορτίο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των δέκα συχνότερων αιτιών καρδιαγγειακής νοσηλείας και ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ανά φύλο στην Ελλάδα. Δείγμα Το δείγμα αποτελείται από το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού το έτος 2017. Μέθοδος Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και αποτελούνταν από συνολικό αριθμό νοσηλειών ανά αίτιο και την αντίστοιχη έκβαση. Οι ενδονοσοκομειακές θνησιμότητες εκφράστηκαν ανά 100 εισαγωγές για κάθε αίτιο. Εστίασαμε στο 2017 καθώς αποτελούσε το έτος με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία. Απο-

τελέσματα Ο συνολικός αριθμός καρδιαγγειακών νοσηλειών ήταν 209.285 με δέκα συχνότερα αίτια: αρρυθμίες (16.1%), καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) (12.9%), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) (11.9%), χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια (11.2%), στηθάγχη (9.3%), οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) (8.2%), καρδιακή ανακοπή (4.3%), σοβαρές βαλβιδοπάθειες (3.3%), υπερτασικά νοσήματα (3.3%), και πνευμονική εμβολή (1.5%). Η κολπική μαρμαρυγή/πτερυγισμός αποτελούσε το 57.9% των αρρυθμιών, το ισχαιμικό το 58.4% των ΑΕΕ, η σταθερή στηθάγχη το 81% της στηθάγχης, και η αορτική στένωση το 47.6% των σοβαρών βαλβιδοπαθειών. Οι αριθμοί νοσηλείας ήταν υψηλότεροι στις γυναίκες για

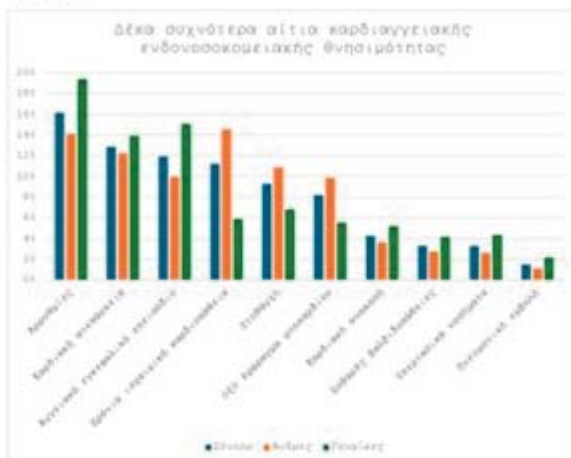
Διάγραμμα 1.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË

Διάγραμμα 2.



την πλειοψηφία των αιτιών, πλην στεφανιαίας νόσου, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1. Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα για το σύνολο των καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν 8.2% με τις δέκα υψηλότερες: καρδιακή ανακοπή (97.1%), ρήξη αορτικού ανeurύσματος (36.8%), αρτητικός διαχωρισμός (16.8%), ΑΕΕ (13.3%), λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (10.6%), πνευμονική εμβολή (8.3%), ΚΑ (7%), αρτηριακή θρόμβωση & εμβολή (6.3%), ΟΕΜ (5.7%), και πνευμονική υπέρταση (4.3%). Μεταξύ των οξέων στεφανιαίων, υψηλότερη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα παρουσίαζαν τα πρόσθια STEMI (6.4%), ακολουθούμενα από τα κατώτερα STEMI (5.6%), τα

NSTEMI (1.6%), και την ασταθή στηθάγχη (0.3%). Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα από υπερτασικά νοσήματα εξαρτιούνταν από την παρουσία επιπλοκών και ήταν 0.7% για την υπερτασική καρδιοπάθεια χωρίς ΚΑ, 7.1% για την υπερτασική νεφροπάθεια, 8% για την υπερτασική καρδιοπάθεια με ΚΑ, και 15.2% για συνδυασμό υπερτασικής νεφροπάθειας/υπερτασικής καρδιοπάθειας με ΚΑ. Οι ενδονοσοκομειακές θνησιμότητες ήταν υψηλότερες στις γυναίκες για το σύνολο των αιτιών, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2. Συμπεράσματα: Αρρυθμίες, ΚΑ, και ΑΕΕ αποτελούν το 70% των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πρέπει να δοθεί έμφαση στην βελτιστοποίηση της τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών και στη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων για ΑΕΕ, αγγειοπλαστική, και καρδιογενή καταπληξία.

ΠΑ186 | Η σχέση μεταξύ της εμμηνόπαυσης και της 20-ετούς επίπτωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων: Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ε. Γ. Σιγάλα¹, Χ. Χρυσόχου², Φ. Μπάρκας³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Π. Σφηκάκης⁴, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹ Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο,

² Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Ιπποκράτειο,

³ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή/ Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανών διαφορών στη 20-ετή επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και σε προδιαθεσικούς παράγοντες,

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μεταξύ μετεμμηνοπαυσιακών και προ- ή περι-εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ είναι προοπτική επιδημιολογική έρευνα (2002-2022), βασισμένη σε τυχαία και στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Το 2006, το 2012 και το 2022 διεξήχθησαν ο 5-ετής, 10-ετής και 20-ετής επανέλεγχος της μελέτης. Κατά τον 20-ετή επανέλεγχο, 1.286 συμμετέχουσες γυναίκες είχαν πλήρη στοιχεία για την κατάσταση εμμηνόπαυσης (προ/περί-εμμηνόπαυσης, $n = 416$, μετεμμηνόπαυση, $n = 870$) και αποτέλεσαν το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης. Στη συνέχεια οι γυναίκες σε μετεμμηνόπαυση διακρίθηκαν σε εκείνες που δήλωσαν ότι μετέβησαν σε εμμηνόπαυση κατά την περίοδο 2002-2022 ($n = 347$) και σε εκείνες που ήταν σε εμμηνόπαυση ήδη από την έναρξη της μελέτης ($n = 523$). Αποτελέσματα: Η 20-ετής επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου ήταν 775 ανά 1000 γυναίκες που ήταν ήδη σε εμμηνόπαυση από την έναρξη της μελέτης, 74 / 1000 γυναίκες που μετέβησαν σε εμμηνόπαυση στην περίοδο παρακολούθησης και 35 / 1000 γυναίκες που ήταν σε προ- ή περι-εμμηνοπαυσιακό στάδιο μέχρι και τον επανέλεγχο του 2022 ($p < 0,001$). Η ηλικία εμμηνόπαυσης δεν συσχετίστηκε με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Οι διαφορές στην επίπτωση, εξηγούνται τόσο από τις ηλικιακές διαφορές κατά την έναρξη της μελέτης, όσο και από διαφορές σε κλινικούς, εργαστηριακούς, ανθρωπομετρικούς και σχετιζόμενους με τον τρόπο ζωής προδιαθεσικούς παράγοντες. Εστιάζοντας στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που είχαν χαμηλή προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα κατά την περίοδο 2002-2022, εκείνες με αυξημένη προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα είχαν από 79% έως 84% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, κατά την 20-ετή περίοδο, ανεξάρτητα από την ηλικία, την ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης, τη διάρκεια εμμηνόπαυσης, κλινικούς παράγοντες κινδύνου και παράγοντες του τρόπου ζωής (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Όπως ήταν αναμενόμενο, η 20-ετής επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι αυξημένη για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα από τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι υψηλός (και είναι συγκρινόμενος με των ανδρών), η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο σχεδόν στα επίπεδα του κινδύνου των προ-/περι-εμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα από εμφολεμένα (nested) μοντέλα αναλογικών κινδύνων Cox για τη διερμείωση της επίδρασης των μεταβολών προσκόλλησης της Μεσογειακής διαίτας (μεταξύ 2002 και 2012) στην μακροπρόθεση (20-ετή) επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου, σε μετεμμηνοπαυσιακές συμμετέχουσες στη μελέτη ΑΤΤΙΚΗ ($n = 870$).

	Μη-σταθμισμένο υπόδειγμα	Υπόδειγμα 1	Υπόδειγμα 2	Υπόδειγμα 3
Χαμηλή προσκόλληση (2002) → Υψηλή προσκόλληση (2012) vs Χαμηλή (2002-2012)	1.15 (0.33, 3.99)	1.59 (0.25, 9.99)	1.13 (0.15, 8.45)	0.98 (0.13, 7.64)
Υψηλή προσκόλληση (2002) → Χαμηλή προσκόλληση (2012) vs Χαμηλή (2002-2012)	0.15 (0.08, 0.28) ***	0.20 (0.07, 0.54) **	0.14 (0.04, 0.46) **	0.16 (0.05, 0.53) **
Υψηλή προσκόλληση (2002-2012) vs Χαμηλή (2002-2012)	0.05 (0.02, 0.10) ***	0.23 (0.08, 0.68) **	0.17 (0.04, 0.68) *	0.21 (0.05, 0.87) *

Υπόδειγμα 1 = Μη-σταθμισμένο υπόδειγμα + Ηλικία + Ηλικία εμμηνόπαυσης + Διάρκεια εμμηνόπαυσης

Υπόδειγμα 2 = Υπόδειγμα 1 + Υπέρταση + Υπερχοληστερολαιμία + Σακχαρώδης διαβήτης + Λόγος περιφέρεια μέσης προς ύψος + hsCRP.

Υπόδειγμα 3 = Υπόδειγμα 2 + Λόγος ενεργειακής πρόσληψης προς βασικό μεταβολικό ρυθμό + Κάπνισμα + Φυσική δραστηριότητα.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ187 | Η επίδραση του εικοσαπεντανοϊκού οξέως στην αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου**Μ. Α. Δημοπούλου¹, Ε. Εμμανουήλ², Γ. Ζέρβας¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Δ. Δελιαλής¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Β. Λαμπαδιάρη³, Α. Πρωτογέρου⁴, Ι. Οικονομίδης³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Χ. Βλαχόπουλος², Κ. Σταματελόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό"

Εισαγωγή: Η επίδραση των ω-3 λιπαρών οξέων στα καρδιαγγειακά συμβάματα αποτελεί πεδίο μεγάλου ενδιαφέροντος και αντικρουόμενων δεδομένων. Η τυχαιοποιημένη μελέτη REDUCE-IT έδειξε ότι ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου που έλαβαν υψηλής καθαρότητας εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) παρουσίασαν μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σχέση με αυτούς που έλαβαν ορυκτέλαιο ως εικονικό φάρμακο (OE). Λόγω δεδομένων που δείχνουν ότι το OE μπορεί να μην είναι αδρανές και να ασκεί προ-αθηρωματική και προ-φλεγμονώδη δράση, μέρος του καρδιαγγειακού οφέλους που παρατηρήθηκε στη REDUCE-IT μπορεί να μεγεθύνεται λόγω αυτής της πιθανής βλαπτικής δράσης του εικονικού φαρμάκου. Μηχανιστικά δεδομένα με τον ίδιο σχεδιασμό θα συνεισφέρουν στην απάντηση αυτής της υπόθεσης. Σκοπός: Η επίδραση του υψηλής καθαρότητας EPA σε μη-επεμβατικούς δείκτες αγγειακής λειτουργίας σε σύγκριση με ορυκτέλαιο ως εικονικό φάρμακο. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μία συνεχιζόμενη πολυκεντρική κλινική τυχαιοποιημένη διπλή-τυφλή μελέτη. Μέχρι στιγμής, 20 ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν υψηλής καθαρότητας EPA (1875mg EPA και 125mg DHA) ή εικονικό φάρμακο (OE) για 3 μήνες, ενώ, παράλληλα, υποβλήθηκαν σε αιματολογικές εξετάσεις και έγινε αξιολόγηση της αρτηριακής σκληρίας με τη χρήση της ταχύτητας σφυγμικού κύματος καρωτίδων-μηνριαίων (Pulse-Wave Velocity (PWV)) και της ενδοθηλιακής λειτουργίας με τη χρήση της εξαρτώμενης από τη ροή αγγειοδιαστολής (FMD). Ο υψηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης REDUCE-IT. Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της PWV στην ομάδα που έλαβε EPA (PWV1: mean = 11.18; SD=4.21 vs PWV2: 10.59; SD=4.04 m/sec); [t(8) = 2.35, p = .047, n = 10]. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στην ομάδα που έλαβε ορυκτέλαιο (PWV1: 10.9; SD=1.84 vs PWV2: 10.63; SD=2.1 m/sec); [t(9) = 0.67, p = .52, n = 10]. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή της FMD, της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης ή των λιπιδαιμικών και γλυκαιμικών δεικτών σε καμία ομάδα. Συμπεράσματα: Τα πρώτα πιλοτικά αποτελέσματα αυτής της συνεχιζόμενης πολυκεντρικής μελέτης δείχνουν ότι η χορήγηση EPA σε άτομα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου βελτιώνει την αορτική σκληρία σε σύγκριση με το ορυκτέλαιο που φαίνεται αγγειολογικά αδρανές. Αυτά τα αποτελέσματα αψηφίζουν μηχανιστικά τα αποτελέσματα της REDUCE IT.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ188 | **Η επίδραση εκχυλίσματος λευκών μούρων στην καρδιαγγειακή νόσο**
**Α. Α. Κυριαζοπούλου-Κοροβέση¹, Λ. Συμεωνίδη, Λ. Αγγελιδάκης¹,
Δ. Δελιαλής¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Χ. Κωνσταντάκη¹, Ι. Πετρόπουλος¹,
Μ. Ε. Τσελεγκίδη¹, Π. Κωστάκου¹, Γ. Γεωργιοπούλος¹, Α. Λ. Σκαλτσούνης,
Ι. Τσέτη, Ι. Ανδρεάδου, Κ. Σταματελόπουλος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το ερευνητικό έργο BLOODY BERRY μελετά την πιθανή καρδιοπροστατευτική και αντι-αθηρογόνο δράση ενός εκχυλίσματος προερχόμενο από τα λευκά μούρα σε προκλινικό και κλινικό επίπεδο στο καρδιαγγειακό σύστημα. Υλικό και Μεθοδολογία: Στην προκλινική μελέτη, C57BL6 αρσενικοί και θηλυκοί μύες έλαβαν διατροφή Δυτικού τύπου για 14 εβδομάδες. Την 6 η εβδομάδα τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ελέγχου(DMSO 5%) ή εκχυλίσματος Mulberry Morus Alba (MA) 500mg/kg, po OD επί 8 εβδομάδες (n=6-8/ομάδα). Ακολούθησε πρόκληση μυοκαρδιακής ισχαιμίας 30 λεπτών ακολουθούμενης από 2 ώρες επαναϊμάτωση και μετρήθηκε το μέγεθος του εμφράγματος (I/R%). Σε δεύτερο πείραμα με όμοιο σχεδιασμό σε ApoE (-/-) αρσενικούς και θηλυκούς μύες (n=6-7/ομάδα) εκτιμήθηκαν οι αθηροσκληρωτικές περιοχές στην αορτή με τη χρήση ειδικής χρωστικής (Oil Red O). Στην κλινική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (≥ 1), και τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα ελέγχου με εικονικό σκεύασμα και ομάδα που έλαβε 1.2gr. εκχυλίσματος MA. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις ενδοθηλιακής λειτουργίας, αορτικής σκληρίας, ανακλώμενων κυμάτων, 24ωρη καταγραφή περιφερικών και αορτικών πιέσεων, υπερηχοκαρδιογραφήματα προαγωγής και 1 μήνα μετά καθώς και μέτρηση δεικτών οξειδωτικού στρες (μηλονική διαλδεϋδη και πρωτεϊνικά καρβονύλια)Αποτελέσματα: Στο προκλινικό μέρος, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, το εκχύλισμα MA μείωσε σημαντικά το μέγεθος του εμφράγματος και την έκταση της αθηρωματικής πλάκας και στα δύο φύλα($p < 0.05$ για όλες τις συγκρίσεις). Στην κλινική μελέτη, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (n=20), στην ομάδα που έλαβε εκχύλισμα (n=20) παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στη γλυκόζη του αίματος($p=0.031$) και σημαντικά ευνοϊκές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της ομάδας που έλαβε το εκχύλισμα έναντι της ομάδας ελέγχου στις μεταβολές της 24ωρης ταχύτητα μετάδοσης σφυγμικού κύματος (p -interaction =0.068), του δείκτη ενίσχυσης αορτικού σφυγμικού κύματος 24ώρου (p -interaction =0.007)ημέρας (p -interaction =0.054) και νυκτός (p -interaction =0.045), και των μετρήσεων της συστολικής πίεσης την ημέρα (p -interaction =0.071) και της διαστολικής πίεσης την νύχτα (p -interaction =0.087) άνω των φυσιολογικών ορίων. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους δείκτες οξειδωτικού στρες ($p > 0.05$). Συμπεράσματα: Η χορήγηση εκχυλίσματος MA μειώνει το μέγεθος του εμφράγματος σε μύες με διατροφικά επαγόμενο ΜΣ καθώς και την έκταση της αθηρωματικής πλάκας και στα δύο φύλα. Στον άνθρωπο, η χορήγηση εκχυλίσματος MA βελτίωσε την αγγειακή λειτουργία και το αιμοδυναμικό προφίλ σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ189 | Η επίδραση των GLP-1 αγωνιστών και των SGLT-2 αναστολέων σε παραμέτρους αγγειακής λειτουργίας ανάλογα με την απώλεια σωματικού βάρους

Π. Σταμπούλογλου Κ.¹, Ε. Μπλέτσα¹, Ε. Οικονόμου¹, Ο. Κατσαρού¹, Β. Τσίγκου¹, Ι. Οικονομίδης¹, Ε. Κόρακας¹, Β. Λαμπαδιάρη¹ Τεντολούρης², Δ. Τούσουλης³, Κ. Τσιούφης³, Ε. Βαβουρανάκης¹, Γ. Σιάσος¹

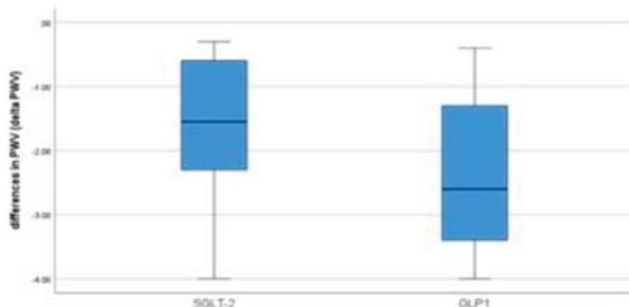
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αρτηριακή σκληρία και οι δείκτες της ενδοθηλιακής λειτουργίας έχουν τη δυνατότητα να σηματοδοτούν τον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), ενώ παράλληλα η διαχείριση του σωματικού βάρους είναι μείζονος σημασίας για την επίτευξη του βέλτιστου γλυκαιμικού ελέγχου και την πρόληψη των επιπλοκών σε αυτούς τους ασθενείς. Σκοπός: Να διερευνηθούν οι επιδράσεις των νεώτερων αντιδιαβητικών παραγόντων στην αρτηριακή σκληρία και την ενδοθηλιακή λειτουργία καθώς και στις μεταβολικές παραμέτρους της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και του βάρους σε ασθενείς με ΣΔτ2. Υλικό και Μέθοδοι: Εντάχθηκαν 99 διαδοχικοί ασθενείς με σταθερή αντιδιαβητική θεραπεία χωρίς επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και αξιολογήθηκαν για την ενίσχυση της αγωγής τους ως προς την επίτευξη βέλτιστου γλυκαιμικού ελέγχου μέσω της προσθήκης είτε ενός GLP-1 αγωνιστή (n=50) ή ενός SGLT-2 αναστολέα (n=49). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) και το βάρος εκφρασμένο μέσω του δείκτη μάζας σώματος (BMI) αλλά και η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV) και η ενδοθηλιοεξαρτώμενη διάταση της βραχιόνιου αρτηρίας ύστερα από ισχαιμο περιόδεση (FMD), ως βιοδείκτες εκτίμησης της αρτηριακής σκληρίας και της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου αντίστοιχα, μετρήθηκαν

