

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
ΠΕΜΠΤΗ  
31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024**

---

**E-POSTERS  
THURSDAY,  
OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**

**Ανάρτηση: 09:00 - 18:00**

**Post: 09:00 - 18:00**

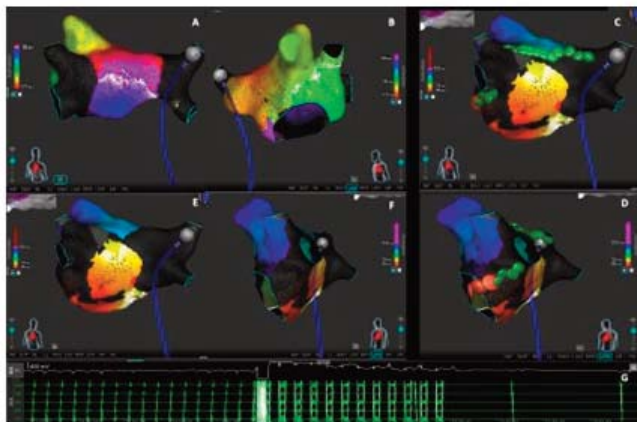
**Παρουσίαση 15:00 - 16:00**

**Presentation: 15:00 - 16:00**

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός I**Πρόεδροι: **Π. Κουδούνης** (Αθήνα), **Ε. Κουταλάς** (Ηράκλειο)Chairpersons: **P. Koudounis** (Athens), **E. Koutalas** (Heraklion)**AA001 | Επεμβατική αντιμετώπιση κολπικών ταχυκαρδιών με χρήση καθετήρα κατάλυσης με δυνατότητα εναλλαγής μεταξύ υψίσυχνου ρεύματος και κατάλυσης παλμικού πεδίου****Ο. Καρίκη<sup>1</sup>, Π. Μιλητής<sup>1</sup>, Α. Σαπλαούρας<sup>2</sup>, Θ. Εφραιμίδης<sup>2</sup>,****Σ. Δράγασης<sup>2</sup>, Κ. Λέτσας<sup>2</sup>, Μ. Εφραιμίδης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η παρούσα εργασία παρουσιάζει δεδομένα χαρτογράφησης και κατάλυσης κολπικών ταχυκαρδιών με χρήση ενός νεότερου καθετήρα κατάλυσης με δυνατότητα εναλλαγής μεταξύ υψίσυχνου ρεύματος και κατάλυσης παλμικού πεδίου. Υλικό και μέθοδος: Ασθενείς με καταγεγραμμένα επεισόδια κολπικών ταχυκαρδιών υποβλήθηκαν σε επεμβατική αντιμετώπιση με χρήση του συστήματος χαρτογράφησης/κατάλυσης Affera™ (Medtronic Inc., Minneapolis, Minnesota). Η χαρτογράφηση και η κατάλυση πραγματοποιήθηκε με τον καθετήρα Sphere-9™. Η διάγνωση του μηχανισμού της ταχυκαρδίας πραγματοποιήθηκε βάση της χαρτογράφησης ενεργοποίησης σε συνδυασμό με βηματοδοτικούς χειρισμούς. Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν δεδομένα 7 ασθενών (4 άνδρες, 3 γυναίκες). Ο μέσος χρόνος χαρτογράφησης ήταν 7.94±2.6 λεπτά με μέσο αριθμό σημείων χαρτογράφησης 2227±1088 ανά χάρτη και 274.1±113.7 μέσο αριθμό σημείων ανά λεπτό χαρτογράφησης. 4 ασθενείς διαγνώστηκαν με τυπικό ισθμοεξαρτώμενο κολπικό πτερυγισμό και υποβλήθηκαν σε κατάλυση δεξιού

ισθμού με χρήση υψίσυχνου ρεύματος (2/4) και κατάλυση παλμικού πεδίου (2/4). Μια ασθενής διαγνώστηκε με εστιακή κολπική ταχυκαρδία με εστία προέλευσης την δεξιά κάτω πνευμονική φλέβα και αντιμετωπίστηκε με απομόνωση του άντρου των δεξιών πνευμονικών φλεβών. Δυο ασθενείς διαγνώστηκαν με κολπικές ταχυκαρδίες μακροεπανεισόδου στον αριστερό κόλπο μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής. Ο ένας ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε τέλεση οροφαίας



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

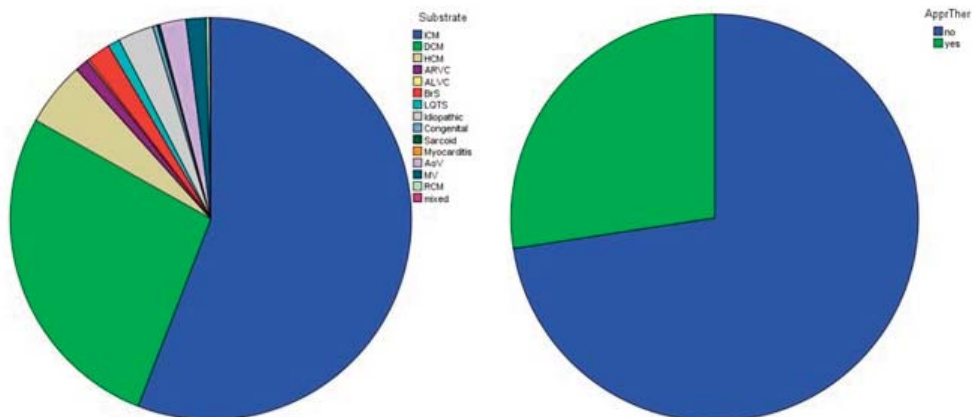
γραμμής λόγω οροφιαίου κοιλιακού πτερυγισμού που στη συνέχεια μετέπεσε σε μιτροειδικό πτερυγισμό που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κατάλυση του μιτροειδικού ισθμού. Ο τελευταίος ασθενής διαγνώστηκε με οροφιαίο πτερυγισμό που ανατάχθηκε σε φλεβοκομβικό ρυθμό κατά την τέλεση οροφιαίας γραμμής. Συμπεράσματα: Όλοι οι ασθενείς ανατάχθηκαν σε φλεβοκομβικό ρυθμό κατά την ολοκλήρωση της κατάλυσης χωρίς δυνατότητα επαναπόκλησης των κλινικών ταχυκαρδιών. Η χαρτογράφηση ενεργοποίησης ήταν επαρκώς λεπτομερής σε όλους τους ασθενείς για την διάγνωση του μηχανισμού των κοιλιακών ταχυκαρδιών. Σε όλες τις περιπτώσεις τέλεσης γραμμών (μιτροειδικός, κοιλιοτριγυλιχινικός ισθμός, οροφιαία γραμμή) αλλά και κατά την απομόνωση του άντρου των δεξιών πνευμονικών φλεβών επιτεύχθηκε άμεσα αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός χωρίς ανάγκη χορήγησης επιπλέον βλαβών.

#### AA002 | Demographic and Clinical Characteristics of ICD Recipients in Crete: A 30-years Analysis

**E. Koutalas<sup>1</sup>, T. Pateromichelakis<sup>1</sup>, H. Mavrakis<sup>1</sup>, E. Kallergis<sup>1</sup>, G. Kochiadakis<sup>1</sup>, E. Kanoupakis<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Background:** Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs) are critical devices for managing patients at risk of sudden cardiac death. This study aims to analyze the demographic characteristics and clinical details of patients who received ICDs in Crete, utilizing data from a regional registry. **Methods:** A retrospective analysis was conducted using the ICD registry of Crete, encompassing data from 1993 to 2023. The registry included information on patient demographics, including age, gender, comorbidities, the results of electrophysiology studies, indications for ICD implantation (primary vs. secondary prevention), the type of ICD (single-chamber, dual-chamber, or CRT), and the number of device replacements. **Results:** A total of 1917 patients were



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

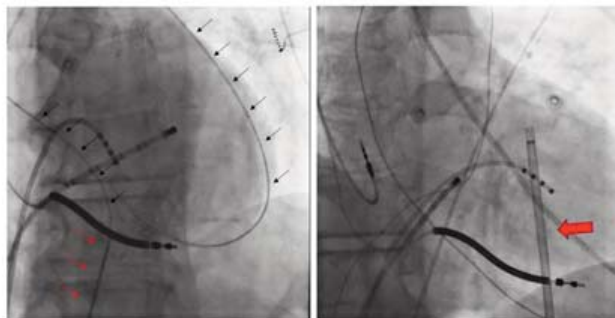
included in the study. The majority of the patients were male (87.8% vs 12.2% female). The primary indication for ICD implantation was primary prevention, accounting for 77.8% of the cases. Most of these patients (55.5%) suffered of ischemic cardiomyopathy (ICM), while non-ischemic dilated cardiomyopathy (NIDCM) accounted for 26.9%. Electrophysiology study was performed in 73.1% of the patients; 34.5% of these were not inducible, sustained ventricular tachycardia/fibrillation (VT/VF) was induced in 46.3% and non-sustained ventricular tachycardia (NSVT) in 19.2%, respectively. Single-chamber ICDs were implanted in 36.5% of patients, dual-chamber in 54.6%, and CRT in 8.9%. A notable 32.7% of the patients underwent at least one device replacement. The rate of appropriate therapies delivered by ICDs was 27.4% during the follow-up period. Conclusions: The demographic profile of ICD recipients in Crete indicates a predominance of males with ICM. The results highlight the diversity in patient substrates, electrophysiological study outcomes, and the types and replacements of ICDs used. These findings underscore the importance of personalized care and follow-up for this high-risk population. Future research should focus on long-term outcomes and the effectiveness of ICDs in different demographic subsets.

### AA003 | **Επικαρδιακή κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με θρόμβο στην αριστερή κοιλία**

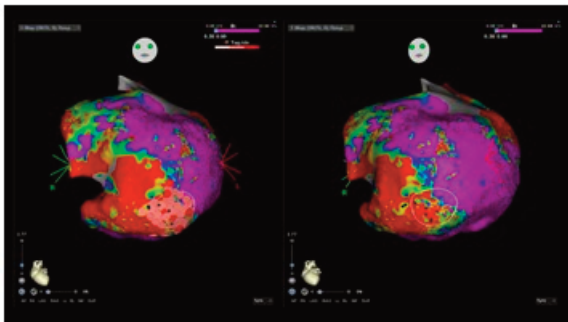
**A. Χρήστου<sup>1</sup>, M. Αγγελάκη<sup>1</sup>, Π. Σεραφείμ<sup>1</sup>, Π. Μανωλάκου<sup>1</sup>, Γ. Φώτος<sup>1</sup>,  
Σ. Αλεξανδρής<sup>1</sup>, Ε. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Χ. Θεοδοσοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Τερόλι<sup>1</sup>,  
Ε. Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Ι. Καράλης<sup>1</sup>, Κ. Φλέσσα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της ενδοκαρδιακής κατάλυσης ασθενών με κοιλιακή ταχυκαρδία παρουσία θρόμβου εντός της αριστερής κοιλίας παραμένει υπό αμφισβήτηση. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, «ηλεκτρική θύελλα» ανθεκτική στην φαρμακευτική αγωγή και τοιχωματικό θρόμβο στην αριστερή κοιλία, ο οποίος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με επικαρδιακή κατάλυση. Υλικό και μέθοδος Ασθενής 64 ετών με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας, συστολικής καρδιακής ανεπάρκειας και μόνιμο απινιδωτή, ο οποίος είχε εμφυτευθεί για δευτερογενή πρόληψη μετά από επεισόδια μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, προσήλθε λόγω πολλαπλών



επεισοδίων κοιλιακής ταχυκαρδίας και εκφορτίσεων του απινιδωτή. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε μεταβολές σε σχέση με προ 4ετίας στεφανιογραφία. Ηχοκαρδιογραφικά διαπιστώθηκε έκπτωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας (EF: 35%) με ακινησία κορυφής και τοιχωματικό θρόμβο στην κορυφή που επιβεβαιώθηκε και με ηχοαντίθεση. Η ύπαρξη του θρόμβου ήταν

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

γνωστή από ετών, όταν είχε υποστεί 2 ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια και είχε τεθεί σε αντιπηκτική αγωγή με ριβαροξαμπάνη. Παρά τη χορήγηση αντιαρρυθμικής αγωγής με προπρανολόλη, αμιωδαρόνη και μεξιλετίνη τα επεισόδια συνεχίστηκαν. Αποτελέσματα Αν και η ύπαρξη ευκίνητου ενδοκοιλοτικού θρόμβου αποτελεί αντένδειξη για ενδοκαρδιακή κατάλυση, η τελευταία έχει δοκιμαστεί σε ασθενείς με τοιχωματικό θρόμβο. Αποφασίσαμε να επιχειρήσουμε αρ-

χικά επικαρδιακή κατάλυση. Η επικαρδιακή προσπέλαση αν και πιο απαιτητική τεχνικά και δυνητικά πιο επικίνδυνη, είχε το πλεονέκτημα της μη απευθείας επαφής με τον θρόμβο. Διενεργήθηκε παρακέντηση του περικαρδίου υποξιφοειδικά με βελόνα τύπου Tuohy με πρόσθια προσπέλαση. Μετά την προώθηση του σύρματος εισήχθη καθοδηγούμενο θηκάρι στο περικάρδιο, (εικόνα 1) διαμέσου του οποίου εισήλθαν οι καθετήρες χαρτογράφησης και κατάλυσης. Η χαρτογράφηση έγινε με τη βοήθεια του συστήματος CARTO-3 τόσο σε φλεβοκομβικό ρυθμό όσο και μετά από πρόκληση της ταχυκαρδίας. Αν και δεν κατέστη δυνατή η πλήρης χαρτογράφηση του κυκλώματος, χορηγήθηκαν βλάβες στην κορυφή της αριστερής κοιλίας περιοχή από την οποία προέρχονταν η ταχυκαρδία. (εικόνα 2) Μετά την επέμβαση τα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας τερματίστηκαν. Στο follow up 1 και 2 μήνες μετά δεν έχει εμφανίσει νέα επεισόδια. Συμπεράσματα Η επικαρδιακή κατάλυση μπορεί να αποτελέσει την αρχική επιλογή για την αντιμετώπιση ασθενών με κοιλιακή ταχυκαρδία ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή, οι οποίοι έχουν θρόμβους εντός των καρδιακών κοιλοτήτων. Σε κάθε περίπτωση η αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται.

#### AA004 | Απεικόνιση αριστερού κόλπου με χρήση μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς μετά από επεμβάσεις κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής με διαφορετικές μορφές ενέργειας

**Ο. Καρίκη<sup>1</sup>, Α. Σαπταούρας<sup>1</sup>, Π. Μιληλής<sup>1</sup>, Θ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>,  
Α. Χατζηαντωνίου<sup>1</sup>, Σ. Δράγασης<sup>1</sup>, Κ. Λέτσας<sup>1</sup>, Μ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>,  
Ε. Νύκταρη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,

<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ηλεκτρική απομόνωση του άντρου των πνευμονικών φλεβών αποτελεί την επέμβαση εκλογής για την επεμβατική θεραπεία των ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με χρήση θερμικής (κρυοκατάλυση, υψί-συχνο ρεύμα) ή μη θερμικής ενέργειας (κατάλυση παλμικού πεδίου, PFA). Η επίδραση της μορ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

φής ενέργειας στις δομικές και λειτουργικές αλλαγές που προκαλούνται άμεσα και μακροχρόνια στον αριστερό κόλπο δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα εργασία χρησιμοποίησε μαγνητική τομογραφία καρδιάς για την απεικόνιση του αριστερού κόλπου πριν, αμέσως μετά (<4 ώρες) και 6 μήνες μετά από την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών σε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή που υποβλήθηκαν σε κρυστατάλυση ή κατάλυση με PFA. Αξιολογήθηκε η ποσότητα της ίνωσης με χρήση της καθυστερημένης εναπόθεσης γαδολίνιου (LGE) και τα χαρακτηριστικά της ίνωσης πέριξ του άντρου. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 10 ασθενείς (5 υποβλήθηκαν σε κρυστατάλυση και 5 σε κατάλυση με χρήση PFA). Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των ομάδων. Διαπιστώθηκε ότι στην απεικόνιση αμέσως μετά την κατάλυση, η ομάδα του PFA εμφάνισε κατά 50% μεγαλύτερο όγκο LGE σε σχέση με την ομάδα της κρυστατάλυσης. Αντίθετα, η έκταση του οιδήματος ήταν σημαντικά μικρότερη. Οι κυκλοτερείς βλάβες πέριξ των πνευμονικών φλεβών ήταν περισσότερο ομοιογενείς στην ομάδα του PFA, ενώ απουσίαζαν ευρήματα τραυματισμού των γύρω περιοχών (ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα ή μικροαιμορραγίες του τοιχώματος). Κατά την απεικόνιση 6 μήνες μετά, στην ομάδα του PFA σχεδόν όλη η ποσότητα του LGE που είχε αρχικά ανιχνευθεί, είχε υποστρέψει ενώ στην ομάδα της κρυστατάλυσης είχε παραμείνει. Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, η ποσότητα, τα χαρακτηριστικά και η μακροχρόνια συμπεριφορά της ίνωσης στον αριστερό κόλπο διαφέρει ανάλογα με τη μορφή ενέργειας που χρησιμοποιείται για την ηλεκτρική απομόνωση των πνευμονικών φλεβών. Η κατάλυση με χρήση PFA προκαλεί εκλεκτικές και ομοιογενείς βλάβες στην οξεία φάση ενώ σχετίζεται με περιορισμένη ανάπτυξη ίνωσης μακροχρόνια.

**AA005 | Παράγοντες πρόβλεψης υποτροπών κολπικής μαρμαρυγής**  
**Γ. Φώτος<sup>1</sup>, Α. Σαμαράς<sup>2</sup>, Μ. Μποτής<sup>3</sup>, Α. Χρήστου<sup>1</sup>, Μ. Αγγελάκη<sup>1</sup>,  
Π. Σεραφείμ<sup>1</sup>, Π. Μανωλάκου<sup>1</sup>, Χ. Θεοδοσοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>,  
Κ. Φλέσσα<sup>1</sup>, Α. Τζίκας<sup>2</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η πιο συχνή αρρυθμία στην κλινική πράξη, με αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα και υψηλά ποσοστά υποτροπών. Η ανεύρεση παραγόντων που προβλέπουν τις υποτροπές, θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και να μειώσει τις οικονομικές δαπάνες για την νοσηλεία τους. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καθορίσει τους παράγοντες εκείνους που θα μπορέσουν να προβλέψουν την υποτροπή της ΚΜ, σε ασθενείς με παροξυσμική ή εμμένουσα ΚΜ. Μέθοδος: Σε αυτή την post-hoc ανάλυση της MISOAC-AF μελετήθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς με συνυπάρχουσα κολπική μαρμαρυγή, οι οποίοι είχαν εισαχθεί στην Καρδιολογική Κλινική για οποιοδήποτε λόγο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Κριτήριο αποκλεισμού ήταν η παρουσία μόνιμης ΚΜ. Αποτελέσματα: Από τους 1140 ασθενείς, μελετήθηκαν συνολικά 414, κυρίως άντρες, μέσης ηλικίας 72,1 ετών, με μέσο δείκτη μάζας σώματος 28,2 kg/m<sup>2</sup> και μέσο χρόνο νοσηλείας τις 7 ημέρες. Από αυτούς, οι 40 εμφάνισαν υποτροπή της αρρυθμίας εντός ενός έτους. Μετά την μονοπαραγοντική ανάλυση, η αυξημένη ηλικία, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, ο αυξημένος όγκος του αριστερού κόλπου, το ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης, το αυξημένο CHADS<sub>2</sub>VASc score και η προσθήκη αντιαρρυθμικών στην αγωγή εξόδου, αποτέλεσαν παράγοντες υποτροπής της κολπικής μαρμαρυγής. Ωστόσο, μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστική σημαντικότητα διατήρησαν μόνο ο αυξημένος όγκος του αριστερού κόλπου και το υψηλό CHADS<sub>2</sub>VASc score. Συμπεράσματα: Μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών με παροξυσμική ή εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή, οι παράγοντες που προβλέπουν την υποτροπή αυτής είναι ο αυξημένος όγκος του αριστερού κόλπου και του υψηλό CHADS<sub>2</sub>VASc score.

#### AA006 | Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διαφλέβια εκφύτευση βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος λόγω λοίμωξης

**Φ. Ζάγκλη<sup>1</sup>, Μ. Σουβλάκη<sup>1</sup>, Σ. Σιδερής<sup>2</sup>, Σ. Ξυδώνας<sup>3</sup>,**

**Σ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Χειλαδάκης<sup>1</sup>, Κ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή:** Η παρούσα εργασία αξιολογεί την επίπτωση της νοσηλείας ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση εκφύτευσης βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος λόγω επιμόλυνσης της θήκης της συσκευής ή γενικευμένης λοίμωξης, στην ποιότητα ζωής τους (QoL), με χρήση του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF, που αποτελεί τη ελληνική σύντομη εκδοχή μορφή του εργαλείου WHOQOL-100 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας ανακοινώσαμε στο περσινό Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο την επίπτωση της ίδιας επέμβασης στις ψυχομετρικές παραμέτρους άγχους και κατάθλιψης. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε δείγμα συνολικά 140 ασθενών με εμφυτευμένη συσκευή. Συμμετείχαν 70 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε τρία τριτοβάθμια δημόσια νοσοκομεία της Αττικής και της επαρχίας για διαφλέβια εκφύτευση του βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος λόγω τοπικής επιμόλυνσης της θήκης της συσκευής ή γενικευμένης κλινικής λοίμωξης με θετικές αιμοκαλλιέργειες ή εκβλαστήσεις στο υπερηχογράφημα. Η αφαίρεση των ηλεκτροδίων και της γεννήτριας έγινε με απλή έλξη, ή χρησιμοποίηση στυλεών που κλειδώνουν «Lead Locking Devices» σε συνδυασμό με μηχανικά τηλεσκοπικά θηκάρια, ή περιστρεφόμενο θηκάρι TightRail με κόφτη. Δεδομένα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και ανάλυσης WHOQOL-BREF των ασθενών με λοίμωξη συγκρίθηκαν με εκείνα αντίστοιχου αριθμού ομάδας ελέγχου 70 ασθενών με εμφυτευμένη συσκευή χωρίς λοίμωξη. Η κλίμακα WHOQOL-BREF περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου που εξετάζει τη Σωματική και Ψυχική υγεία, τις Κοινωνικές σχέσεις και το Περιβάλλον, και 4 επιπλέον ερωτήσεις, που έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκαν 49 άνδρες και 21 γυναίκες (ηλικία 74±13έτη) στους

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

οποίους έγινε πλήρης εκφύτευση μολυσμένου μονοεστιακού, διπλοεστιακού ή αμφικοιλιακού βηματοδοτικού (n=39) ή απινιδωτικού (n=31) συστήματος, 9,1±6.7 χρόνια μετά την αρχική εμφύτευσή του. Η ομάδα των ασθενών με λοίμωξη εμφάνισε στατιστικά χαμηλότερες τιμές αθροίσματος βαθμολογίας WHOQOL- BREF από την ομάδα ελέγχου τόσο ως σύνολο όσο και στις υποκλίμακες/ερωτήσεις που αφορούσαν τη Σωματική και την Ψυχική Υγεία (p<0.001), ανεξάρτητα από το φύλο (άνδρες/γυναίκες) και το είδος της συσκευής (βηματοδότης/απινιδωτής). Συμπεράσματα: Η επέμβαση διαφλέβιας εκφύτευσης μολυσμένου βηματοδοτικού ή απινιδωτικού συστήματος πλήττει την QoL και την Ψυχική υγεία των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα αρνητικά αυτά δεδομένα τονίζουν τον κίνδυνο υποεκτίμησης των ψυχικών διαταραχών και την ανάγκη για ανάλογες βελτιωτικές παρεμβάσεις από τις υπηρεσίες υγείας.

**ΑΑ008 | Ταχυκαρδία με ευρέα QRS σε ασθενή υπό φλεκαϊνίδη**  
**Σ. Κιόκας<sup>1</sup>, Α. Ππουραζάνα<sup>1</sup>, Κ. Ντούλας<sup>1</sup>, Π. Γιαννάκος<sup>1</sup>, Κ. Ζιούλης<sup>1</sup>,  
Σ. Νικολιδάκης<sup>2</sup>, Τ. Μ. Ντεβίτα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η παρούσα εργασία αφορά την παρουσίαση περιστατικού υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή που λάμβανε φλεκαϊνίδη που εν συνέχεια μετέπεσε σε ταχυκαρδία με ευρέα QRS και αντιμετωπίστηκε στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Λάρισας. Περιλήψη περιστατικού. Πρόκειται για ασθενή 61 ετών η οποία από το ιστορικό της παρουσίαζε επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, υπό 200mg φλεκαϊνίδης παρατεταμένης αποδέσμευσης διαιρεμένης σε 2 δόσεις για διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού (CHA2DS2-VASc Score:1). Η ασθενής είχε αρνητικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου (αρνητικό σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου προ έτους). Προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενη αίσθημα παλμών από δώρου καθώς και μέτρηση αυξημένων σφίξεων στο στίτι (-170 σφίξεις/λ). Για την αντιμετώπιση του επεισοδίου ταχυκαρδίας είχε λάβει εφάπαξ επιπλέον 100mg φλεκαϊνίδης (συνολικά 200mg) προ της προσέλευσης της στο νοσοκομείο, χωρίς ακόλουθη ελάττωση της καρδιακής συχνότητας. Κατά την προσέλευση της στα ΤΕΠ η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή (ΑΠ 130/75mmHg, St 98%) και από το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε υπερκοιλιακή ταχυκαρδία με συχνότητα -170bpm. Για την ανάταξη του επεισοδίου υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας και αποκάλυψη του υποκείμενου ρυθμού χορηγήθηκε αδενοσίνη ενδοφλεβίως σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες: 6mg αρχικά χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφική μεταβολή και στη συνέχεια 12mg, όπου παρατηρήθηκε προσωρινή επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας και αποκάλυψη κολπικού πτερυσισμού στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας με συχνότητα 60bpm και άμεση υποτροπή της υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας. Ωστόσο πριν χορηγηθεί αντιαρρυθμική ή βραδυαρρυθμική αγωγή παρατηρήθηκε μετάπτωση της υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας σε ρυθμική ταχυκαρδία με ευρέα QRS συχνότητας -150bpm, χωρίς εμφάνιση αιμοδυναμικής αστάθειας στην ασθενή (ΑΠ 110/75mmHg, St 96%). Δεδομένου ότι η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, εφαρμόστηκε ο αλγόριθμος Brugada για τη διαφορική διάγνωση της ταχυκαρδίας (κοιλιακής ή υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας με αλλοδρομία) και ήταν αρνητικός για διάγνωση κοιλιακής ταχυκαρδίας.



ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Επιπλέον, καθώς η ασθενής είχε διερευνηθεί για στεφανιαία νόσο και δεν ανέφερε λήψη β αναστολέα, το επεισόδιο ταχυκαρδίας με ευρέα QRS αποδόθηκε σε κολπικό πτερυγισμό με αλ-λοδρομία και 1:1 κολποκοιλιακή αγωγή. Στην ασθενή χορηγήθηκε εσμολόλη ενδοφλεβίως με στόχο την ελάττωση της κολπικής αγωγής στον κολποκοιλιακό κόμβο. Μετά από χορήγηση 160mg καταγράφηκε ανάταξη σε κολπική μαρμαρυγή με μέση συχνότητα 140 σφ/λεπτό και στη συνέχεια ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Συζήτηση- Συμπεράσματα: Η φλεκαϊνίδη αποτελεί έναν ισχυρό αναστολέα των διαύλων νατρίου ο οποίος μπορεί να ελαττώσει σημαντικά την ενδομυοκαρδιακή αγωγή και να οδηγήσει σε διεύρυνση του επάρματος QRS. Χαρακτηριστικό της δράσης της φλεκαϊνίδης είναι ότι σε υψηλές συχνότητες η σύνδεσή της με τους διαύλους νατρίου γίνεται πιο ισχυρή, οδηγώντας σε προοδευτική καθυστέρηση αγωγής με επίταση του φαινομένου της διεύρυνσης του QRS. (use-dependent effect). Επιπλέον, τα αντιαρρυθμικά φάρμακα της κατηγορίας IC (φλεκαϊνίδη, προπαφαινόνη) τείνουν να μετατρέπουν επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής σε κολπικό πτερυγισμό. Η αδρενεργική ενεργοποίηση μπορεί παροδικά να ενισχύσει την αγωγή στον κολποκοιλιακό κόμβο καθιστώντας περισσότερο πιθανή την 1:1 κολποκοιλιακή αγωγή. Συνεπώς είναι επιτακτικό σε ασθενείς που λαμβάνουν φλεκαϊνίδη να χορηγούνται παράλληλα παράγοντες που προκαλούν ταυτόχρονη επιβράδυνση της αγωγής στον κολποκοιλιακό κόμβο (β αποκλειστής ή διδροπυριδίνη). Τέλος, είναι σημαντικό για τον κλινικό καρδιολόγο να περιλαμβάνει στη διαφορική διάγνωση της ταχυκαρδίας με ευρέα QRS και την υπερκοιλιακή ταχυκαρδία λόγω λήψης φλεκαϊνίδης ώστε να γίνει η κατάλληλη αντιμετώπιση.

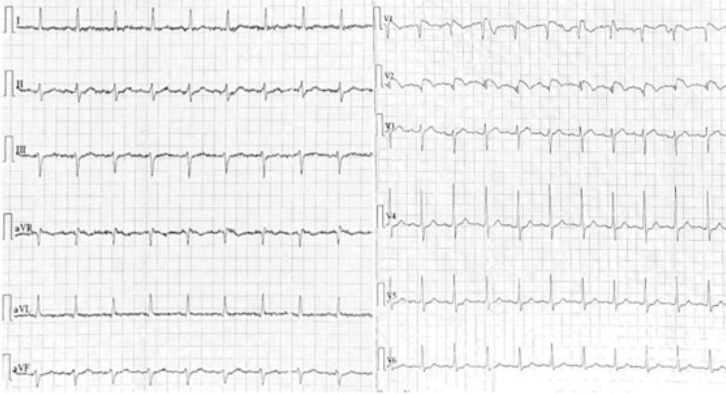
**AA009 | Ηλεκτροκαρδιογραφικός φαινότυπος Brugada λόγω υπονατριάμιας: παρουσίαση κλινικού περιστατικού**

**Χ. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Δ. Σφαιρόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Ζέκιος<sup>1</sup>, Κ. Λέτσας<sup>2</sup>, Π. Κοραντζόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

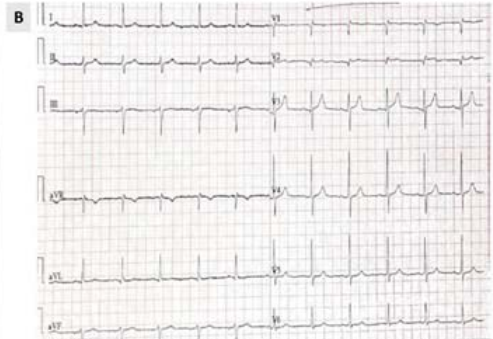
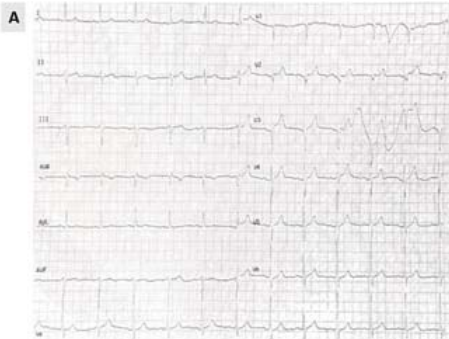
<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

**Παρουσίαση περιστατικού** Άνδρας 56 ετών εισήχθη εξαιτίας γενικευμένης αδυναμίας και αιμαδίας κάτω άκρων. Είχε ιστορικό υπέρτασης υπό συνδυασμό ιβεσαρτάνης και υδροχλωροθειαζιδής ([150+12.5] mg ημερησίως). Σημειωτέο, η προσθήκη υδροχλωροθειαζιδής είχε γίνει προ 15 ημερών. Το οικογενειακό του ιστορικό ήταν αρνητικό ενώ ο ασθενής δεν είχε ποτέ αίσθημα παλμών ή συγκοπή. Η κλινική εξέταση ήταν φυσιολογική ενώ ήταν απύρετος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπονατριάμια (Na<sup>+</sup>: 125 mEq/L) και οριακά επίπεδα καλίου ορού (K<sup>+</sup>: 3.5 mEq/L). Οι υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανέδειξε κυρτές ανασπάσεις του διαστήματος ST με αρνητικά κύματα T στις απαγωγές V1-V2, ευρήματα συμβατά με ηλεκτροκαρδιογραφικό μοτίβο Brugada τύπου I (Εικόνα 1). Πέραν της πρόσφατης χορήγησης υδροχλωροθειαζιδής, καμία άλλη αιτία υπονατριάμιας δεν ανακαλύφθηκε. Ακολούθως, η αντιυπερτασική αγωγή αντικαταστάθηκε από συνδυασμό βαλσαρτάνης και αμλοδιπίνης. Διενεργήθηκαν υπερηχοκαρδιογράφημα και σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου τα οποία δεν ανέδειξαν κάτι παθολογικό. Την 5η ημέρα νοσηλείας, το ΗΚΓ φυσιολογικοποιήθηκε παράλληλα με τη διόρ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

θωση της υπονατριαμίας (Εικόνα 2Α). Επίσης, το ΗΚΓ με υψηλές τις προκάρδιες απαγωγές (V1 και V2 στο 2ο μεσοπλεύριο διάστημα) ήταν φυσιολογικό (Εικόνα 2Β). Ακολούθησε δοκιμασία πρόκλησης με προκαϊναμίδη χωρίς παθολογικά ευρήματα. Έτσι τέθηκε η διάγνωση του ηλεκτροκαρδιογραφικού

φαινοτύπου Brugada λόγω υπονατριαμίας. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 6η ημέρα ενώ το ΗΚΓ του 10 μήνες μετά είναι φυσιολογικό. Συμπεράσματα Αρκετές αναστρέψιμες καταστάσεις μπορούν να μιμηθούν το σύνδρομο Brugada. Αυτές περιλαμβάνουν, ισχαιμία του μυοκαρδίου, μυοκαρδιακή φλεγμονή, μεταβολικές/ηλεκτρολυτικές διαταραχές, πνευμονική εμβολή, κ.ά. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται ηλεκτροκαρδιογραφικός φαινότυπος Brugada και θεωρείται ένα καλόηθες φαινόμενο. Όσον αφορά τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπερκαλιαιμία και η υποκαλιαιμία είναι οι πιο ευρέως γνωστές αιτίες του ηλεκτροκαρδιογραφικού φαινοτύπου Brugada. Η υπονατριαμία αντιπροσωπεύει μια σπάνια αιτία αυτού του φαινομένου. Στις περισσότερες δημοσιευμένες περιπτώσεις ηλεκτροκαρδιογραφικού φαινοτύπου Brugada με υπονατριαμία συνυπάρχουν και άλλες ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή εμπύρετο. Στο παρόν κλινικό περιστατικό η εξαφάνιση του ηλεκτροκαρδιογραφικού προτύπου Brugada τύπου Ι συνέβη ταυτόχρονα με τη διόρθωση της υπονατριαμίας. Επιπρόσθετα, η αρνητική δοκιμασία πρόκλησης με προκαϊναμίδη και η παραμονή του φυσιολογικού ΗΚΓ μετά τη διόρθωση της υπονατριαμίας συνηγορούν υπέρ του ηλεκτροκαρδιογραφικού φαινοτύπου Brugada. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι ο ηλεκτροκαρδιογραφικός φαινότυπος Brugada είναι μια αναστρέψιμη και δυνητικά καλοήθης διαταραχή.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA010 | Μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών μετά από κατάλυση συχνών έκτακτων κοιλιακών συστολών. Δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας****Μ. Μπότσης<sup>1</sup>, Δ. Τσιαχρής<sup>2</sup>, Α. Κορδαλής<sup>2</sup>, Κ Χ. Αντωνίου<sup>2</sup>,****Ι. Δουνδουλάκης<sup>2</sup>, Γ. Δεληγιάννης<sup>2</sup>, Σ. Κωτούλας<sup>3</sup>, Α. Ε. Καρανικόλα<sup>2</sup>,****Σ. Δρογκάρης<sup>2</sup>, Γ. Κουργιαννίδης<sup>1</sup>, Κ. Γκατζούλης<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) είναι μια συχνά απαντώμενη αρρυθμία στην κλινική πράξη. Η κατάλυση μέσω καθετήρα είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή περιεπεμβατικών χαρακτηριστικών και μακροπρόθεσμων εκβάσεων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση συχνών έκτακτων κοιλιακών συστολών, οριζόμενων έως τουλάχιστον 10.000 (ή 10% φορτίο), σε τουλάχιστον δύο εικοσιτετράωρες περιπατητικές καταγραφές ρυθμού. Υλικό και Μέθοδος: Η συγκεκριμένη αναδρομική μελέτη κοόρτης συμπεριέλαβε 109 ασθενείς (37.6% γυναίκες, μέση ηλικία 55.28 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κατάλυση έκτακτων κοιλιακών συστολών σε ένα κέντρο, από το 2015 έως το 2022. Το φορτίο των ΕΚΣ ήταν από 10 έως 30% σε 79 ασθενείς (72.5%) και άνω του 30% σε 30 ασθενείς (27.5%). 26 ασθενείς (23.9%) είχαν διαγνωσθεί με δομική καρδιακή νόσο, προ της κατάλυσης (18 με ισχαιμική καρδιακή νόσο, 6 με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, 1 με βαλβιδική καρδιακή ανεπάρκεια, 1 με υπερτασική καρδιοπάθεια). Σε 18 (16.5%) ασθενείς, προ της κατάλυσης, είχε διαγνωσθεί μυοκαρδιοπάθεια εξ εκτάκτων συστολών. Το σύνολο των ασθενών είχε λάβει βήτα αποκλειστές και 19 (17.4%) είχαν λάβει αντιαρρυθμικά τάξης IC ή III, χωρίς καταστολή των ΕΚΣ. Αποτελέσματα: Η κατάλυση ήταν επιτυχής σε 99 ασθενείς (90.8%). Στην μακροπρόθεσμη παρακολούθηση (μέση διάρκεια παρακολούθησης 4.14 ± 2.12 έτη), σημειώθηκαν δύο υποτροπές και σε έναν ασθενή εμφανίσθηκε νέα εστία εκτάκτων συστολών, τέσσερα έτη κατόπιν της κατάλυσης. Όσον αφορά τις ανεπιτυχείς επεμβάσεις, μία διακόπηκε λόγω περιεπεμβατικού επιπωματισμού. Οι υπόλοιπες αποδόθηκαν σε μη πλήρη κατάλυση εστίας εκ των θηλοειδών μυών (n = 5), εκ του left ventricular summit (n = 3) και εκ του moderator band (n = 1). Δεν καταγράφηκε περιεπεμβατική θνητότητα. Σε δύο ασθενείς σημειώθηκε καρδιακός επιπωματισμός, ο οποίος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με περικαρδιοκέντηση. Παροδικές διαταραχές του συστήματος αγωγής (λιγότερο από 24 ώρες) καταγράφηκαν σε 6 ασθενείς. Σε έναν ασθενή καταγράφηκε επιπλοκή εκ της αγγειακής πρόσβασης που χρειάστηκε χειρουργική αντιμετώπιση και ένας ασθενής εμφάνισε περιεπεμβατικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, με επακόλουθη θρομβεκτομή και πλήρη αποκατάσταση λειτουργικότητας. Η μέση επεμβατική διάρκεια ήταν 141 ± 48 λεπτά. Συμπεράσματα: Η κατάλυση των συχνών ΕΚΣ είναι αποτελεσματική στην μακροχρόνια παρακολούθηση. Οι μείζονες επιπλοκές χρήζουν άμεση αντιμετώπιση για να αποφευχθεί αναπηρία ή θάνατος.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA011 | Επαναφορά φλεβοκομβικού ρυθμού μετά από φαρμακευτική ή ηλεκτρική ανάταξη παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής. Συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά των ασθενών****Α. Τσαλγκίδης<sup>1</sup>, Γ. Χαλικιάς<sup>1</sup>, Μ. Μαλκότς<sup>1</sup>, Β. Κουτρούλος<sup>1</sup>, Γ. Μπουρσούκης<sup>1</sup>, Χ. Ναλμπάντ<sup>1</sup>, Α. Θωμαΐδη<sup>1</sup>, Δ. Στάκος<sup>1</sup>, Δ. Τζιακάς<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (ΠΚΜ) είναι το συχνότερο αρρυθμολογικό συμβάν που οδηγεί τους ασθενείς στο ΤΕΠ, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 60 ετών. Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής ανάταξης κυμαίνεται από 60 έως 80% ενώ της ηλεκτρικής ανάταξης από 80 έως 90% αντίστοιχα. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να συγκρίνουμε τις διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών μεταξύ της επιτυχούς φαρμακευτικής και ηλεκτρικής ανάταξης σε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Υλικό και Μέθοδος Στην μελέτη εντάχθηκαν 50 συνεχόμενοι ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή που ανατάχθηκαν φαρμακευτικά και 50 συνεχόμενοι ασθενείς που ανατάχθηκαν ηλεκτρικά (μέσης ηλικίας 66.7 έτη, 60 άρρενες και 40 θήλυ). Συγκρίναμε τα δημογραφικά (φύλο και ηλικία), τα κλινικά χαρακτηριστικά (Αρτηριακή Υπέρταση, Κάπνισμα, Δυσλιπιδαιμία, Θυρεοειδοπάθεια, ιστορικό προηγούμενου επεισοδίου ΠΚΜ, Οικογενειακό Ιστορικό Κολπικής Μαρμαρυγής) καθώς και τις συνοσηρότητες των ασθενών των δύο (Ιστορικό Στεφανιαίας Νόσου, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Βαλβιδοπάθειες, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Περιφερική Αρτηριοπάθεια, Συστηματικά Νοσήματα). Αποτελέσματα Οι ασθενείς με ΠΚΜ που ανατάχθηκαν ηλεκτρικά είχαν μικρότερη ηλικία συγκριτικά με τους ασθενείς που ανατάχθηκαν φαρμακευτικά (64.6±10 έτη vs. 68.8±10 έτη, t-test P=0.038). Η κατανομή των δύο φύλων ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (ηλεκτρική ανάταξη: 32 άνδρες (64%) vs 18 γυναίκες (36%), φαρμακευτική ανάταξη : 28 άνδρες (56%) vs 22 γυναίκες (44%), chi-square test P=0.416). Στους ασθενείς με επιτυχή ηλεκτρική ανάταξη υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση και καπνισματος. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση των υπόλοιπων ποιοτικών χαρακτηριστικών των δύο ομάδων. Συμπεράσματα Η επιλογή του τρόπου ανάταξης της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (ηλεκτρική vs φαρμακευτική) αποτελεί ένα πολύ συχνό δίλλημα στην καθημέρα κλινική πρακτική. Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως παραδείγματος χάριν η ηλικία καθώς και η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης ίσως οδηγήσουν στην καταλληλότερη επιλογή.

**AA012 | Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και θνητότητα μετά από εμφύτευση συσκευής καρδιακού επανασυχρονισμού****Μ. Κοιλιάρη<sup>1</sup>, Τζ. Δαδούς<sup>1</sup>, Α. Σαμαράς<sup>1</sup>, Π. Σταχτέας<sup>1</sup>, Σ. Αλεξίου<sup>1</sup>, Γ. Ζορμπάς<sup>1</sup>, Α. Νασουφίδου<sup>1</sup>, Ε. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Α. Αντωνιάδης<sup>2</sup>, Γ. Σταυρόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**Εισαγωγή:** Η εμφύτευση συσκευής καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική θεραπεία. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή επιδημιολογικά και προγνωστικά δεδομένα για ασθενείς με CRT. Σκοπός: Η ανάλυση των κλινικών παραγόντων και της θνητότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε εμφύτευση CRT σε ελληνικά τριτοβάθμια νοσοκομεία. Μέθοδος: Η παρούσα είναι μια αναδρομική μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση συσκευής καρδιακού επανασυγχρονισμού τα τελευταία 3 έτη στη Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Έγινε καταγραφή δημογραφικών, κλινικών, και ηλεκτροκαρδιογραφικών παραμέτρων, καθώς και της θνητότητας. Διενεργήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης με παλινδρόμηση Cox για την συσχέτιση παραγόντων και θνητότητας. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 50 ασθενείς με CRT. Οι 36 (72%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία εμφύτευσης ήταν τα 68 ( $\pm$ 12) έτη. Στο ΗΚΓ προ της εμφύτευσης η βασική μορφολογία ήταν συνδυασμός φλεβοκομβικού ρυθμού με αριστερό σκελικό αποκλεισμό ( $n = 36$ , 72%), ενώ το μέσο διάστημα QRS είχε εύρος 156 ( $\pm$ 17) ms. Το μέσο Charlson score ήταν 3.6 ( $\pm$ 1.6). Η βα-σική αιτιολογία εμφύτευσης CRT ήταν η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια ( $n = 24$ , 48%), ακολουθούμενη από την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια ( $n = 19$ , 38%). Κατά την εμφύτευση, η κύρια θέση τοποθέτησης του κοιλιακού ηλεκτροδίου ήταν προσθιοπλάγια ( $n = 24$ , 48%). Ο μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν 18 λεπτά. Η μέση μείωση του εύρους του QRS ήταν 36 ( $\pm$ 17) ms. Στο 90% των ασθενών παρατηρήθηκε άμεση κλινική βελτίωση μετά την εμφύτευση. Μετά από ένα μέσο διάστημα παρακολούθησης 18 μηνών, απεβίωσαν 6 (12%) ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση κάποιου παράγοντα με το τελικό καταληκτικό σημείο. Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, σε μια σειρά ασθενών που διενεργήθηκε εμφύτευση CRT παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση και χαμηλό ποσοστό μακροχρόνιας θνητότητας. Τα δεδομένα αυτά είναι εκ των λίγων στον Ελλαδικό χώρο και συνεικονούν στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης επέμβασης.

**AA013 | Μελέτη σύγκρισης αποτελεσματικότητας των συχνότερα συγχρησιμοποιούμενων με ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη β-αποκλειστών, για την ανάταξη της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής**  
**Δ. Αφενδούλης<sup>1</sup>, Μ. Διδάγγελος<sup>2</sup>, Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Α. Παρασκευά<sup>1</sup>, Ν. Αμπελιώτης<sup>1</sup>, Ν. Παπαγιάννης<sup>1</sup>, Π. Βουτας<sup>1</sup>, Σ. Βουγαζιάνος<sup>1</sup>, Ν. Σμυρνοιούδης<sup>1</sup>, Α. Καρτάλης<sup>1</sup>**

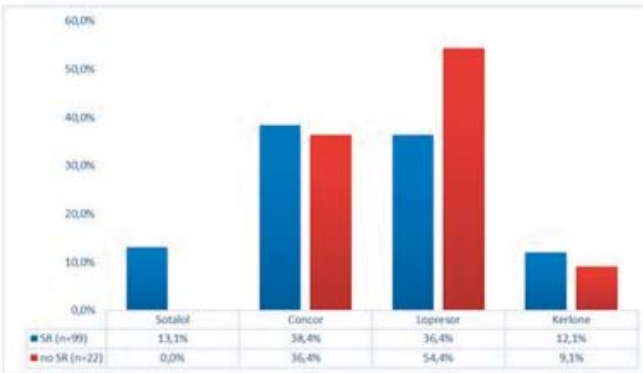
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Η ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη αποτελεί με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, θεραπεία πρώτης γραμμής για την ανάταξη ασθενών με πρόσφατης έναρξης κολπική μαρμαρυγή, χωρίς γνωστή δομική/ισχαιμική καρδιοπάθεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης BETAFLEC-CHIOS, η προσθήκη από του στόματος β-αποκλειστή αυξάνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ενδοφλέβιας φλεκαϊνίδης για την ανάταξη της παροξυσμικής μαρμαρυγής, ανάγοντας την σε μέθοδο που μπορεί να εφαρμοστεί από το τμήμα επείγοντων περιστατικό. Η μελέτη μας, είχε ως σκοπό να συγκρί-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

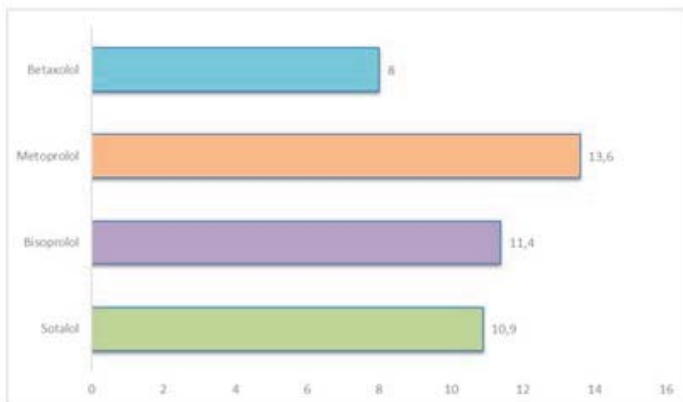
b-blocker	121 (100)	99 (100)	22 (100)	0,208
Sotalol, n (%)	13 (10.7)	13 (13.1)	0	
Bisoprolol, n (%)	46 (38.0)	38 (38.4)	8 (36.4)	
Metoprolol, n (%)	48 (39.7)	36 (36.4)	12 (54.5)	
Betaxolol, n (%)	14 (11.6)	12 (12.1)	2 (9.1)	



φλεκαϊνίδης σε δόση 1,5 mg/kg και από του στόματος β-αποκλειστή τουλάχιστον 30 λεπτά πριν. Οι β-αποκλειστές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μετοπρολόλη, βισοπρολόλη, μπεταξολόλη και σοταλόλη με αναλογία τυχαίοποίησης 3:3:1:1 αντίστοιχα. Οι ασθενείς βρίσκονταν υπο συνεχές monitoring και καταγράφηκε ο χρόνος ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την αρχική χορήγηση του φαρμάκου. Αποτελέσματα: Επιτυχής ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό εντός των δύο ωρών επετεύχθη σε 99 από τους 121 ασθενείς (81,8%) που έλαβαν ενδοφλέβια φλεκαϊνίδα σε συνδυασμό με β-αποκλειστή. Ειδικότερα, επιτυχής ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό παρατηρήθηκε σε 13 εκ των 13 ασθενών που έλαβα σοταλόλη, 38 εκ των 46 με βισοπρολόλη, 36 εκ των 48 με μετοπρολόλη και 12 εκ των 14 που έλαβαν μπεταξολόλη με μέσου χρόνος 10,9, 11,4, 13,6, και 8,2 λεπτά αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιτυχία ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό με τους διάφορους β-αποκλειστές ( $p=0,208$ ), μόνο στατιστικά σημαντική ταχύτερη ανάταξη με μπεταξολόλη σε σύγκριση με μετοπρολόλη ( $p=0,008$ ). Οι υπόλοιποι ασθενείς ανατάχθηκαν ηλεκτρικά. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας κατέδειξαν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των διάφορων β-αποκλειστών σε συγχρόνηση με ενδοφλέβια φλεκαϊνίδα (ρυθμός ανάταξης 81,8% με μέσο χρόνο 11,7 λεπτά) σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Δεν φάνηκε υπε-

	Sotalol (n=13)	Bisoprolol (n=38)	Metoprolol (n=36)	Betaxolol (n=12)
Conversion time, min*	10.9±5.8	11.4±5.6	13.6±4.8	8±2.6
There is a statistically significant difference only for Betaxolol VS Metoprolol ( $p=0.008$ )				

ρει την αποτελεσματικότητα διαφορετικών β-αποκλειστών σε συγχρόνηση με ενδοφλέβια φλεκαϊνίδα, λόγω των περιορισμένων δεδομένων στην διεθνή βιβλιογραφία. Υλικό/Μέθοδος: Μελετήθηκαν 121 συνεχόμενοι μη επιλεγμένοι ασθενείς (48 γυναίκες) μέσης ηλικίας 61,4±8 έτη, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Αυτά ήταν η παρουσία παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής (<8 ώρες) σε ασθενείς με απουσία δομικής ή ισχαιμικής καρδιοπάθειας, χωρίς γνωστές διαταραχές του συστήματος αγωγής και χωρίς γνωστή ευαισθησία στην φλεκαϊνίδα. Οι ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβιο διάλυμα

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ροχή κάποιου εκ των χορηγούμενων β-αποκλειστών στην αποτελεσματικότητα, με την μεταξολόλη να σημειώνει τους ταχύτερους ρυθμούς ανάταξης, με στατιστική σημαντικότητα συγκρινόμενος με την μετοπρολόλη.