Σχήμα 2: Οι διαφορές στη μεταβολή των τιμών PWV μεταξύ αρχικών μετρήσεων και 3 μήνες μετά την ενστατικοποίηση του σχήματος με GLP-1 αγωνιστές και SGLT-2 αναστολείς

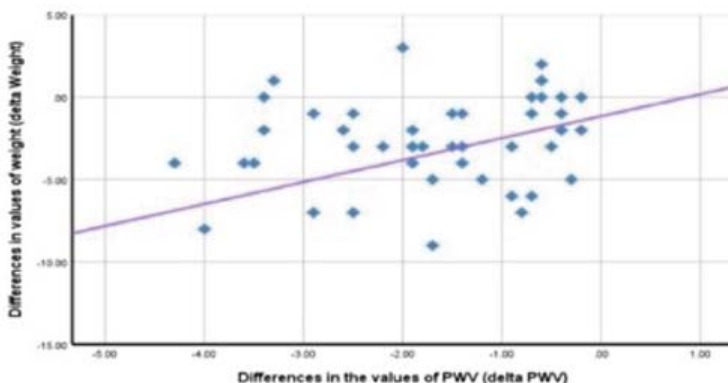


κατά την έναρξη και 3 μήνες μετά την ενστατικοποίηση της θεραπείας. Αποτελέσματα: Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων μελέτης ως προς τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία και το φύλο ή στις αρχικές τιμές HbA1c, BMI, PWV και FMD (p=NS για όλα). Και στις δύο

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Σχήμα 2: Θετική συσχέτιση της διαφοράς στη μεταβολή των τιμών του PWV και του σωματικού βάρους μετά από 3 μήνες εντατικοποίησης της αγωγής με SGLT-2 αναστολείς



ομάδες οι τιμές PWV εμφάνισαν στατιστικά σημαντική βελτίωση από $11,2 \pm 2,5$ σε $9,3 \pm 2,2$ m/sec ($p < 0,001$) στην ομάδα των GLP-1R αγωνιστών και από $10,7 \pm 2,4$ σε $8,9 \pm 2,0$ m/sec ($p = 0,001$) στην ομάδα των SGLT-2 αναστολέων, όπως παρουσιάζεται στο Σχήμα 1 μέσω των διαφορών στις τιμές του PWV. Οι τιμές FMD επίσης βελτιώθηκαν σημαντικά και στις δύο ομάδες από την έναρξη έως την παρακολούθηση στους 3 μήνες: από $6,04 \pm 1,22$ σε $6,50 \pm 1,26\%$ ($p < 0,001$) για την ομάδα GLP-1 αγωνιστών και από $6,38 \pm 1,21$ σε $6,81 \pm 1,29\%$ ($p < 0,001$) για την ομάδα των SGLT-2 αναστολέων. Επιπλέον, και οι δύο ομάδες πέτυχαν καλύτερους στόχους ως προς τη ρύθμιση του βάρους μέσω επίτευξης μειωμένων τιμών BMI μεταξύ της έναρξης και της παρακολούθησης στους 3 μήνες: από $33,6 \pm 4,9$ σε $31,5 \pm 4,6$ kg/m² για την ομάδα των GLP-1 αγωνιστών ($p < 0,001$) και από $31,8 \pm 5,5$ σε $30,5 \pm 5,6$ kg/m² για την ομάδα των SGLT-2 αναστολέων ($p < 0,001$), επιπλέον της επίτευξης καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου όσον αφορά τις τιμές HbA_{1c}, όπως φαίνεται στις διαφορές τους σε ζεύγη: για τους GLP-1 αγωνιστές $1,3 \pm 0,7\%$ και για τους SGLT-2 αναστολείς $0,8 \pm 0,5\%$. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στην ομάδα των SGLT-2 αναστολέων το μέγεθος της βελτίωσης του PWV συσχετίστηκε με την απώλεια του βάρους ($r = 0,368$, $p = 0,007$). Συμπέρασμα: Αυτά τα δεδομένα παρέχουν στοιχεία ότι τα νεώτερα αντιδιαβητικά φάρμακα, τόσο οι GLP-1 αγωνιστές όσο και οι SGLT-2 αναστολείς, έχουν ευεργετικές δράσεις τόσο στην αγγειακή και ενδοθηλιακή λειτουργία όσο και στους μεταβολικούς δείκτες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στους ασθενείς που λαμβάνουν SGLT-2 αναστολείς ο βαθμός της βελτίωσης των τιμών του PWV συσχετίστηκε με την απώλεια του βάρους.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

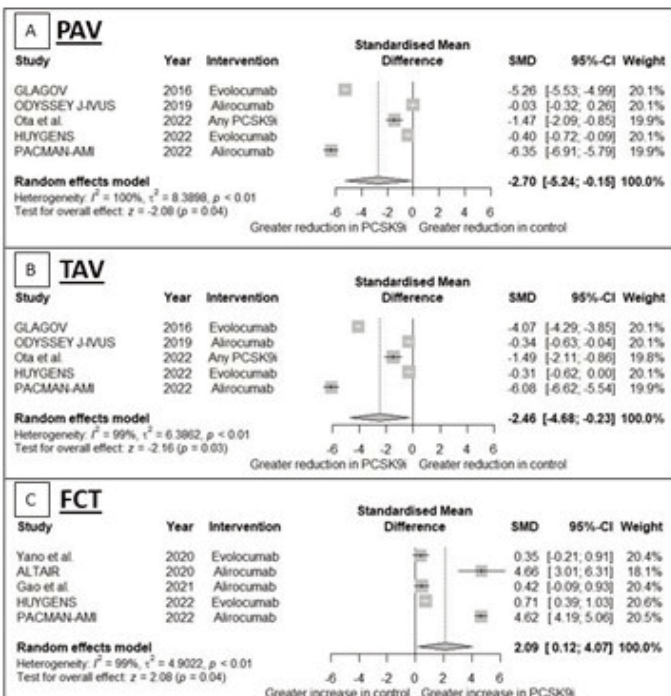
16.00-17.00 Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομα

Coronary / Acute coronary syndromes

Πρόεδροι: Δ. Παπουτσίης (Αθήνα), Κ. Τριανταφύλλου (Αθήνα)

Chairpersons: D. Papoutsis (Athens), K. Triantafyllou (Athens)

ΠΑ190 | Αναστολείς PCSK9 και αναδιαμόρφωση αθηρωματικών πλακών στεφανιαίων αγγείων: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση
 Π. Θεοφίλης¹, Ε. Οικονόμου², Α. Παπανικολάου¹, Κ. Δημητριάδης¹,
 Π. Βλαχάκης¹, Π. Καρακάσης³, Μ. Σαγρής¹, Κ. Παμπόρης¹, Γ. Σιάσος²,
 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 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Οι αναστολείς του PCSK9 έχουν καθιερωθεί ως μια κατηγορία φαρμάκων με ισχυρή υπολιπιδαιμική δράση. Πέραν από τον καθιερωμένο ρόλο τους στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών, πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν ένα δυνητικό αντίκτυπο των αναστολέων PCSK9 στην τροποποίηση των αθηρωματικών πλακών των στεφανιαίων αγγείων. Σκοπός Ο σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι να συνθέσει τα δεδομένα από σχετικές κλινικές μελέτες και δοκιμές που έχουν ερευνήσει τις επιδράσεις των αναστολέων PCSK9 στα χαρακτηριστικά των αθηρωματικών

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

πλακών των στεφανιαίων αγγείων. Μέθοδοι Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για μελέτες που αξιολόγησαν την εξέλιξη των αθηρωματικών πλακών των στεφανιαίων αγγείων μετά από θεραπεία με αναστολείς PCSK9 σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Τα κύρια αποτελέσματα ενδιαφέροντος ήταν οι αλλαγές στον ποσοστό όγκου αθηρώματος (percent atheroma volume, PAV), τον συνολικό όγκο αθηρώματος (total atheroma volume, TAV), το ελάχιστο πάχος της ινώδους κάψας (fibrous cap thickness, FCT), το τόξο λιπιδίων, καθώς και ο αριθμός των ασθενών με βελτίωση του PAV κατά την παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως τυποποιημένη μέση διαφορά (standardized mean difference, SMD) ή ως σχετικός κίνδυνος (risk ratio, RR) με τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals, CIs) και συγκεντρώθηκαν με βάση ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. Αποτελέσματα Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε 189 δημοσιεύσεις. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων αποκλεισμού, επιλέχθηκαν συνολικά 8 μελέτες για εξαγωγή δεδομένων και συμπερίληψη στη μετα-ανάλυση. Όσον αφορά τα ευρήματα των μελετών με ενδαγγειακό υπέρηχο, οι αναστολείς PCSK9 προκάλεσαν μεγαλύτερες μειώσεις στο PAV (SMD -2.70, 95% CI -5.24 έως -0.15, $p=0.04$) και στο TAV (SMD -2.46, 95% CI -4.68 έως -0.23, $p=0.03$), με μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που επιδεικνύουν βελτίωση στο PAV (RR 1.30, 95% CI 1.20 έως 1.41, $p<0.01$). Μεταβαίνοντας στις παραμέτρους της οπτικής τομογραφίας συνοχής, οι ασθενείς που έλαβαν αναστολείς PCSK9 είχαν αύξηση στο ελάχιστο FCT (SMD 2.09, 95% CI 0.12 έως 4.07, $p=0.04$) και χαμηλότερο τόξο λιπιδίων (SMD -0.64, 95% CI -0.97 έως -0.32, $p<0.01$). Συμπέρασμα Αυτή η μετα-ανάλυση υποδηλώνει ότι η χρήση αναστολέων PCSK9 συνδέεται με ευνοϊκή αναδιαμόρφωση των αθηρωματικών πλακών των στεφανιαίων αγγείων.

ΠΑ191 |

Η επίτευξη των στόχων της LDL-χοληστερόλης μετά από οξύ στεφανιαίο επεισόδιο δεν επιτυγχάνεται παρά τα υψηλά ποσοστά χορήγησης ισχυρής υπολιπιδαιμικής αγωγής: Η ανάγκη για ευρύτερη χρήση των αναστολέων της PCSK9

Δ. Τσαμούλης¹, Κ. Παπαθανασίου², Π. Καλογεράς³, Ι. Λεβέντης⁴, Χ. Καλαντζής⁵, Β. Μπουρατζής³, Σ. Δάιος⁶, Β. Αφεντούλης⁷, Μ. Μάλκοτς⁸, Δ. Τασούλας⁹, Τ. Γαϊτανάκης¹⁰, Ν. Αργυρίου⁵, Ε. Κλάδου¹⁰, Ε. Σαμιώτης², Χ. Βλαχόπουλος⁵, Λ. Ραλλίδης²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁸ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

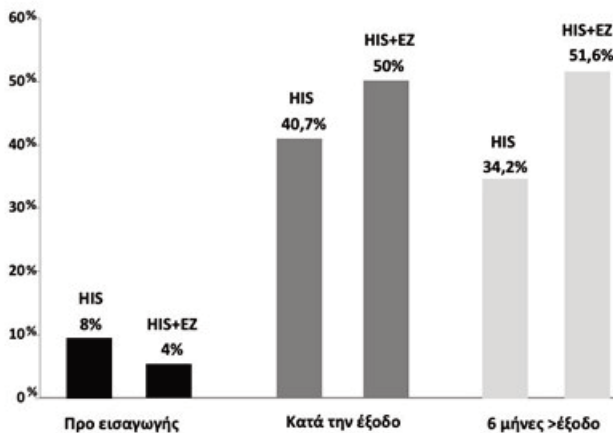
⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

¹⁰ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (ΟΣΣ) είναι σε υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα. Οι διεθνείς κατευθυντήριες συστάσεις προτείνουν την ενδο-νοσοκομειακή χορήγηση στατινών υψηλής ισχύος και την προσθήκη εξετιμίπης σε 4-6 εβδομάδες εφόσον η τιμή της LDL-χοληστερόλης παραμένει ≥ 55 mg/dL. Εφόσον αποτύχει ο ως άνω συνδυασμός προκρίνεται η χρήση ενέσιμων υπολιπιδαιμικών παραγόντων όπως οι αναστολές της PCSK9. Μεθοδολογία: Η CALLINICUS-Hellas Registry είναι μια πανελ-



λήνια προοπτική πολυκεντρική καταγραφή που ερευνά την συμμόρφωση των ασθενών με ΟΣΣ στην υπολιπιδαιμική αγωγή, την επίτευξη των επιθυμητών στόχων της LDL-χοληστερόλης και τα καρδιαγγειακά συμβάντα στους 6 και 24 μήνες μετά το επεισόδιο. Αποτελέσματα: Δεδομένα από 1,478 διαδοχικοί ασθενείς με ΟΣΣ χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα ανάλυση. Πριν το ΟΣΣ μόνο 511 ασθενείς (34,6%) ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, από τους οποίους 118 (8%) ελάμβανε στατίνη υψηλής ισχύος και 59 (4%) συνδυασμό στατινής υψηλής ισχύος με εξετιμίπη. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο υψηλής ισχύος στατίνη ελάμβαναν 1,341 ασθενείς (90,7%), 739 από τους οποίους (50%) ελάμβανε συνδυασμό εξετιμίπης με υψηλής ισχύος στατίνη. Σε υπολιπιδαιμική αγωγή με μετρίου ισχύος στατίνη ήταν 37 ασθενείς (2,5%), σε μονοθεραπεία με εξετιμίπη 4 ασθενείς (0,27%) και σε συνδυασμό στατινής με φιμπράτη 9 ασθενείς (0,6%). 523 ασθενείς συμπλήρωσαν εξαμηνια παρακολούθηση, από τους οποίους 13 (2,5%) είχαν διακόψει την υπολιπιδαιμική αγωγή και 40 (7,6%) δεν είχαν υποβληθεί σε επαναληπτικό έλεγχο λιπιδίων παρά τις σαφείς ιατρικές οδηγίες κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Από τους 523 ασθενείς της παρακολούθησης, 179 (34,2%) ελάμβαναν στατίνη υψηλής ισχύος, 270 (51,6%) συνδυασμό εξετιμίπης και υψηλής ισχύος στατίνη (Εικόνα 1), 29 (5,5%) μετρίου ισχύος στατίνη, 22 (4,3%) συνδυασμό εξετιμίπης και μετρίου ισχύος στατίνη, 5 (0,9%) συνδυασμό στατινής με φιμπράτη, 3 (0,5%) αναστολέα της PCSK9 και 2 (0,4%) μονοθεραπεία με εξετιμίπη. Τον στόχο της LDL-χοληστερόλης < 5 mg/dL στους 6 μήνες παρακολούθησης πέτυχε το 40,2% των ασθενών. Συμπέρασμα: Παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει ισχυρή υπολιπιδαιμική αγωγή τόσο κατά τη νοσηλεία για ΟΣΣ (>90%) όσο και 6 μήνες μετά (>85%), μόνο το 40% επιτυγχάνει τους επιθυμητούς στόχους για την LDL-χοληστερόλη, γεγονός που οφείλεται τουλάχιστον εν μέρει στα χαμηλά ποσοστά χορήγησης αναστολέων της PCSK9.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ192 | Πρόγνωση ασθενών αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική - Μελέτη HBR-ACS (High Bleeding Risk - Acute Coronary Syndrome)

Χ. Κακδέρης¹, Μ. Διδάγγελος¹, Α. Κουπαράνης¹, Δ. Ιωακειμίδου¹, Α. Ηλίου¹, Θ. Χρυσοχοϊδης Τράντας¹, Κ. Τσακίριδης¹, Κ. Θεοδωρόπουλος¹, Α. Ζιάκας¹

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

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη υψηλού θρομβωτικού φορτίου. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών είναι παράλληλα και αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου (high bleeding risk - HBR). Έχουν δημιουργηθεί διάφορα bleeding risk scores για την κατηγοριοποίηση των HBR ασθενών, με κυριότερο το ARC-HBR, ενώ έχουν κατασκευαστεί και πολλά stents με στόχο τη βραχύτερη διάρκεια χορήγησης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Οι HBR ασθενείς με ΟΣΣ που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική παρουσιάζουν εκτός από αυξημένο θρομβωτικό φορτίο και σοβαρές αιμορραγικές επιπλοκές, με αποτέλεσμα η ορθή διαχείριση τους να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις της σύγχρονης καρδιολογίας. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η καταγραφή της πρόγνωσης, των αιμορραγικών και θρομβωτικών επιπλοκών αυτών των ασθενών καθώς και της διαχείρισης της αντιθρομβωτικής τους αγωγής. Υλικό και μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης ενός κέντρου. Βασικά κριτήρια ένταξης: Ενήλικες ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (STEMI, NSTEMI και ασταθή στηθάγχη) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με εμφύτευση ενδοπρόθεσης στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο της Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε αυξημένου ή μη αιμορραγικού κινδύνου (HBR και non-HBR) με βάση τα ARC HBR κριτήρια και παρακολούθησαν για ένα έτος. Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 254 ασθενείς εκ των οποίων οι 68 (26.8%) ήταν HBR, και οι 186 (73.2%) non-HBR. Οι οδοί προσπέλασης που κυρίως χρησιμοποιήθηκαν για την διενέργεια της αγγειοπλαστικής ήταν η δεξιά κερκιδική αρτηρία (78,7%), η δεξιά μηριαία αρτηρία (13,4%), και η αριστερή κερκιδική αρτηρία (5,5%). Στον ένα χρόνο παρακολούθησης η ολική θνητότητα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα των HBR ασθενών σε σχέση με τους non-HBR (27,9% έναντι 3,7%, $p < 0.001$) όπως και οι μείζονες αι-

Πίνακας 1. Θνητότητα, αιμορραγικά και θρομβωτικά συμβάντα HBR και non-HBR ασθενών.

	HBR (n=68)	non-HBR (n=186)	p	OR	95% CI
Ολική Θνητότητα, n (%)	19 (27,9%)	7 (3,7%)	<0,001	9,915	3,942 – 24,941
Αιμορραγίες κατά BARC ≥ 3 , n (%)	12 (17,6%)	7 (3,7%)	<0,001	5,480	2,058 – 14,589
Θρομβωτικές επιπλοκές, n (%)	5 (7,3%)	5 (2,7%)	0,091	2,873	0,805 – 10,254
HBR: high bleeding risk					

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μορραγίες κατηγορίας ≥ 3 κατά BARC (17,6% έναντι 3,7%, $p < 0.001$) (Πίνακας 1). Οι 2 ομάδες δεν διέφεραν στο σύνθετο καταληκτικό σημείο εμφάνισης θρομβωτικών επιπλοκών (επανεμφάνιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, θρόμβωση του stent, ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, επαναιμάτωση ένοχης αρτηρίας) (7,3% έναντι 2,7% αντίστοιχα, $p = 0.091$) (Πίνακας 1). Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν κατά την αγγειοπλαστική τα drug eluting stents Resolute Integrity (Medtronic) και Promus Premier (Boston), εκτός από 5 ασθενείς στην ομάδα των HBR (7,3%) οι οποίοι έλαβαν Coroflex ISAR NEO (Braun) stents. Στην ομάδα των HBR ασθενών παρατηρήθηκε βράχυνση της χρονικής διάρκειας χορήγησης διπλής αντιθρομβωτικής αγωγής για λιγότερο από 12 μήνες σε 4 ασθενείς (5,9%) εκ των οποίων στους 2 εφαρμόστηκε μετά από εμφάνιση μείζονος αιμορραγίας και σοβαρής χειρουργικής επέμβασης. Αλλαγή του αναστολέα P2Y12 σε έναν λιγότερο ισχυρό (από τικαγρελόρη σε κλοπιδογρέλη) παρατηρήθηκε επίσης σε 4 ασθενείς (5,9%) και σε 3 από αυτούς έγινε αλλαγή μετά την εμφάνιση μείζονος αιμορραγίας. Συμπεράσματα: Οι HBR ασθενείς με ΟΣΣ που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική εμφανίζουν σημαντικά χειρότερη πρόγνωση από τους non-HBR. Παρά το γεγονός ότι εμφανίζουν περισσότερες μείζονες αιμορραγίες δεν εφαρμόζεται συχνά η μείωση της χρονικής διάρκειας λήψης διπλής αντιθρομβωτικής αγωγής, ούτε η αλλαγή σε έναν λιγότερο ισχυρό αναστολέα P2Y12.

ΠΑ193 | Βασισμένη στο φύλο σύγκριση βραχείας με κλασσικής διάρκειας διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων

Α. Αποστολός¹, Κ. Μ. Ναστούλη², Μ. Μποζικά², Α. Κραμβής², Α. Τρίγκα², Κ. Πέπα², Β. Φωτοπούλου², Ν. Μ. Ταμπάκη², Ε. Λώλου², Γ. Γκιώνη², Α. Μ. Γεωργιά², Μ. Ρούτουλα², Μ. Παπαφακλής², Α. Καρανάσο², Κ. Τούτουζας¹, Π. Νταβλούρος², Γ. Τσίγκας²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

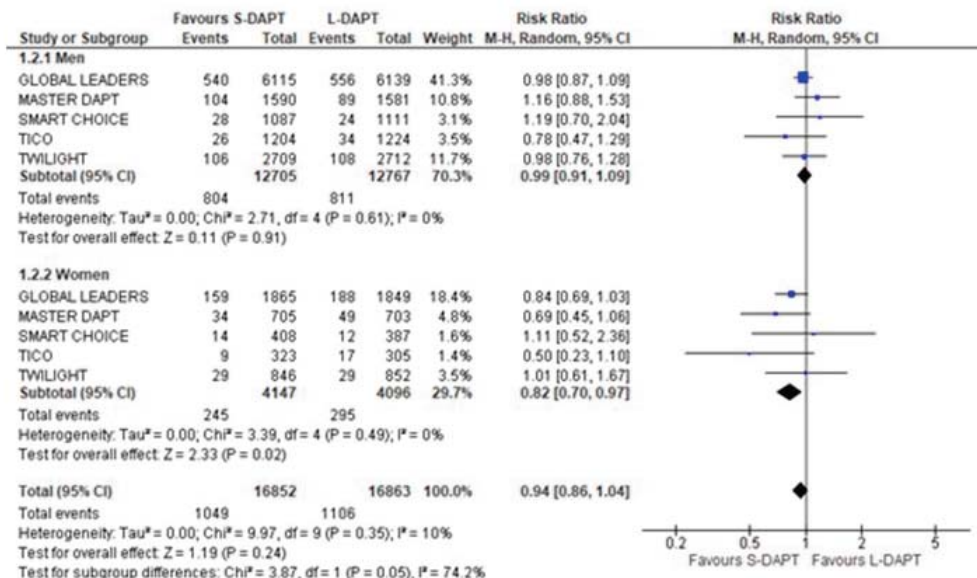
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παθοφυσιολογία, η κλινική εικόνα και η πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο ισχαιμικός και αιμορραγικός κίνδυνος των ανδρών και γυναικών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων (PCI) διαφέρει, συνεπάγεται ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βραχύτερης διάρκειας (1-3 μήνες) (S-DAPT) συγκριτικά με τη μεγαλύτερη διάρκεια διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (L-DAPT) ενδέχεται να διαφέρει μεταξύ των φύλων. ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της S-DAPT σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς που υποβάλλονται σε PCI. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τρεις βάσεις δεδομένων (MEDLINE, Cochrane και Scopus) ελέγχθηκαν για τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, ή αναλύσεις αυτών, που συνέκριναν την S-DAPT με την L-DAPT σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς που υποβάλλονται σε PCI. Τα καταληκτικά σημεία ήταν τα Μείζονα Αιμορραγικά και Ισχαιμικά συμβάντα (NACE), τα Μείζονα Ισχαιμικά Συμβάντα (MACE), η θνητότητα από κάθε αίτιο, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η μείζονα αιμορραγία κατά τη διάρκεια 12 μηνών παρακολούθησης. ΑΠΟ-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οκτώ μελέτες και 46476 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανάλυση. Οι γυναίκες υποεκπροσωπούνται, αποτελώντας μόλις το 26% του συνολικού πληθυσμού. Τα MACE δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων στο συνολικό δείγμα (RR:0,94, 95% CI:0,86-1,04) αλλά παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στις γυναίκες που έλαβαν S-DAPT (RR: 0,82, 95% CI: 0,70-0,97). Η S-DAPT συσχετίστηκε με μείωση των NACE (RR: 0.91, 95% CI: 0.85-0.99) και των μείζονων αιμορραγιών (RR: 0.73, 95% CI: 0.57-0.95) τόσο στο συνολικό πληθυσμό, όσο και στους άνδρες και στις γυναίκες, αντίστοιχα. Η θνητότητα από κάθε αιτία (RR: 0.86, 95%CI: 0.73-1.01) και το έμφραγμα του μυοκαρδίου (RR: 1.03, 95%CI: 0.86-1.24) ήταν συγκρίσιμα στις S-DAPT και L-DAPT, χωρίς σημαντική διαφορά στους άνδρες και στις γυναίκες ασθενείς. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση είναι η πρώτη που δείχνει ότι οι γυναίκες ασθενείς επωφελούνται της βραχείας διάρκειας διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής αναφορικά με τα MACE. Περαιτέρω μελέτες βασισμένες στις γυναίκες ασθενείς απαιτούνται για την εύρεση της κατάλληλης διάρκειας αντιαιμοπεταλιακής αγωγής μετά από PCI.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ194 | MIDCAB – η σύγχρονη εκδοχή της κλασικής επέμβασης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης**Κ. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Χατζής², Χ. Αποστολίδης², Γ. Γκούτης², Κ. Κουκοβίνος², Φ. Μητρόπουλος²**¹ Τμήμα Καρδιάς-Θώρακος-Αγγείων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ο Ευαγγελισμός",² Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Παίδων, Συγγενών Καρδιοπαθειών & Ενηλίκων Νοσοκομείο Μητέρα, Όμιλος Υγεία

Εισαγωγή Αποτελεί καταξιωμένη επιστημονική παραδοχή η αποτελεσματικότητα της χειρουργικής πράξης που αφορά την αναστόμωση της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας στον πρόσθιο κατιόντα σε στεφανιαίους ασθενείς, τόσο για τη συμπτωματική ανακούφιση τους, όσο και για τη συνολική επιβίωση και την ελευθερία από επανεπέμβαση. Εξετάζουμε και αναλύουμε την εμπειρία μας με την εκτέλεση αυτής της επέμβασης με μίνι-αριστερή θωρακοτομή και πάλλουσα καρδιά, χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία (MIDCAB). Υλικό και μέθοδος Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει ασθενείς που υποβλήθηκαν στην επέμβαση MIDCAB στο νοσοκομείο μας από τον Ιανουάριο του 2020 μέχρι και σήμερα. Συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, καθώς και οι διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές πληροφορίες με άμεσο και ενδιάμεσο follow-up. Αποτελέσματα Συνολικά, 38 ασθενείς υπεβλήθησαν στην επέμβαση MIDCAB κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου. Δεν υπήρξε διεγχειρητικός θάνατος, ούτε μέχρι το πέρας του follow-up (πρόσφατη τηλεφωνική επικοινωνία με όλους τους ασθενείς). Κανένας εκ των ασθενών δεν χρειάστηκε επανεπέμβαση (διαδερμική ή χειρουργική). Μετατροπή σε στερνοτομή χρειάστηκε σε ένα περιστατικό στις αρχές της εφαρμογής της τεχνικής. Σε όλους τους ασθενείς εκτελέστηκε η επέμβαση χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία εκτός από μια περίπτωση (διεγχειρητικός βρογχόσπασμος), όπου διενεργήθη η επέμβαση με πάλλουσα καρδιά υπό εξωσωματική. Δεν υπήρξαν νευρολογικές επιπλοκές. Ο μέσος όρος αμιγούς χειρουργικού χρόνου ήταν περίπου 2,2 ώρες. Ένα 40% των ασθενών αποσωληνώθηκε εντός της χειρουργικής αίθουσας και ένα 85% των ασθενών παρέμεινε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επί ένα 24ωρο. Ο μέσος όρος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 3,4 ημέρες. Η πιο συνηθισμένη επιπλοκή ήταν η κολπική μαρμαρυγή (22%) και η πλευριτική συλλογή (αριστερά, 18%). Συμπεράσματα Η τεχνική MIDCAB αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή στρατηγική χειρουργικής επαναγγείωσης σε επιλεγμένους ασθενείς, με εξαιρετικά χαμηλή νοσηρότητα και ενδεχομένως χωρίς θνητότητα σε έμπειρα κέντρα. Η εφαρμογή αυτής της τεχνικής, πέραν της μονοαγγειακής νόσου, θα μπορούσε να πάρει και την μορφή της υβριδικής προσέγγισης με την σύμπραξη της αγγειοπλαστικής στις άλλες δύο μείζονες στεφανιαίες αρτηρίες.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ196 | Επεμβατική στεφανιογραφία καθοδηγούμενη από τη χρήση αξονικής στεφανιογραφίας σε ασθενείς με αορτοστεφανιαία παράκαμψη: Τα κλινικά μηνύματα της πανελληνίας, πολυκεντρικής, τυχαιοποιημένης μελέτης GREECE

Γ. Τσίγκας¹, Φ. Τουλγαρίδης², Α. Αποστολός³, Α. Καλογερόπουλος¹, Γ. Καραμάσης⁴, Γ. Βασιλάκος¹, Λ. Παππάς⁵, Κ. Τούτουζας³, Κ. Τσιούφης³, Π. Κορκονικήτας⁶, Ι. Τσιαφούτης⁷, Μ. Χαμηλός⁸, Α. Ζιάκας⁹, Ι. Κανακάκης¹⁰, Α. Μουλίας¹, Π. Ζαμπάκης¹, Π. Νταβλούρος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁶ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁸ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός Η αξονική στεφανιογραφία (CCTA) σε ασθενείς μετά από χειρουργείο αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια για την απεικόνιση των μοσχευμάτων. Η επεμβατική στεφανιογραφία (ICA) σε ασθενείς με CABG σχετίζεται με αυξημένο χρόνο επέμβασης, χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα, έκθεση σε ακτινοβολία καθώς και επιπλοκές, σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς CABG. Ο σκοπός αυτής της πολυκεντρικής, τυχαιοποιημένης, ελεγχόμενης δοκιμής ήταν να συγκρίνει τη στρατηγική της καθοδηγούμενης από CCTA-ICA έναντι της κλασικής ICA σε ασθενείς με προηγούμενο CABG. Μέθοδοι Οι ασθενείς με προηγούμενο CABG, τυχαιοποιήθηκαν σε 2 πληθυσμούς (αναλογία 1:1), όπου είτε υποβλήθηκαν σε CCTA πριν από την ICA (CCTA-ICA, Ομάδα-A) είτε όχι (μόνο ICA, Ομάδα-B). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν ο συνολικός όγκος (mL) του σκιαγραφικού που χορηγήθηκε. Αποτελέσματα Συνολικά 251 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν και 225 συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση. 110 στην Ομάδα-A και 115 στην Ομάδα-B. Ο συνολικός όγκος σκιαγραφικού ήταν υψηλότερος στην Ομάδα-A [184.5 (143-255) έναντι 154 (102-240) mL, $p=0.001$]. Ο όγκος σκιαγραφικού που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της επεμβατικής διαδικασίας ήταν χαμηλότερος στην Ομάδα-A [101.5 (60-151) έναντι 154 (102-240) mL, $p<0.001$]. Ο συνολικός χρόνος ακτινοσκόπησης μειώθηκε στην Ομάδα-A [480 (259-873) έναντι 594 (360-1080) sec, $p=0.027$] αλλά η συνολική ενεργός δόση ακτινοβολίας αυξήθηκε [24.1 (17.7-32) έναντι 10.8 (5.6-18) mSv, $p<0.001$]. Η νεφροπάθεια που προκαλείται από τη χορήγηση σκιαγραφικού (CIN), οι περιεπεμβατικές επιπλοκές και τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιακά συμβάματα κατά τη διάρκεια 3-5 και 30 ημερών μετά την ICA στα πλαίσια του επανελέγχου των

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ασθενών, δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συμπεράσματα Μια στρατηγική ICA, κατευθυνόμενη από τη χρήση της CCTA, σε ασθενείς με CABG σχετίζεται με επιτάχυνση της επεμβατικής διαδικασίας και λιγότερο χρόνο ακτινοσκόπησης, με τίμημα τον υψηλότερο συνολικό όγκο σκιαγραφικού παράγοντα και ενεργού δόσης ακτινοβολίας, σε σύγκριση με την κλασική προσέγγιση με απευθείας ICA στους εν λόγω ασθενείς.

ΠΑ197 | **Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΠΡΟΣ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Χ. Κωφός¹, Γ. Ζορμπάς¹, Α. Παπάζογλου², Α. Νασουφίδου¹, Π. Σταχτέας¹, Α. Σαμαράς¹, Μ. Α. Μούρτζος¹, Μ. Μπαντίδος¹, Π. Καρακάσης¹, Β. Φυντανίδου³, Γ. Κασίμης¹, Ν. Φραγκάκης¹, Ε. Καραγιαννίδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,

³ Τμήμα Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, 54636 Θεσσαλονίκη,

Εισαγωγή/Σκοπός: Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρόσφατη βιβλιογραφία στην ανάδειξη του ρόλου της φλεγμονής καθώς και της υπεργλυκαιμίας στα Οξεία Στεφανιαία Σύνδρομα (ΟΣΣ). Ο λόγος της γλυκόζης αίματος προς τον αριθμό των λεμφοκυττάρων (glucose-to-lymphocyte ratio, GLR) φαίνεται να έχει προγνωστική αξία σε διάφορες φλεγμονώδεις καταστάσεις, όπως για παράδειγμα η οξεία παγκρεατίτιδα και ο καρκίνος. Η μελέτη μας έχει σκοπό να αναδείξει τη συσχέτιση του συγκεκριμένου δείκτη με την εξω-νοσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς νοσηλευόμενους για ΟΣΣ. **Υλικό και Μέθοδος:** Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης μελετήσαμε αναδρομικά μια ομάδα διαδοχικά νοσηλευόμενων ασθενών με ΟΣΣ, οι οποίοι προσήλθαν στη Β' Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν.Θ Ιπποκρατείου από το 2018 μέχρι το 2021. Το κύριο μελετούμενο αποτέλεσμα έκβασης ήταν η θνητότητα από κάθε αιτία. Αναπτύχθηκε εξειδικευμένο πολυπαραγοντικό μοντέλο για την αξιολόγηση της ανεξάρτητης προγνωστικής αξίας του GLR σταθμίζοντας την πιθανή αλληλεπίδραση με άλλους κλινικούς και δημογραφικούς συγχυτικούς παράγοντες. Η βέλτιστη διακριτική τιμή (cut-off value) του GLR υπολογίστηκε με βάση τον δείκτη Youden 's. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 955 ασθενείς (27.8% γυναίκες) με μέση ηλικία τα 64.7 ± 13.1 έτη. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 2 ετών, 170 άτομα (17.8%) απεβίωσαν. Ο δείκτης GLR είχε σημαντική συσχέτιση με τη θνητότητα τόσο μονοπαραγοντικά [odds ratio (OR): 1.50, 95% confidence intervals (CIs): 1.22-1.83, p<0.001] όσο και πολυπαραγοντικά, όπου αυξανόμενος GLR συσχετίστηκε ανεξάρτητα με 2% αυξημένο κίνδυνο θνητότητας (adjusted OR= 1.02, 95% CI: 1.00-1.03, p=0.04). Η βέλτιστη cut-off τιμή του GLR προσδιορίστηκε στο 1.09. **Συμπεράσματα:** Η μελέτη μας επιβεβαιώνει την υποτιθέμενη συσχέτιση αυξημένου GLR και πτωχής πρόγνωσης δείχνοντας ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης του GLR και της εξω-νοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς με ΟΣΣ. Παρότι απαιτούνται περαιτέρω μελέτες, τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας υποδηλώνουν ότι ο συγκεκριμένος δείκτης θα μπορούσε να αξιοποιηθεί στην κλινική πράξη για την ορθή διαστρωμάτωση του κίνδυνου, αλλά και την πιθανή καθοδήγηση των θεραπευτικών επιλογών σε ασθενείς νοσηλευόμενους για ΟΣΣ.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ198 | Επεμβατική στεφανιογραφία καθοδηγούμενη από τη χρήση αξονικής στεφανιογραφίας σε ασθενείς με αορτοστεφανιαία παράκαμψη: Ανάλυση κέντρων υψηλού έναντι χαμηλού όγκου περιστατικών από την πανελλήνια, πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη μελέτη GREECE
Φ. Τουλγαρίδης¹, Α. Αποστολός², Α. Καλογερόπουλος³, Γ. Καραμάσης⁴, Γ. Βασιλάκος⁵, Λ. Παππάς⁶, Κ. Τούτουζας², Κ. Τσιούφης², Ι. Τσιαφούτης⁷, Μ. Χαμηλός⁸, Α. Ζιάκας⁹, Ι. Κανακάκης¹⁰, Α. Μούλιας³, Π. Ζαμπάκης³, Π. Νταβλούρος³, Γ. Τσίγκας³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