**AA014 | Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της χρήσης της ενδοφλεβίου φλεκαϊνίδης στα πλαίσια επιθετικής στρατηγικής ελέγχου ρυθμού ασθενών με κολλική μαρμαρυγή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (μελέτη HEROMEDICUS)**

**N. Αργυρίου<sup>1</sup>, Δ. Τσιαχρής<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Α. Κορδαλής<sup>1</sup>, Χ. Κ. Αντωνίου<sup>1</sup>, Α. Καρανικόλα<sup>1</sup>, Γ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Φ. Τατάκης<sup>1</sup>, Ι. Καχριμανίδης<sup>1</sup>, Γ. Κουτσόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Μαντά<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί το 0,5% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ενός γενικού νοσοκομείου. Στη μελέτη HEROMEDICUS δημιουργήσαμε ένα πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση των ασθενών με ΚΜ 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 ανάταξης της ΚΜ με ενδοφλέβιο φλεκαϊνίδα στο ΤΕΠ (εικόνα). 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. Εξαιρέθηκαν οι με γνωστό ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου 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. Σε ασθενείς χωρίς προηγηθείσα φόρτισης κατ' οίκον με >mg προπαφαινόνης ή >mg φλεκαϊνίδης, χορηγήθηκε iv φλεκαϊνίδης (2mg/kg, έως δόσης 150mg σε 10'). Μετά την έξοδο των ασθενών από το ΤΕΠ προγραμματίστηκε μέσω της εφαρμογής παρακολούθηση στο εξωτερικό αρ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ρυθμολογικό ιατρείο του Ιπποκρατείου. Αποτελέσματα: Από τη χρονική περίοδο 08/09/2023 έως 17/05/2024 προσήλθαν στο ΤΕΠ Ιπποκρατείου 100 περιστατικά με ΚΜ που πληρούσαν κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη, εκ των οποίων 8 είχαν κολπική ταχυκαρδία, 6 είχαν κολπικό πτερυγισμό και 86 είχαν κολπική μαρμαρυγή. Η μέση ηλικία ήταν  $72.42 \pm 5.7$  έτη (51% άρρενες). Το μέσο CHA2DS2-VASc score ήταν  $2.13 \pm 0.15$  και η μέση κοιλιακή συχνότητα  $122.9 \pm 3.58$ . Αντιπηκτική αγωγή ελάμβανε το 47%. Ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη έλαβαν συνολικά 38 ασθενείς, εκ των οποίων οι 26 (68.4%) ανατάχθηκαν επιτυχώς. Οι υπόλοιποι 11 από τους ανατάχθηκαν εν συνεχεία ηλεκτρικά στο ΤΕΠ. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε κοιλιακή προαρρυθμία ή κολπικό πτερυγισμό με 1 προς 1 αγωγή. Συμπέρασμα: Από την εφαρμογή του πρωτοκόλλου HEROMEDICUS στο ΤΕΠ Ιπποκρατείου για το χρονικό διάστημα 08/09/2023 έως 17/05/2024 προκύπτει ότι η φλεκαϊνίδη ενδοφλεβίως μπορεί να χρησιμοποιηθεί ασφαλώς και αποτελεσματικά στο ΤΕΠ για την ανάταξη της ΚΜ.

**Αρτηριακή υπέρταση**

Πρόεδροι: **Β. Κατσή** (Αθήνα), **Κ. Φραγκιαδάκης** (Ηράκλειο)

Chairpersons: **V. Katsi** (Athens), **K. Fragiadakis** (Heraklion)

**AA015 | Resting Heart Rate and Mortality Risk in Hypertensive Patients with no Atrial Fibrillation Adjusted for Cardiorespiratory Fitness and beta blockers**

**A. Pittaras<sup>1</sup>, C. Faselis<sup>1</sup>, C. Grasso<sup>2</sup>, A. Manolis<sup>3</sup>, K. Kyfnidis<sup>3</sup>, M. Papavasileiou<sup>3</sup>, C. Kapsokoli<sup>4</sup>, E. Kallistratos<sup>3</sup>, N. Kouremenos<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

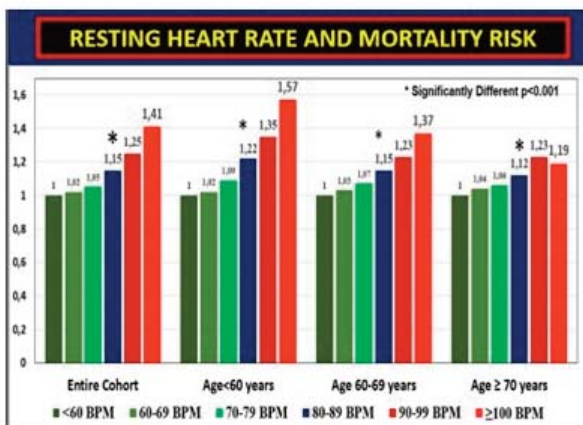
<sup>3</sup> METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>5</sup> Mediterraneo Hospital

**Objective:** The recent ESH Guidelines include resting heart rate (RHR) as an independent risk factor among the established and suggested novel risk factors that influence cardiovascular risk in patients with hypertension, indicating sympathetic overdrive. Increased fitness affects both mortality and RHR. However, the association of RHR-Mortality risk, adjusted for cardiorespiratory fitness, age, comorbidities and medication has not been fully explored. Design and method: We evaluated the association between resting heart rate (HR) and mortality in 422,702 hypertensive patients (mean age  $62.5 \pm 8.6$  years). All completed a normal standardized exercise treadmill test (ETT). All exhibited no evidence of atrial fibrillation or overt heart disease prior to and at the time of the ETT. To assess the risk in a wide and clinically relevant spectrum, we established 6 RHR categories per 10 heartbeat intervals ranging from  $<0$  to  $\geq 100$  beats. We used multivariable Cox regression to assess the RHR-mortality association. We adjusted the models for age, body mass index, cardiac risk factors, exercise capacity, and medications (including b-blockers), Results: During the median follow-up of 10.6 years, providing 4,551,327 person-years, there were



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

107,863 deaths with an average annual rate of 23.7 events per 1,000 person-years. We noted approximately 11% increase in risk for each 10 heart beats. Mortality risk was significantly elevated at a HR at rest of  $\geq 80$  beats/min (hazard ratio 1.15, confidence interval 1.12 to 1.17;  $p < 0.006$ ) and increased progressively to 41% (hazard ratio 1.41, confidence interval 1.36 to 1.45;  $p < 0.001$ ) for those with a HR at rest of  $\geq 100$  beats/min. Similar trends were noted when for subjects aged  $< 60$ ;  $60-69$ ; and  $\geq 70$  years and those treated with b blockers. In all assessments, mortality risk was

consistently overestimated when fitness was not considered. Conclusions: We noted a progressive increase in mortality risk with increased RHR at  $\geq 80$  bpm in hypertensive patients with no AF. The association was independent of comorbidities, and medications.

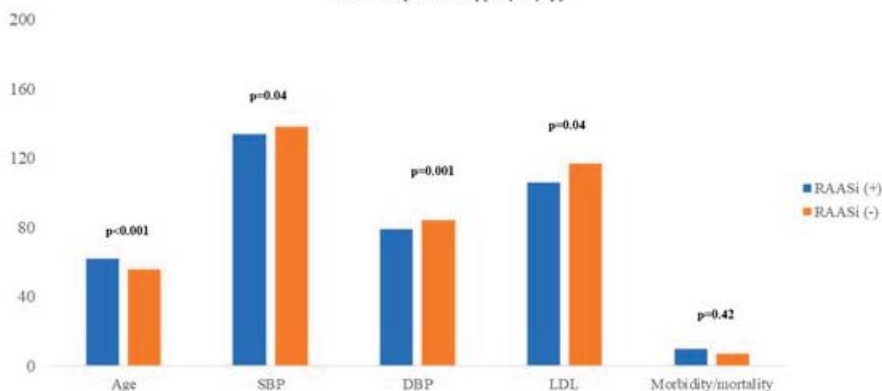
**AA016 | Η επίπτωση της 3-ετούς πανδημίας COVID-19 στους υπερτασικούς ασθενείς ενός Ευρωπαϊκού Αντιυπερτασικού Κέντρου Αριστείας. Ο ρόλος της λήψης αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης**  
**E. Τριανταφυλλίδη<sup>1</sup>, Δ. Μπενάς<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Δ. Μπίρμπα<sup>1</sup>, Α. Διονυσιάκopoulos<sup>1</sup>, Δ. Καββαθά<sup>1</sup>, Ε. Ηλιοδρομίτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ  
 Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η 3-ετής πανδημία COVID-19 αποτέλεσε αίτιο αύξησης της νοσηρότητας και της θνητότητας στους ασθενείς με καρδιαγγειακή (CV) νόσο. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η ανάδειξη της επίπτωσης της πανδημίας COVID-19 στον υπερτασικό πληθυσμό ενός Ευρωπαϊκού Αντιυπερτασικού Κέντρου Αριστείας και ο ρόλος των αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης (RAASi) στην αντιυπερτασική αγωγή. Πληθυσμός και Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά 525 υπερτασικούς ασθενείς (62±13έτη, BMI=30+5, SBP/DBP=136±17/81±11mmHg, 50% άρρενες, 26% καπνιστές) που επισκέφθηκαν το Αντιυπερτασικό Ιατρείο (Ιανουάριος 2019-Δεκέμβριος 2022) ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά, τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τις συν-νοσηρότητες. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε τηλεφωνική συνέντευξη κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2022 αναφορικά με την νόσηση τους από SARS-CoV-2. Αποτελέσματα: Το 58% των υπερτασικών μολύνθηκαν από τον ιό SARS-CoV-2 (Ομάδα Α, 60±13 έτη, BMI=30+5, SBP/DBP=135±16/81±11, 52% άρρενες, 26% καπνιστές) και 42% ασθενείς δε μολύνθηκαν (Ομάδα Β, 66±13 έτη, BMI=30+5, SBP/DBP= 136±19/79±12, 49% άρρενες, 25% καπνιστές). Οι ασθενείς της Ομάδας Α ήταν νεότεροι ( $p < 0.001$ ), είχαν μι-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Διαφορές νοσησάντων υπερτασικών ασθενών από SARS-CoV-2 βάσει της αντιυπερτασικής αγωγής



κρότερη ΔΑΠ ( $p=0.02$ ), και υψηλότερη κρεατινίνη ( $p=0.03$ ) ενώ δε διέφεραν ως προς το BMI, τη ΣΑΠ, LDL, το ιστορικό ΣΔ, ΣΝ, ΑΕΕ, κολλαγονώσεων και καρκίνου σε σχέση με την Ομάδα Β. Το 88% του πληθυσμού είχαν εμβολιαστεί με 1 τουλάχιστον δόση έναντι του SARS-CoV-2. Όσον αφορά τη νοσηρότητα και θνητότητα στην Ομάδα Α, 17 (6%) ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν ως ομάδα υψηλού κινδύνου, νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας από SARS-CoV-2, εκ των οποίων 2/17 απεβίωσαν. Οι αποβιώσαντες νόσησαν κατά την περίοδο του υποτύπου Omicron, την ηπιότερη μορφή της νόσου όταν τα μέτρα προστασίας είχαν χαλαρώσει. Στην ανάλυση βάσει αντιυπερτασικής αγωγής, διαπιστώσαμε ότι το 63% των νοσησάντων ελάμβαναν RAASi και διέφεραν μόνο ως προς την μεγαλύτερη ηλικία ( $p<0.001$ ) και την μικρότερη SBP ( $p=0.04$ ), DBP ( $p=0.001$ ) και LDL ( $p=0.04$ ) σε σχέση από αυτούς που δεν ελάμβαναν RAASi χωρίς να παρατηρηθούν διαφορές στην έκβαση της νόσου. Συμπεράσματα: Ο μισός υπερτασικός πληθυσμός (οι νεότεροι ασθενείς) μολύνθηκε από τον ιό SARS-CoV-2 και ένα μικρό ποσοστό αυτών νοσηλεύτηκαν ή πέθαναν. Η λήψη RAASi δεν οδήγησε σε επιβάρυνση των υπερτασικών ασθενών έναντι του SARS-CoV-2.

#### AA017 | Ανάλυση θεραπευτικών στόχων σε υπερτασικούς ηλικιωμένους ασθενείς: δεδομένα από το ιατρείο 65+

**N. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, Δ. Αναγνώστου<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, Α. Σπυριδάκη<sup>1</sup>, Β. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Σ. Αθηναίου<sup>1</sup>, Ε. Γουρζουλίδου<sup>1</sup>, Ι. Νέλλα<sup>1</sup>, Α. Σπαθάρα<sup>1</sup>, Ζ. Κόλλια<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Χ. Χήτας<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Βαμβάκου<sup>1</sup>, Μ. Νικολάου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί έναν από τους βασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια πολλαπλών καρδιαγγειακών

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Πίνακας 1.

Παράμετρος	Σχετικός λόγος (OR)	95% διάστημα αξιοπιστίας
Άρρεν φύλο	0.5266	0.0722, 0.9811
Δείκτης μάζας σώματος	0.7430	0.5326, 0.9535
LDL-C	0.9734	0.9665, 0.9803
Ορθοστατική υπόταση	0.4168	0.0911, 0.9248
Αριθμός κατηγοριών αντιυπερτασικών	0.6942	0.4742, 0.9141
Στεφανιαία νόσος	2.5148	1.8793, 3.1504
Λιποθυμικά επεισόδια	1.6825	1.2426, 2.1224
Μορφωτικό επίπεδο	1.4825	1.3369, 1.6281

γειακών νοσημάτων. Η επίπτωση της ΑΥ αυξάνεται με την ηλικία, με επιπολασμό που ξεπερνά το 50% στον πληθυσμό 65+. Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση της επίτευξης των βασικών θεραπευτικών στόχων (ΣΑΠ <0 mmHg και ΔΑΠ <0 mmHg) ανάλογα με την παρουσία διαφόρων κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων σε υπερτασικούς ασθενείς του ιατρείου τρίτης ηλικίας. Υλικό Το δείγμα συλλέχθηκε με συνεχή δειγματοληψία και αποτελείται από 215 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 65+, από τους οποίους απομονώθηκαν εκείνοι με ιστορικό ΑΥ. Μέθοδος Διενεργήθηκε λογαριθμιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας τη βιβλιοθήκη scikit-learn στη γλώσσα προγραμματισμού Python 3.12.3. Ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η δυαδική κατηγορική μεταβλητή της επίτευξης ή όχι του στόχου αρτηριακής πίεσης ιατρείου <0/80 mmHg. Αποτελέσματα Ιστορικό ΑΥ είχαν 128 από τους 215 ασθενείς (59,5%), εκ των οποίων 56 άνδρες (43,8%) και 72 (56,2%) γυναίκες, με μέση ηλικία 76(±7.4) έτη. Μεταξύ των υπερτασικών ασθενών εντός στόχων ήταν μόλις 10 ασθενείς (7,8%). Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σχετικά με την επίτευξη του στόχου παρουσίασαν το ιστορικό στεφανιαίας νόσου (OR = 2.51), το ιστορικό λιποθυμιών (OR = 1.68), και το μορφωτικό επίπεδο (OR = 1.48 ανά επίπεδο: δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, πανεπιστήμιο, μεταπτυχιακό). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση σχετικά με την επίτευξη του στόχου αρτηριακής πίεσης παρουσίασαν το άρρεν φύλο (OR = 0.53), ο δείκτης μάζας σώματος (OR = 0.74 ανά 5 μονάδες αύξησης πάνω από τα 25 kg/m<sup>2</sup>), η LDL-C (OR = 0.97 ανά 1 mg/dL αύξησης), η ορθοστατική υπόταση (OR = 0.42), και ο αριθμός κατηγοριών αντιυπερτασικών (OR = 0.69 ανά επιπλέον κατηγορία φαρμάκου πέραν του ενός). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υπόλοιπες μεταβλητές, όπως κάπνισμα και σακχαρώδη διαβήτη. Οι παράμετροι με στατιστική σημαντικότητα και τα διαστήματα αξιοπιστίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Συμπεράσματα Η παρουσία στεφανιαίας νόσου και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, σχετίζονται με καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Αντίθετα, το άρρεν φύλο, η παρουσία υψηλού δείκτη μάζας σώματος, και υψηλής LDL-C σχετίζονται με πτωχότερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και ανθεκτική υπέρταση, τονίζοντας την εξαιρετική σημασία της ταυτόχρονης αντιμετώπισης των καρδιομεταβολικών παραγόντων.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA018 | Ανάλυση παραγόντων που σχετίζονται με орθοστατική υπόταση σε ηλικιωμένους ασθενείς: δεδομένα από το ιατρείο 65+**  
**N. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, X. Χήτας<sup>1</sup>, Δ. Αναγνωστου<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>,  
 A. Σπυριδάκη<sup>1</sup>, E. Γουρζουλίδου<sup>1</sup>, Z. Κόλλια<sup>1</sup>, M. Χριστοδούλου<sup>1</sup>,  
 I. Νέλλα<sup>1</sup>, A. Σπαθάρα<sup>1</sup>, Γ. Τριανταφύλλη<sup>1</sup>, A. Κωνσταντοπούλου<sup>1</sup>,  
 Γ. Βαμβάκου<sup>1</sup>, M. Νικολάου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ  
 ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η орθοστατική υπόταση αποτελεί μείζον πρόβλημα στους ηλικιωμένους. Επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, συχνά οδηγεί στην αποσυνταγογράφηση αντιυπερτασικών, και αυξάνει τον κίνδυνο για πτώσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση της εμφάνισης орθοστατικής υπότασης με την παρουσία διαφόρων κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων ασθενείς του ιατρείου τρίτης ηλικίας. Υλικό Το δείγμα συλλέχθηκε με συνεχή δειγματοληψία και αποτελείται από 211 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 65+. Μέθοδος Διενεργήθηκε λογαριθμική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας τη βιβλιοθήκη scikit-learn στη γλώσσα προγραμματισμού Python 3.12.3. Ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η δυαδική κατηγορική μεταβλητή της εμφάνισης ή όχι орθοστατικής υπότασης: πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 20 mmHg ή/και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 10 mmHg από την ύπτια στην όρθια θέση ύστερα από 1' και 3'. Αποτελέσματα Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 76 έτη, εκ των οποίων 92 άνδρες (43.6%) και 119 γυναίκες (56.4%). Орθοστατική υπόταση παρουσίαζαν 60 ασθενείς (28,4%) με μέση ηλικία τα 76 έτη, εκ των οποίων 27 άνδρες (45%) και 33 γυναίκες (55%). Από τους ασθενείς με орθοστατική υπόταση το 51.6% είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε για το κάπνισμα (OR = 2.03), τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (OR = 1.59 ανά αύξηση κατά 1%), τη νόσο Parkinson's (OR = 2.76), το ιστορικό πτώσεων (OR = 1.60), την ταχύτητα βάδισης (OR = 2.55 ανά αύξηση κατά 1 m/sec), τον αριθμό κατηγοριών αντιυπερτασικών (OR = 1.26 ανά επιπλέον κατηγορία), και τη μέγιστη ταχύτητα στην αορτή (OR = 1.66 ανά αύξηση κατά 1 m/sec). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφάνισε η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (OR = 0.53) και η υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (OR = 0.87 ανά αύξηση κατά 1 mm). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υπόλοιπες μεταβλητές. Οι παράμετροι με στατιστική σημαντικότητα καθώς και τα διαστήματα αξιοπιστίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1.

Παράμετρος	Σχετικός λόγος (OR)	95% διάστημα αξιοπιστίας
Αρτηριακή υπέρταση	0.5277	0.1448, 0.9106
Κάπνισμα	2.0278	1.5634, 2.4922
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	1.5855	1.3469, 1.8241
Πτώσεις	1.6045	1.1190, 2.0901
Ταχύτητα βάδισης	2.5470	1.8515, 3.2426
Αριθμός κατηγοριών αντιυπερτασικών	1.2616	1.1098, 1.4134
Νόσος Parkinson's	2.7633	1.8956, 3.6311
Πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος	0.8662	0.7646, 0.9679
Μέγιστη ταχύτητα στην αορτική βαλβίδα	1.6611	1.3150, 2.0073

νακα 1. Συμπεράσματα Αυξημένη πιθανότητα орθοστατισμού σχετίζεται με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη, νόσο Parkinson's, κάπνισμα, ιστορικό πτώσεων, αυξημένη ταχύτητα βάδισης, αυξημένες ταχύτητες στην αορτή, και λήψη πολλών κατηγοριών αντιυπερτασικών. Μειωμένη πιθανότητα орθοστατισμού

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

παρουσιάζουν οι υπερτασικοί ασθενείς, και εκείνοι με υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, πιθανότατα λόγω υπερτασικής καρδιοπάθειας. Η ορθοστατική υπόταση αποτελεί σύνθηες φαινόμενο στους ηλικιωμένους που συχνά διαλάθει της προσοχής και πρέπει να εξετάζεται. Η παρουσία ορθοστατικής υπότασης σε ασθενείς με συγκεντρική υπερτροφία θα μπορούσε να υποκρύπτει κάποια μυοκαρδιοπάθεια, όπως καρδιακή αμυλοείδωση, και όχι υπερτασική καρδιοπάθεια.

### AA019 | Επίδραση της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε υπερτασικούς ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο

**Ε. Κούτρα<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Σ. Σουλαϊδόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση της νεφρικής απονεύρωσης (RDN) στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε υπερτασικούς ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο σε διάστημα 3 και 12 μηνών. Μέθοδοι: 30 ασθενείς υποβλήθηκαν σε RDN (και 10 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου). Η μέση ηλικία αυτών ήταν τα 56.87±7.12 έτη, 25% γυναίκες. Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος ήταν 31.23±4.37 κιλά/ύψος<sup>2</sup>, της περιμέτρου μέσης 108.62±10.82cm, της περιφέρειας 110.47±8.45cm και του βάρους σώματος 94.50±14.97κιλά. Η μέση τιμή της ΣΑΠ ήταν 165.15±17.33mmHg, της ΔΑΠ 96.47±9.91mmHg και της ΚΣ 75.22±10.86 σφύξεις/λεπτό. Στην 24ωρη καταγραφή της ΑΠ είχαμε μέσες τιμές 24ωρης ΣΑΠ, ΔΑΠ και ΚΣ 144.67±12.25mmHg, 96.47±9.91mmHg και 75.22±10.86σφύξεις/λεπτό αντίστοιχα. Το 47.5% ελάμβανε 2 κατηγορίες αντιυπερτασικών, το 40% 3 και το 12.5% 4. Το 100% ήταν υπό ΑΜΕΑ/ΑΥΑ ΙΙ, το 30% υπό β αποκλειστές, 60% διουρητικά και 6.7% ανταγωνιστές αλδοστερόνης. Η μέση τιμή γλυκόζης ηηστείας ήταν 122.35±21.79mg/dl, της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 6.17±0.84%, της ινσουλίνης 11.83±4.98μ IU/ml, του δείκτη HOMA-IR 3.66±2.19 και του ISQuick

	3μήνης (n=30)	P	6μήνης (n=30)	P*	12μήνης (n=30)	P**
Γλυκόζη	-7.20±12.13	<b>0.003</b>	-	<b>0.001</b>	-13.60±20.38	<b>0.001</b>
ηηστεία (mg/dl)	11.76±23.17					
Ινσουλίνη (μIU/ml)	0.87±4.57	0.302	1.25±5.06	0.187	-0.70±3.98	0.344
Hemoglobin A <sub>1c</sub> %	-0.53±0.40	0.482	0.04±0.31	0.492	0.01±0.53	0.890
HOMA-IR	0.04±1.65	0.895	0.03±1.97	0.945	-0.62±1.78	0.066
IS Quick	0.0006±0.02	0.855	0.002±0.02	0.549	0.006±0.02	0.095
Γλυκόζη στα 60min	-	<b>0.046</b>	-	-	-	<b>0.238</b>
OGTT (mg/dl)	10.50±27.57				10.73±48.80	
Γλυκόζη στα 120min	-9.42±15.67	0.061			5.66±44.14	0.944
OGTT (mg/dl)						
Ινσουλίνη στα 60min	-5.77±23.25	0.185			-7.13±31.12	0.219
OGTT (μIU/ml)						
Ινσουλίνη στα 120min	7.83±45.92	0.358			0.83±30.85	0.884
OGTT (μIU/ml)						

Οι τιμές παρουσιάζονται σαν μέσες τιμές ± τυπική απόκλιση

	3μήνης (n=30)	P	6μήνης (n=30)	P*	12μήνης (n=30)	P**
ΣΑΠ υπεριστό (mmHg)	-	<b>0.001</b>	-	<b>0.004</b>	-	<b>0.003</b>
ΔΑΠ υπεριστό (mmHg)	11.13±16.30		15.16±14.16		19.93±14.31	
ΚΣ υπεριστό (min <sup>-1</sup> )	-7.66±8.44	<b>0.004</b>	-9±5.51	<b>0.004</b>	-10.53±8.08	<b>0.004</b>
Μέση 24ωρη ΣΑΠ (mmHg)	0.76±9.45	0.660	1.63±10.42	0.398	0.33±8.77	0.837
Μέση 24ωρη ΔΑΠ (mmHg)	-7.40±14.20	<b>0.008</b>	-8.93±10.65	<b>0.003</b>	-11.66±11.88	<b>0.003</b>
Μέση 24ωρη ΚΣ (min <sup>-1</sup> )	-3.06±7.31	<b>0.029</b>	-5.50±6.35	<b>0.004</b>	-7.70±6.56	<b>0.004</b>
Μέση 24ωρη ΣΑΠ (mmHg)	1.13±6.19	0.324	1.56±6.19	0.176	2.83±6.76	<b>0.003</b>
Μέση ημερήσια ΣΑΠ (mmHg)	-7.66±15.25	<b>0.010</b>	-9.63±11.62	<b>0.004</b>	-13.23±13.35	<b>0.003</b>
Μέση ημερήσια ΔΑΠ (mmHg)	-3.10±9.04	0.071	-5.41±4.56	<b>0.003</b>	-9.03±7.73	<b>0.002</b>
Μέση ημερήσια ΚΣ (min <sup>-1</sup> )	1.30±7.88	0.374	0.7±8.53	0.657	1.76±8.67	0.274
Μέση νυκτερινή ΣΑΠ (mmHg)	-7.13±15.21	<b>0.016</b>	-8.23±11.30	<b>0.003</b>	-9.76±11.83	<b>0.004</b>
Μέση νυκτερινή ΔΑΠ (mmHg)	-3.36±8.34	<b>0.035</b>	-5.10±7.76	<b>0.001</b>	-6.53±7.45	<b>0.003</b>
Μέση νυκτερινή ΚΣ (min <sup>-1</sup> )	0.63±6.64	0.606	2.33±7.27	0.090	3.73±7.84	<b>0.014</b>

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

0.31±0.01. Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχαμε μέση τιμή GFR 93.79±21.33 ml/min.1.73m<sup>2</sup>, AC 32.84±78.18mg/g και CHOL, HDL, LDL, TG και VLDL ήταν 196.87±40.53mg/dl, 45.32±10.04mg/dl, 121.37±35.55mg/dl, 168.30±120.46mg/dl και 32.85±23.75mg/dl αντίστοιχα. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS. Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεωρήθηκαν εκείνες όπου p<0,05. Αποτελέσματα: Η RDN συνέβαλε στη μείωση των τιμών της ΣΑΠ ιατρείου(-11.13±16.30mmHg, p=0.001), της ΔΑΠ(-7.66±8.44, p=0.004) στους 3 μήνες και στο ένα έτος(-19.23/-10.53 ± 14.31/8.08, p=0.003/0.004 αντίστοιχα). Στην 24ωρη καταγραφή είχαμε μείωση της 24ωρης ΣΑΠ και ΔΑΠ στους 3 μήνες(-7.40±14.20mmHg, p=0.008 και -3.06±3.71mmHg, p=0.029 αντίστοιχα) και 12 μήνες(-11.66±11.88, p=0.003 και -7.70±6.56, p=0.004 αντίστοιχα). Στους 3 και 12 μήνες μετά τη RDN η μέση τιμή γλυκόζης νηστείας σε σχέση με τη αρχική επίσκεψη ήταν -7.20±12.13mg/dl (p=0.003) και στο έτος -13.60±20.38mg/dl (p=0.001). Η τιμή της ινσουλίνης αυξήθηκε στους 3 μήνες 0.87±4.57IU/μL (p=0.302) ενώ στους 12 είχαμε μείωση κατά -0.70±3.98 (p=0.344). Η ομάδα της RDN είχε αύξηση του δείκτη αντίστασης HOMA-IR στους 3 μήνες κατά 0.04±1.65 (p=0.895) ενώ στους 12 σημειώθηκε μείωση -0.62±1.78 (p=0.066). Ο δείκτης ευαισθησίας ISQuicki σημείωσε μικρή αύξηση στους 3 και 12 μήνες κατά 0.0006±0.02 (p=0.855) και 0.006±0.02 (p=0.095) αντίστοιχα. Δε σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις τιμές γλυκόζης και ινσουλίνης κατά την πραγματοποίηση της OGTT στους 3 και 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου δεν είχαμε μεταβολή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους 3 και 12 μήνες. Υπήρχε σε όλες τις μετρήσεις μείωση των ΑΠ χωρίς όμως εμφάνιση στατιστικής σημαντικότητας. Συμπέρασμα: Η RDN δεν οδήγησε σε βελτίωση του γλυκαιμικού προφίλ των ασθενών. Συνέβαλε όπως έχουν καταδείξει και άλλες μελέτες στη μείωση των τιμών της ΑΠ.

## AA020 | Η επίδραση του καρδιομεταβολικού δείκτη στην ικανότητα για άσκηση σε ηλικιωμένους υπέρτατους ασθενείς

**Ε. Καμπανιέρης<sup>1</sup>, Ι. Κομμάτας<sup>1</sup>, Σ. Ζαχαριουδάκης<sup>1</sup>, Ν. Κατσιή<sup>1</sup>, Ι. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ε. Σάββα<sup>1</sup>, Σ. Ζερβάκης<sup>1</sup>, Κ. Φραγκιαδάκης<sup>1</sup>, Θ. Πατερομιχελάκης<sup>1</sup>, Σ. Κασσωτάκης<sup>1</sup>, Κ. Χατζηνικολάου<sup>1</sup>, Ο. Μαληκίδης<sup>1</sup>, Ι. Φραγκιαδουλάκης<sup>1</sup>, Ε. Σιδεράς<sup>1</sup>, Β. Παπακώστα<sup>1</sup>, Σ. Αχλαδιανάκη<sup>1</sup>, Σ. Σολομώντας<sup>1</sup>, Π. Καλομοιράκης<sup>1</sup>, Γ. Κοχιαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Μαρκέτου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η ικανότητα άσκησης είναι μια σημαντική παράμετρος της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου που σχετίζεται με το επίπεδο υγείας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Από την άλλη πλευρά η κατανομή του σπλαχνικού λίπους όπως αυτή αντανακλάται από τον καρδιομεταβολικό δείκτη (ΚΜΔ) σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αυτή η μελέτη στοχεύει να αξιολογήσει την επίδραση του ΚΜΔ στην ικανότητα άσκησης σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση. Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριλάβαμε 67 ασθενείς > ετών με ιδιοπαθή υπέρταση (35 άνδρες, 70 + 14 ετών). Υποβλήθηκαν σε προσεκτική λήψη ιατρικού ιστορικού, σε λεπτομερή φυσική εξέταση και σε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, όλοι οι

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κοπώσεως (ΚΑΔΚ) για την αξιολόγηση της ικανότητάς τους για άσκηση. Ο ΚΜΔ υπολογίστηκε ως το γινόμενο του λόγου της περιφέρειας μέσης προς το ύψος (WHtR) και το λόγο των επιπέδων των τριγλυκεριδίων προς τα επίπεδα λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας χοληστερόλης (TG/HDL-C). Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια άσκησης στην ομάδα μας ήταν 9,6 + 6,7 λεπτά, η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (peakVO<sub>2</sub>) κατά τη διάρκεια της ΚΑΔΚ ήταν 17,6 + 6,4 mL/kg/min. Είκοσι εννέα ασθενείς είχαν κλινική συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ). Η μέση τιμή ΚΜΔ ήταν 3,6 + 1,4. Ο ΚΜΔ παρουσίασε ισχυρή αντίστροφη συσχέτιση με τη διάρκεια της άσκησης ( $r = -0,56, p < 0,001$ ) και το μέγιστο VO<sub>2</sub> ( $r = -0,68, p < 0,001$ ). Επιπλέον, οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ είχαν υψηλότερο ΚΜΔ (4,1 + 1,6 σε ασθενείς με HFpEF έναντι 2,9 + 1,8 σε ασθενείς χωρίς ΚΑΔΚΕ,  $p = 0,03$ ). Επιπλέον ο ΚΜΔ συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση ΚΑΔΚΕ, με αναλογίες πιθανοτήτων 49% CI (95%, 1,1-1,70). Συμπεράσματα: Ο ΚΜΔ φαίνεται να έχει σημαντική δυσμενή επίδραση στην ικανότητα άσκησης σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση και σχετίζεται με την εμφάνιση ΚΑΔΚΕ. Ο ΚΜΔ μπορεί να αποτελέσει ένα απλό και αποτελεσματικό υποκατάστατο δείκτη και ένα τροποποιήσιμο βιοδείκτη της ΚΑΔΚΕ σε ηλικιωμένους υπερτασικούς ασθενείς.

**ΑΑ021 | ΥΨΗΛΟΤΕΡΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ, ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Φ. Σκουφής<sup>1</sup>, Δ. Τσούνης<sup>1</sup>, Γ. Μπούρας<sup>1</sup>, Α. Ιωαννίδης<sup>2</sup>,  
Α. Παπαναστασίου<sup>1</sup>, Α. Καρκαμάνης<sup>1</sup>, Ν. Παπαιωάννου<sup>3</sup>,  
Π. Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Σ. Παπαιωάννου<sup>4</sup>, Δ. Καλπάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑΣ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ:** Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει την παχυσαρκία με την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, η οποία θεωρείται επίσης σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, θρόμβωσης και φλεγμονής. Επιπρόσθετα, η αρτηριακή υπέρταση δεν αποτελεί μόνο έναν αποδεδειγμένο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, αλλά αυξάνει επίσης και τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των δεικτών αθηροσκλήρωσης, φλεγμονής και θρόμβωσης σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς. ΜΕΘΟΔΟΙ: 120 παχύσαρκοι (mΔΜΣ 36,5, 57% άνδρες), μη νοσηλεύομενοι, φαινομενικά υγιείς για καρδιαγγειακή νόσο, ασθενείς και συγκρίθηκαν με 80 παχύσαρκους (mΔΜΣ 37,3, 56% άνδρες), καλώς θεραπευόμενους υπερτασικούς ασθενείς. Μετρήθηκαν τα επίπεδα της λιποπρωτεΐνης (α) [Lp(a)], του ινωδογόνου, της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και του ουρικού οξέος (UA) ως δείκτες αθηροκληρωτικού φορτίου, θρομβωτικού κινδύνου και φλεγμονής. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι υπερτασικοί, παχύσαρκοι ασθενείς είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Lp(a) (29,6 έναντι 21,5,  $p=0,005$ ), ινωδογόνου (318,5 έναντι 299,5,  $p=0,05$ ), CRP (4,9 έναντι 1,9,  $p<0,001$ ) & UA (6,4 έναντι 5,5,  $p<0,001$ ) σε σύγκριση με τους παχύσαρκους νορμοτασικούς. Παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της Lp(a) και

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

του ινωδογόνου ( $r=0,453$ ,  $p<0,001$ ), η οποία ήταν ισχυρότερη στους υπερτασικούς ασθενείς ( $r=0,631$ ,  $p<0,001$ ). Σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ της Lp(a) και της CRP ( $r=0,295$ ,  $p<0,001$ ) και του ινωδογόνου και της CRP ( $r=0,230$ ,  $p=0,015$ ). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπέρταση φαίνεται να αποτελεί έναν επιπρόσθετο προγνωστικό παράγοντα ο οποίος αυξάνει σημαντικά τον αθηροσκληρωτικό κίνδυνο σε παχύσαρκα άτομα.

## AA022 | Η επίδραση της μείωσης της καρδιακής συχνότητας στην πρόγνωση υπερτασικών ασθενών: μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών

**Π. Ντινοπούλου<sup>1</sup>, Η. Σανίδας<sup>1</sup>, Ε. Μιχαλάκη<sup>1</sup>, Ι. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Β. Χαρατσάρης<sup>1</sup>, Ο. Κούρτη<sup>1</sup>, Ε. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός.** Η μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετιστεί με την ευμενή καρδιαγγειακή έκβαση των υπερτασικών ασθενών. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν η μείωση της καρδιακής συχνότητας έχει εξίσου θετική επίδραση στην πρόγνωση. Υλικό και Μέθοδος. Έγινε επιλογή τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (RCTs) που δημοσιεύτηκαν από το 1966 έως και σήμερα στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane. Οι μελέτες αυτές συνέκριναν υπερτασικούς ασθενείς υπό αγωγή με β-αποκλειστές ή μη-διυδροπυριδινικούς αποκλειστές διαύλων ασβεστίου έναντι υπερτασικών ασθενών που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο ή άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα που δεν μειώνουν την καρδιακή συχνότητα. 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 παρενεργιών. 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 10 RCTs, που συμπεριέλαβαν 68092 υπερτασικούς ασθενείς. Η μέση αρχική καρδιακή συχνότητα ήταν 75 bpm, η μεταβολή της καρδιακής συχνότητας κατά το χρόνο παρακολούθησης ήταν 7 bpm, η μέση συχνότητα στην ομάδα με τη μεγαλύτερη μείωση καρδιακής συ-

**Πίνακας.** Η επίδραση της μείωσης της καρδιακής συχνότητας στη θνητότητα και την καρδιαγγειακή πρόγνωση σε υπερτασικούς ασθενείς

Outcome	n	Follow-up	Bas. HR	HR diff	Ach HR	Heterog.	BP diff	Events/10yr1	Events/10yr2	HR (95% CI)
CHD	8	4.1	74.8	-7.3	66.8	3%	0.372	1310 / 33670	1279 / 34116	1.08 (0.96-1.21)
Stroke	8	4.1	74.8	-7.3	66.8	31%	0.32	1052 / 33670	877 / 34116	1.17 (1.02-1.33)
HF	8	4.1	74.7	-7.2	66.1	6%	0.469	461 / 32436	577 / 33608	1.06 (0.94-1.18)
CV death	8	4.1	74.7	-7.2	66.1	32	0.384	1130 / 33745	1044 / 33638	1.06 (0.91-1.24)
All-cause death	8	3.5	75.9	-8.7	67.8	13	0.38	1860 / 24180	1557 / 24353	1.05 (0.96-1.14)
All	8	4.1	74.8	-7.3	66.8	92	<0.01	3648 / 33720	3400 / 33862	1.08 (0.95-1.26)

**Λεξιλόγιο.** HR diff, διαφορά καρδιακής συχνότητας μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων ασθενών - Ach HR, μέση καρδιακή συχνότητα στην ομάδα με τη μεγαλύτερη μείωση κατά την παρακολούθηση - BP diff, μείωση ΑΠ κατά την παρακολούθηση - Heterog., ετερογένεια των μελετών - Events/10yr1, αριθμός συμβαμάτων προς τον πληθυσμό στην ομάδα μεγαλύτερης μείωσης καρδιακής συχνότητας - Events/10yr2, αριθμός συμβαμάτων προς τον πληθυσμό στην ομάδα μικρότερης μείωσης καρδιακής συχνότητας - AEs, μόνιμες αποσυρούσες από την στήλη λόγω παρενεργιών των φαρμάκων. Το αρνητικό πρόσημο δείχνει μεγαλύτερη μείωση της συχνότητας ή της ΑΠ στο πρώτο σκέλος.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

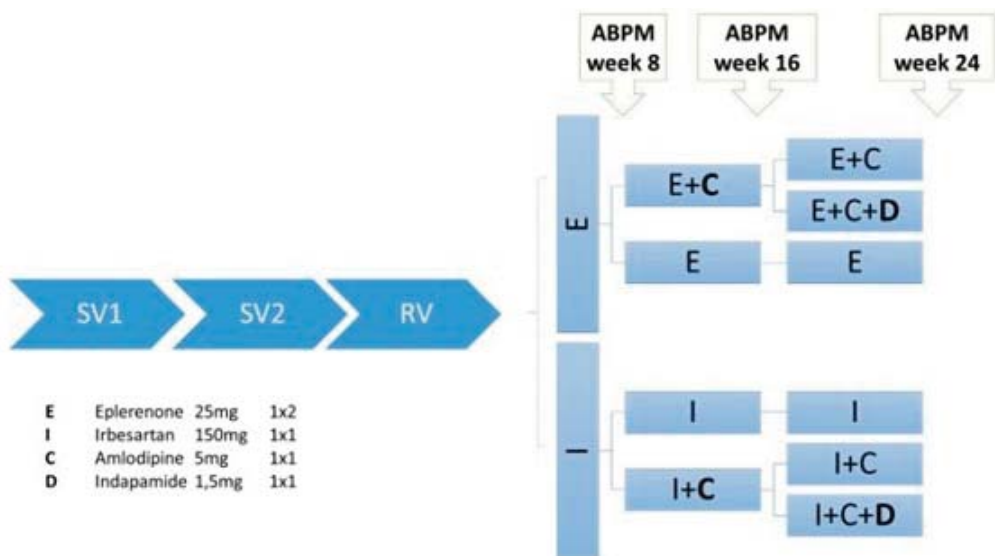
χρότητας ήταν 66 bpm και η διαφορά στη μείωση της ΑΠ μεταξύ των ομάδων ήταν <1 mmHg τόσο για τη συστολική όσο και τη διαστολική ΑΠ. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι η μείωση της καρδιακής συχνότητας κατά 7 bpm, χωρίς κλινικά σημαντική μεταβολή της ΑΠ, επέφερε μη στατιστικώς σημαντική αύξηση του σύνθετου καταληκτικού σημείου, δεν είχε καμία επίδραση στο συνολικό αριθμό των θανάτων και στους θανάτους από καρδιαγγειακά αίτια, την επίπτωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και τη διακοπή της αντιυπερτασικής αγωγής. Ωστόσο, συσχετίστηκε με μια αύξηση των αγγειακών εγκεφαλικών σημείων κατά 17%. Συμπεράσματα. Η μείωση της καρδιακής συχνότητας στους υπερτασικούς ασθενείς δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συνολική και καρδιαγγειακή θνητότητα, αλλά και την επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Επιπροσθέτως, η μείωση κατά 7 bpm περίπου αυξάνει κατά 17% τον κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

**AA023 | ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ HEBRO**

**Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Σ. Δρόγκαρης<sup>1</sup>, Μ. Σταθουλοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Ανδρικού<sup>1</sup>, Μ. Καριόρη<sup>1</sup>, Ε. Σιαφή<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Ν. Πυρπυρης<sup>1</sup>, Δ. Πιτσιώρη<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Α. Κασιακόγιας<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με την αρτηριακή υπέρταση και τις καρδιαγγειακές εκβάσεις. Ωστόσο, ελάχιστα είναι γνωστά για τον αντίκτυπο του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση της επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας μεταξύ της στρατηγικής με βάση την επλερενόνη έναντι της στρατηγικής με βάση την ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς, όσον αφορά τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και τη μεταβολή των παραμέτρων της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Υλικό και μέθοδος Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. irBesartan in hypeRtensive Obese patients) είναι μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, ανοικτή, πολυκεντρική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 144 παχύσαρκοι υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30-75 ετών, οι οποίοι αξιολογήθηκαν με μετρήσεις της ΑΠ ιατρείου, κατ'οίκον και με 24ωρη περιπατητική καταγραφή. Επιπλέον η διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας αξιολογήθηκε τόσο κατά την ένταξη όσο και στην επανεκτίμηση 6 μήνες μετά (follow-up) με τον υπολογισμό του δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας (LVMI) και του δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου (LAVI). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν είτε σε 25mg επλερενόνης δύο φορές (73) είτε σε 150mg ιρβεσαρτάνης (71) μία φορά ημερησίως. Οι ασθενείς επανεκτιμώνται ανά δύο μήνες με 24ωρη περιπατητική καταγραφή και γίνεται τιτλοποίηση φαρμακευτικής αγωγής (Figure 1. Flow-chart μελέτης). Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στις περιπατητικές με-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