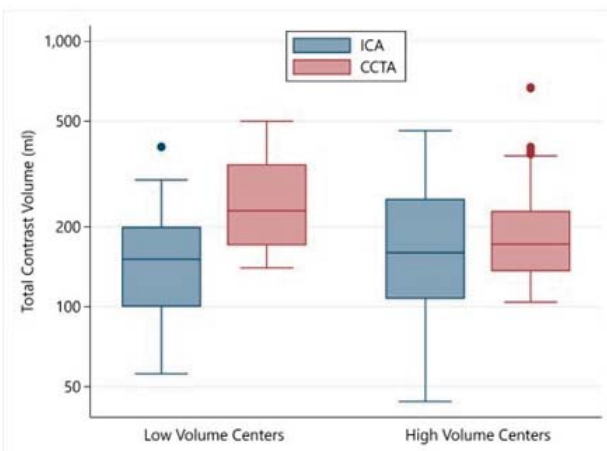
⁸ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η επεμβατική στεφανιογραφία (ICA) σε ασθενείς μετά από χειρουργείο αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) σχετίζεται με αυξημένο χρόνο επέμβασης, χορήγηση σκιαγραφικού, έκθεση σε ακτινοβολία και επιπλοκές, συγκριτικά με ασθενείς χωρίς CABG. Στη μελέτη GREECE, η στρατηγική της-καθοδηγούμενης από CCTA-ICA (CTgICA), συσχετίστηκε

με επιτάχυνση της επεμβατικής διαδικασίας και λιγότερο χρόνο ακτινοσκόπησης, με κόστος περισσότερο συνολικού σκιαγραφικού και ενεργού δόσης ακτινοβολίας. Σκοπός-στόχος αυτής της υποανάλυσης της μελέτης GREECE είναι η διερεύνηση διαφορών μεταξύ κέντρων με μεγάλο όγκο (HVC) έναντι κέντρων με μικρό όγκο (LVC) περιστατικών. Μέθοδοι-Ασθενείς με CABG τυχαιοποιήθηκαν σε CCTA πριν από την ICA ή όχι. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο συνολικός όγκος σκιαγραφικού (mL). Τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία περιλάμβαν-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ναν τον συνολικό χρόνο επέμβασης (min), τον χρόνο ακτινοσκόπησης (sec) και τη συνολική δόση ακτινοβολίας (mSv) [CTCA και ICA]. Αποτελέσματα 225 ασθενείς, τυχαίοι σε CTgICA (Ομάδα A, N = 110) ή ICA (Ομάδα B, N = 115) συμπεριλήφθηκαν. Εντοπίστηκαν δύο κέντρα HVC που συγκέντρωσαν το 62.3% (N=140) των συνολικών περιστατικών. Σε αυτά δεν υπήρχε διαφορά στο συνολικό σκιαγραφικό μεταξύ των δύο Ομάδων [160 (107-255) mL έναντι 172 (136-230) mL, $p=0.245$]. Αντίθετα στα LVC το συνολικό σκιαγραφικό ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα A [230 (170-344) έναντι 151 (100-200), $p<0.001$]. Ο συνολικός χρόνος επέμβασης ήταν χαμηλότερος στην Ομάδα A τόσο στα HVC [18 (13 - 26) min έναντι 25 (15 - 49) min, $p=0.002$]-όσο και στα LVC [25 (18 - 68) min έναντι 38.5 (27.5 - 51) min, $p=0.256$]. Ο συνολικός χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν χαμηλότερος στην Ομάδα A στα HVC [478 (251 - 747) sec έναντι 605 (335 - 1191) sec, $p=0.027$], αλλά όχι σε LVC [564 (300 - 1413) sec έναντι 562.9 (407.5 - 1048) sec, $p=0.879$]. Η συνολική ενεργός δόση ήταν υψηλότερη στην Ομάδα A τόσο σε HVC [22.8 (17.7 - 29.2) mSv έναντι 10.2 (6.2 - 17.2) mSv, $p<0.001$] όσο και σε LVC [28.3 (17.1 - 44.4) mSv έναντι 11.7 (5.6 - 19.3) mSv, $p<0.001$]. Συμπεράσματα Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του όγκου περιστατικών που επηρεάζει την εφαρμογή μιας στρατηγικής CT-g-ICA για ασθενείς με CABG, κυρίως στην χρήση σκιαγραφικού και ακτινοβολίας. Η στρατηγική CT-g-ICA φαίνεται αποτελεσματικότερη στα HVC.

ΠΑ199 | Διπλή αντιαμοπεταλιακή αγωγή βραχείας έναντι κλασσικής διάρκειας μετά από αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων σε ασθενείς με νεφρική νόσο

Α. Αποστολός¹, Μ. Μποζικά¹, Κ. Μ. Ναστούλη¹, Ρ. Κώρος¹, Α. Θεοφιλάτος¹, Σ. Ρούζη¹, Δ. Τζέγκα¹, Μ. Παπαγεωργίου¹, Ε. Τσιμάρια¹, Χ. Φωτοπούλου¹, Φ. Τιμπιλής¹, Α. Λάττα¹, Φ. Καλλίνικος¹, Μ. Παπαφακλής¹, Α. Καρανάσος¹, Κ. Τούτουζας², Π. Νταβλούρος², Γ. Τσίγκας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

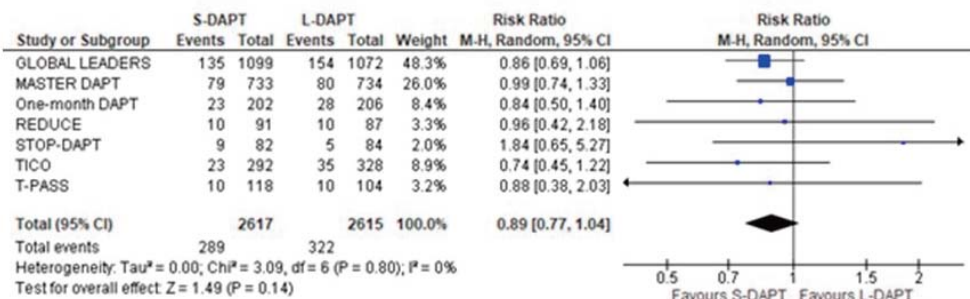
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου τόσο για την ανάπτυξη όσο και για την επιδείνωση της στεφανιαίας νόσου. Η σοβαρότητα της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) σχετίζεται με προοδευτική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ισχαιμικών και αιμορραγικών συμβαμάτων. Συνεπώς, οι κλινικές επιπτώσεις της χορήγησης αντιαμοπεταλιακής αγωγής μπορεί να διαφέρει σε ασθενείς με ΧΝΝ σε σύγκριση με αυτούς χωρίς. Πρόσφατα, η βραχεία διάρκεια της διπλής αντιαμοπεταλιακής αγωγής (ΔΑΜΑ), για 1-3 μήνες μετά από αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων (PCI), έχει αποδειχθεί μια ασφαλής και αποτελεσματική. Παραμένει, ωστόσο, αμφιλεγόμενο εάν η ΔΑΜΑ θα πρέπει να βραχύνεται σε ασθενείς υψηλού αιμορραγικού και ισχαιμικού κινδύνου, όπως αυτοί με ΧΝΝ. ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της βραχείας διάρκειας ΔΑΜΑ (1-3 μηνών) (S-DAPT) σε ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε PCI. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τρεις βάσεις δεδομένων (MEDLINE, Cochrane και Scopus) ελέγχθηκαν για τυχαίοι κλινικές δοκιμές, ή αναλύσεις αυτών, που συνέκριναν την S-DAPT με τη

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μεγαλύτερης διάρκειας (>3 μήνες) ΔΑΜΑ (L-DAPT) σε ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε PCI. Τα καταληκτικά σημεία ήταν τα Μείζονα Αιμορραγικά και Ισχαιμικά συμβάματα (NACE), τα Μείζονα Ισχαιμικά Συμβάματα (MACE) και οι μείζονες αιμορραγίες στους 12 μήνες παρακολούθησης. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά εννιά μελέτες και 6688 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανάλυση. Μια αριθμητική, στατιστικά μη-σημαντική μείωση των NACE παρατηρήθηκε στους ασθενείς που έλαβαν S-DAPT (RR: 0.89, 95% CI: 0.77-1.04, I²=0%) (Εικόνα 1). Αναφορικά με τα MACE και τις μείζονες αιμορραγίες, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που έλαβαν S-DAPT και L-DAPT [(RR: 1.09, 95% CI: 0.93-1.27, I²=0%) και (RR: 0.63, 95% CI: 0.35-1.14, I²=76%), αντίστοιχα]. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τη παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση, η οποία περιλαμβάνει τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με ΧΝΝ στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, η βράχυνση της ΔΑΜΑ στους 1-3 μήνες μετά από PCI σε ασθενείς με ΧΝΝ αποτελεί μια ασφαλής και αποτελεσματική επιλογή, αφού δε συνδέεται με αύξηση ισχαιμικών και αιμορραγικών συμβαμάτων. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να διακοπεί πρώιμα, όταν αυτό απαιτείται (πχ έκτακτο χειρουργείο). Βέβαια, απαιτούνται περαιτέρω τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές σε ασθενείς με ΧΝΝ για την επιβεβαίωση αυτών των αποτελεσμάτων.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ200 | Καταγραφή και χαρακτηριστικά της ενδοθηλιοεξαρτώμενης από τη ροή αγγειοδιαστολής σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα
**Γ. Ζορμπάς¹, Α. Σαμαράς¹, Α. Μπούλμπου², Β. Ποτούπη²,
 Ν. Χατζηπαπάς³, Φ. Σίσκος⁴, Π. Σταχτέας¹, Α. Νασουφίδου¹,
 Ε. Καραγιαννίδης¹, Ν. Φραγκάκης¹, Β. Βασιλικός², Γ. Κασίμης¹,
 Μ. Δούμας⁴, Χ. Παπαδόπουλος²**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

³ Τμήμα Χημικής Τεχνολογίας και Βιομηχανικής Χημείας, Σχολή Χημείας, ΑΠΘ,

⁴ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα (ΟΣΣ) αποτελούν μείζον αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας στο δυτικό κόσμο. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης προγνωστικών μοντέλων που θα μπορέσουν να μεταβάλουν την πορεία της νόσου. Η μέθοδος της ενδοθηλιοεξαρτώμενης από την ροή αγγειοδιαστολής (FMD) έχει ελεγχθεί σε πολλά κλινικά σενάρια στο παρελθόν, ωστόσο τα δεδομένα και η χρήση της σε ασθενείς με ΟΣΣ παραμένουν διφορούμενα. Στο πλαίσιο αυτό, η πιθανή προγνωστική αξία του FMD σε ασθενείς με ΟΣΣ παραμένει ανεξερεύνητη. Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών ασθενών με ΟΣΣ σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, καθώς ο προσδιορισμός πιθανών

βασικών συσχετίσεων των παραμέτρων της FMD με αυτά. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος διατριβής που εξετάζει την πιθανή προγνωστική αξία του FMD σε ασθενείς με ΟΣΣ. Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν 58 ασθενείς με ΟΣΣ οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ελέγχου FMD. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με STEMI, NSTEMI ή ασταθή στηθάγχη σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια, ενώ αποκλείστηκαν ασθενείς με MINOCA ή οξέα εμφράγματα μυοκαρδίου τύπου II. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με βάση την κρίση του εκάστοτε θεράποντα Καρδιολόγου ενώ έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια να πραγματοποιηθεί πρωτογενής αγγειοπλαστική στους ασθενείς με STEMI. Καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ ελήφθησαν δείγματα για αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Την ημέρα του εξιτηρίου οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ελέγχου FMD, σε σκοτεινό δωμάτιο με πλήρη ηρεμία, νηστικοί, χωρίς πρωινή λήψη φαρμάκων. Με τη χρήση βραχιόνιας περιχειρί-

<i>Ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (n=58)</i>	
<i>Μεταβλητή</i>	<i>Τιμή</i>
Ηλικία (έτη)	60
Male (n, %)	41 (70,6%)
STEMI (n, %)	32 (55,1%)
NSTEMI (n, %)	20 (34,4%)
Ασταθής στηθάγχη (n, %)	6 (10,3%)
Επαναμάτωση (n, %)	48 (82,7%)
BMI (kg/m², median, IQR)	28
LVEF (% median, IQR)	50 (10)
TG ορού (mg/dl, median, IQR)	117 (80)
LDL ορού (mg/dl, median, IQR)	120
Μέγιστη τιμή hs-cTnI (ng/L, median, IQR)	16.605
Lp(a) (mg/dl, median, IQR)	29
<i>Παράμετροι FMD</i>	
Διάμετρος ηρεμίας (mm, median, IQR)	4,5
Μέγιστη διάμετρος (mm, median, IQR)	4,9
FMD (%)	8,5

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

δας προκλήθηκε ισχαιμία διάρκειας 5 λεπτών, ενώ σε 3 λεπτά εκτιμήθηκε υπερηχογραφικά η μέγιστη επιτευχθείσα αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας σαν απάντηση στην υπεραιμία. Στη συνέχεια προσδιορίστηκε ο δείκτης FMD%, που αντιστοιχεί στο ποσοστό επιτευχθείσας μέγιστης αγγειοδιαστολής. Οι συσχέτισεις των διαφόρων μεταβλητών με τον δείκτη FMD% έγινε με μονοπαραγοντικά και πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Αποτελέσματα: Στον Πίνακα περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης. Το διάμεσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF) των ασθενών ήταν διατηρημένο, ενώ διάμεσες τιμές των LDL και Lp(a) ήταν υψηλές, ενδεικτικές ασθενών πολύ υψηλού κινδύνου. Η διάμεση τιμή FMD% ήταν 8,5%, ενώ από την διεθνή βιβλιογραφία τιμές <7,1% θεωρούνται παθολογικές και χαρακτηρίζουν ασθενείς υψηλού κινδύνου με πτωχή πρόγνωση. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψαν δύο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που συνδέουν τις τιμές της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ($\beta = 0,080$, $p = 0,041$) και του ουρικού οξέος ($\beta = 1,374$, $p = 0,010$) με τον δείκτη FMD%. Καθώς και οι δύο αυτοί δείκτες κινητοποιούνται στην φάση της οξείας φλεγμονής, θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι αποτελούν πυροδότες της ενδοθλιοεξαρτώμενης αγγειοδιαστολής σε ασθενείς με ΟΣΣ. Επίσης, διαπιστώθηκε μια τάση συσχέτισης του είδους του ΟΣΣ και του FMD%, με τα NSTEMI να συνδέονται με μεγαλύτερες τιμές FMD% ($\beta = 3,012$, $p = 0,092$), ενδεχομένως αντανακλώντας λιγότερο επηρεασμένη ενδοθηλιακή λειτουργία σε σχέση με τους ασθενείς με STEMI. Συμπέρασμα: Η ενδοθλιοεξαρτώμενη από την ροή αγγειοδιαστολή (FMD) σε ασθενείς με ΟΣΣ στο πέρας της νοσηλείας τους φαίνεται να έχει αποκατασταθεί σε κάποιο βαθμό, όπως αυτό προκύπτει από τις υψηλότερες τιμές FMD% που κατεγράφησαν, συγκριτικά με αυτές που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι τιμές του ουρικού οξέος και της CRP δείχνουν να σχετίζονται με τον βαθμό αγγειοδιαστολής, αποτελώντας ενδεχομένως δείκτες οξείας φλεγμονής που πυροδοτεί αντανακλαστικά την ενδοθλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή. Μεγάλες προοπτικές μελέτες θα μπορούσαν να αποδείξουν την προγνωστική αξία του FMD στην διαχείριση των ασθενών με ΟΣΣ.

ΠΑ201 | Αξιολόγηση της συσχέτισης συνήθων νοσημάτων με την εκδήλωση αιμορραγιών μετά από λήψη Καγκρελόρης σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία συμβάματα

Ι. Πωτοπούλου¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Θ. Μπαμπάλη¹, Β. Τελάκη¹,
Α. Κότσια¹, Β. Μπελή¹, Ε. Παππά¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Οι διαδερμικές επεμβάσεις των στεφανιαίων αγγείων σε συνδυασμό με τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή αποτελούν το Gold Standard στην αντιμετώπιση ασθενών με οξεία στεφανιαία συμβάματα. Η Αχίλλειος πτέρνα των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων είναι η εκδήλωση αιμορραγικών, δυνητικά απειλητικών για τη ζωή εκδηλώσεων. Η καγκρελόρη αποτελεί τον μόνο παρεντερικά χορηγούμενο ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y₁₂ των αιμοπεταλίων, με ταχεία έναρξη δράσης, μικρό χρόνο ημίσειας ζωής και καλύτερη συστηματική απορρόφηση σε σχέση με τους από του στόματος αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες, ιδίως σε ασθενείς σε

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

Variable	Overall (n=89)	Bleeding complications	p value
Mean age	66,7±12,91	13	
Age≥75	24 (26.96%)	7 (29.17%)	0.018
Age<75	65 (73%)	6 (9.23%)	
Diabetes Mellitus	23 (25.84%)	6 (26.08%)	0.07
Not Diabetes Mellitus	66 (74.16%)	7 (10.61%)	
Hypertension	49 (55.05%)	9 (18.36%)	0.266
No Hypertension	40 (44.94%)	4 (10%)	
Malignancy	7 (7.87%)	1 (14.28%)	0.98
No Malignancy	82 (92.13%)	12 (14.63%)	
Treatment with OAC*	11 (12.36%)	4 (36.36%)	0.029
Not under OAC treatment	78 (87.64%)	9 (11.54%)	
Cardiogenic shock	15 (16.85%)	7 (46.67%)	0.0001
Haemodynamic Stability	74 (83.15%)	6 (8.11%)	

*Oral anticoagulation Therapy (OAC)