τρήσεις της ΑΠ μετά από 6 μήνες παρακολούθησης και το δευτερεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στις παραμέτρους της διαστολικής λειτουργίας. Αποτελέσματα Συμμετείχαν 144 ασθενείς, ηλικίας 54,6 ετών, 53% γυναίκες, μέσος ΔΜΣ 34,4 kg/m<sup>2</sup> και μέσο eGFR 82,5 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, και 116 έχουν ολοκληρώσει την παρακολούθηση. Κατά την έναρξη της μελέτης, η μέση τιμή του LVMI ήταν 74,3 g/m<sup>2</sup> ± 13,0 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 78,8 g/m<sup>2</sup> ± 14,9 στο σκέλος της επλερενόνης, p=NS. Στους 6 μήνες παρακολούθησης, η μέση τιμή του LVMI ήταν 76,1 g/m<sup>2</sup> ± 12,3 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 75,8 g/m<sup>2</sup> ± 16,9 στο σκέλος της επλερενόνης, p=NS. Η μέση μεταβολή του LVMI ήταν + 1,2 ± 7,1 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι -3,9 ± 8,0 στο σκέλος της επλερενόνης, p=0,002. Κατά την έναρξη της μελέτης, η μέση τιμή του LAVI ήταν 31,3 g/m<sup>2</sup> ± 10,7 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 30,2 g/m<sup>2</sup> ± 9,6 στο σκέλος της επλερενόνης, p=NS. Στους 6 μήνες παρακολούθησης, η μέση τιμή του LAVI ήταν 31,0 g/m<sup>2</sup> ± 12,6 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 26,8 g/m<sup>2</sup> ± 7,2 στο σκέλος της επλερενόνης, p=NS. Η μέση μεταβολή του LAVI ήταν + 0,8 ± 18,7 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι -2,7 ± 10,4 στο σκέλος της επλερενόνης, p=NS. Συμπεράσματα Η στρατηγική βασιζόμενη στην επλερενόνη φαίνεται να υπερεχει στη μείωση της μάζας της αριστεράς κοιλίας έναντι της στρατηγικής βασιζόμενη στην ιβεσαρτάνη, ενώ δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις του αριστερού κόλπου, αν και διαφαίνεται μια αριθμητική τάση προς το σκέλος της επλερενόνης, όσον αφορά τη μείωση του LAVI μετά από 6 μήνες παρακολούθησης. Η ένταξη των ασθενών συνεχίζεται και αναμένονται δεδομένα για μεγαλύτερο σύνολο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA024 | Η ικανότητα για άσκηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και το ψυχικό στρες σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση****S. Kassotakis<sup>1</sup>, E. Kampanieris<sup>1</sup>, I. Anastasiou<sup>1</sup>, E. Zacharis<sup>1</sup>,  
K. Fragkiadakis<sup>1</sup>, S. Maragkoudakis<sup>2</sup>, P. Kalomoirakis<sup>1</sup>, G. Lasithiotaki<sup>1</sup>,  
A. Plevritaki<sup>1</sup>, T. Pateromichelakis<sup>1</sup>, S. Zervakis<sup>1</sup>, E. Kladou<sup>1</sup>, E. Savva<sup>1</sup>,  
E. Sideras<sup>1</sup>, O. Malikidis<sup>1</sup>, I. Fragkiadoulakis<sup>1</sup>, K. Chatzinikolaou<sup>1</sup>,  
G. Kochiadakis<sup>1</sup>, M. Marketou<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Υπόβαθρο:** Η δυσανεξία στην άσκηση αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της υπερτασικής καρδιοπάθειας και συνδέεται με χαμηλή ποιότητα ζωής, συχνές νοσηλείες και αυξημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Ο στόχος αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της ικανότητας άσκησης στην ποιότητα ζωής (QoL) και το ψυχικό στρες σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση. Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε 57 ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση (37 άνδρες, ηλικίας 69 ± 17 ετών) χωρίς στεφανιαία νόσο, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ένα ευρύ φάσμα αξιολογήσεων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιοπνευμονικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET). Η ποιότητα ζωής (QoL) αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο 12-item Medical Outcome Study Short Form Health Survey Questionnaire (SF-12). Το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) χρησιμοποιήθηκε ως πολυλειτουργικό εργαλείο για τη διαλογή, τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη μέτρηση της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η ικανότητα άσκησης, οι αιμοδυναμικές παράμετροι, η ηλικία και οι ψυχικές διαταραχές (άγχος και κατάθλιψη) αξιολογήθηκαν για τη συσχέτισή τους με τους υποδείκτες της ποιότητας ζωής. Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια άσκησης στην ομάδα μας ήταν 8,2 ± 6,4 λεπτά, ενώ η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (peakVO<sub>2</sub>) κατά τη διάρκεια της καρδιοπνευμονικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET) ήταν 17,5 ± 9,4 mL/kg/min. Είκοσι εννέα ασθενείς ήταν διαβητικοί, 40 ασθενείς ήταν παχύσαρκοι και 29 είχαν καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Η μέση βαθμολογία SF-12 ήταν 18,3 ± 16,4 και η μέση PHQ-9 ήταν 16,9 ± 16,4. Οι παχύσαρκοι ασθενείς είχαν σημαντικά μειωμένη ικανότητα άσκησης (διάρκεια άσκησης 5,8 ± 9 έναντι 10,4 ± 8,1 λεπτά και peak VO<sub>2</sub> 15,4 ± 8,6 έναντι 18,9 ± 12,4 mL/kg/min, p < 0,001 και για τα δύο). Επιπλέον, οι ασθενείς με υψηλό δείκτη μάζας σώματος είχαν χαμηλότερη βαθμολογία SF-12 (12,71 ± 8,9 έναντι 21,3 ± 5,4, p < 0,001) και υψηλότερη βαθμολογία PHQ-9 (18,6 ± 10,9 έναντι 13,9 ± 7,7, p < 0,001). Το πιο σημαντικό είναι ότι η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου συσχετίστηκε σημαντικά με τη βαθμολογία ποιότητας ζωής SF-12 (r = 0,55, p < 0,001) και με τη βαθμολογία PHQ-9 (r = -0,78, p < 0,001). Συμπεράσματα: Η ικανότητα άσκησης έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και το ψυχικό στρες σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση. Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα άσκησης μπορεί να αποτελούν μια αποτελεσματική θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε υπερτασικούς ασθενείς και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA025 | Επίδραση της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε υπέρτασικούς ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο****Ε. Κούτρα<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Σ. Σουλαϊδόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός της μελέτης Να εξεταστεί σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση και μεταβολικό σύνδρομο ο ρόλος της νεφρικής απονεύρωσης(RDN) στο μεταβολισμό της γλυκόζης μετά την πάροδο 3,6 και 12 μηνών Υλικό και μέθοδος: 30 ασθενείς υποβλήθηκαν σε RDN(και 10 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου).Η μέση ηλικία αυτών ήταν τα 56.87±7.12 έτη,25% γυναίκες. Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος ήταν 31.23±4.37 κιλά/ύψος<sup>2</sup>,της περιμέτρου μέσης 108.62±10.82cm,της περιφέρειας 110.47±8.45cm και του βάρους σώματος 94.50±14.97κιλά.Η μέση τιμή της ΣΑΠ ήταν 165.15±17.33mmHg,της ΔΑΠ 96.47±9.91mmHg και της ΚΣ 75.22±10.86 σφύξεις/ λεπτό. Στην 24ωρη καταγραφή της ΑΠ είχαμε μέσες τιμές 24ωρης ΣΑΠ,ΔΑΠ και ΚΣ 144.67±12.25mmHg,96.47±9.91mmHg και 75.22±10.86σφύξεις/λεπτό αντίστοιχα. Το 47.5% ελάμβανε 2 κατηγορίες αντιυπερτασικών, το 40% 3 και το 12.5% 4.Το 100% ήταν υπό ΑΜΕΑ/ΑΥΑ II, το 30% υπό β αποκλειστές,60% διουρητικά και 6.7% ανταγωνιστές αλδοστερόνης.Η μέση τιμή γλυκόζης νηστείας ήταν 122.35±21.79mg/dl ,της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 6.17±0.84%,της ινσουλίνης 11.83±4.98μ IU/ml, του δείκτη HOMA-IR 3.66±2.19 και του ISQuicki 0.31±0.01.Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχαμε μέση τιμή GFR 93.79±21.33 ml/min.1.73m<sup>2</sup>,AC 32.84±78.18mg/g και CHOL, HDL, LDL, TG και VLDL ήταν 196.87±40.53mg/dl, 45.32±10.04mg/dl, 121.37±35.55mg/dl, 168.30±120.46mg/dl και 32.85±23.75mg/dl.Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS .Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεωρήθηκαν εκείνες όπου p<0,05. αντίστοιχα. Αποτελέσματα: Η RDN συνέβαλε στη μείωση των τιμών της ΣΑΠ ιατρείου(-11.13±16.30mmHg,p=0.001),της ΔΑΠ(-7.66±8.44, p=0.004) στους 3 μήνες και στο ένα έτος(-19.23/-10.53 ± 14.31/8.08, p=0.003/0.004 αντίστοιχα).Στην 24ωρη καταγραφή είχαμε μείωση της 24ωρης ΣΑΠ και ΔΑΠ στους 3 μήνες(-7.40±14.20mmHg,p=0.008 και -3.06±3.71mmHg,p=0.029 αντίστοιχα) και 12 μήνες(-11.66±11.88,p=0.003 και -7.70±6.56, p=0.004 αντίστοιχα).Στους 3 και 12 μήνες μετά τη RDN η μέση τιμή γλυκόζης νηστείας σε σχέση με τη αρχική επίσκεψη ήταν -7.20±12.13mg/dl(p=0.003) και στο έτος -13.60±20.38mg/dl(p=0.001).Η τιμή της ινσουλίνης αυξήθηκε στους 3 μήνες 0.87±4.57IU/μL(p=0.302) ενώ στους 12 είχαμε μείωση κατά -0.70±3.98(p=0.344).Η ομάδα της RDN είχε αύξηση του δείκτη αντίστασης HOMA-IR στους 3 μήνες κατά 0.04±1.65(p=0.895)ενώ στους 12 σημειώθηκε μείωση -0.62±1.78(p=0.066).Ο δείκτης ευαισθησίας ISQuicki σημείωσε μικρή αύξηση στους 3 και 12 μήνες κατά 0.0006±0.02(p=0.855) και 0.006±0.02(p=0.095) αντίστοιχα .Δε σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις τιμές γλυκόζης και ινσουλίνης κατά την πραγματοποίηση της OGTT στους 3 και 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου δεν είχαμε μεταβολή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους 3 και 12 μήνες. Υπήρχε σε όλες τις μετρήσεις μείωση των ΑΠ χωρίς όμως εμφάνιση στατιστικής σημαντικότητας. Συμπέρασμα: Η RDN δεν οδήγησε σε βελτίωση του γλυκαιμικού προφίλ των ασθενών. Συνέβαλε όπως έχουν καταδείξει και άλλες μελέτες στη μείωση των τιμών της ΑΠ.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA026 | Διεχειρητική εμφάνιση συνδρόμου Takotsubo στα πλαίσια αντιμετώπισης φαιοχρωμοκυττώματος****Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκόιλης<sup>1</sup>, Ε. Παπαοικονόμου<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Δ. Κορελα<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Το φαιοχρωμοκύττωμα είναι σπάνιος νευροενδοκρινικός όγκος προερχόμενος από τα κύτταρα χρωμαφίνης του μυελού των επινεφριδίων με υπερπαραγωγή κατεχολαμινών που η άμεση τοξική δράση τους στο μυοκάρδιο ακόμα σπανιότερα εκδηλώνεται ως σύνδρομο Takotsubo. Παρουσιάζεται περιστατικό αφνίδιας έκπτωσης συστολικής απόδοσης αριστερής κοιλίας κατά την εξαίρεση φαιοχρωμοκυττώματος με αποκατάσταση εντός δεκαήμερου. Υλικό- Μέθοδος Γυναίκα 61 ετών δυσλιπιδαιμική, υπερτασική προσήλθε λόγω υπερτασικών αιχμών με αδρενεργικά συμπτώματα (άγχος, κεφαλαλγία, ναυτία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών). Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε συμπαγές μόρφωμα 35x25 mm στο δεξιό επινεφρίδιο ενώ ακολούθησε CT οπισθοπεριτοναϊκού χώρου χωρίς επιβεβαίωση χαρακτηρισών αδενώματος. Κατόπιν διενεργήθηκε MRI που κατέδειξε συμπίεση της κάτω κοίλης φλέβας ένδο και εξωηπατικά. Διαφορική διάγνωση αδενώματος πτωχού σε λιπίδια ή φαιοχρωμοκυττώματος. Μετανεφρίνες, νορμετανεφρίνη και κατεχολαμίνες ούρων 24ωρου εντός φυσιολογικών ορίων. Επρόκειτο για μη λειτουργικό μόρφωμα προς χειρουργική εξαίρεση λόγω διαστάσεων και συμπίεσης κάτω κοίλης φλέβας. Κατά τη διάρκεια της δεξιάς λαπαροσκοπικής επινεφριδεκτομής εμφάνισε υπερτασική αιχμή και αιμοδυναμική αστάθεια χωρίς ΗΚΓ ισαχμικές αλλοιώσεις. Νοσηλεύτηκε στη Καρδιολογική Μονάδα με βραχεία υποστήριξη ινотρόπων. Ήπια ενζυμική κίνηση. Υπερηχοκαρδιογραφικά διαπιστώθηκε ήπια/μέτρια επηρεασμένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας με ακινησία βασικών τμημάτων η οποία αποκαταστάθηκε τη 10η μέρα νοσηλείας Αποτελέσματα Η έκπτωση της συστολικής απόδοσης σε συνδυασμό με την ενζυμική κίνηση επέβλεψαν αποκλεισμό Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου. Ακολούθησε στεφανιογραφία με αγγεία χωρίς βλάβες. Δεν αναφέρθηκε πρόσφατη λοίμωξη και οι δείκτες φλεγμονής μετρήθηκαν φυσιολογικοί. Μεταγενέστερα έγινε MRI καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος με Score 7 (PAAS>4) ενδεικτικό κακοήθους βιολογικής συμπεριφοράς. Συμπεράσματα Βάσει InterTak score θεωρήθηκε χαμηλής/ενδιάμεσης πιθανότητας για σύνδρομο Takotsubo, ωστόσο η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική αποκατάσταση ενώ αποκλείστηκε Μυοκαρδίτιδα και αποφρακτική Στεφανιαία Νόσος. Η συνύπαρξη φαιοχρωμοκυττώματος και συνδρόμου Takotsubo είναι σπάνια και σχετίζεται με την ενεργοποίηση του συμπαθητικού μέσω υπερέκκρισης κατεχολαμινών κάτι που στην προκειμένη περίπτωση βοήθησε διαγνωστικά καθώς επρόκειτο για μη εκκριτικό μόρφωμα που ο απεικονιστικός έλεγχος δεν είχε χαρακτηρίσει σαφώς, ωστόσο διεχειρητικά είχε συμπεριφορά φαιοχρωμοκυττώματος. Ακολούθησε οριστική ιστολογική επιβεβαίωση.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

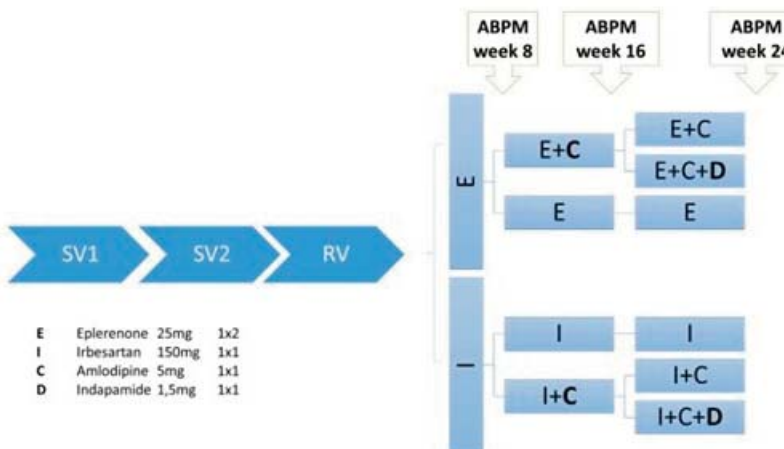
**AA027 | ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (HEBRO STUDY)**

**Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Σ. Δρογκάρης<sup>1</sup>, Ε. Σιαφή<sup>1</sup>, Φ. Τατάκης<sup>1</sup>, Μ. Σταθουλοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Καχριμανίδης<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Ν. Πυρπυρης<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>1</sup>, Θ. Καλός<sup>1</sup>, Ι. Λιατάκης<sup>1</sup>, Α. Κασιακόγιας<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με την αρτηριακή υπέρταση και τις καρδιαγγειακές εκβάσεις. Ωστόσο, ελάχιστα είναι γνωστά για τον αντίκτυπο του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση της επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας μεταξύ της στρατηγικής με βάση την επλερενόνη έναντι της στρατηγικής με βάση την ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς, όσον αφορά τη μείωση της αρτηριακής πίεσης σε μετρήσεις στο γραφείο και εκτός γραφείου. Υλικό και μέθοδος Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. irBesartan in hypeRtensive Obese patients) είναι μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, ανοικτή, πολυκεντρική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 112 παχύσαρκοι υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30-75 ετών, οι οποίοι αξιολογήθηκαν με μετρήσεις της ΑΠ στο σπίτι, της ΑΠ στο γραφείο και της ΑΠ στο εξωτερικό. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν είτε σε 25mg επλερενόνης δύο φορές (73) είτε σε 150mg ιρβεσαρτάνης (71) μία φορά ημερησίως. Οι ασθενείς επανεκτιμώνται ανά δύο μήνες με 24ωρη περιπατητική καταγραφή και γίνεται τιτλοποίηση φαρμακευτικής αγωγής (Figure 1. Flow-chart μελέτης). Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στις μετρήσεις της περιπατητικής ΑΠ μετά από περίοδο

παρακολούθησης 6 μηνών. Αποτελέσματα Συμμετείχαν 144 ασθενείς, ηλικίας 54,6 ετών, 53% γυναίκες, μέσος ΔΜΣ 34,4 kg/m<sup>2</sup> και μέσο eGFR 82,5 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Κατά την έναρξη της μελέτης, η μέση 24ωρη περιπατητική ΑΠ ήταν 139,3/84,3 mmHg ± 9,2/7,1 στο σκέλος της ιρβεσαρ-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

τάνης έναντι 140,7/84,8 mmHg  $\pm$  9,8/9,0 στο σκέλος της επλερενόνης και η μέση ΑΠ ιατρείου ήταν 145,2/93,1 mmHg  $\pm$  9,4/9,0 στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι 147,9/92,8 mmHg  $\pm$  8,3/10,2 στο σκέλος της επλερενόνης. Στους 2 μήνες, η μέση πτώση της μέσης 24ωρης περιπατητικής ΑΠ από την αρχική τιμή ήταν -13,5/-6,1 mmHg  $\pm$  13,3/7,9 στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι -8,1/-4,4 mmHg  $\pm$  13,6/8,5 στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0,065$  και  $p=0,319$  για τη συστολική και διαστολική ΑΠ αντίστοιχα. Στους 4 μήνες, η μέση πτώση της μέσης 24ωρης περιπατητικής ΑΠ από την αρχική τιμή, ήταν -17,1/-9,7 mmHg  $\pm$  11,9/7,9 στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι -16,1/-8,3 mmHg  $\pm$  12,8/7,9 στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0,738$  και  $p=0,456$  αντίστοιχα. Στους 6 μήνες, η μέση πτώση του ABPM από την αρχική τιμή, ήταν -18,6/-10,2 mmHg  $\pm$  11,9/6,5 στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι -15,8/-8,6 mmHg  $\pm$  13,8/9,3 στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0,358$  και  $p=0,376$  αντίστοιχα. Ο μέσος αριθμός των αντιυπερτασικών φαρμάκων στο σκέλος της επλερενόνης είναι 2,0  $\pm$  0,8 ενώ στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης 1,9  $\pm$  0,8 ( $p=0,6$ ) στους 6 μήνες παρακολούθησης. Συμπεράσματα Η μέση 24ωρη περιπατητική τιμή της ΑΠ ήταν παρόμοια και στα δύο σκέλη της μελέτης κατά την έναρξη και σε όλα τα χρονικά πλαίσια παρακολούθησης. Η στρατηγική με βάση την επλερενόνη δεν ήταν κατώτερη σε σύγκριση με τη στρατηγική με βάση την ιρβεσαρτάνη, όσον αφορά τη μείωση της περιπατητικής ΑΠ σε παχύσαρκους υπερτασικούς, χωρίς στατιστική σημαντικότητα. Ωστόσο, υπήρξε τάση προς το σκέλος της ιρβεσαρτάνης στο χρονικό πλαίσιο των 2 μηνών. Η ένταξη των ασθενών συνεχίζεται και αναμένονται δεδομένα για μεγαλύτερο σύνολο.

**Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματος  
& Επείγουσα καρδιαγγειακή θεραπεία**

Πρόεδροι: **A. Αντωνόπουλος** (Αθήνα), **A. Φρογουδάκη** (Αθήνα)

Chairpersons: **A. Antonopoulos** (Athens), **A. Frogoudaki** (Athens)

**AA028 | Το β-αμυλοειδές της νόσου Αλτσχάιμερ, ένας δείκτης αγγειακής γήρανσης και καρδιαγγειακής νόσου, σχετίζεται με την επιταχυνόμενη εξέλιξη της νεφρικής δυσλειτουργίας**

**Γ. Μαυραγάνης<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κωτσογιάννη<sup>1</sup>, Δ. Δελιαλής<sup>1</sup>, Ε. Αϊβαλιώτη<sup>1</sup>, Ν. Ραχιώτης<sup>1</sup>, Γ. Ζέρβας<sup>1</sup>, Χ. Μούστου<sup>1</sup>, S. Tual-Chalot<sup>2</sup>, Κ. Σορονα<sup>3</sup>, Ε. Ψημένους<sup>1</sup>, Κ. Στέλλος<sup>3</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Biosciences Institute, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom,

<sup>3</sup> Department of Cardiovascular Research, Heidelberg University, Heidelberg/Mannheim, Germany

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Το αμυλοειδές βήτα 1-40 (Αβ1-40), ένα προφλεγμονώδες και προ-αθηροσκληρωτικό πεπτιδίο, θεωρείται ένας πιθανός προγνωστικός δείκτης της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου. Επειδή η κάθαρση του Αβ1-40 από τον οργανισμό εξαρτάται σε

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

μεγάλο βαθμό από τη νεφρική λειτουργία, στόχος μας ήταν να εξετάσουμε σε έναν πληθυσμό με ευρύ φάσμα καρδιαγγειακού κινδύνου την πιθανή αμφίδρομη συσχέτιση των επιπέδων του Αβ1-40 με τη νεφρική λειτουργία και να διερευνήσουμε εάν το Αβ1-40 ασκεί την επιβλαβή επίδρασή του στη δυσμενή πρόγνωση των ασθενών εν μέρει μέσω της νεφρικής δυσλειτουργίας. Μέθοδοι: Στο πλαίσιο του Athens Cardiometabolic registry, αναλύθηκαν δεδομένα από άτομα με διαθέσιμα τόσο τα επίπεδα κυκλοφορούντος Αβ1-40 στο πλάσμα όσο και τα επίπεδα κρεατινίνης (σύνολο n=811), εκ των οποίων 189 συναίνεσαν να παρακολουθηθούν και να επαυκτιμηθούν με κλινική επίσκεψη. Το Αβ1-40 μετρήθηκε με ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) και η νεφρική λειτουργία αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR). Αποτελέσματα: Τα αυξημένα επίπεδα Αβ1-40 συσχετίστηκαν ανεξάρτητα από την παρουσία παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με σημαντικά επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία που ορίστηκε ως στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN)  $\geq 3$  (OR=3.67, 95% CI: 2.37-5.70,  $p < 0.001$ ). Επιπλέον, τα αυξημένα επίπεδα Αβ1-40 κατά την πρώτη επίσκεψη συσχετίστηκαν προοπτικά με επιταχυνόμενη εξέλιξη της νεφρικής δυσλειτουργίας κατά την επόμενη επίσκεψη των ασθενών (προσαρμοσμένο  $\beta$ -coefficient=-0,151, 95% CI: -0,229, -0,073 και προσαρμοσμένο OR για στάδιο XNN  $\geq 3$ =2.26, 95% CI: 1.07-4.79,  $p=0.033$ ). Η ανάλυση διαμεσολάβησης έδειξε τόσο άμεση όσο και έμμεση, διαμεσολαβούμενη από το GFR, επίδραση του Αβ1-40 στον κίνδυνο συνολικής θνησιμότητας ( $p < 0.05$ ). Συμπεράσματα: Σε έναν πληθυσμό με ευρύ φάσμα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, τα αυξημένα επίπεδα Αβ1-40 συσχετίστηκαν με τη νεφρική λειτουργία καθώς και με επιταχυνόμενο ρυθμό εξέλιξης της επιδείνωσης του GFR, ενώ το GFR διαμεσολάβησε μερικώς στην επίδραση του Αβ1-40 στη συνολική θνησιμότητα. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν μια μηχανιστική συσχέτιση μεταξύ της νεφρικής λειτουργίας και του Αβ1-40. Το Αβ1-40 χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ως πιθανός βιοδείκτης νεφρικής δυσλειτουργίας.

### AA029 | Αλληλεπίδραση Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης και Μήκους Τελομερών DNA: Επίδραση στην Αθηροσκλήρωση

**Μ. Σαγρής<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>2</sup>, S. Tourance<sup>3</sup>, A. Benetos<sup>3</sup>, X. Βλαχόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>1</sup>**

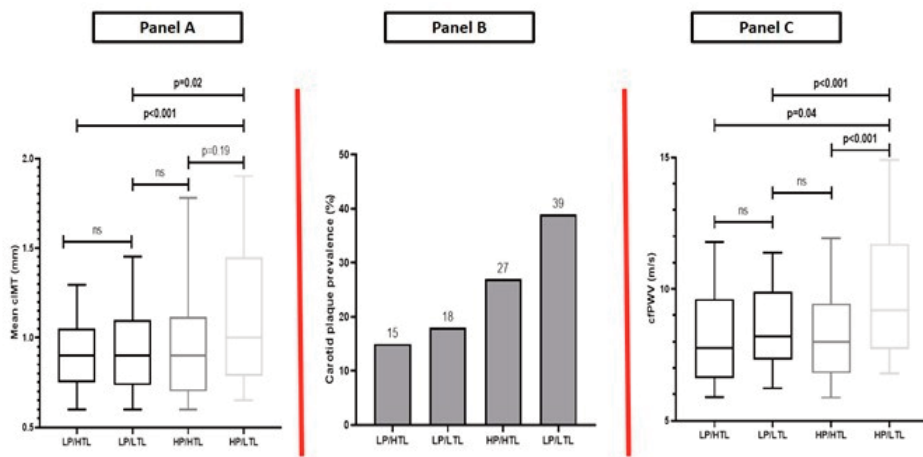
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> University Hospital of Nancy

**Υπόβαθρο:** Η ατμοσφαιρική ρύπανση και η μείωση του μήκους των τελομερών (TL) των λευκοκυττάρων παρουσιάζει πιθανή ισχυρή συσχέτιση με τη καρδιαγγειακή υγεία. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ έκθεσης σε αέρια ρύπανσης και του μήκους TL, διαφωτίζοντας τη σύνδεση τους με το φορτίο αθηροσκλήρωσης. Μέθοδοι: Οι κάτοικοι της περιοχής της Κορινθίας, υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα καρωτίδων για την αξιολόγηση Carotid Intima Media Thickness (cIMT) και του φορτίου αθηρωματικής πλάκας καθώς και της Carotid-Femoral Pulse Wave Velocity (cfPWV). Η μέτρηση του TL των λευκοκυττάρων πραγματοποιήθηκε μέσω απομόνωσης DNA από δείγματα αίματος. Αναλυτές που κατέγραφαν τη συγκέντρωση CO, NO<sub>2</sub> και SO<sub>2</sub> τοποθετήθηκαν σε 2 διαφορετικά ανοιχτά σημεία (Περιοχές 1:



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Χαμηλή Ρύπανση και 2: Υψηλή Ρύπανση) με βάση την εγγύτητά τους σε βιομηχανίες, αυτοκινητόδρομους ή ναυπηγεία. Χρησιμοποιώντας τη μέση τιμή του TL ως όριο και τις συγκεντρώσεις ρύπανσης, η ομάδα χωρίστηκε σε τέσσερις ομάδες: 1=Χαμηλή Ρύπανση/Υψηλό TL(LP/HTL), 2=Χαμηλή Ρύπανση/Χαμηλό TL(LP/LTL), 3=Υψηλή Ρύπανση/Υψηλό TL(HP/HTL) και 4=Υψηλή Ρύπανση/Χαμηλό TL(HP/LTL). Αποτελέσματα: Από ένα σύνολο 2043 ασθενών, 394 με μετρήσεις TL συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Λαμβάνοντας υπόψη το μέσο cIMT (Ομάδα 1: 0,91 ± 0,28mm; Ομάδα B: 0,89 ± 0,97mm; Ομάδα 3: 1,03 ± 0,48mm; Ομάδα 4: 1,16 ± 0,54mm,  $p < 0,001$ ), οι κάτοικοι της Ομάδας 4 παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο μέσο cIMT από τις Ομάδες Χαμηλής Ρύπανσης 1 ( $p < 0,001$ ) και 2 ( $p = 0,19$ ) (Panel A). Το φορτίο πλάκας στην καρωτίδα αρτηρία (Ομάδα 1: 15,3%; Ομάδα 2: 18%; Ομάδα 3: 27%; Ομάδα 4: 39,6%,  $p < 0,001$ )

Table 1: Baseline patients characteristics in each group

	LP/HTL	LP/LTL	HP/HTL	HP/LTL	p
<b>N</b>	100	92	98	104	
<b>Age, years (SD)</b>	61.1 (11.7)	63.7 (11.3)	59.8 (11.9)	65.9 (11.3)	<0.001
<b>Male sex, %</b>	38.5	49.0	29.4	55.5	<0.001
<b>BMI, kg/m<sup>2</sup> (SD)</b>	28.5 (4.4)	29.4 (4.5)	28.6 (4.5)	29.3 (5.0)	0.29
<b>Current smoking, %</b>	25.7	34.7	37.3	24.5	0.11
<b>Hypertension, %</b>	67.9	79.6	67.6	78.2	0.09
<b>Diabetes mellitus, %</b>	20.2	19.4	16.7	20.9	0.88
<b>Dyslipidemia, %</b>	43.1	48.0	34.3	53.6	0.04
<b>CAD, %</b>	12.8	13.3	8.8	15.5	0.54

Low pollution/High TL (LP/HTL), Low pollution/Low TL (LP/LTL), High pollution/High TL (HP/HTL), High pollution/Low TL (HP/LTL), Body Mass Index (BMI), Coronary Artery Disease (CAD)

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ασθενείς της Ομάδας 4 με γραμμική αύξηση του φορτίου πλάκας από την Ομάδα 1 έως την Ομάδα 4 (Panel B). Οι κάτοικοι της Ομάδας 4 είχαν επίσης σημαντικά υψηλότερες μετρήσεις cfPWV (Ομάδα 1:  $8,39 \pm 2,62$ mm; Ομάδα B:  $8,96 \pm 2,92$ mm; Ομάδα 3:  $8,36 \pm 2,37$ mm; Ομάδα 4:  $10,18 \pm 3,79$ mm,  $p < 0,001$ ). Η intra-group ανάλυση αποκάλυψε ότι η Ομάδα 4 είχε στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μετρήσεις cfPWV σε σύγκριση με κάθε μία από τις άλλες Ομάδες 1, 2 και 3 ( $p = 0,04$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ) (Panel Γ). Συμπεράσματα: Παρατηρείται αυξημένο αθηροσκληρωτικό φορτίο στους κατοίκους περιοχών με την υψηλότερη συγκέντρωση ατμοσφαιρικών ρύπων και το χαμηλότερο TL. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ένα πιθανό επιβαρυνόμενο καρδιαγγειακό προφίλ σε ασθενείς με χαμηλό TL ή υψηλή έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση.