καρδιογενές σοκ, με κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια την εκδήλωση αιμορραγιών. Μέθοδος- Αποτελέσματα: Για να αξιολογηθεί ο αιμορραγικός κίνδυνος μετά από τη χρήση της καγκρελόρης σε real life ασθενείς αξιολογήθηκαν 89 ασθενείς (μέση ηλικία 67,42 με εύρος 25-91 έτη) που έλαβαν καγκρελόρη στα πλαίσια οξέος στεφανιαίου συμβάματος. Από αυτούς το 14,6% εμφάνισε αιμορραγικές εκδηλώσεις Type 2-3 κατά BARC. Αξιολογήθηκε η συσχέτιση της ηλικίας, η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, κακοήθειας, η προηγηθείσα λήψη από του στόματος αντιπηκτικών παραγόντων καθώς και η βαρύτητα της κλινικής εικόνας των ασθενών. Η ύπαρξη κακοήθειας, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης δεν φάνηκε να αυξάνουν στατιστικά σημαντικά τον αιμορραγικό κίνδυνο. Αντιθέτως η ηλικία άνω των 75 ετών και η προηγηθείσα λήψη αντιπηκτικών φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγικών εκδηλώσεων στατιστικά σημαντικά (p 0,018 – p 0,029 αντίστοιχα). Η ισχυρή επίδραση της καρδιογενούς καταπληξίας στον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών φαίνεται τόσο από την χαμηλή του p -value όσο και από την βαρύτητα των αιμορραγικών εκδηλώσεων, καθώς παρατηρήθηκε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη στο 16.85% των ασθενών αυτών, με αιμοδυναμική αστάθεια και ανάγκη μετάγγισης (Type 3 κατά BARC - severe bleeding) Συμπεράσματα: Οι αιμορραγικές εκδηλώσεις μετά από αγγειοπλαστική σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύμβαμα αποτελούν δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή. Η κλινική εικόνα του ασθενή, η ηλικία και το ιστορικό λήψης από του στόματος αντιπηκτικών παραγόντων αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες αιμορραγικών επιπλοκών. Εντατική παρακολούθηση του αιματοκρίτη και high alert για πιθανές εστίες αιμορραγίας μπορούν να βελτιώσουν το προσδόκιμο σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ202 | Άγχος, κατάθλιψη, αρνητικά και θετικά συναισθήματα σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο**Δ. Κοντογιάννη¹, Ι. Ν. Βλαντ¹, Θ. Λάμπρου¹, Α. Θεοφίλου¹, Κ. Κωστόπουλος², Α. Κωτσάκης¹, Ι. Παπαθανασίου³**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,³ Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Εισαγωγή: Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν αναγνωριστεί ως δυνητικά τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου της Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ). Η Ευρωπαϊκή και η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία συμπεριλαμβάνουν πλέον στις οδηγίες τους για τη ΣΝ και τα Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομα (ΟΣΣ), την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Σκοπός: Η εκτίμηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης πριν το ΟΣΣ, παράλληλα με την περιγραφή της έντασης επιμέρους αρνητικών και θετικών συναισθημάτων και τη συσχέτιση τους με χαρακτηριστικά των ασθενών και το είδος του ΟΣΣ. Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 117 ασθενείς με ΟΣΣ (71,8% άνδρες, 42,7% STEMI, 35,9% NSTEMI, 21,4% ασταθής στηθάγχη), ηλικίας 63+12 ετών, που νοσηλεύτηκαν στα καρδιολογικά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά και συμπλήρωσαν ανώνυμο ερωτηματολόγιο τριών ενοτήτων: (1) Περιγραφή κοινωνικών, δημογραφικών και χαρακτηριστικών υγείας (2) Ερωτηματολόγιο HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (3) Τροποποιημένο κλίμακα περιγραφής αρνητικών και θετικών συναισθημάτων mDES (modified Differential Emotions Scale). Αποτελέσματα: Άγχος ανέφερε 61,5% των ασθενών (54,8% των ανδρών και 78,8% των γυναικών) και 38,4% μέτριο ή σοβαρό (κλινικό άγχος), ποσοστό μεγαλύτερο από του γενικού πληθυσμού νοσηλευόμενων ασθενών (21,9%). Η βαθμολογία άγχους ήταν μεγαλύτερη από την αναφερόμενη στον ελληνικό πληθυσμό και υψηλότερη στις γυναίκες. Κατάθλιψη αναφέρθηκε στο 41% και κλινική κατάθλιψη στο 23,9%, συγκρίσιμο με το περιγραφόμενο διεθνώς στους στεφανιαίους ασθενείς (15-30%). Ωστόσο, συχνότερη και εντονότερη ήταν η κατάθλιψη στις μεγαλύτερες ηλικίες, στις γυναίκες, στους ανέργους, στους συνταξιούχους και στα άτομα με συννοσηρότητες. Τα συνολικά αρνητικά και θετικά συναισθήματα βιώθηκαν σε μέτρια ένταση. 12,3% των ασθενών επέλεξε το θυμό ως το εντονότερο συναίσθημα και 8,8% τη λύπη. Από τα θετικά κυρίαρχη ήταν η αγάπη, εφόσον 33,3% την επέλεξε ως κυρίαρχο συναίσθημα (συχνότερα γυναίκες, άτομα σε χηρεία, έγγαμοι και συνταξιούχοι), ενώ την ευγνωμοσύνη και τη συμπόνια επέλεξαν από 9,6%. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στους δείκτες ψυχικής υγείας μεταξύ των τριών κατηγοριών ΟΣΣ, ούτε συσχέτιση με τη μέγιστη τιμή τροπονίνης στα εμφράγματα. Συμπεράσματα: Το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται συχνά στους ασθενείς με ΟΣΣ, κυρίως σε συγκεκριμένες υποομάδες. Οι κλινικοί καρδιολόγοι οφείλουν να ευαισθητοποιηθούν στην αναζήτηση των διαταραχών αυτών ώστε οι σοβαρότερες περιπτώσεις να παραπέμπονται για εξειδικευμένη βοήθεια.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ203 | Βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι προγνωστικοί δείκτες σε ασθενείς με MINOCA και Takotsubo**I. Λεοντσίνης¹, E. Μαντζουράνης¹, A. Σακαλίδης¹, I. Νταλακούρας¹, Π. Βλαχάκης¹, A. Αντωνόπουλος¹, Χ. Φραγκούλης¹, E. Τσιάμης¹, Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς απόφραξη στεφανιαίων αγγείων (MINOCA) αποτελεί μια «αινιγματική» κλινική οντότητα. Το σύνδρομο Takotsubo (TTS) αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό τέτοιων περιπτώσεων. Η πρόγνωση και των δύο καταστάσεων τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και μακροπρόθεσμα έχει χαρακτηριστεί ισοδύναμη τυπικών οξέων στεφανιαίων συνδρόμων με νόσο 1-2 αγγείων, ενώ δεν έχουν ταυτοποιηθεί ισχυροί προγνωστικοί δείκτες πρώιμης διαστρωμάτωσης κινδύνου. Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 148 ασθενείς που εισήχθησαν ως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) πληρώντας τα κριτήρια MINOCA (28% άνδρες, μέση ηλικία: 61±12 έτη, 55% υπέρτασικοί, 17,6% διαβητικοί, 29% καπνιστές). 122 άτομα υπεβλήθησαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς που ανέδειξε ισχαμικό πρότυπο καθυστερημένης ενίσχυσης γαδολινίου (LGE) επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση αληθούς OEM σε 43 περιστατικά (35%). Ευρήματα συμβατά με TTS διαπιστώθηκαν σε 49 περιστατικά (40%). Σε 31 (25%) περιπτώσεις δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα (MINOCA of unknown origin), ενώ σε 14 περιστατικά διεγνώσθη (11,5%) μυοκαρδίτιδα και αποκλείστηκαν από περαιτέρω αναλύσεις. Αποτελέσματα: Στον υπό ανάλυση πληθυσμό παρατηρήθηκαν 18 (8 TTS, 10 MINOCA) ενδονοσοκομειακά συμβάματα ως εξής: 6 περιστατικά υπερεπείγουσας υπέρτασης, 7 οξέος πνευμονικού οιδήματος, 4 κολπική μαρμαρυγής, 1 κοιλιακή ταχυκαρδία και 5 περιπτώσεις επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Στην ετήσια παρακολούθηση διαπιστώθηκε 1 θάνατος σε MINOCA, 6 επανανοσηλίες σε TTS και 11 σε MINOCA. Όσον αφορά την επίπτωση ενδονοσοκομειακών συμβαμάτων σε TTS, αυτή ήταν αντιστρόφως ανάλογη του ΚΕΑΚ ($r=-0,366$, $p=0.012$) και ανάλογη της peak τροπονίνης ($r=0.442$, $p=0.002$), ενώ κατά την ετήσια παρακολούθηση το ΚΕΑΚ αναδείχθηκε ξανά ως προγνωστικός δείκτης νοσηρότητας ($r=0.498$, $p=0.022$). Στα περιστατικά MINOCA, μόνοι προγνωστικοί δείκτες αποδείχθηκαν το ΚΕΑΚ ($r=-0,293$, $p=0.015$) και η ηλικία ($r=0,344$, $p=0.003$) και όχι η παρουσία γαδολινίου. Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της μελέτης επιβεβαιώνουν την επιφυλακτική πρόγνωση σε ασθενείς με MINOCA και Takotsubo και την ανάγκη καθορισμού της τελικής διάγνωσης, καθώς η έγκαιρη και ορθή έναρξη φαρμακευτικής αγωγής ενδεχόμενα επηρεάζει περαιτέρω την πρόγνωση.

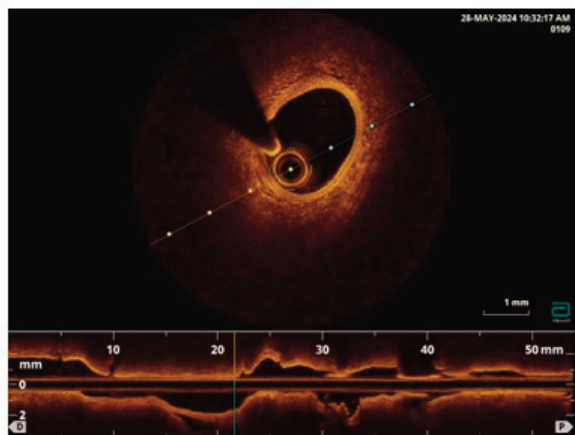
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ204 | **ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ – ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ****Δ. Τασούλας¹, Α. Μακρινδάκης¹, Ε. Δήμος¹, Σ. Ψυχάρη¹, Κ. Μπούκη¹, Α. Κωτσάκης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

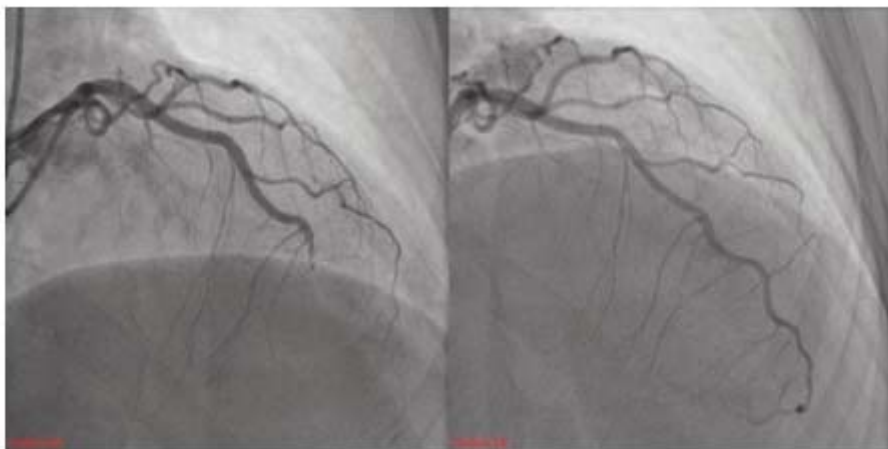
Εισαγωγή-Σκοπός: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων είναι μία σπάνια αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Η παθοφυσιολογία του αυτόματου διαχωρισμού των στεφανιαίων αγγείων, παραμένει άγνωστη εν πολλοίς όμως η μυοϊνώδης δυσπλασία αποτελεί επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου. Οι ορμόνες του γυναικείου φύλου πιθανά σχετίζονται καθώς το 90% των περιπτώσεων αφορούν γυναίκες ηλικίας 48-55 ετών ενώ 10% αφορά γυναίκες σε κύηση ή λοχεία. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 48 ετών με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω στηθάγχης μετά από από περίοδο σωματικού και συναισθηματικού stress. Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με ανάσπαση του διαστήματος ST-T στις απαγωγές του προσθίου τοιχώματος. Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα στεφανιογραφία που ανέδειξε ελικώσεις σε όλο το μήκος του προσθίου κατιόντος, με ολική απόφραξη του αυλού μετά την μεσότητα, ως επί τύπου 2 αυτόματου αποφρακτικού διαχωρισμού (εικόνα 1Α). Είναι χαρακτηριστική η απουσία αθηρωμάτωσης τόσο στο εγγύς τμήμα του προσθίου κατιόντα, όσο και στο υπόλοιπο δίκτυο των στεφανιαίων αρτηριών. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ασπιρίνη και β αναστολέα, με υποχώρηση των συμπτωμάτων και κλινική σταθεροποίηση. Η ενζυμική κίνηση ήταν ενδεικτική μυοκαρδιακής νέκρωσης (peak hsTn=37560 ng/L). Δύο μήνες μετά επαναλήφθηκε ο στεφανιογραφικός έλεγχος και διαπιστώθηκε πλήρης επουλώση του διαχωρισμού που υπήρχε μετά την μεσότητα του προσθίου κατιόντα, ενώ το εύρος του αγγείου ήταν φυσιολογικό (εικόνα 1Β). Ακολούθησε ενδοαγγειακή απεικόνιση με καθετήρα οπτικής συνεκτικής τομογραφίας(OCT) σε

όλο το μήκος του προσθίου κατιόντα. Ο αυλός και το τοίχωμα του αγγείου απεικονίσθησαν φυσιολογικά χωρίς σημεία διαχωρισμού (εικόνα 2). Συμπέρασμα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί αίτιο οξέος στεφανιαίου συνδρόμου συχνότερα σε γυναίκες μέσης ηλικίας μετά από stress, ιδίως σε άτομα χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για αθηρωμάτωση. Προσεκτική κλινική αξιολόγηση και συντηρητική αντιμετώπιση είναι προτιμότερη, καθώς οι πλειονότητα των αυτόματων διαχωρισμών επουλώνονται αυτόματα.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

**17.00-18.00 Παρουσίαση Περιστατικού II**

Πρόεδροι: **Φ. Παρθενάκης** (Ηράκλειο), **Ε. Φουκαράκης** (Ηράκλειο)
Chairpersons: **F. Parthenakis** (Heraklion), **E. Foukarakis** (Heraklion)

ΠΑ205 | Δυναμικές διαταραχές ST-T διαστημάτων κατά την δοκιμασία ανάκλισης-Μια διαφορετικού τύπου αντίδραση

Π. Δούρβας¹, Ν. Μηλαράς¹, Π. Κωστάκης¹, Τ. Κλογέρι¹, Β.Μαντζιάρης¹, Σ. Αρχοντάκης¹, Σ. Σιδηρές¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η δοκιμασία ανάκλισης αποτελεί ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στην διερεύνηση της συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας. Αν και θεωρείται ασφαλής ως εξέταση, σπάνια συνδέεται με επιπλοκές όπως η εμφάνιση κακοήθους αρρυθμίας(κοιλιακή ταχυκαρδία/κοιλιακή μαρμαρυγή) ή μυοκαρδιακής ισχαιμίας(με ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές και στηθάγχη) με περιορισμένες αναφορές βιβλιογραφικά και κυρίως όταν το πρωτόκολλο της δοκιμασίας χρησιμοποιεί ως φαρμακευτικό παράγοντα πρόκλησης την ισοπροτερενόλη. Ως αγγειοσυσπαστική στηθάγχη αναφέρεται το κλινικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με προκάρδιο άλγος στην ηρεμία με διαλείποντα χαρακτήρα και συνοδές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και το οποίο ανταποκρίνεται στην χρήση νιτρωδών. Χαρακτηρίζεται από παθολογική ανταπόκριση σε νευροορμονικά ερεθίσματα και σπασμό των στεφανιαίων αγγείων, απουσία αιμοδυναμικά σημαντικής στεφανιαίας νόσου. ΣΚΟΠΟΣ Η παρουσίαση περιστατικού που εμφάνισε στηθάγχη και ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές (ανασπάσεις ST-T διαστημάτων)

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

κατά την δοκιμασία ανάκλισης η οποία διενεργήθηκε στα πλαίσια διερεύνησης υποτροπιάζουσας συγκοπής. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Ασθενής 38 ετών παραπέμφθηκε στο ιατρείο συγκοπής λόγω επεισοδίων απώλειας συνείδησης με συχνές υποτροπές τους τελευταίους μήνες. Σημαντικό στοιχείο από το ιστορικό για τους χαρακτηρισμούς της συγκοπής ήταν ότι κατά περιπτώσεις συνοδεύονταν από προκάρδιο ενόχλημα στηθαγχικού χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτό είχε προηγηθεί της εξέτασης μας η διενέργεια αξονικής στεφανιογραφίας χωρίς ανάδειξη σημαντικών στενώσεων. Για την δοκιμασία ανάκλισης χρησιμοποιήθηκε το ιταλικό πρωτόκολλο κατά το οποίο μετά την χορήγηση 400μg νιτρογλυκερίνης υπογλωσσίως ο ασθενής εμφάνισε στηθαγχικού τύπου άλγος που συνοδεύτηκε από ανασπάσεις ST-T διαστημάτων στο μόνιτρο καταγραφής ρυθμού. Ακολούθησε άισθημα ζάλης-εφίδρωσης και πτώση της αρτηριακής πίεσης με αυτόματη ύφεση των ΗΚΓ διαταραχών και βελτίωση των συμπτωμάτων εντός 5 λεπτών. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Εκ του εργαστηριακού ελέγχου που πραγματοποιήθηκε δεν προέκυψαν αυξημένες τιμές δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης. Ηχωκαρδιογραφικώς διαπιστώθηκε αριστερά κοιλία με διατηρημένη συστολική απόδοση χωρίς τμηματικές υποκινησίες. Διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος που δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις εκ των στεφανιαίων. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο σπασμός των στεφανιαίων, ως υπόστρωμα της αγγειοσυσπαστικής στηθάγχης, έχει περίπλοκο και πολυπαραγοντικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Οφείλεται σε δυσλειτουργία τόσο του ενδοθηλίου όσο και των λείων μυικών ινών των στεφανιαίων αγγείων. Η εμφάνιση του κατά την δοκιμασία ανάκλισης συνδέεται με την αγγειοδιασταλτικού τύπου αντίδραση. Η παράδοση, αγγειοσυσπαστική ανταπόκριση στην νιτρογλυκερίνη, αν και περιγράφεται βιβλιογραφικά, δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Πιθανόν να συμμετέχουν μηχανισμοί παρόμοιοι με αυτούς του φαινομένου της ανοχής στα νιτρώδη.

ΠΑ206 | Σπάνια περίπτωση βρέφους 5 μηνών με Τετραλογία Fallot, απουσία πνευμονικής βαλβίδας και MAPCAs

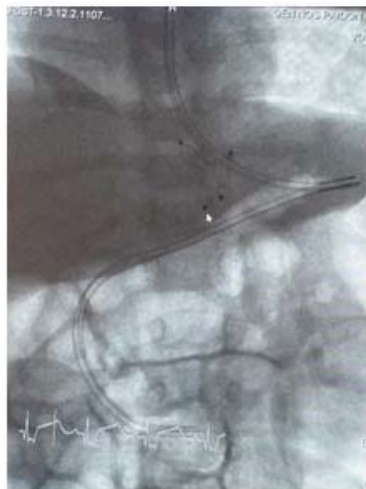
**Α. Νταβούρα¹, Ε. Καρανάσιος¹, Ε. Χρηστάκου¹, Χ. Τσιρογιάννη¹
Καζαντζή¹, Ε. Βαγγελακούδη¹, Π. Σχορετσανίτης¹, Ν. Ελευθεράκης¹,
Κ. Μπράχος¹, Α. Καλλικούρδης¹, Γ. Καλαβρουζιώτης¹**

¹ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ

Εισαγωγή: Η Τετραλογία Fallot (TOF) με πλήρη απουσία πνευμονικής βαλβίδας (APV) αποτελεί σπάνιο εύρημα (~ 3% των TOF). Ακόμα πιο σπάνια είναι η συνύπαρξη των κύριων αορτοπνευμονικών παράπλευρων αρτηριών (MAPCAs), τα οποία κυρίως ανευρίσκονται σε περιπτώσεις TOF με ατρησία πνευμονικής. Μέθοδος: Παρουσιάζουμε μια περίπτωση επιτυχούς ολικής διόρθωσης TOF-APV και MAPCAs με επιπλεγμένη μετεγχειρητική πορεία στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα του Νοσοκομείου Παίδων 'Η Αγία Σοφία'. Αποτελέσματα: Πρόκειται για βρέφος θήλυ 5 μηνών με TOF-APV, με αναφερόμενες πολλαπλές νοσηλείες λόγω λοιμώξεων του αναπνευστικού, που υπεβλήθη σε ολική χειρουργική διόρθωση TOF. Μετεγχειρητικά το βρέφος λόγω αδυναμίας αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό (MA) και με ακτινολογική εικόνα πνευμονικής συμφόρησης ιδίως αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου, υποβλήθηκε σε τραχειοστομία. Στο πλαίσιο της διερεύνησης πραγματοποιήθηκαν 2 βρογχο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAË



σκοπήσεις που ανέδειξαν υποπλαστικό κυρίως βρόγχο και εικόνα βρογχομαλάκυνσης των τοιχωμάτων των δυο στελεχιαίων βρόγχων. Επιπλέον έγινε CT θώρακος/ CT αγγειογραφία που ανέδειξαν ασυμμετρία στο εύρος των 2 κύριων βρόγχων με εντύπωση υποπλασίας ολόκληρου του αριστερού

πνεύμονα, καθώς και παρουσία πολλαπλών MAPCAs από την αριστερή έσω μαστική αρτηρία, την οπίσθια επιφάνεια του αορτικού τόξου και από τον αριστερό κάτω λοβό προς τη θωρακική αορτή, που τροφοδοτούσαν χωρίς στένωση τμηματικά το έξω και οπίσθιο βασικό τμήμα του κάτω λοβού του αριστερού πνεύμονα. Με βάση τα παραπάνω, το βρέφος υποβλήθηκε σε 2 διαδοχικούς καρδιακούς καθετηριασμούς, όπου εντοπίστηκαν τα δυο μεγάλα παράπλευρα αγγεία και έγινε σύγκλιση αυτών. Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε τμηματική πνευμονική υπέρταση. Ακολούθως η ασθενής παρουσίασε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, παραμένοντας σε NAVA με σταδιακά μειούμενες παραμέτρους και χωρίς ανάγκες σε οξυγόνο, με ικανοποιητική πρόσληψη βάρους. Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με ανεξήγητη καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια μετά από χειρουργική διόρθωση TOF και απουσία πνευμονικής, θα πρέπει να τίθεται η υποψία παρουσίας MAPCAs. Η παλινδρόμηση του αίματος στα πνευμονικά αγγεία, μπορεί να προκαλέσει ανευρυσματική διάταση αυτών και συμπίεση του τραχειοβρογχικού δέντρου. Το ποσοστό αιμάτωσης των πνευμόνων από τα MAPCAs παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια. Η παρουσία αιμοδυναμικά σημαντικών παράπλευρων αγγείων προκαλεί ποικίλου βαθμού τμηματική πνευμονική υπέρταση και διαταραχή αερισμού -αιμάτωσης. Η απεικόνιση αυτών με CT ή MRI αγγειογραφία θώρακος ή καρδιακό καθετηριασμό μπορεί να είναι πολύ βοηθητική για το χειρουργικό σχεδιασμό. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν απολίνωση ή εμβολισμό ανάλογα με την ανατομία των MAPCAs. Η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση αποτελούν το κλειδί για την ομαλή μετεγχειρητική έκβαση.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

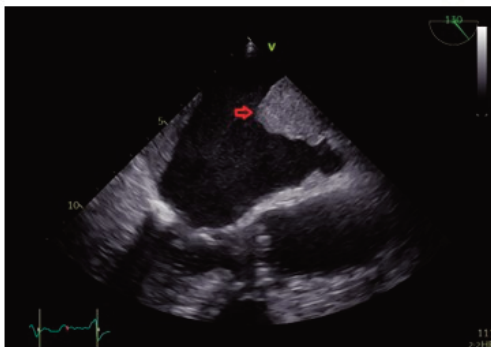
ΠΑ207 | **Sufficiency of NOACs in repetitive thrombotic events: A case report**
**C. Theodosopoulou¹, M. Aggelaki¹, P. Manolakou¹, G. Fotos¹, P. Serafeim¹,
S. Alexandris¹, A. Christou¹, K. Flessa¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α'
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Aim Left atrium thrombosis (LAT) and, thus, thromboembolic events (such as stroke) is a rare complication of non-valvular atrial fibrillation (AF), in patients receiving therapy with Non-vitamin K oral anticoagulants (NOACs). An interesting case like this is described below. **Methods** A 50-year-old Caucasian male with a medical history of atrial fibrillation (on rivaroxaban), presented in the Emergency Department due to abrupt onset of weakness of the right upper and lower limb and speech abnormalities. His vital signs were: BP=180/90mmHg, SpO₂=93%, T=36OC. The electrocardiogram was on atrial fibrillation, 100bpm. Elevated levels of D-dimers were seen on the laboratory test. The patient underwent a first brain CT scan with no findings in regard to a stroke and CT pulmonary angiography, which revealed a filling defect in the left atrium. The patient was transferred to the Neurology department for further investigation. A second brain CT scan showed a recent ischemic lesion on the left internal capsule. The triplex of the carotid and vertebral arteries did not show major pathologic abnormalities. The transoesophageal echocardiographic study showed a sizeable thrombus inside the left atrium as well as sludge and thrombus in the left atrial appendage (LAA). Following the exclusion of hemorrhagic transformation of the brain lesion, acenocoumarol was established. The INR goal (2,5-3,0) was easily achieved. **Result** In a following echocardiogram, after two months on acenocoumarol, thrombus inside the left atrium remained present despite the reduction of its size. However, sludge and thrombus of the LAA had been eliminated. **Conclusion** The effectiveness of rivaroxaban is beyond that of warfarin in the procedure of resolution of LAT in AF patients. On the other hand, when LAT persists and thromboembolic events occur, a switch from NOAC to VKA is recommended. However, more data are needed to fully understand the mechanism of stroke occurrence on optimal dose of NOAC and the most effective treatment in such cases.



Enormous thrombus inside the left atrium in CT scan



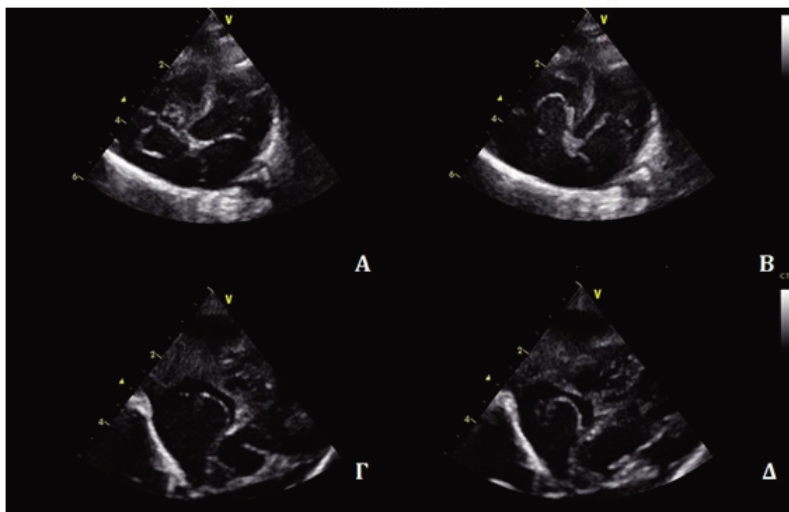
Transoesophageal echocardiography view of the thrombus inside the left atrium

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ208 | **Σπάνια περίπτωση κυάνωσης σε νεογνό: Cor Triatriatum Dexter****Ε. Γρηγοράκη¹, Τ. Κουρτίδου², Γ. Σέρβος¹, Μ. Χαρακίδα³,****Κ. Ταταροπούλου⁴, Δ. Καραβίτη³, Χ. Κουμανζέλη⁴, Α. Νίκα⁴**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ,³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός Η ατελής υποστροφή των βαλβίδων του συστηματικού φλεβώδους κόλπου κατά την εμβρυογένεση μπορεί να παρουσιαστεί με ένα ευρύ φάσμα ανατομικών ανωμαλιών. Η ευμεγέθης ευσταχιάνη ή θηβεσιανή βαλβίδα και το δίκτυο Chiari αποτελούν τη συνηθέστερη και απλούστερη εκδοχή που σπάνια προκαλεί συμπτώματα. Εκτεταμένη παραμονή εμβρυϊκού ιστού και ανάπτυξη ινομυώδους μεμβράνης μπορεί να οδηγήσει στην πλήρη διαμερισματοποίηση του δεξιού κόλπου (Δκ) (Cor Triatriatum Dexter - CTD) και επομένως στην εκδήλωση ανατομικής και λειτουργικής απόφραξης της πνευμονικής κυκλοφορίας μετά την σύγκλιση του αρτηριακού πόρου στο νεογνό. Υλικό και μέθοδος Παρουσιάζεται η κλινική πορεία και εξωμήτριος διαχείριση τελειόμηνου άρρενος νεογνού με προγεννητική διάγνωση CTD. Αποτελέσματα Εμβρυϊκό υπερηχοκαρδιογράφημα (37η εβδομάδα κύησης) έδειξε την παρουσία ευκίνητης μεμβράνης από το οπίσθιο τοίχωμα του Δκ που προσέπιπτε διαμέσου της τριγλώχινας βαλβίδας (ΤΒ) κατά τη διαστολή. Επιπλέον, αναφέρθηκε ήπια υποπλασία του χώρου εισόδου της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) και ασυμμετρία των μεγάλων αγγείων με την πνευμονική αρτηρία μικρότερη της αορτής. Το νεογνό τέθηκε σε αλπροσταδίκη και διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας κατά το πρώτο 24ωρο ζωής με ταχύπνοια και αποκορεσμό. Το διαθωρακικό



σόδου της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) και ασυμμετρία των μεγάλων αγγείων με την πνευμονική αρτηρία μικρότερη της αορτής. Το νεογνό τέθηκε σε αλπροσταδίκη και διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας κατά το πρώτο 24ωρο ζωής με ταχύπνοια και αποκορεσμό. Το διαθωρακικό

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

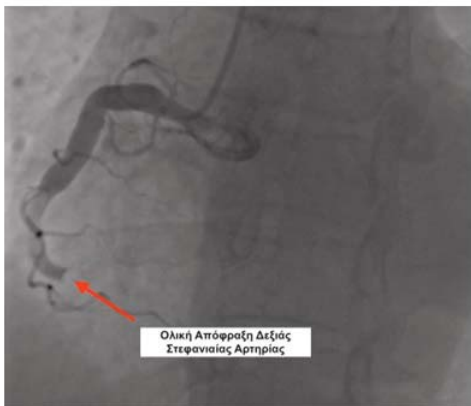
ηχωκαρδιογράφημα (ΔΗ) επιβεβαίωσε τα εμβρυικά ευρήματα καθώς και την παρουσία τυρβώδους ροής στο χώρο εισόδου της ΔΚ με φυσιολογική κλίση πίεσης διαμέσου της ΤΒ. Οι δεξιές καρδιακές κοιλότητες ήταν συνολικά φυσιολογική μεγέθους και η ροή διαμέσου του ανοικτού ωοειδούς τρήματος αμφίδρομη, με επικράτηση από τον αριστερό στο Δκ. Τέλος, διαπιστώθηκε η παρουσία ευρέως ανοικτού αρτηριακού πόρου (PDA) με αριστεροδεξιά ροή, ενδεικτικό χαμηλών πνευμονικών πιέσεων. Αποφασίστηκε η διακοπή της αλπροσταδίνης. Το νεογνό συνέχιζε να έχει παροδικά ανάγκες σε οξυγόνο χωρίς παθολογία από το αναπνευστικό σύστημα. Προκειμένου να εξηγηθούν τα περιστασιακά επεισόδια κύανωσης επαναλήφθηκε ΔΗ με χρήση αναδευμένου φυσιολογικού ορού (bubble study, BS) από περιφερική φλέβα και επιβεβαιώθηκε δεξιοαριστερή διαφυγή στο ωοειδές τρήμα. Λόγω σταθερότητας του νεογνού αποφασίστηκε συντηρητική παρακολούθηση και προγραμματισμός χειρουργικής εξαίρεσης της μεμβράνης σε δεύτερο χρόνο. Συμπεράσματα Το παρόν περιστατικό τονίζει ότι το CTD είναι μια σπάνια αιτία νεογνικής κύανωσης. Τα επεισόδια κύανωσης είναι συνήθως παροδικά και απαιτείται υψηλή κλινική υποψία για τη διάγνωση. Η δοκιμασία BS δεν είναι απαραίτητη ωστόσο είναι χρήσιμη στον αποκλεισμό άλλων αιτιών κύανωσης όπως επικοινωνία συστηματικής φλέβας με τις αριστερές κοιλότητες.

ΠΑ209 | Περιστατικό συνδρόμου Kounis τύπου II

Γ. Ματθαίουπουλος¹, Σ. Ε. Μαουρουδέας¹, Δ. Νικητόπουλος¹, Ν. Λαζίλι¹, Α. Λιόδη¹, Α. Τσαντούλας¹, Κ. Βασιλειάδης¹, Λ. Καλλένου¹, Α. Γκόγκος¹, Χ. Μαντής¹, Γ. Παυλάκης¹, Ν. Καυκάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Κούνη (Kunis Syndrome - KS) είναι ένας τύπος οξέος στεφανιαίου συνδρόμου που προκαλείται από αλλεργική αντίδραση . Η αγγειοσπαστική αλλεργική στηθάγχη (τύπος I), το αλλεργικό έμφραγμα του μυοκαρδίου (τύπος II) και η θρόμβωση στεντ με αποφρακτικό θρόμβο (τύπος III) διηθημένο από ηωσινόφιλα ή και μαστοκύτταρα, αποτελούν τις τρεις παραλλαγές του. Οι κλινικές γνώσεις για αυτό το σύνδρομο είναι ανεπαρκείς. Αναφέρουμε την περίπτωση μίας γυναίκας με σύνδρομο Kounis τύπου II.



Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 63 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω αλλεργικού εξανθήματος στον κορμό με συνοδό κνίδωση έπειτα από κηπουρικές εργασίες. Η ασθενής αναφέρει έναρξη έντονου προκάρδιου άλγους μισή ώρα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Κατά την κλινική

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

εξέταση παρατηρήθηκε γενικευμένο αλλεργικό εξάνθημα με ερύθημα στον κορμό και τα άνω άκρα. Κατά τη μέτρηση των ζωτικών παρατηρήθηκε Α/Π:85/60mmHg , Σφίξεις:95 , SpO2:95%. Από το ΗΚΓ εισαγωγής παρατηρήθηκε ανάσπαση του διαστήματος ST στις κατώτερες απαγωγές κι ετέθη η υποψία συνδρόμου Kounis. Από υπέρηχο καρδιάς που διενεργήθηκε - EF:45% με υποκινησία κατώτερου τοιχώματος ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης καθώς και των ηωσινόφιλων (ΕΟ:12.5%).Λήψη Απόφασης: Η ασθενής στο ΤΕΠ έλαβε 250mg μεθυλπρεδνιζολόνης , 40mg φαμοτιδίνης, 8mg διμεθινδένης ,κρουινιδόν ενδοφλέβια ενυδάτωση, 500mg ασπιρίνης και 180mg τικαγρελόρης. Ακολούθως οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος με ανάδειξη εκτατικής δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με οξεία ολική απόφραξη στη μεσότητα του αγγείου. Πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική με επιτυχή τοποθέτηση ενός drug eluting stent ενώ λόγω έντονου θρομβωτικού φορτίου χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa. Η ασθενής παρουσίασε σταδιακή ύφεση του εξανθήματος , είχε ομαλή μετεμφραγματική πορεία κι έλαβε εξιτήριο 6 ημέρες αργότερα με οδηγίες φαρμακευτικής αγωγής για ασπιρίνη, τικαγρελόρη, φαμοτιδίνη, ροσουβαστατίνη και ραμιπρίλη. Σε επανέλεγχο τρεις μήνες αργότερα η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική με βελτίωση της συστολικής λειτουργίας αριστερής κοιλίας. Συμπεράσματα: Το KS αποτελεί μία ασύνηθη και υποδιαγνωσμένη πάθηση. Παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση KS τύπου II που αναγνωρίστηκε έγκαιρα κι αντιμετωπίστηκε επεμβατικά. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να την γνωρίζουν και να την υποψιάζονται σε ασθενείς με ταυτόχρονη στηθάγχη και αναφυλακτική αντίδραση. Συνιστά επείγουσα ιατρική κατάσταση καθώς η θεραπεία της μία πάθησης μπορεί να επιδεινώσει την άλλη ενώ λόγω έλλειψης κατευθυντήριων οδηγιών , πολλά ερωτήματα σχετικά με τη βέλτιστη θεραπεία του KS παραμένουν μέχρι και σήμερα αναπάντητα.

ΠΑ210 | Πρωτοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια σε έδαφος σοβαρού βαθμού στένωσης ισθμού της αορτής και δίπτυχη αορτικής βαλβίδας
Π. Βαλάκη¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Δ. Τσέργα¹, Ι. Κρανίτσα¹, Ε. Τσίνα¹, Ε. Κωστάμη², Ν. Λάμα³, Σ. Αποστολοπούλου⁴, Σ. Δεσποτόπουλος⁴, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς⁵, Ν. Τζιώλας¹, Ε. Μπράχος¹, Κ. Τσατίρης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

² Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων,

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

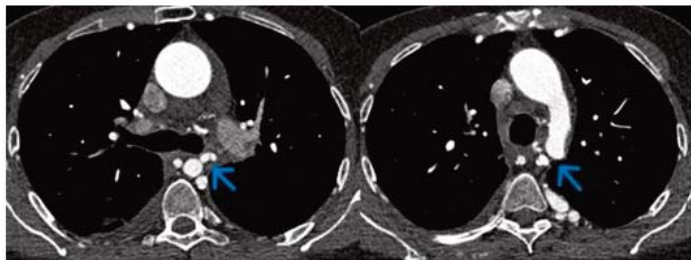
⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Η στένωση ισθμού αορτής (CoA) αφορά στο 5-8% των συγγενών καρδιοπαθειών (CHD) και εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες. Συχνή είναι η συνύπαρξή της με δίπτυχη αορτική βαλβίδα (BAV) σε ένα ποσοστό ~70%, ενώ από την άλλη η παρουσία BAV

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



Εικόνα 1. Αξονική αορτογραφία: Σοβαρή CoA (βέλη)



Εικόνα 2. Αξονική αορτογραφία: Σοβαρή CoA (μπλε βέλος) με παρουσία εκτεταμένου παράπλευρου αγγειακού δικτύου (κόκκινο βέλος)

οποίος ανέδειξε νόσο 3 αγγείων, και εν συνεχεία προς καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Συμπεράσματα: Η συχνότερη κλινική εκδήλωση της CoA είναι η αρτηριακή υπέρταση, η οποία συχνά εμμένει ακόμη και μετά από διόρθωσή της. Η στένωση μπορεί να είναι διακριτή, εντοπισμένη ή επιμήκης, με μια μέση κλίση πίεσης > mmHg να την καθιστά σοβαρή. Ωστόσο, το συστολικό κύμα διά της CoA επηρεάζεται από τον όγκο παλμού και την παρουσία παράπλευρης αγγείωσης, με αποτέλεσμα να υποεκτιμάται. Γι' αυτό το λόγο, χρησιμοποιούνται πιο ειδικό ηχοκαρδιογραφικοί δείκτες, όπως η εμφάνιση διαστολικής ουράς στο σήμα Doppler στον ισθμό της αορτής και η ύπαρξη διφασικού ή και συνεχούς σήματος Doppler στην κοιλιακή αορτή. Η CoA αντιμετωπίζεται είτε διαδερμικά είτε χειρουργικά, με ένα 11% των ασθενών να χρειάζονται επανεπέμβαση.