### AA030 | Η επίδραση του συνδυασμού ντουλαγλουτιδης και δαπαγλιφοζίνης στην αρτηριακή σκληρία, την αλβουμιουρία, τη καρδιακή και ενδοθηλιακή λειτουργία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μετά από 12 μήνες θεραπείας

**Κ. Κατωγιάννης<sup>1</sup>, Ι. Θύμης<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Ε. Κόρακας, Ε. Κατσανάκη<sup>1</sup>, Γ. Παυλίδης<sup>1</sup>, Α. Κουντούρη, Α. Ράπτης, Β. Λαμπαδιάρη**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Ο σακχαρώδης διαβήτης και η διαβητική νεφροπάθεια προκαλούν καρδιακές, αγγειακές και ενδοθηλιακές αλλοιώσεις. Σε αυτή τη μελέτη συγκρίναμε την επίδραση της συνδυασμένης θεραπείας με ντουλαγλουτιδή και δαπαγλιφοζίνη έναντι των αναστολέων DPP-4 στο ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα, στην αρτηριακή σκληρία, στη καρδιακή λειτουργία και

στη αλβουμιουρία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Υλικά και Μέθοδος: Συνολικά 60 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και αλβουμιουρία τυχαιοποιήθηκαν ώστε 30 (n=30) να λάβουν το συνδυασμό θεραπείας με ντουλαγλουτιδή και δαπαγλιφοζίνη και 30 (n=30) να λάβουν αγωγή με αναστολείς DPP-4. Μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στην αρχή της μελέτης, στους 4 και στους 12 μήνες μετά τη έναρξη της θεραπείας και περιλάμβαναν: (α) πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα μέσω μέτρησης του perfused

Variable	All patients (n=60)	GLP-1RA+SGLT2i (n=30)	DPP-4i
<b>GLS, %</b>			
Baseline	-17,89±3,92	-17,42±4,38	-18,45±3,38
4 mo	-18,50±4,13 <sup>†</sup>	-18,02±4,67	-19,06±3,45
Δ%	3,40	3,44	3,30
12 mo	-20,03±3,68 <sup>††</sup>	-20,59±3,51 <sup>†††</sup>	-19,56±3,85 <sup>†</sup>
Δ%	11,96	18,19	6,01
<b>PWV/GLS</b>			
Baseline	-0,68±0,15	-0,71±0,24	-0,64±0,17
4 mo	-0,64±0,20 <sup>†</sup>	-0,64±0,18 <sup>†</sup>	-0,63±0,16
Δ%	5,88	9,86	1,56
12 mo	-0,56±0,15 <sup>††</sup>	-0,54±0,13 <sup>†††</sup>	-0,58±0,16 <sup>†</sup>
Δ%	17,64	23,94	9,37
<b>GWE, mm Hg%</b>			
Baseline	91,34±5,50	90,60±6,72	92,16±3,74
4 mo	91,55±6,30	90,50±7,33	92,72±4,86
Δ%	0,22	-0,09	0,60
12 mo	93,40±4,22 <sup>†</sup>	93,10±4,29 <sup>†</sup>	93,72±4,32
Δ%	2,25	2,76	1,70

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

boundary region (pbr), (b) ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pwn) και κεντρικής συστολικής πίεσης (cSBP), (c) παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (gls) (d) πήλινο ουρίας αλβουμίνης προς κρεατινίνη (uacr). Αποτελέσματα: 12 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ο συνδυασμός ντουλαγλουτιδης και δαπαγλιφοζίνης ανέδειξε μεγαλύτερη βελτίωση σε αντίθεση με τους αναστολείς dpp-4, παρά το παρόμοιο βαθμό μείωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Συγκεκριμένα, η συνδυασμένη θεραπεία έδειξε μεγαλύτερη βελτίωση στο PBR ( $2,10 \pm 0,31$  σε  $1,93 \pm 0,23$   $\mu\text{m}$  έναντι  $2,11 \pm 0,31$  σε  $2,08 \pm 0,28$   $\mu\text{m}$ ,  $p < 0,001$ ), στο UACR ( $326 \pm 61$  σε  $142 \pm 47$   $\text{mg/g}$  έναντι  $345 \pm 48$  σε  $306 \pm 60$   $\text{mg/g}$ ,  $p < 0,01$ ), και στο PWV ( $11,77 \pm 2,37$  σε  $10,7 \pm 2,29$   $\text{m/s}$  έναντι  $10,64 \pm 2,44$  σε  $10,54 \pm 2,84$   $\text{m/s}$ ,  $p < 0,001$ ), ενώ μόνο η διπλή θεραπεία σημείωσε βελτίωση στη cSBP ( $130,21 \pm 17,23$  σε  $123,36 \pm 18,42$   $\text{mmHg}$ ). Τέλος, όσον αφορά το gls, τόσο η μονή όσο και η διπλή θεραπεία απέβησαν αποτελεσματικές, ωστόσο ο συνδυασμός σημείωσε μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση των τιμών σε σχέση με τη μονή θεραπεία ( $18,19\%$  vs  $6,01\%$ ). Συμπεράσματα: Στους ασθενείς μετά από 12μηνη θεραπεία με συνδυασμό ντουλαγλουτιδης και δαπαγλιφοζίνης σημειώθηκε μεγαλύτερη βελτίωση των αγγειολογικών δεικτών και της αλβουμινουρίας συγκριτικά με τους αναστολείς dpp-4.

**AA031 | Διάρκεια κολπικής μαρμαρυγής και προγνωστικοί δείκτες: υπάρχει συσχέτιση;**

**Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Σ. Κουκιάς<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Μ. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής επιφέρει αιμοδυναμική επιβάρυνση, εξαρτώμενη άμεσα από τη διάρκεια της αρρυθμίας. Η αυξημένη επίπτωσή της στον πληθυσμό οδηγεί στην ανάγκη προσδιορισμού προγνωστικών δεικτών για την καλύτερη διαχείριση των επιπτώσεών της. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η συσχέτιση της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής με τα επίπεδα νατριουρητικού πεπτιδίου (NT pro-BNP) και τις τιμές ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR). Υλικό και μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 131 ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηρακλείου, την χρονική περίοδο 06/2023 - 06/2024, με πρώτο ή παροξυσμικό επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής. Έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, συνοδών νοσημάτων, διάρκεια εμφάνισης συμπτωμάτων, επίτευξης ή όχι καρδιοανάταξης, ανάγκης για νοσηλεία, κλάσματος εξωθήσεως, εργαστηριακών τιμών τροπονίνης, NT pro-BNP, κρεατινίνης και GFR (CKD-EPI). Οι συσχέτισεις μεταξύ των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS 26 και τους συντελεστές συσχέτισης του Spearman (Spearman's rho). Αποτελέσματα: Μεταξύ των 131 ασθενών καταγράφηκαν 56 άνδρες και 75 γυναίκες με μέση ηλικία εμφάνισης τα 70 έτη. Πρώτο επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής παρουσίασε το 30% των γυναικών και το 33% των ανδρών. Διάρκεια της αρρυθμίας για λιγότερο από 24 ώρες παρατηρήθηκε σε ποσοστό 57% και 69% αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης διάρκειας κολπικής μαρμαρυγής έως την προσέλευση (>24 ώρες) με την αύξηση των τιμών NT pro-BNP ( $p < 0,05$ ) και τη μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης ( $p < 0,05$ ). Ακόμη σημειώθηκε μείωση του κλάσματος εξωθήσεως

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

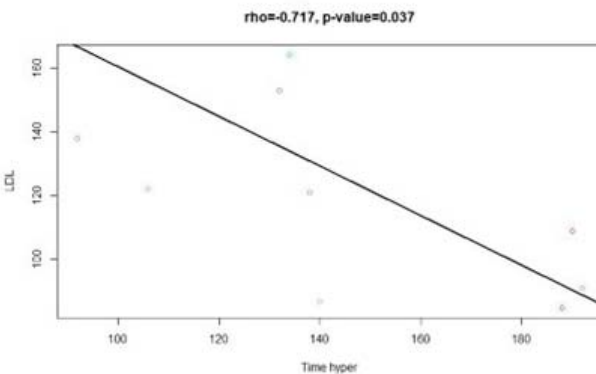
( $p < 0.05$ ,  $r = -0.232$ ), και αύξηση των τιμών επαναληπτικής μέτρησης τροπονίνης ( $p = 0.07$ ). Οι μεγαλύτερες ηλικίες συσχετίστηκαν σημαντικά με αύξηση στην τιμή του NT pro-BNP ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.589$ ) και μείωση στο ρυθμό σπειραματικής διήθησης ( $p < 0.01$ ,  $r = -0.531$ ). Αξιοσημείωτη επίσηση ήταν η συσχέτιση του χαμηλού GFR με τις υψηλές τιμές NT pro-BNP ( $p < 0.01$ ,  $r = -0.518$ ). Όσο μεγαλύτερη αύξηση σημειωνόταν στην τιμή της πρώτης τροπονίνης τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στην τιμή της επαναληπτικής μέτρησης μετά από τρεις ώρες ( $p < 0.01$ ). Συμπεράσματα: Αύξηση του NT pro-BNP σημειώνεται όχι μόνο σε καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά και σε παρουσία χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής και χρόνιας νεφρικής νόσου. Ωστόσο η συσχέτιση παροξυσμικού επεισοδίου κολπικής μαρμαρυγής με την αύξηση του νατριουρητικού πεπτιδίου και την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας δεν έχει καθοριστεί πλήρως, θέτοντας ερωτήματα για την προγνωστική αξία αυτών των δεικτών σε επείγουσα βάση.

**AA032 | Κλινικοί και βιοχημικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ιστική περιφερική μικροκυκλοφορία σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο - Προοπτική μελέτη με φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (NIRS)**

**N. Μπιάγκης<sup>1</sup>, X. Κούρεκ<sup>1</sup>, Γ. Βελισσάρης<sup>1</sup>, K. Μπιρμπίλης<sup>1</sup>, M. Μπιτσαρα<sup>1</sup>, Σ. Μυκωνιάτη<sup>1</sup>, Z. Μώρου<sup>1</sup>, M. Παντερμάκη<sup>1</sup>, M. Πενταρης<sup>1</sup>, N. Αγγέλης<sup>1</sup>, Δ. Παπουτσής<sup>1</sup>, M. Τσελεγκίδου<sup>1</sup>, E. Τσαγαλου<sup>1</sup>, Λ. Καρατζάνος<sup>1</sup>, Θ. Τασούλης<sup>1</sup>, K. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Χατζίδου<sup>1</sup>, A. Νταλιάνης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Παρά τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που βελτιώνουν την ιστική περιφερική μικροκυκλοφορία σε ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο (ΣΝ), κλινικοί και βιοχημικοί παράγοντες είναι πιθανό να επηρεάζουν σημαντικά την ιστική αιμάτωση των ασθενών αυτών. Μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική μελέτη, συμπεριελήφθησαν ασθενείς με



γνωστή ΣΝ υπό αγωγή με ασπιρίνη, στατίνη, β-αναστολέα και αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή αναστολείς της αγγειοτασίνης. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, έγινε βιοχημικός έλεγχος ο οποίος περιελάμβανε μεταξύ των άλλων την πρωτεΐνη sST2 (δείκτης ευάλωτότητας αθηρωματικής πλάκας και φλεγμονής) και υποβλήθηκαν σε φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (NIRS) με απόφραξη του δεξιού

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Παράμετροι NIRS	Παράμετροι Κλινικές/βιοχημικές	r	p
Occl rate	Hb	<b>0,943</b>	<b>0,017</b>
Rec rate	Hb	<b>0,891</b>	<b>0,042</b>
Rec rate	Ύψος	<b>0,741</b>	<b>0,014</b>
Rec rate	sST2	-0,625	0,09
STO2	BSA	<b>0,609</b>	<b>0,05</b>

Πίνακας 1

Hb: Αιμοσφαιρίνη, BSA: Δείκτης επιφάνειας σώματος

Από τους 17 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη (μέση ηλικία: 65±8 έτη, -80% άνδρες, BMI=27,9±5,1), οι μισοί έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη και το ένα τρίτο είχε ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος μυοκαρδίου. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των τιμών αιμοσφαιρίνης και των Occl rate και Rec rate (Πίνακας 1). Επιπλέον διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των ασθενών και του Rec rate και τάση για αρνητική συσχέτιση μεταξύ της sST2 και Rec rate (Πίνακας 1). Τέλος, ενδιαφέρον εύρημα ήταν η αρνητική συσχέτιση των τιμών της LDL με τον Time hyper (Εικόνα 1) και η μεγαλύτερη STO2 σε ασθενείς με υψηλότερο δείκτη επιφάνειας σώματος (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Η ιστική περιφερική μικροκυκλοφορία επηρεάζεται από κλινικές και βιοχημικές παραμέτρους σε ασθενείς με ΣΝ υπό φαρμακευτική αγωγή. Η αιμοσφαιρίνη, η LDL και ο σωματότυπος του ασθενούς είναι κάποιες από τις παραμέτρους που σχετίζονται με τη μικροκυκλοφορία και την ιστική οξυγόνωση της.

άνω άκρου κατά την οποία μετρήθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι: α) ιστική οξυγόνωση ηρεμίας (STO2), β) ρυθμός ιστικού αποκορεσμού κατά την ισχαιμία (Occl rate), γ) χρόνος ανάκαμψης ιστικής οξυγόνωσης-υπεραιμίας (Time hyper), δ) ρυθμός επαναιμάτωσης (Rec rate). Αποτελέσματα:

### AA033 | Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή : το φύλο μετράει; Η εμπειρία ενός Γενικού Νοσοκομείου

**Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Σ. Κουκιάς<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισής της και των ανατομικών, αιμοδυναμικών και υπερπηκτικών επιπτώσεών της. Σκοπός της παρούσας εργασίας να μελετήσει τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο φύλων σε ασθενείς με μη εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή. Υλικό και μέθοδος: Έγινε καταγραφή 131 ασθενών, που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου, την χρονική περίοδο 06/2023 – 06/2024, με επεισόδιο παροξυσμικής ή πρωτοεμφανιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής. Συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την παρουσία συνοσηροτήτων, τη διάρκεια και τη συχνότητα εμφάνισης της αρρυθμίας, την επίτευξη καρ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

διοανάταξης και την ανάγκη για νοσηλεία. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS 26 και τους συντελεστές συσχέτισης του Spearman (Spearman's rho). Αποτελέσματα: Μεταξύ των 131 ασθενών, συμπεριλήφθηκαν 75 γυναίκες και 56 άνδρες. Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 70 έτη, με τις γυναίκες να ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (mean age= 74,  $p>0.05$ ). Το 60% των γυναικών και το 64% των ανδρών που προσήλθαν στο ΤΕΠ είχαν γνωστή παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή. Ασθενείς με πρώτο επεισόδιο επισκέφθηκαν το ΤΕΠ σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων σε σχέση με ασθενείς που είχαν βιώσει επεισόδιο στο παρελθόν. Μεταξύ ανδρών και γυναικών στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισε η καπνιστική συνήθεια με τους άρρενες να είναι ενεργοί καπνιστές στο 33% έναντι του 12% των θηλέων ( $p < 0.01$ ) καθώς και η αποτυχία καρδιομετατροπής, με τις γυναίκες να υπερτερούν σε ποσοστό 34% έναντι του ποσοστού 16% των ανδρών ( $p < 0.05$ ). Μεταξύ των δύο φύλων οι γυναίκες εμφάνιζαν πιο συχνά υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και ανάγκη για νοσηλεία, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά από τους άνδρες. Συμπεράσματα: Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί μία από τις συχνότερες νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρότι η ανωτέρω μελέτη συμπεριέλαβε μικρό δείγμα ασθενών, τα αποτελέσματά της σχετικά με τους επιδημιολογικούς παράγοντες συμφωνούν με τη βιβλιογραφία. Ωστόσο υπογραμμίζεται η ανάγκη ανάπτυξης μελετών, ακόμη και σε γονιδιακό επίπεδο, με προσανατολισμό την ανεύρεση βασικών χαρακτηριστικών των δύο φύλων, που κατέχουν καθοριστικό ρόλο στη διαφοροποίησή τους.

#### AA034 | Η ελάχιστη επεμβατική επιδιόρθωση ανευρυσμάτων θωρακικής αορτής

**Φ. Μητρόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Τζίφα<sup>1</sup>, Χ. Αποστολίδης<sup>1</sup>, Α. Χατζής<sup>1</sup>, Δ. Καραγγέλης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Παίδων, Συγγενών Καρδιοπαθειών & Ενηλίκων Νοσοκομείο Μητέρα, Όμιλος Υγεία,

<sup>2</sup> Τμήμα Καρδιάς-Θώρακος-Αγγείων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ο Ευαγγελισμός",

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακα, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Εισαγωγή** Οι ελάχιστη επεμβατικές τεχνικές κερδίζουν συνεχώς έδαφος στην καθημερινή πρακτική της καρδιοχειρουργικής. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει την εμπειρία μας στην επιδιόρθωση ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής με τη χρήση άνω μίνι-στερνοτομής. Υλικό και μέθοδος Από το Μάρτιο του 2017 μέχρι το Μάιο του 2024, 34 ασθενείς υπεβλήθησαν σε χειρουργική αποκατάσταση των ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής με άνω μίνι-στερνοτομή. Η εξωσωματική κυκλοφορία κατά κύριο λόγο επετεύχθη με τον καθετηριασμό της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας και φλέβας. Αποτελέσματα Από τα 34 περιστατικά, οι 23 ήταν άντρες, ενώ 11 γυναίκες. Το εύρος ηλικίας ήταν από 39 έως 85 έτη (μέσος όρος 61,4). Ο μέσος όρος της διαμέτρου της ανιούσης αορτής ήταν 5,8 εκατοστά. Η πλειοψηφία περιλάμβανε την αντικατάσταση της ανιούσας αορτής με ευθύ μόσχευμα. Σε 3 περιπτώσεις διενεργήθηκε η επέμβαση Bentall, σε 2 η επέμβαση David, σε 2 πραγματοποιήθηκε αντικατάσταση ανιούσης αορτής και ημιτόξου, σε 6 περιστατικά αντικατάσταση ανιούσας αορτής και αορτικής βαλβίδας, ενώ υπήρξαν 2 περιπτώσεις επανεπέμβασης. Υπήρξε μια περίπτωση διεγχειρητικής θνη-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

τότητας (αντικατάσταση ανιούσης αορτής και ημιτόξου). Ο μέσος όρος εξωσωματικής κυκλοφορίας και καρδιακής ισχαιμίας ήταν 116± 43 λεπτά και 83±24 λεπτά αντίστοιχα. Δεν υπήρξε διεγχειρητική αιμορραγία, ενώ ένας ασθενής εμφάνισε παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το ποσοστό νοσοκομειακής μετάγγισης αίματος ήταν 32%. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στο νοσοκομείο ήταν 1,3 και 5,8 ημέρες αντίστοιχα. Συμπεράσματα Η ελάχιστη επεμβατική επιδιόρθωση ανευρυσμάτων θωρακικής αορτής είναι ασφαλής και αποτελεσματική και από την αρχική μας εμπειρία φαίνεται να έχει μικρότερη πιθανότητα μετάγγισης αίματος και παραμονής στο νοσοκομείο συγκριτικά με τα αποτελέσματα της πλήρους κλασικής στερνοτομής.

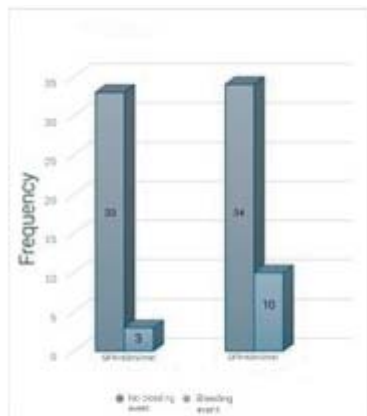
### AA035 | Αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και των επιπλοκών από τη χρήση τη καγκρελόρης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύμβαμα και χρόνια νεφρική νόσο

**Ι. Γιωτοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Καρατασίτσα<sup>1</sup>, Β. Τελάκη<sup>1</sup>, Θ. Μπαμπάλη<sup>1</sup>, Α. Κρόκος<sup>1</sup>, Π. Καρανίκης<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Variable	GFR>60ml/min	GFR<60ml/min	p value
Sample (n=89)	33	34	
Mean Age	69,3±8,29	73,6±10,3	
Diabetes Mellitus	10 (30,3%)	13 (38,2%)	0,494
Arterial Hypertension	23 (69,7%)	20 (58,8%)	0,353
Oral Anticoagulation Therapy	5 (15,1%)	6 (17,6%)	0,782
Malignancy	4 (12,1%)	3 (8,8%)	0,659
Bleeding Complicatinos	3 (9,09%)	10 (29,4%)	<b>0,035</b>

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αιμορραγία μετά από αγγειοπλαστική σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία συμβάματα, ενώ βάση των ARC-HBR κριτηρίων η τελικού σταδίου Χρόνια



νεφρική νόσος (eGFR <0 mL/min) αποτελεί μείζων παράγοντα κινδύνου για αιμορραγία και έλασων η χρόνια νεφρική νόσος με eGFR 30-59 mL/min. Μέθοδος-Αποτελέσματα: Στα πλαίσια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και των επιπλοκών από τη χρήση τη καγκρελόρης σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία συμβάματα και χρόνια νεφρική νόσο αναλύθηκαν 35 ασθενείς με GFR<0 mL/min και συγκρίθηκαν με ομάδα 33 ασθενών με GFR>60 mL/min. Από τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σε κανέναν δεν καταγράφηκαν θρομβωτικές επιπλοκές. Οι10 ασθενείς (29,41%) εμφάνισαν αιμορραγικές επιπλοκές Type 2-3 κατά BARC, με τη μορφή αιματώματος μετά από παρακέντηση μηριαίας αρτηρίας, αιματοουρίας, αιμορραγίας από τον πεπτικό σωλήνα και ρινορραγίας. Συγκριτικά με την ομάδα με GFR>60 mL/min οι ασθενείς εμφάνιζαν παρόμοιες

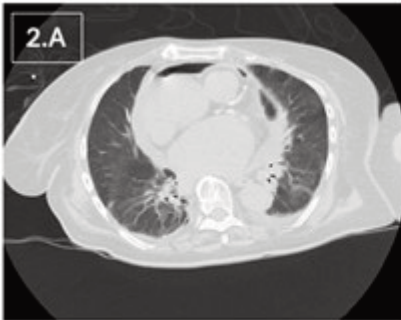
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

συννοσηρότητες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, ιστορικού κακοήθειας ή την λήψη από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής. Εμφάνιζαν μικρή διαφορά ως προς τη μέση ηλικία κατά 4 έτη και στατιστικά σημαντική διαφορά στις αιμορραγικές επιπλοκές ( $p=0,035$ ). Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο αντιμετωπίζουν αυξημένο θρομβωτικό κίνδυνο και πολύ συχνά απαιτείται η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. Ο κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγικών επιπλοκών μετά από χορήγηση καγκρελόρης είναι αυξημένος σε ασθενείς με  $GFR < 0 \text{ ml/min}$ , με αποτέλεσμα να απαιτείται αυξημένη εγρήγορση για πιθανές αιμορραγικές εκδηλώσεις και εντατικό follow up για την έγκαιρη αντιμετώπιση τους.

**AA036 | Πνευμοπερικάρδιο μετά από Περικαρδιοκέντηση: Μια Σπάνια Επιπλοκή και η Διαχείρισή της**  
**Δ. Καρελάς<sup>1</sup>, Ε. Τάτσης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Ι. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

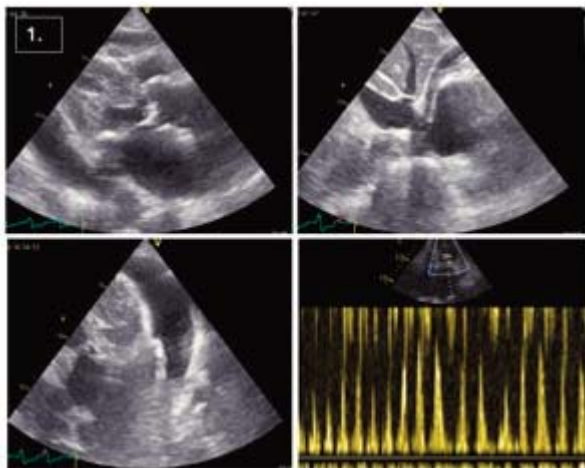
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΓΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Το πνευμοπερικάρδιο μετά από περικαρδιοπαρακέντηση αποτελεί μια ασυνήθιστη επιπλοκή, η οποία συνήθως αποδράμει ομαλά χωρίς να προκαλεί αιμοδυναμική επιβάρυνση. Υλικό και Μέθοδος Γυναίκα ασθενής, 65 ετών, χωρίς ιστορικό καρδιακών προβλημάτων, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με επιδεινούμενη δύσπνοια τις τελευταίες ημέρες. Μετά από κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική αξιολόγηση, διαγνώστηκε με καρδιακό επιπωματισμό και άμεσα μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο (Εικ.1). Πραγματοποιήθηκε περικαρδιοκέντηση υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση διαμέσου της υποξιφοειδούς προσέγγισης και παροχετεύτηκαν 800 mL διαγυούς υγρού. Η ασθενής εμφάνισε ταχεία αιμοδυναμική και κλινική βελτίωση. Η αξονική θώρακος στις 24 ώρες ανέδειξε πνευμοπερικάρδιο (Εικ.2A). Μετά από θωρακοχειρουργική εκτίμηση, αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση και σε νέα ακτινογραφία θώρακος μετά από άλλες 24 ώρες δε διαφαινόταν παγίδευση αέρα μεταξύ της καρδιακής σιλουέτας και του περικαρδίου (Εικ.2B). Αποτελέσματα Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό πνευμοπερικαρδίου. Το πνευμοπερικάρδιο μπορεί να



δημιουργηθεί από τραυματισμούς, ιατρικές επεμβάσεις, λοιμώξεις, αυτόματη ρήξη πνεύμονα ή αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης λόγω έντο-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

νης εισπνοής ή βήχα. Στην περίπτωση μας, το πνευμοπερικάρδιο πιθανότατα προκλήθηκε από βήχα σε συνδυασμό με ένα μη στεγανό σύστημα παροχέτευσης. Συμπεράσματα Το ιατρογενές πνευμοπερικάρδιο που προκαλείται από περικαρδιοκέντηση είναι πολύ σπάνιο και συνήθως αυτοπεριοριζόμενο χωρίς να απαιτεί ειδική θεραπεία. Ωστόσο, η ανάπτυξη καρδιακής επιπωματισμού χρήζει επαναληπτικής περικαρδιοπαράκντησης ή χειρουργικής αποσυμπίεσης.

### AA037 | Επίδραση της Εκπαίδευσης και Πιστοποίησης στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση στην Αυτοπεποίθηση και Ετοιμότητα των Επαγγελματιών Υγείας

**Δ. Καρελάς<sup>1</sup>, Ε. Τάσης<sup>1</sup>, Ι. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Λ. Βαλλιαντού<sup>1</sup>, Ε. Κουρμπέλης<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

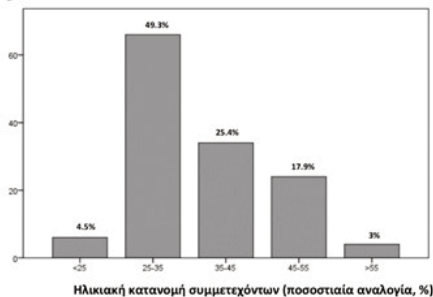
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

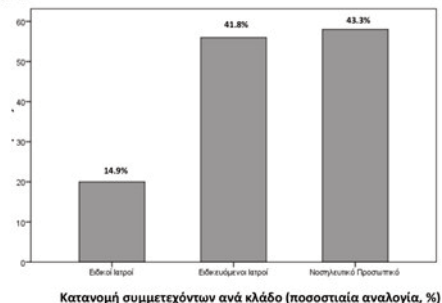
**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ποιότητα της εκπαίδευσης στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική διαχείριση επειγόντων περιστατικών υγείας. Η αυτοπεποίθηση και η πιστοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ. Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις συσχετίσεις μεταξύ της ειδικότητας των επαγγελματιών υγείας, της πιστοποίησης στην ΚΑΡΠΑ και της αυτοπεποίθησης στην εκτέλεση τεχνικών υποστήριξης ζωής Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη διεξήχθη με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε σε επαγγελματίες υγείας και περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική ειδικότητα, την πιστοποίηση στην ΚΑΡΠΑ (BLS, ILS, ALS) και την αυτοπεποίθηση σχετικά με τη διαχείριση της καρδιακής ανακοπής. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS. Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 134 άτομα, εκ των οποίων 50 ήταν άνδρες (37.3%) και 84 γυναίκες (62.7%). Από τους άνδρες, 42 ήταν ιατροί, ενώ από τις γυναίκες, 50 ήταν νοσηλεύτριες ( $p < 0.001$ ). Η κατανομή των ερωτηθέντων σε ηλικιακές ομάδες και κλάδο παρουσιάζεται στις Εικόνες 1 και 2, αντίστοιχα. Η ηλικία των ειδικών ιατρών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη, με το 70% να είναι άνω των 45 ετών, σε σύγκριση με τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους νοσηλεύτές, όπου το 100% και

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Αριθμός, N



Αριθμός, N



το 75.8% αντίστοιχα ήταν κάτω των 45 ετών ( $p < 0.001$ ). Συνολικά, 30% των ειδικών ιατρών, 28.6% των ειδικευόμενων και 34.5% των νοσηλευτών είχαν πιστοποίηση στο BLS ( $p = 0.786$ ). Στο ILS, μόνο 10% των ειδικών ιατρών και 41.4% των νοσηλευτών είχαν πιστοποίηση ( $p < 0.001$ ), ενώ στο ALS το 70% των ειδικών ιατρών, το 60.7% των ειδικευόμενων και το 10.3% των νοσηλευτών είχαν πιστοποίηση ( $p < 0.001$ ). Μεταξύ των ιατρών, όλοι οι καρδιολόγοι (100%), 62.5% των ιατρών άλλων παθολογικών ειδικοτήτων, 37.5% των χειρουργών και 50% των αναισθησιολόγων είχαν πιστοποίηση στο ALS ( $p < 0.001$ ). Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των ειδικοτήτων στην πιστοποίηση στο BLS ( $p = 0.468$ ). Λίγοι (2/32, 6.2%) ιατροί παθολογικών ειδικοτήτων είχαν πιστοποίηση στο ILS, ενώ κανείς από τους καρδιολόγους, χειρουργούς ή αναισθησιολόγους δεν είχε ( $p < 0.001$ ). Από τους εκπαιδευτές ERC/AHA, το 50% ήταν αναισθησιολόγοι (4/8), ενώ κανένας από τους υπόλοιπους ιατρούς δεν ήταν ( $p < 0.001$ ). Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (4/76, 5.2% έναντι 4/58, 6.8%,  $p = 0.399$ ). Οι καρδιολόγοι και οι αναισθησιολόγοι αντιμετώπιζαν περισσότερα περιστατικά καρδιακής ανακοπής ανά μήνα σε σύγκριση με άλλες ειδικότητες ( $p < 0.001$ ). Το κόστος εκπαίδευσης ως ανασταλτικός παράγοντας προβλημάτιζε λιγότερο τους καρδιολόγους ( $p = 0.045$ ) και η έλλειψη χρόνου δεν ήταν εμπόδιο για καμία ειδικότητα ( $p = 0.375$ ). Η εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ δεν φάνηκε να επηρεάζει την επαγγελματική εξέλιξη ( $p = 0.25$ ), ενώ η επαναπιστοποίηση αύξανε το κίνητρο ( $p = 0.018$ ). Όλοι οι ειδικοί (100%, 20/20), οι περισσότεροι ειδικευόμενοι (48/56, 85.7%) και οι νοσηλευτές (46/58, 79.3%) ανέφεραν υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης (πολλοί σίγουροι, βέβαιοι ή αρκετά σίγουροι) στην εκτέλεση ΚΑΡΠΑ. Συμπεράσματα: Η μελέτη έδειξε ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ επηρεάζει την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας στην εκτέλεση τεχνικών υποστήριξης ζωής. Αν και υπήρχε υψηλή αυτοπεποίθηση σε όλες τις ομάδες επαγγελματιών υγείας, η πιστοποίηση στην ΚΑΡΠΑ παρουσίασε διαφορές ανάλογα με την ειδικότητα και την ηλικία. Η ενίσχυση της εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ μπορεί να βελτιώσει την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας και να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

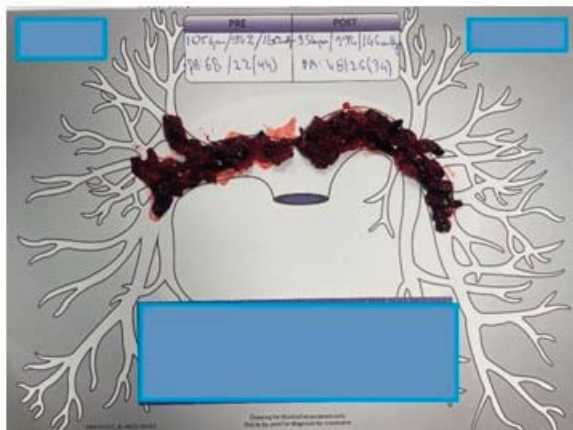
**AA038 | Διακαθετηριακή εμβολοεκτομή χωρίς χρήση σκιαγραφικού σε Intermediate-high risk οξεία πνευμονική εμβολή και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια**

**A. Σακαλίδης<sup>1</sup>, E. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, I. Καχριμανίδης<sup>1</sup>, Σ. Τσαλαμανδράς<sup>1</sup>, Π. Κορκονικήτας<sup>2</sup>, K. Αγγέλη<sup>1</sup>, Γ. Λάτσιος<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> 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 οι επεμβατικές θεραπείες, όπως η μηχανική θρομβεκτομή κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης λόγω αυξανόμενων δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 63 ετών παραπέμφθηκε στο κέντρο μας για διακαθετηριακή εμβολοεκτομή λόγω Intermediate-high risk ΠΕ χωρίς βελτίωση υπό συντηρητική αντιμετώπιση. Η ασθενής επισκέφθηκε το ΤΕΠ λόγω πολλαπλών (x3) συγκοπτικών επεισοδίων εντός 24ώρου και οιδήματος ΔΕ κάτω άκρου. Από το ατομικό της ιστορικό αναφέρεται υπέρταση, κάπνισμα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (XNA, baseline Cr=2.5mg/dl) και πιθανό επεισόδιο εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (ΕΒΦΘ) προ ετών άνευ θεραπείας. Η CTPA ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης αμφοτερόπλευρα στους κύριους κλάδους της πνευμονικής με εφίπτευση του διχασμού τους ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε hs TnI =1340pg/dl. Κατά την αρχική εκτίμηση στο κέντρο μας διαπιστώθηκαν 26 ανάσες/min, SpO<sub>2</sub> 90% (FiO<sub>2</sub> 21%), 110 σφύξεις/min, ΑΠ 155/90 mmHg. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκαν ΚΕ=55%, δεξιά κοιλία διατεταμένη (RVD1=47mm, RV/LV=1.2) με επηρεασμένη συσπαστικότητα (TAPSE=14mm), εικόνα D-shape, σημείο McConnell, μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας με PASP=70mmHg. Το triplex φλεβών κάτω άκρων επιβεβαίωσε ΕΒΦΘ ΔΕ γαστροκνημίας. Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε διακαθετηριακή διαδερμική εμβολοεκτομή. Υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση τοποθετήθηκε εισαγωγέας 24F (Gore©) στην δεξιά μηριαία φλέβα. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με τη



χρήση του καθετήρα 24F FlowTrieve (Inari Medical). Λόγω XNA και της ήδη χορήγησης σκιαγραφικού κατά τη CTPA δεν πραγματοποιήθηκε αγγειογραφία. Χάρη στη χρήση συστήματος αυτομετάγχισης (Flowsaver Inari) διενεργήθηκαν πολλαπλές αμφοτερόπλευρα στους κύριους πνευμονικούς κλάδους βάσει της CT εικόνας αλλά και με την καθοδήγηση των αιμοδυναμικών παραμέτρων (sPAP, σφύξεις). Κατόπιν αφαίρεσης ικανού θρομβωτικού φορτίου διαπιστώθηκε μείωση της sPAP από 68mmHg σε 48mmHg με 95 σφύξεις/min (Εικόνα 1). Η ασθενής εντός ωρών δεν παρου-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

οίαζε ανάγκες συμπληρωματικού οξυγόνου και εντός 24 ώρου κινητοποιήθηκε και διεκομίσθη σε απλό θάλαμο. Σε υπερηχογράφημα ελέγχου στις 48 ώρες διαπιστώθηκε βελτίωση του λόγου RV/LV=0.93. Εξήλθε ασυμπτωματική υπό ριβαροξαμπάνη χωρίς επιδείνωση της νεφρικής της λειτουργίας και χωρίς πτώση Ht. Συμπέρασμα: Το εν λόγω περιστατικό αναδεικνύει τη θέση της διαδερμικής δια-καθετηριακής εμβολεκτομής σε οξεία ΠΕ ακόμα και σε περιστατικά με νεφρική ανεπάρκεια. Η δυνατότητα αποτελεσματικής και ασφαλούς παρέμβασης χωρίς αγγειογραφική εικόνα αποδεικνύει την υπεροχή διενέργειας της μεθόδου σε αιμοδυναμικά εργαστήρια έμπειρων καρδιολογικών κέντρων.

**AA039 | Οξέα αορτικά σύνδρομα και ενδοαγγειακή αποκατάσταση**  
**I. Samiotis<sup>1</sup>, N. Stanitsa<sup>1</sup>, E. Tempelis<sup>1</sup>, P. Dedeillas<sup>1</sup>, N. Schizas<sup>3</sup>,  
G. Nazou<sup>1</sup>, E. Liverakou<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ GENERAL HOSPITAL,

<sup>2</sup> ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΓΓΕΙΩΝ,

<sup>3</sup> ΥΓΕΙΑ HOSPITAL

**Εισαγωγή:** Τα οξέα αορτικά σύνδρομα τύπου A είναι μια δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση που απαιτεί άμεση διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση. Η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση παραμένει η πρώτη επιλογή καθώς τα ποσοστά επιβίωσης συνεχίζουν να βελτιώνονται στη σύγχρονη χειρουργική εποχή. Δυστυχώς, μέχρι το 20% των ασθενών εξαιρούνται από τη χειρουργική αποκατάσταση επειδή θεωρούνται υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου για να υποβληθούν σε αυτή. Η εφαρμογή της ενδοαγγειακής αποκατάστασης της θωρακικής αορτής (TEVAR) άλλαξε τα θεραπευτικά δεδομένα για την παθολογία της αορτής που περιλαμβάνει την κατιούσα θωρακική (τύπου B) αορτή και μπορεί να είναι μια βιώσιμη επιλογή διάσωσης για τους ασθενείς με τύπου A οι οποίοι δεν είναι επιλέξιμοι για ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση. Τα νέα ενδομοσχεύματα και οι νέοι διαγνωστικοί μέθοδοι που εξελίσσονται συνεχώς προσφέρουν μια αξιόπιστη λύση. Υλικό και Μέθοδοι: Μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας για την ενδοαγγειακή αποκατάσταση (TEVAR) της ανιούσας θωρακικής αορτής. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση μεταξύ αυτών των δοκιμών και μιας αναδρομικής μελέτης που έλαβε μέρος στο τμήμα Θώρακος Καρδίας Αγγείων του Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», το οποίο περιελάμβανε δεδομένα όλων των ασθενών με οξέα αορτικά σύνδρομα τύπου A από τον Ιανουάριο 2014 μέχρι και Ιανουαρίου 2024. Μαζί με τα δημογραφικά στοιχεία - ιατρικό ιστορικό και την αξονική αγγειογραφία -CTA έγινε μελέτη για να βρούμε την ομάδα των ασθενών που θα μπορούσαν να υποβληθούν σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση. Αποτελέσματα: μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας και της στατιστικής ανάλυσης των ασθενών μας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση παραμένει η πρώτη επιλογή για την αποκατάσταση, αλλά υπάρχει μία ομάδα ασθενών υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου όπου η ενδοαγγειακή αποκατάσταση (TEVAR) προσφέρει μια εναλλακτική θεραπεία επιλογής. Συμπεράσματα: Η ενδοαγγειακή αποκατάσταση προσφέρει μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Δεδομένου ότι υπάρχουν ακόμη τεχνικά ζητήματα που πρέπει να επιλυθούν, οι νέες τεχνολογικές καινοτομίες και τα νέα μοσχεύματα ειδικά κατασκευασμένα για την ανιούσα αορτή παράσχουν περισσότερες λύσεις για να βρούμε τους καταλλήλους ασθενείς για την ενδοαορτική αποκατάσταση (TEVAR) στα οξέα αορτικά σύνδρομα τύπου A.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

## AA040 | Πού μας βοηθάει η απαγωγή aVR στο ηλεκτροκαρδιογράφημα;

Π. Ζώης<sup>1</sup>, Α. Κρόκος<sup>1</sup>, Α. Κότσια<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>1</sup><sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή** Η απαγωγή aVR στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) 12 απαγωγών πολύ συχνά δεν αξιολογείται αν και μπορεί να παράσχει πλήθος πληροφοριών σε διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις. Σκοπός της παρουσίας είναι η ανασκόπηση των διαφορετικών κλινικών περιπτώσεων στις οποίες τα ευρήματα από την αξιολόγηση της απαγωγής αυτής μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες διαγνωστικές και προγνωστικές πληροφορίες. Μέθοδος Για την παρουσίαση αυτή έγινε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων pubmed. Αποτελέσματα Στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα, όταν παρατηρούνται διάχυτες κατασπάσεις, συνυπάρχουσα ανάσπαση του ST στην aVR μπορεί να προβλέψει νόσο του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας ή νόσο 3 αγγείων με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Σε περιπτώσεις κατώτερου οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI), όταν συνδυάζονται με διαταραχή του ST στην aVR, υπάρχει συσχέτιση με αυξημένη θνητότητα. Στην πνευμονική εμβολή, ανάσπαση του ST στην aVR συσχετίζεται με πτωχότερη πρόγνωση και με μαζική πνευμονική εμβολή. Στην υπερδοσολογία τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών μπορεί να παρατηρηθεί R/S>.7 ή/και R> 3mm στην aVR. Στην οξεία περικαρδίτιδα μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ανάσπαση του PR σε συνδυασμό με κατασπάσεις του PR σε άλλες απαγωγές. Σε περιπτώσεις ταχυκαρδίας με ευρύ QRS η παρατήρηση υψηλών R στην aVR μας κατευθύνει στη διάγνωση της κοιλιακής ταχυκαρδίας ενώ σε περιπτώσεις QS στις κατώτερες απαγωγές, αρχικό R στην aVR μας κατευθύνει σε κατώτερο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) ενώ τελικό R μας κατευθύνει σε πρόσθιο ημισκελικό αποκλεισμό. Συμπέρασμα Η απαγωγή aVR μπορεί να μας δώσει πλήθος πληροφοριών που μας διευκολύνουν στη διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς καθώς επίσης και στην πρόγνωσή του, γι αυτό και κρίνεται σκόπιμη η προσεκτική εκτίμηση της σε κάθε ΗΚΓ.

## AA041 | Αγγειοπλαστική που επιπλέκεται από διάτρηση στεφανιαίου αγγείου

Ν. Κατσιλλής<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Δ. Ζαμπέλης<sup>1</sup>, Κ. Νταλέκου<sup>1</sup>,  
Α. Βασιλειάδου<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, Ν. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>,  
Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup><sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) αποτελεί θεραπεία της στεφανιαίας νόσου. Παρά τα πολυάριθμα οφέλη της, μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές και δυνητικά απειλητικές για την ζωή επιπλοκές κατά την διάρκεια της αγγειοπλαστικής. Η στεφανιαία διάτρηση μπορεί να προκληθεί από σύρμα που εξέρχεται από το αγγείο ή από ρήξη στο αγγείο απότοκο αγγειοπλαστικής με χρήση περιστροφικού αθροτόμου, φαρμακοεκλυσιτός ενδοπρόθροσης ή μπαλονιού όπως στην δική μας περίπτωση. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση, άνδρα ασθενή 77 ετών με γνωστή στεφανιαία νόσο (ΣΝ) II Αγγείων ( PCI->πρόσθιο κατιόντα κλάδο "LAD" προ μηνός, δεξιά στεφανιαία αρτηρία "RCA": 90%) ο οποίος προσήλθε για προγραμματισμένη PCI RCA. Μετά τον καθετηριασμό του αγγείου με καθετήρα JR 4SH (6F), έγινε η προσπέλαση της στένωσης με οδηγό σύρμα. Πραγματοποιήθηκαν προ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

διαστολές με μπαλόνια και εν συνεχεία εμφύτευση 2 εν σειρά φαρμακευτικών ενδοπροθέσεων με αλληλοεπι κάλυψη. Κατά την διάρκεια των μεταδιαστολών έγινε ρήξη του αγγείου που οδήγησε σε αιμοδυναμική κατάρριψη του ασθενούς στα πλαίσια καρδιακού επιπωματισμού. Ακολούθησε επιτυχής επείγουσα περικαρδιοκέντηση και εν συνεχεία εμφύτευση 2 covered stents επιτυχώς με άριστο τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Ο ασθενής μεταφέρθηκε αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός στην Καρδιολογική Μονάδα. Η διάρκεια νοσηλείας του ήταν ανεπίπλεκτη και εξήλθε με σαφείς οδηγίες. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το προαναφερθέν περιστατικό αποτελεί μια ευκαιρία για συνοπτική παρουσίαση και συζήτηση τόσο της διαχείρισης των επιπλοκών κατά την διάρκεια αγγειοπλαστικής όσο και του αιτίου που

προκάλεσε την μείζονα αυτή επιπλοκή. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένου ότι η διάτρηση στεφανιαίας αρτηρίας τύπου III κατά Ellis είναι δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή, η εξοικείωση με τα “βήματα” διαχείρισης αυτής της επιπλοκής:

- Επείγουσα περικαρδιοκέντηση
- Χρήση Covered stents

αποτελούν επιβεβλημένες σωτήριες λύσεις.

## Επεμβατική καρδιολογία I

Πρόεδροι: **Μ. Πιταροκοίλης** (Ηράκλειο), **Α. Πατιαλιάκας** (Χανιά)

Chairpersons: **M. Pitarokoilis** (Heraklion), **A. Patialiakas** (Chania)

**AA042 | Αιμοδυναμική Σύγκριση Διακαθετηριακής έναντι Χειρουργικής Αντικατάστασης Εκφυλισμένης Χειρουργικής Βιοπροσθετικής Αορτικής Βαλβίδας: Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-Ανάλυση**  
**Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Ν. Πυρπυρής<sup>1</sup>, Σ. Σουλαιδόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Μπενέκη<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Φ. Τατάκης<sup>1</sup>, Ε. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Κ. Αζναουρίδης<sup>1</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Η διακαθετηριακή επανεμφύτευση αορτικής βαλβίδας με την τεχνική «βαλβίδας σε βαλβίδα» (ViV-TAVI) έχει πρόσφατα αναδειχθεί ως μια ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική λύση έναντι της επαναληπτικής χειρουργικής επέμβασης (reSAVR) για ασθενείς με εκφυλισμένη, χειρουργικά εμφυτευμένη, βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα. Στόχος της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η σύγκριση των δύο επεμβάσεων όσον αφορά τις υπερηχογραφικές, μετεγχειρητικές παραμέτρους, προκειμένου να αξιολογηθούν συγκριτικά οι αιμοδυναμικές παράμετροι μετά τις δύο επεμβάσεις ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε συστη-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

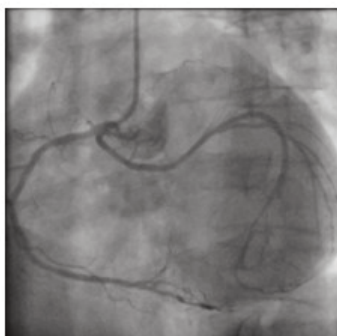
ματική αναζήτηση σε 3 διαφορετικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Web of Science, Scopus). Αφού επιλέχθηκαν όλες οι κατάλληλες μελέτες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), διενεργήθηκε μετα-ανάλυση. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 26 μελέτες. Ο συνολικός πληθυσμός αυτής της ανάλυσης περιελάμβανε 17.581 ασθενείς, εκ των οποίων 9.163 υποβλήθηκαν σε ViV-TAVI και 8.418 σε reSAVR. Η υπερηχογραφική μελέτη μετά την επέμβαση έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ViV-TAVI είχαν μεγαλύτερη μέση κλίση αορτικής βαλβίδας, σε σύγκριση με το σκέλος του χειρουργείου [μέση διαφορά: 0,72, 95% Διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 0,30-1,14]. Επιπλέον, η παραβαλβιδική διαφυγή μετά την παρέμβαση ήταν σημαντικά αυξημένη μετά την ViV-TAVI [Σχετικός κίνδυνος (RR): 2,89, 95%CI: 1,79 έως 4,66]. Τέλος, η ViV-TAVI συσχετίστηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη αναντιστοιχίας ασθενούς-πρόθεσης (PPM) (RR: 1,68; 95%CI: 0,74-3,81), καθώς και για σοβαρή PPM (RR: 1,62; 95%CI: 1,04-2,52). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρούσα μετα-ανάλυση δείχνει ότι η ViV-TAVI οδηγεί σε υποβέλτιστη αιμοδυναμική της βαλβίδας, σε σύγκριση με το χειρουργείο. Καθώς η τεχνολογία των βαλβίδων και των τεχνικών για τις επεμβάσεις ViV εξελίσσεται, οι μελλοντικές επεμβάσεις ViV-TAVI θα πρέπει να στοχεύουν στην καλύτερη δυνατή εμφύτευση βαλβίδας με τη χρήση τέτοιων εργαλείων, προκειμένου να διασφαλιστεί η σωστή λειτουργία, η αιμοδυναμική και η ενδεχομένως και η αυξημένη ανθεκτικότητα της βαλβίδας.