πρέπει να εγείρει την υποψία CoA, με τον επιπολασμό της να φτάνει στο 7%. Η CoA μπορεί να απαντηθεί σε συνδυασμό με άλλες CHD, καθώς και σε γενετικά σύνδρομα (σύνδρομο Turner), ενώ συχνή είναι η παρουσία εξωκαρδιακών ανωμαλιών, με κυριότερα τα εν-

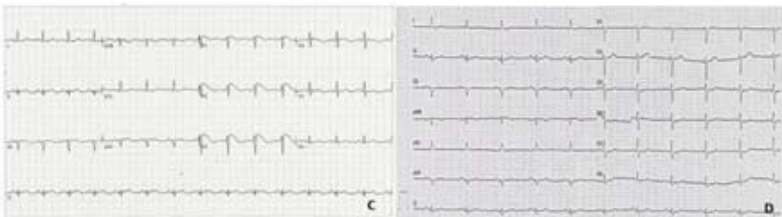
δοκράνια ανευρύσματα (10%). Υλικό/μέθοδος: Παρουσία περιστατικού της κλινικής με πρωτοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια σε έδαφος σοβαρού βαθμού στένωσης ισθμού της αορτής και δίπτυχη αορτικής βαλβίδας. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα 56 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτιώμενη αίσθημα δύσπνοιας, τύπου ορθόπνοιας, σταδιακά επιδεινούμενης από ημερών. Η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη (TTE) ανέδειξε επηρεασμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας με σοβαρού βαθμού στένωση BAV, ενώ εντύπωση προκάλεσε η αδυναμία απεικόνισης της κατιούσης αορτής με συνοδό παρουσία συστολο-διαστολικού κύματος Doppler στην κοιλιακή αορτή. Η αρτηριακή της πίεση παρουσίαζε διαφορά μεταξύ άνω και κάτω άκρων, με αποτέλεσμα ο σφυροβραχιόνιος δείκτης να υπολογίζεται <0,5. Τα ανωτέρω ευρήματα έθεσαν την υποψία CoA. Ακολούθησε αξονική αορτογραφία, όπου επιβεβαιώθηκε η CoA με ύπαρξη εκτεταμένου παράπλευρου δικτύου αγγείωσης. Η ασθενής οδηγήθηκε προς στεφανιογραφικό έλεγχο, ο

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ211 | Φαινότυπος Brugada οφειλόμενος σε ανοσοθεραπεία μεταστατικού νεοπλασματος πνεύμονα με εντρεκτινίμη
Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Β. Μ. Δραγώνα¹, Χ. Βαρλάμος¹
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η εντρεκτινίμη (entrectinib), ένας νεότερος αναστολέας της τυροσινικής κινάσης, χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του μεταστατικού μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (NSCLC) και μπορεί να συνοδεύεται από καρδιοτοξικότητα. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 52 ετών, με ιστορικό NSCLC με πρόσφατη έναρξη ανοσοθεραπείας με εντρεκτινίμη λόγω υποτροπής, η οποία σε ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο λόγω άτυπης συμπτωματολογίας εμφάνισε αρχικά κοιλική μαρμαρυγή και LBBB (A-B), ευρήματα τα οποία αντικαταστάθηκαν εν συνεχεία (C) από ανάσπαση του ST-T διαστήματος με το κυρτό προς τα άνω στις απαγωγές V1-V3 ακολουθούμενη από αρνητικό κύμα T (σημείο Brugada). Λίγες ώρες μετά η ασθενής ανετάχθη αυτόματα σε φλεβοκομβικό ρυθμό (D). Κατά τη διαγνωστική διερεύνηση δεν αυξήθηκε η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας T, η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα όσον αφορά την καρδιακή λειτουργία, στην 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού διαπιστώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός και αραιές έκτακτες μονήρεις κοιλιακές συστολές ενώ στο σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (Tc-99m SESTAMIBI) παρατηρήθηκε φυσιολογική συσταλτικότητα και αιμάτωση των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας. Η ασθενής εξήλθε με οδηγία αποφυγής επαναχορήγησης της εντρεκτινίμης. Το σύνδρομο Brugada είναι μια γενετική πάθηση που μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο λόγω κοιλιακών αρρυθμιών και εμφανίζει 3 τύπους: στον τύπο 1 διαπιστώνεται ανάσπαση του διαστήματος ST >2mm με το κυρτό προς τα άνω στις V1-V3 προκάρδιες απαγωγές και αρνητικό κύμα T (Brugada sign), στον τύπο 2 ανάσπαση του ST >2mm δίκην σέλλας (saddle type) και στον τύπο 3 ανάσπαση του ST <2mm με τη μορφολογία του τύπου 1 ή τύπου



2. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της εντρεκτινίμης περιλαμβάνουν ο υ ν καρδιοτοξικότητα (2%) λόγω παράτασης του QT διαστήματος και εμφάνιση κακοήθων αρρυθμιών (torsades des pointes, κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή). Η διακοπή χορήγησης

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

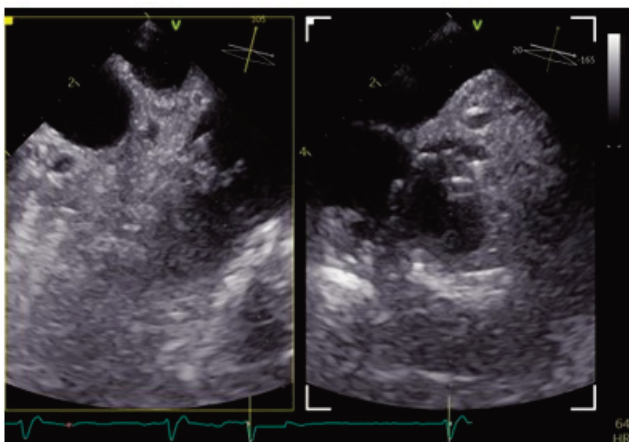
σης της εντρεκτινίμης μπορεί να κριθεί απαραίτητη επί σημαντικής παράτασης του QT (> 500msec) ή/και αναφερόμενου συγκοπτικού επεισοδίου ή επί ΗΚΓικής εμφάνισης σημείου Brugada. Το τελευταίο ΗΚΓικό εύρημα αποτελεί ιδιαίτερο σημείο ανησυχίας αφού αν είναι νεοεμφανισθέν κατά τη διάρκεια της θεραπείας με εντρεκτινίμης, το φάρμακο θα πρέπει να διακοπεί άμεσα και γίνει περαιτέρω αξιολόγηση/διαχείριση του ασθενούς από Καρδιολόγο ενώ επί προϋπάρχοντος συνδρόμου Brugada, η έναρξη εντρεκτινίμης αντενδείκνυται λόγω του υψηλού κινδύνου πρόκλησης θανατηφόρων κοιλιακών αρρυθμιών. Η διαχείριση τέτοιων ασθενών θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τη συνολική κατάσταση του ασθενούς, τις συν-νοσηρότητες και την ανταπόκριση του στη θεραπεία ενώ επί εμφάνισης επιπλοκών ο ρόλος του Καρδιολόγου κρίνεται αναγκαίος.

ΠΑ212 | **Περιστατικό ενδοκαρδίτιδας Melody βαλβίδας σε ασθενή με χειρουργηθείσα τετραλογία Fallot**

Δ. Ντιλούδη¹, Α. Καλέση¹, Ν. Αρνάς¹, Τ. Τζινιέρης¹, Α. Καλύβη¹, Α. Κωνσταντάρα¹, Ν. Κάσινος¹, Ν. Πατσουράκος¹, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹

¹ Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας «Δ. Μπελντέκος», Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή Η διαδερμική τοποθέτηση βαλβίδας Melody στη θέση της πνευμονικής έχει συνδράμει σημαντικά στη μείωση της ανάγκης για επανεπεμβάσεις σε ασθενείς με τετραλογία Fallot. Ωστόσο, από δεδομένα μελετών έχει φανεί η συχνότερη εμφάνιση ενδοκαρδίτιδας στις Melody βαλβίδες συγκριτικά με τις βιοπροσθετικές. Μέθοδος/ Αποτελέσματα Το περιστατικό αφορά έναν άντρα 36 ετών, πρώην χρήστη ενδοφλεβίων ουσιών, με ιστορικό χειρουργηθείσας τετραλογίας Fallot σε ηλικία δύο ετών, αντικατάσταση της πνευμονικής βαλβίδας με βιοπροσθετική και τοποθέτηση τριγωνχινικού δακτυλίου σε ηλικία 18 ετών και τέλος τοποθέτηση



Melody βαλβίδας σε ηλικία 30 ετών. Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε εμπύρετο έως 40οC. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος από τις οποίες απομονώθηκε χρυσίζων σταφυλόκοκκος ευαίσθητος στη μεθικιλίνη (MSSA). Κατόπιν αυτού διενεργήθηκε διαθεραπευτικό ηχωκαρδιογράφημα χωρίς σαφή ευρήματα και ακολούθησε διαισοφάγειος μελέτη που ανέδειξε την παρουσία εκπλαστήσεων μεγέθους έως

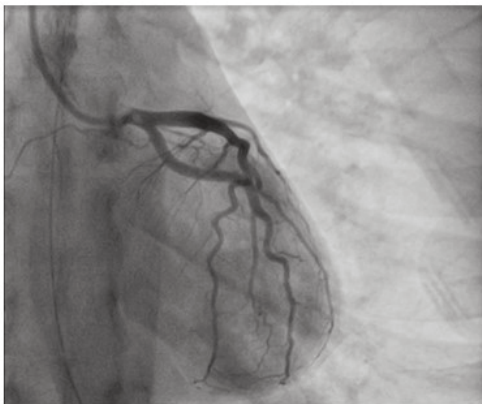
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

14 χιλιοστών στην Melody βαλβίδα (Σχήμα 1). Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης, η οποία ανέδειξε την παρουσία σηπτικών εμβόλων στους πνεύμονες άμφω. Τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με κλοξακιλλίνη, ριφαμπικίνη και γενταμικίνη με σταδιακή κλινική βελτίωση και αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργιών του. Μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής υπεβλήθη σε νέα απεικόνιση στο θώρακα, με υποχώρηση των σηπτικών εμβόλων και διοισοφάγιο υπερηχογράφημα το οποίο δεν ανέδειξε την παρουσία εκπλαστήσεων. Ο ασθενής εξήλθε με σύσταση να εκτιμηθεί σε ειδικό κέντρο παρακολούθησης συγγενών καρδιοπαθειών. Συμπεράσματα Η ενδοκαρδίτιδα αποτελεί μία συνήθη επιπλοκή σε ασθενείς με Melody βαλβίδα, οπότε θα πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση του εμπυρέτου αυτών των ασθενών, ώστε σε παρουσία της να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση. Ο ουδός για τη διενέργεια διοισοφαγίου ηγωκαρδιογραφήματος σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να είναι χαμηλός.

ΠΑ213 | ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - Η ΑΛΛΙΩΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΥΝΗΣ**Β. Ταφραλή¹, Ι. Μιχελής², Χ. Θεοχάρη¹, Σ. Μιχελίδου³, Ι. Πέτσα³,
Α. Σακαγιάννη³, Α. Κίτσιου¹**¹ ΓΝΑ Σισμανόγλειο Αττικής Καρδιολογική Κλινική,² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Χαλκίδας,³ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

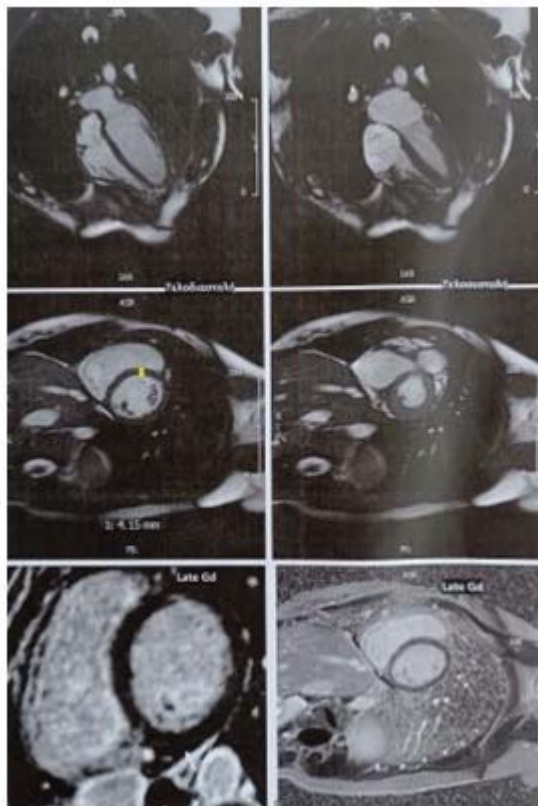
Εισαγωγή: Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα στην πλειονότητά τους οφείλονται σε διάβρωση ή ρήξη αθηρωματικής πλάκας εντός των στεφανιαίων αρτηριών. Εντούτοις υπάρχουν συγκεκριμένες καταστάσεις οι οποίες δεν σχετίζονται με αθηρωμάτωση αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε δυσμενείς κλινικές εκδηλώσεις οξείας μυοκαρδιακής ισχαιμίας και βλάβης. Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 21 ετών με ατομικό αναμνηστικό θυρεοειδίτιδας



Hashimoto, αλλεργικής ρινίτιδας και πρόσφατης νόσησης με COVID-19, μετέβη στο ΤΕΠ περιφερειακού νοσοκομείου με εικόνα αλλεργικής αντίδρασης μετά από βρώση θαλασσινών. Κατά την άφιξη της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή ενώ από την κλινική της εξέταση διαπιστώθηκε γενικευμένο αλλεργικό εξάνθημα στον κορμό και ήπιος βρογχόσπασμος. Το ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβικό ρυθμό χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο της ασθενούς δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Κατά την παραμονή της στο ΤΕΠ του νοσοκομείου η ασθενής επιδείνωσε την κλινική της εικόνα, με αιφνίδια δύσπνοια, οπισθοστερνικό άλγος και αιμοδυναμική αστάθεια

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



και για το λόγο αυτό διασωληνώθηκε. Σε νέο ΗΚΓ παρατηρήθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με κατάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές I, II, III, aVF, ενώ από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 40-45%) με υποκινήσια μεσοκοιλιακού διαφράγματος και κορυφής. Η ασθενής διακομίσθηκε στο νοσοκομείο μας όπου, μετά από εντατική ενδοφλέβια διούρηση και προοδευτικά μειούμενη δόση αγγειοσυσπαστικών, αποσωληνώθηκε. Λόγω αύξησης της τροπονίνης (>25.000 pg/ml) καθώς και των νέων ΗΚΓ αλλοιώσεων, κρίθηκε αναγκαία η διενέργεια στεφανιογραφίας. Η τελευταία ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία (Εικόνα 1), ενώ σε νέο διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς προ της εξόδου, διαπιστώθηκε βελτίωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας. Μετά την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο, διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς από την οποία δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα (Εικόνα 2).

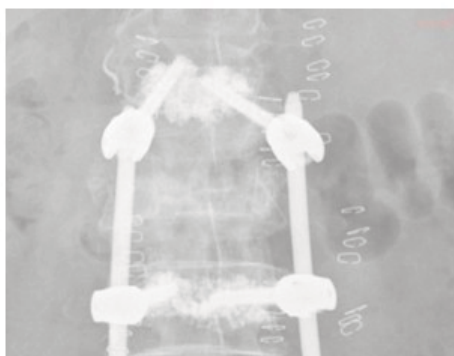
Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός της εκδήλωσης αναφυλακτικής αντίδρασης, των ισχαιμικών ΗΚΓ αλλοιώσεων, των τμηματικών διαταραχών κινητικότητας, καθώς και της αύξησης της τροπονίνης, οδήγησε στη διάγνωση του συνδρόμου Κούνης τύπου I στο συγκεκριμένο περιστατικό.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ214 | **UFO (Unknown Foreign Object)****Ν. Μηλαράς¹, Β. Νεύρας², Π. Δούρβας¹, Π. Κωστάκης¹, Β. Μαντζιάρης¹, Σ. Σιδεράς¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μια γυναίκα 72 ετών εμφάνισε δύσπνοια λίγες ώρες μετά από χειρουργική επέμβαση σπονδυλοδεσίας οσφυϊκής μοίρας (Εικόνα 1 Α). Δεν είχε γνωστό ιατρικό ιστορικό. Κατά την εξέταση ήταν ήπια ταχυπνοϊκή με φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Η αρχική ακτινογραφία θώρακος αποκάλυψε ένα αντικείμενο σχήματος U στην καρδιακή σιλουέτα που αργότερα επιβεβαιώθηκε ότι βρισκόταν μέσα στη δεξιά κοιλία μέσω υπερηχοκαρδιογραφίας και ακτινοσκόπησης (Εικόνα 1 Β, Βίντεο 1,2). Η αξονική αγγειογραφία απέκλεισε την πνευμονική εμβολή ως αιτία δύσπνοιας. Θεωρήσαμε την εμβολή από τσιμέντο (μεθακρυλικό πολυμεθυλεστέρα) από το πρόσφατο χειρουργείο πιθανή, οπότε προχωρήσαμε σε χειρουργική εξαγωγή του αντικειμένου λόγω της εύθραυστης φύσης του. Ένα αντικείμενο σχήματος U που είχε παγιδευτεί μεταξύ των τενόντων των χορδών της τριγλώχινας βαλβίδας αφαιρέθηκε με επιτυχία (Εικόνα 1 Γ, Δ). Η ιστοπαθολογία επιβεβαίωσε την εμβολή του μεθακρυλικού πολυμεθυλεστέρα. Η πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και πήρε εξιτήριο 15 ημέρες αργότερα. Η εξαγγείωση και η εμβολή του τσιμέντου είναι μια γνωστή αλλά σπάνια κλινικά σημαντική επιπλοκή μετά από χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη, καθώς οι εμβολές είναι γενικά μικρές. Στην περίπτωσή μας χρησιμοποιήθηκε τσιμέντο για πρόσθετη σταθερότητα των βιδών στους οστεοπορωτικούς σπονδύλους. Το τσιμέντο μεταναστεύει μέσω του περισπονδυλικού φλεβικού πλέγματος στην ημιάζυγη και την άζυγη φλέβα, στη συνέχεια στην IVC και τέλος στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες. Τις περισσότερες φορές, τα αντιπηκτικά και συντηρητικά μέτρα είναι αρκετά για μικρές διάσπαρτες εμβολές, ενώ μεγαλύτερα σωματίδια που βρίσκονται στη δεξιά κοιλία απαιτούν χειρουργική επέμβαση.

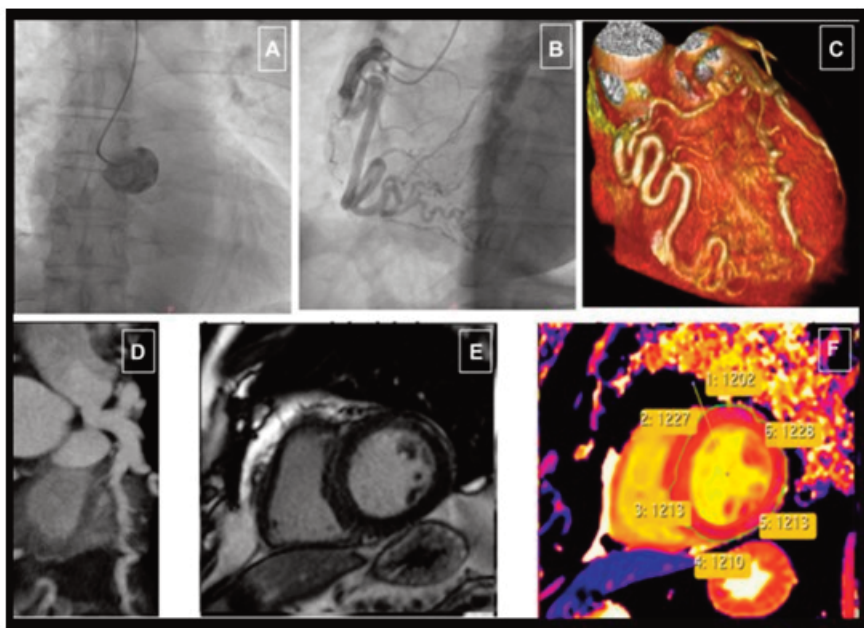


ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ215 | Σπάνια Περίπτωση Ανωμαλίας των Στεφανιαίων Αγγείων: Η Διάγνωση του Συνδρόμου ALCAPA σε Ενήλικα με τη βοήθεια της Αξονικής Στεφανιογραφίας και της Μαγνητικής καρδιάς**Δ. Καρελάς¹, Κ. Μανουσόπουλος¹, Α. Σερέτης¹, Π. Βαρελάς¹, Κ. Μιχαηλίδης¹, Ι. Τσιαφούτης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ένας άνδρας 58 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό παραπέμφθηκε για στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω άτυπης θωρακικής δυσφορίας και δύσπνοιας στην κόπωση. Κατά την εξέταση η τοποθέτηση του διαγνωστικού καθετήρα JL3.5 ήταν ανέφικτη, ενώ η έγχυση σκιαγραφικού στην αορτική ρίζα δεν έδειξε βατό στόμιο στον αριστερό κόλπο του Valsalva. Ακολούθησε προσπάθεια τοποθέτησης διαγνωστικού καθετήρα JR4 στο δεξιό στεφανιαίο κόλπο (RCC) η οποία ήταν επιτυχής και αποκάλυψε έναν έκτοπο κλάδο (ΕΒ) που τροφοδοτούσε το αριστερό στεφανιαίο αρτηριακό σύστημα (LCA). Επίσης, διαφάνηκε μια σημαντικά ανευρυσματική δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) που σχημάτιζε παράπλευρους κλάδους με το LCA (Εικ. Α-Β). Σημειώνεται ότι η κύρια πνευμονική αρτηρία (MPA) παρουσίαζε όψιμη ανάδρομη ροή σκιαγραφικού μέσω του LCA θέτοντας την υποψία του συνδρόμου ανώμαλης έκφυσης της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία (ALCAPA). Η αξονική στεφανιογραφία (CTCA) αποκάλυψε φυσιολογική έκφυση της RCA από το RCC με



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

μία διευρυμένη και ελικοειδή πορεία και έναν οξύ επιχείλιο κλάδο (AM) που αρδεύει τον ανευρυσματικό πρόσθιο κατιόντα (LAD), ο οποίος στη συνέχεια εκβάλλει στην ΜΡΑ (Εικ. C). Το σύνδρομο ALCAPA επιβεβαιώθηκε όταν διαφάνηκε πως το κύριο στέλεχος (LMCA) εκφυόταν από την ΜΡΑ (Εικ. D). Η καρδιακή μαγνητική τομογραφία (CMR) και ο έλεγχος ισχαιμίας και βιωσιμότητας (stress perfusion) αποκάλυψαν διατοχωματική ισχαιμία στα μεσαία πρόσθια, μεσαία προσθιοδιαφραγματικά, μεσαία προσθιοπλάγια, κορυφαία πρόσθια, κορυφαία διαφραγματικά και κορυφαία πλάγια τμήματα του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας (Εικ. E). Η καθυστερημένη ενίσχυση με γαδολίνιο (LGE) απεικόνισε όψιμη κινητικότητα και μια μικρή διατοχωματική υπενδοκαρδιακή ισχαιμική ουλή (<5%) με υψηλή πιθανότητα βιωσιμότητας (συνολική έκταση της ισχαιμίας και της ισχαιμικής ουλής 34% και 3%, αντίστοιχα) εκτός από το πλάγιο τοίχωμα (Πίνακας E). Οι μετρήσεις native-T1, native-T2 και ECV του μυοκαρδίου δεν έδειξαν ενδείξεις αναδιαμόρφωσης ή φλεγμονής (Εικ. F). Ο λόγος ροής αίματος πνευμονικής-συστημικής κυκλοφορίας ήταν φυσιολογικός (Qp:Qs=1). Ο ασθενής συμφώνησε με το θεραπευτικό πλάνο καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης μετά από διαβούλευση με την καρδιολογική ομάδα. Η παρούσα περίπτωση υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της διάγνωσης του ALCAPA σε ενήλικες, μια σπάνια συγγενή ανωμαλία που συχνά δεν ανιχνεύεται μετά τη βρεφική ηλικία. Επίσης, τονίζει τη σημασία της CTCA για λεπτομερή απεικόνιση της στεφανιαίας ανατομίας και της stress CMR για την αξιολόγηση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου.

ΠΑ216 | «Τὰ ἀφανῆ τοῖς φανεροῖς τεκμαίρου», Ενδιαφέρον Περιστατικό Πνευμονικής Εμβολής

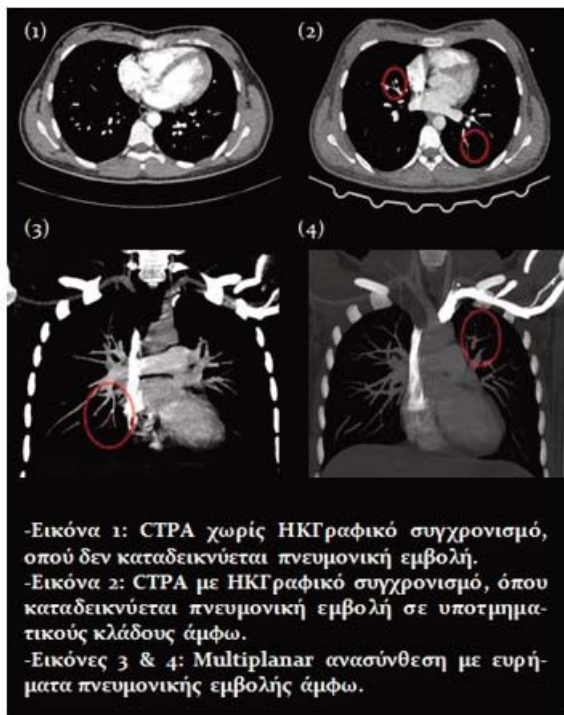
A. Πλαϊτίης¹, K. Νταλέκος¹, Π. Σκάντζικας¹, M. Καρακώστα¹, A. E. Καλέση¹, N. Αρνάς¹, A. Αρχοντίκης¹, B. Παπαγιαννακόπουλος¹, Σ. Καψοκόλης¹, A. Γ. Κανιάρης¹, A. Δημάκης¹, Γ. Σκαλής¹, Γ. Γαβριελάτος¹, N. Κάσινος¹, A. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς¹, N. Πατσουράκος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί ένα σοβαρό καρδιοπνευμονικό νόσημα που μπορεί εύκολα να διαλάθει της προσοχής μας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Οι συνήθεις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις συχνά δεν μπορούν να θέσουν τη διάγνωση, ιδίως σε περιπτώσεις μη αιμοδυναμικά σημαντικής ΠΕ. Η διάγνωση της ΠΕ ιδίως στις νεαρότερες ηλικίες, θα πρέπει να μας οδηγεί στην περαιτέρω διερεύνηση του αιτίου και στην αναζήτηση σπανιότερων παθολογικών οντοτήτων ως υπόστρωμα εκδήλωσης της νόσου. Υλικό και Μέθοδος Το περιστατικό αφορά γυναίκα 18 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω θωρακικού άλγους πλευριτικού χαρακτήρα από δεκαήμερου και ήπιας δύσπνοιας. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ από το ηχοκαρδιογράφημα και την ακτινογραφία θώρακος δεν καταδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα. Η ίδια ανέφερε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, χωρίς λήψη αντισυλληπτικών δισκίων. Λόγω ανεύρεσης ηπίως θετικών τιμών δ-διμερών η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική αγγειογραφία προς αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής (CTPA), χωρίς να απεικονίζονται ελλείμματα σκιαγράφησης στις πνευμονικές αρτηρίες και στους κλάδους αυτών. Επί υψηλής κλινικής υπο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE



ψίας και ελλείψει πιθανότερης εναλλακτικής διάγνωσης, η ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική κλινική για παρακολούθηση και παραπέμφθηκε σε άλλο κέντρο με δυνατότητα διενέργειας CTPA με ηλεκτροκαρδιογραφικό συγχρονισμό απ'όπου προέκυψε εικόνα συμβατή με ΠΕ σε υποτμηματικούς κλάδους άμφω. Έγινε έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με απιξαμπάνη και ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση με υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων, έλεγχο θρομβοφιλίας και ανοσολογικό έλεγχο. Αποτελέσματα Η ασθενής παρουσίασε άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας. Από τον ανοσολογικό έλεγχο αναδείχθηκαν παθολογικές τιμές αντισωμάτων έναντι καρδιολιπίνης και αντιπηκτικού λύκου, με αποτέλεσμα την αλλαγή της αντιπηκτικής αγωγής σε ασενοκουμαρόλη, με ταυτόχρονη σύσταση για ρευματολογική εκτίμηση σε τακτική βάση. Συμπεράσματα Η διάγνωση της ΠΕ σε υποτμηματικούς κλάδους μπορεί να αποδειχθεί προβληματική, ενώ σπανίως επί ισχυρής κλινικής υποψίας και φυσιολογικών

απεικονιστικών εξετάσεων απαιτείται επιμονή. Η CTPA με ηλεκτροκαρδιογραφικό συγχρονισμό φαίνεται να υπερτερεί σημαντικά έναντι της κλασικής CTPA παρέχοντας βέλτιστα απεικονιστικά αποτελέσματα, με μικρότερη δόση σκιαγραφικού και ακτινοβολίας για τον εξεταζόμενο. Ειδικά σε νέους ασθενείς η διάγνωση επιτάσσει την πλήρη διερεύνηση πιθανού παθολογικού υποστρώματος, καθώς η πνευμονική εμβολή συχνά αποτελεί την πρώτη εκδήλωση συστηματικών νοσημάτων, ενώ αναλόγως των ευρημάτων διαφοροποιείται η διάρκεια και το είδος της θεραπείας (π.χ. ασενοκουμαρόλη και όχι νεότερα αντιπηκτικά σε περιπτώσεις θρομβοφιλίας).

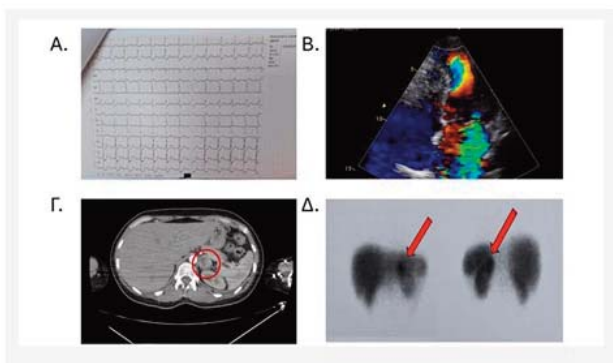
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ΠΑ217 | Σύνδρομο Takotsubo οφειλόμενο σε φαιοχρωμοκύττωμα: Μια μελέτη περίπτωσης**Α. Δημουλά¹, Ε. Ρεπάσος¹, Ι. Πετρόπουλος¹, Ε. Αννινός¹, Ε. Σερτεδάκη¹, Ν. Αγγέλης¹, Δ. Δελιαλής¹, Π. Μανιφάβα¹, Α. Μηλιώτου¹, Φ. Πετρεα¹, Φ. Θαναπούλα¹, Μ. Μητροπούλου¹, Α. Μπριασούλης¹, Β. Βασιλείου¹, Κ. Σταματελόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το σύνδρομο/μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo είναι μια οξεία και αναστρέψιμη μορφή μυοκαρδιοπάθειας που αφορά κατά κύριο λόγο μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Εμφανίζει κλινικά και παρακλινικά χαρακτηριστικά παρόμοια με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και στα 2/3 των περιπτώσεων συσχετίζεται με κάποιο οργανικό ή ψυχικό πυροδότη. Σπανίως, μπορεί να οφείλεται σε φαιοχρωμοκύττωμα και παρουσιάζει άτυπη κλινική εικόνα, όπως στην περίπτωση αυτή. Περιληψη Περιστατικού: Γυναίκα 40 ετών με ιστορικό υπέρτασης προσήλθε λόγω επεισοδίων αισθήματος παλμών και οπισθοστερνικού βάρους από 12ώρου με συνοδό έντονη κεφαλαλγία και πολλαπλούς εμέτους από 3ώρου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υπερτασική αιχμή (ΑΠ 220/110mmHg) ενώ το ΗΚΓ εισαγωγής εμφάνιζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία (120 σφίξεις/λεπτό) με ανάσπαση στις απαγωγές aVR, V1 και κατάσπαση στις απαγωγές II, III, aVF, V4-V6. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας ήταν θετική (hs-cTnI=13000ng/l). Στο διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα παρατηρήθηκε ακινησία των βασικών και μέσων τμημάτων, και υπερσυσπαστικότητα των κορυφαίων τμημάτων της αριστερής κοιλίας, με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας. Στο αέριο αίματος

διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές γαλακτικού οξέος (Lac=8,4mmol/l) και υπεργλυκαιμία (Glu=329 mg/dl). Λόγω πιθανού οξέος στεφανιαίου συνδρόμου πολύ υψηλού κινδύνου, διενεργήθηκε επείγουσα στεφανιογραφία η οποία δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις στα επικαρδιακά αγγεία. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μη εκλεκτικό β-αναστολέα και εντός ωρών από την εισαγωγή της εμφάνισε σαφή βελτίωση του κλάσματος εξωθήσεως και της ανεπάρκειας μιτροειδούς, στοιχεία ενδεικτικά πιθανού ανάστροφου συνδρόμου Takotsubo. Στα πλαίσια διερεύνησης εστάλησαν ελεύθερες μετανεφρίνες πλάσματος, οι οποίες



Εικόνα 1. Α. Ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής. Β. Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα εισαγωγής Γ. Μάζα επινεφριδίου στην αξονική τομογραφία κοιλίας(κύκλος). Ε. Εύρημα στην θέση του αριστερού επινεφριδίου στο σπινθηρογράφημα με 99m TC-HYNIC(βέλη).

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2nd 2024

ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΑΝΑΗ / ROOM DANAE

ήταν αυξημένες (μετανεφρίνη=330pg/ml, νορμετανεφρίνη=1030pg/ml, 3-μεθοξυτυροσίνη=37pg/ml) και διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε οζόμορφη μάζα διαστάσεων 3,1εκ x 2,7εκ στο αριστερό επινεφρίδιο, συμβατή με φαιοχρωμοκύττωμα. Ακολούθησε η διενέργεια ολοσωματικού σπινθηρογραφήματος με 99M TC-HYNIC που απέκλεισε την παρουσία εξωεπινεφριδικών εστιών. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με δοξαζοσίνη με σταδιακή αύξηση και στη συνέχεια προστέθηκε β-αναστολέας με καλή ανοχή. Μετά από χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων κατάλληλης προεγχειρητικής προετοιμασίας, η καρδιακή λειτουργία είχε αποκατασταθεί πλήρως και η ασθενής υπεβλήθη σε επιτυχή λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή. Συμπέρασμα: Το φαιοχρωμοκύττωμα αποτελεί μια σπάνια αιτία συνδρόμου Takotsubo. Η έγκαιρη διάγνωση και η επιτυχής αντιμετώπισή του εξαιλείφει την πιθανότητα υποτροπής της μυοκαρδιοπάθειας.

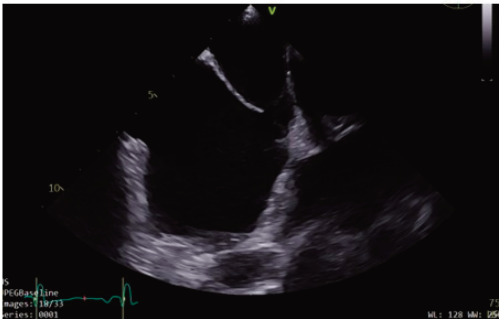
ΠΑ218 | **Σύνδρομο Kartagener και πνευμονική Υπέρταση**

**Δ. Οικονομίδης¹, Ε. Τάτσης², Ι. Παπαδόπουλος², Α. Παπαδόπουλος¹,
Ι. Φ. Κουλουλιάς², Ι. Τσιαφούτης², Κ. Παπαδόπουλος¹**

¹ Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ,

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το σύνδρομο Kartagener είναι μια γενετική διαταραχή πρωτοπαθούς δυσκινησίας των κροσών που μεταβιβάζεται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας και μπορεί να συμπεριλαμβάνει δεξιοκαρδία, αναστροφή σπλάχνων, βρογχεκτασίες και επαναλαμβανόμενα επεισόδια ιγμορίτιδας. Σκοπός του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να τονίσει την υψηλή κλινική υποψία που πρέπει να χαρακτηρίζει τους κλινικούς ιατρούς απέναντι σε σπάνιες αιτίες δύσπνοιας. Υλικό /Μέθοδοι: Πρόκειται για έναν 32 χρονο ασθενή, με ατομικό αναμνηστικό χρόνιου βήχα και επαναλαμβανόμενων λοιμώξεων ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αιτιώμενος δύσπνοια προοδευτικά επιδεινούμενης από τριήμερο με συνοδά οιδήματα κάτω άκρων. Κατά την παραμονή του στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν αερομετρικά επηρεασμένος, ήπια ταχυπνοικός, με παρουσία διατεταμένων σφαγιτίδων φλεβών και ολοσωματικού φυσηγματος στο τέταρτο μεσοπλεύριο παραστερνικά από την κλινική εξέταση. Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με ατελές αποκλεισμό δεξιού σκέλους και εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με τις τιμές αποδόμησης ινικής να είναι παθολογικές, ενώ οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί. Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε δεξιοκαρδία, αναστροφή των



πνοικός, με παρουσία διατεταμένων σφαγιτίδων φλεβών και ολοσωματικού φυσηγματος στο τέταρτο μεσοπλεύριο παραστερνικά από την κλινική εξέταση. Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με ατελές αποκλεισμό δεξιού σκέλους και εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με τις τιμές αποδόμησης ινικής να είναι παθολογικές, ενώ οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί. Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε δεξιοκαρδία, αναστροφή των