**AA043 | ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΔΙΠΛΗ ΕΝΟΧΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΓΓΕΙΟΥ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

**B. Γόγολας<sup>1</sup>, Π. Μπούνας<sup>1</sup>, Ι. Ρόδης<sup>1</sup>, Ε. Βιλλιώτης<sup>1</sup>, Κ. Τζιάλλας<sup>1</sup>,  
Α. Δαγρέ<sup>1</sup>, Χ. Ολύμπιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών αφορούν ένα μικρό μέρος του στεφανιογραφούμενου πληθυσμού (πιθανότητα γύρω στο 1%). Το 50% σχεδόν αφορά σε ανώμαλη έκφυση της περισπασμένης αρτηρίας από το δεξιό στεφανιαίο κόλπο ή τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Παρ' όλα αυτά, η αναμφισβήτητη δυναμική καταστρωφική τους εκδήλωση και μάλιστα σε φαινομενικά υγιή πληθυσμό, οι δυσκολίες ορισμένες φορές στην ευκρινή αγγειογραφική τους απεικόνιση και τέλος η θεραπευτική τους αντιμετώπιση με αγγειοπλαστική αποτελούν ενδιαφέροντα στοιχεία προβληματισμού. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) με έκτοπη έκφυση στεφανιαίου αγγείου και ανάδειξη διπλής ένοχης βλάβης. Υλικό/Μέθοδος: Άνδρας ασθενής, 51 ετών, διακομίσθηκε από περιφερειακό νοσοκομείο λόγω non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) για περαιτέρω αντιμετώπιση. Ατομικό αναμνηστικό: κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία άνευ αγωγής, ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου στην οικογένεια. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και ασυμπτωμαστικός κατά την άφιξη του στο νοσοκομείο μας. Το ΗΚΓ δεν αναδείκνυε οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις και από τον υπερηχογραφικό έλεγχο καρδιάς διαπιστώθηκε κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 60% χωρίς τμηματικές διαταραχές συστολικής πάχυνσης του μυοκαρδίου. Υποβλήθηκε σε στεφανιογρα-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

φικό έλεγχο με οδό προσπέλασης τη δεξιά κερκιδική αρτηρία ο οποίος ανέδειξε φυσιολογικό πρόσθιο κατιόντα κλάδο, έκτοπη περισπωμένη αρτηρία από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με υπολική στένωση στη μεσότητα της και υπολική στένωση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας στο άπω τμήμα της.

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήθηκαν δύο οδηγά σύρματα ταυτόχρονα μέσω ενός οδηγού καθετήρα Judkinsright 4 6 F. Ακολούθησε ανεπίπλεκτη αγγειοπλαστική των ανωτέρω βλαβών με εμφύτευση δύο ενδοπροθέσεων με καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Συμπεράσματα: Η διενέργεια αγγειοπλαστικής σε στεφανιαίο αγγείο με ανώμαλη έκφυση είναι πρακτικά σπάνια ιδιαίτερα σε περίπτωση ΟΣΣ. Η σωστή επιλογή των υλικών (οδηγοί καθετήρες, σύρματα) είναι υψίστης σημασίας για την αποφυγή επιπλοκών (διαχωρισμοί στομιών). Το ΗΚΓ συχνά δεν είναι αντιπροσωπευτικό της ένοχης βλάβης. Αν και σπάνια τα περιστατικά με ΟΣΣ και υπεύθυνο αγγείο με ανώμαλη έκφυση ελλοχεύουν κινδύνους για ασθενή και επεμβατικό καρδιολόγο, η σωστή επιλογή των υλικών και η χρήση τεχνικών στήριξης βοηθούν στην ομαλή έκβαση αυτών. Όσο κι αν ανατρέξαμε στη διεθνή βιβλιογραφία βρέθηκε μία μόλις παρόμοια περίπτωση.

#### AA044 | Η δραστικότητα των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με ημικρανία και ανοιχτό ωοειδές τρήμα

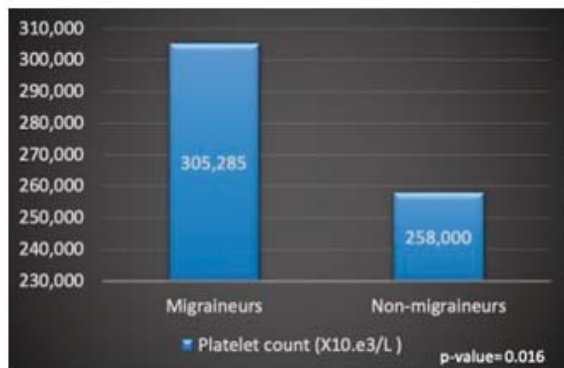
**Ε. Μπενέκη<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Ν. Πυρपुरής<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Π. Κωστάκης<sup>1</sup>, Ε. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, Α. Καλομπάτσου<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Γ. Τζίμας<sup>1</sup>, Ι. Σκαλίδης<sup>2</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Department of Cardiology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

**Εισαγωγή/ Σκοπός** Αρκετές μελέτες παρατήρησης έχουν περιγράψει τη συσχέτιση του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος (Patent Foramen Ovale - PFO) με την εμφάνιση επεισοδίων ημικρανίας. Πιθανοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν την παράδοση εμβολή ή τη δεξιοαριστερή διαφυγή αγγειοδραστικών παραγόντων. Στους ασθενείς με ημικρανία έχει παρατηρηθεί αυξημένη δραστικότητα αιμοπεταλίων, που οδηγεί στην απελευθέρωση φλεγμονωδών παραγόντων, αυξάνοντας περαιτέρω τη σείρα φλεγμονή στον εγκέφαλο και τη μετάδοση του πόνου. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της δραστικότητας των αιμοπε-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ταλίων μεταξύ ασθενών με και χωρίς ημικρανία που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO και η διερεύνηση της επίδρασης της σύγκλισης στα αιμοπετάλια στους ασθενείς με και χωρίς ημικρανία. Υλικό και μέθοδος Στη μελέτη εντάχθηκαν 45 ασθενείς (μέση ηλικία  $48,2 \pm 10,8$  έτη, 48% άνδρες) που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO. 15 ασθενείς παρουσίαζαν επαναλαμβανόμενα επεισόδια ημικρανίας (μέση ηλικία  $46,4 \pm 8,90$  έτη, 86% γυναίκες) ενώ 30 άτομα (μέση ηλικία  $49 \pm 12,32$  έτη, 70% άνδρες)

δεν είχαν ημικρανία. Συγκρίναμε τον μέσο όγκο αιμοπεταλίων (MPV) και τα επίπεδα των αιμοπεταλίων μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ημικρανία. Επιπλέον, μελετήσαμε τη δραστηριότητα των αιμοπεταλίων πριν και μετά τη σύγκλιση PFO στους ασθενείς με ημικρανία, συσχετίζοντας αυτές τις αλλαγές με την ανακούφιση από την ημικρανία, μέσω του ερωτηματολογίου Migraine Disability Assessment (MIDAS) σε διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών. Αποτελέσματα Τα αιμοπετάλια ήταν σημαντικά αυξημένα στους ασθενείς με ημικρανία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ημικρανία ( $305,285 \pm 61,598 \times 10^3/L$  έναντι  $258,000 \pm 56,163 \times 10^3/L$ ,  $p=0.016$ ), αλλά δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο MVP ( $8.94 \pm 0.83$  fl έναντι  $8.99 \pm 0.97$  fl,  $p=0.86$ ). Επιπλέον, δεν υπήρχε σημαντική μεταβολή του αριθμού αιμοπεταλίων και MPV στους ασθενείς με ημικρανία που υποβλήθηκαν σε σύγκλιση PFO ( $p=NS$ ). Όλοι οι ασθενείς με ημικρανία παρουσίασαν μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας των επεισοδίων ημικρανίας μετά την αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, με πλήρη παύση των επεισοδίων ημικρανίας μετά την επέμβαση. Συμπεράσματα Διαπιστώθηκε αυξημένη δραστηριότητα των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με ημικρανία. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στον αριθμό των αιμοπεταλίων και στο MPV πριν και μετά τη σύγκλιση του PFO σε αυτούς τους ασθενείς. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την πλήρη κατανομή της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με ημικρανία και PFO.

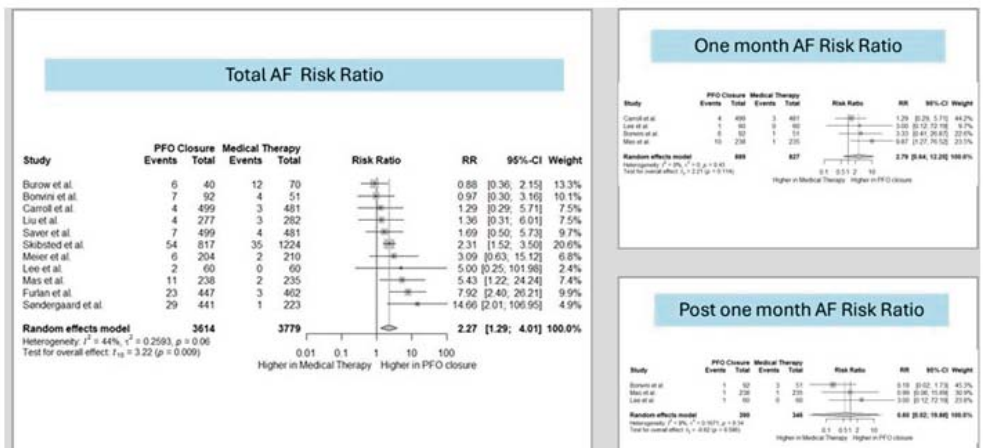
#### AA045 | Διακαθετηριακή σύγκλιση ανοικτού ωοειδούς τρήματος και κίνδυνος εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

**Π. Σπυροπούλου<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Κ. Ζήσιμος<sup>1</sup>, Ε. Κατσιάνος<sup>1</sup>, Ο. Κατσαρού<sup>1</sup>, Κ. Καλογεράς<sup>1</sup>, Ι. Τζίμα<sup>1</sup>, Μ. Ι. Γουναρίδη<sup>1</sup>, Π. Παντελίδης<sup>1</sup>, Α. Γκολιοπούλου<sup>1</sup>, Η. Γαλάφος<sup>1</sup>, Α. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>**

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

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

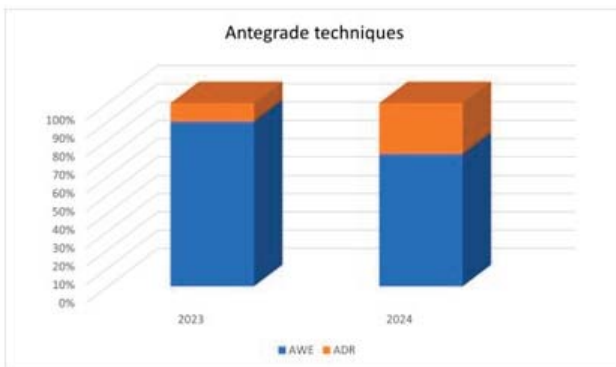
**Εισαγωγή:** Η Διακαθετηριακή σύγκλιση ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής ιδιαίτερα σε ασθενείς με προηγούμενο Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ή χαρακτηριστικά PFO υψηλού κινδύνου και χωρίς προηγούμενο ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Μελετήσαμε τα δεδομένα αναφορικά με την εμφάνιση ΚΜ μετά την διακαθετηριακή σύγκλιση PFO. Μέθοδος Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως σχετικός κίνδυνος (risk ratio, RR) με τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals, CIs) και συγκεντρώθηκαν με βάση ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. Το κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν η επίπτωση της ΚΜ κατά τη διάσπηση παρακολούθησης. Επιπλέον μελετήθηκε η επίπτωση της ΚΜ πρώιμα (1ος μήνας παρακολούθησης) και όψιμα (>1 μήνα παρακολούθησης) Αποτελέσματα Η αρχική βιβλιογραφική αναζήτηση ανέδειξε 5280 μελέτες, εκ των οποίων οι 11 με 7393 ασθενείς (σύγκλιση PFO: 3614, Φαρμακευτική θεραπεία: 3779) πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Η μετα-ανάλυση των μελετών ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ σε άτομα που υπεβλήθησαν σε σύγκλιση PFO (RR: 2.27, 95% CI: 1.29, 4.01,  $p=0.009$ ), με χαμηλή ετερογένεια μεταξύ των μελετών ( $I^2=44\%$ ,  $p=0.06$ ). Το αποτέλεσμα παρέμεινε αμετάβλητο και μετά από την ανάλυση ευαισθησίας με τη χρήση της μεθόδου leave-one-out. Δεν παρατηρήθηκαν ενδείξεις μεροληψίας δημοσίευσης (δοκιμασία Egger's: 0.448, 95% CI -1.08, -1.98,  $p=0.58$ ). Σε ανάλυση μετα-παλινδρόμησης, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων δεν επηρέασε το κύριο καταληκτικό σημείο ( $\beta$ : -0.03, CI: -1.12, 0.05,  $p=0.41$ , residual  $I^2=39\%$ ,  $R^2=6\%$ ). Παρατηρήθηκε τάση μεγαλύτερης επίπτωσης ΚΜ εντός του πρώτου μήνα από τη διενέργεια του PFO συγκριτικά με την ομάδα της φαρμακευτικής θεραπείας (4 μελέτες, RR: 2.79, 95% CI: 0.64-12.25,  $p=0.11$ ). Η επίπτωση της ΚΜ ήταν παρόμοια σε άτομα που υποβλήθηκαν σε σύγκλιση PFO και στην ομάδα της φαρμακευτικής θεραπείας μετά τον πρώτο μήνα παρακολούθησης (3 μελέτες, RR: 0.60, 95% CI: 0.02-19.88,  $p=0.60$ ). Συμπεράσματα: Η Διακαθετηριακή σύγκλιση PFO συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής. Με βάση τα δεδομένα αυτής της μετανάλυσης δεν μπορεί να αποσαφηνιστεί αν αυτός ο κίνδυνος αποδίδεται κυρίως στην αυξημένη εμφάνιση ΚΜ κατά το πρώτο μήνα μετά τη σύγκλιση ή στην αυξημένη επίπτωση ΚΜ συνολικά στη διάρκεια της παρακολούθησης. Ο κίνδυνος ΚΜ δεν φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024AA046 | **Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τη διάνοιξη χρόνιων ολικών αποφράξεων (CTO)****Π. Καλαμάτα<sup>1</sup>, Ν. Πλατογιάννης<sup>1</sup>, Χ. Αρβανιτίδης<sup>1</sup>, Φ. Κατσακιώρης<sup>1</sup>, Δ. Πλατογιάννης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Οι χρόνιες ολικές αποφράξεις αποτελούν το 15-30% του συνόλου των στεφανιαίων αγγείων. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διάνοιξη χρόνιων ολικών αποφράξεων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο στο ΓΝ Τρικάλων. Υλικά και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς από το εργαστήριο μας που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική χρόνιας ολικής απόφραξης από το Φεβρουάριο του 2023 έως το Μάιο του 2024. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν κλινικά και αγγειογραφικά όσον

αναφορά το στεφανιαίο αγγείο που αντιμετωπίστηκε, την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε, την επιτυχία της διαδικασίας και τις ενδονοσοκομειακές επιπλοκές. Αποτελέσματα: Συνολικά διενεργήθηκαν 41 αγγειοπλαστικές σε χρόνιες ολικές αποφράξεις αγγείων σε 37 ασθενείς. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $64 \pm 8,5$  και αφορούσε 33 άνδρες και 4 γυναίκες. Οι χρόνιες ολικές αποφράξεις παρατηρήθηκαν με συχνότητα 46%(19 ασθενείς) στον πρόσθιο κατιόντα(LAD), 42%(17 ασθενείς) στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία(RCA) και 12%(5 ασθενείς) στην περιστεπώμενη αρτηρία(LCx). Η αγγειακή προσπέλαση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μίας κερκιδικής αρτηρίας στο 46%, μέσω και των δύο κερκιδικών αρτηριών(biradial approach) στο 43% και μέσω μίας κερκιδικής και μίας μηριαίας αρτηρίας(radial/femoral approach) στο 11% των ασθενών. Η τεχνική πρόσβασης στο σύνολο των CTO αγγείων ήταν η ορθόδρομη προσπέλαση με το 82% να αποτελεί η ορθόδρομη προσπέλαση με σύρμα(AWE) και το 18% η ορθόδρομη προσπέλαση με διαχωρισμό και επανείσοδο(ADR). Το ποσοστό επιτυχίας των CTO αγγειοπλαστικών είναι 92% ενώ σε τρεις ασθενείς δεν επιτεύχθηκε η διάνοιξη των αγγείων. Όσον αναφορά τις επιπλοκές κατά τη διαδικασία σε δύο ασθενείς παρατηρήθηκε απόφραξη μικρού διαγωνίου κλάδου(τμήμα της CTO) και μικρού οπισθοπλαγίου κλάδου, χωρίς ωστόσο να προκαλείται σύμπτωμα ή αιμοδυναμική αστάθεια. Σε τρεις ασθενείς δημιουργήθηκε ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα μετά από ADR τεχνική που υποχώρησε πλήρως μετά από μερικές εβδομάδες(επαναξιολόγηση με νέα στεφανιογραφία). Τέλος τρώση αγγείου έγινε σε



Angiographic and	Procedural Characteristics
Target vessel:	n (%)
RCA	17 (42.0)
LAD	19 (46.0)
LCx	5 (12.0)
LM	0 (0.0)
Arterial Access:	
Single radial	17 (46.0)
Bi-radial	16 (43.0)
Radio-femoral	4 (11.0)

οπισθοπλαγίου κλάδου, χωρίς ωστόσο να προκαλείται σύμπτωμα ή αιμοδυναμική αστάθεια. Σε τρεις ασθενείς δημιουργήθηκε ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα μετά από ADR τεχνική που υποχώρησε πλήρως μετά από μερικές εβδομάδες(επαναξιολόγηση με νέα στεφανιογραφία). Τέλος τρώση αγγείου έγινε σε

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

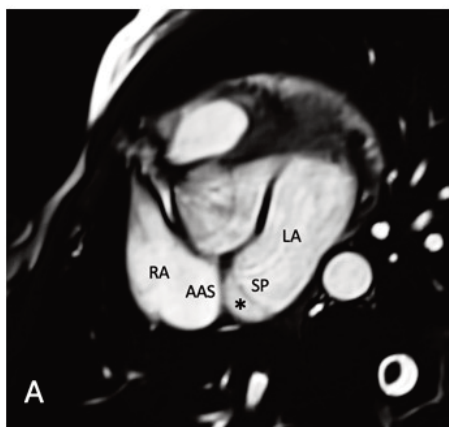
έναν ασθενή σε περιφερικό κλάδο του οπισθοπλαγίου και άμεσα αντιμετωπίστηκε με σύγκλιση μέσω αποκόμματος ασκού μετά από πολλές προσπάθειες με θρόμβο, λίπος και αέρα. Συμπέρασμα: Η διάνοιξη των χρόνιων ολικών αποφράξεων αποτελεί σύμπλοκη παρέμβαση. Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σημαντικά η επιτυχία τους λόγω υιοθέτησης νέων τεχνικών και εξέλιξης των υλικών.

#### AA047 | **Transcatheter Closure of a Double Interatrial Septum post cryptogenic stroke**

**M. Κυριακού<sup>1</sup>, Χ. Ευτυχίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

**Introduction** Double interatrial septum (DIAS) is a rare congenital anomaly often asymptomatic and detected incidentally. However, when coexisting with patent foramen ovale (PFO), it can lead to paradoxical right-to-left shunts and consequent ischemic stroke. Despite the lack of specific management guidelines, transcatheter closure of the interatrial communication should be considered when indicated and beneficial. Case Report A 34-year-old female presented with acute left-sided numbness and weakness. Her medical history included migraines but no cardiovascular disease, and her clinical examination was normal. Brain MRI revealed two small right frontoparietal embolic foci, suggestive of an acute-subacute infarction. To explore the cryptogenic nature of the stroke, a transesophageal echocardiogram (TEE) was performed, revealing a mobile, aneurysmatic interatrial septum and an accessory membrane, indicating two parallel structures with an echo-free interatrial space between them. Color Doppler demonstrated a left-to-right shunt flow, and a significant right-to-left shunt was observed during the Valsalva maneuver. Cardiac MRI confirmed the diagnosis, revealing an aneurysm of the interatrial septum primum and an accessory atrial septum within the left atrium. The patient underwent transcatheter occlusion of PFO and DIAS with a 30mm Occlutech Figulla Flex II PFO device. The



ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

procedure, guided by TEE and fluoroscopy, was completed without complications. Post-closure echocardiography confirmed a stable device with no residual shunt. The patient was prescribed dual antiplatelet therapy for three months and lifelong aspirin therapy, remaining asymptomatic during follow-up. Discussion PFO is prevalent, affecting 25-30% of the population, while DIAS is extremely rare, resulting from incomplete fusion of septum primum and septum secundum during embryonic development. Patients with DIAS may remain asymptomatic or experience cardioembolic events due to a large intra-atrial communication and a paradoxical right-to-left shunt. There is an additional risk of thrombosis within the accessory intraatrial chamber due to blood stasis. Antithrombotic treatment lacks established guidelines, but anticoagulation is reasonable. Given the concurrence with PFO and our patient's recurrent ischemic events, we opted for transcatheter occlusion of both DIAS and PFO. Conclusion DIAS and PFO coexistence in stroke patients warrants careful evaluation for transcatheter occlusion. Advanced imaging is essential for diagnosis and procedural guidance. Further research is needed to optimize management and outcomes.

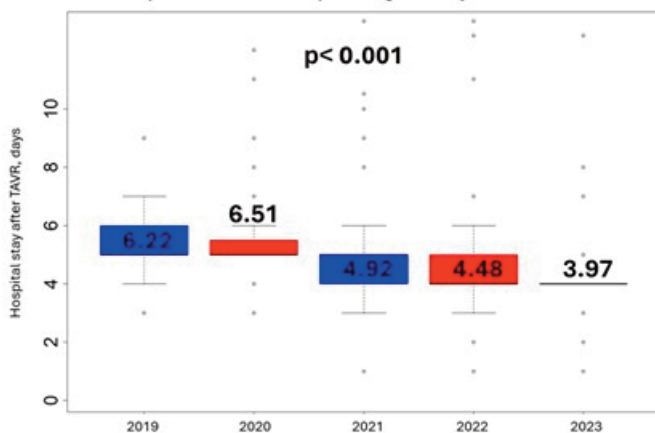
#### AA048 | Propensity-matched comparison of percutaneous versus surgical access for transfemoral transcatheter aortic valve replacement (TAVR)

G. Papadopoulos<sup>1</sup>, V. Ninios<sup>1</sup>, E. Leptopoulos<sup>1</sup>, I. Ninios<sup>1</sup>, K. Papazoglou<sup>1</sup>, K. Konstantinidis<sup>1</sup>, S. Evangelou<sup>1</sup>, A. Ioannides<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2nd Cardiology Department, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

**Introduction/Aim.** Transcatheter aortic valve replacement (TAVR) is a proven treatment for severe aortic stenosis (AS). Transfemoral access is the most prevalent, achieved either via surgical cut-down or percutaneously using various closure devices. This study compares in-hospital outcomes and length of stay between surgical cut-down and fully percutaneous approaches. Materials

Temporal variance of hospital length of stay in the total cohort



and Methods. This retrospective, propensity-matched study reviewed the medical records of all patients who underwent transfemoral TAVR at our center between January 2019 and December 2023. The outcomes were evaluated according to the VARC-2 consensus criteria. Results. The study included 251 TAVR patients, comprising 77 propensity score-matched pairs (55% female), with a median age of 80 years (IQR 11 years). Patients who underwent surgical cut-down experienced fewer vascular

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Table 1. In-hospital outcomes of transfemoral TAVR matched patients.

Characteristic	Overall, N = 154 <sup>1</sup>	Percutaneous, N = 77	Surgical cut-down, N = 77	p-value <sup>2</sup>
Death	7 / 154 (4.5)	7 / 77 (9.1)	0 / 77 (0)	<0.001
MI	0 / 154 (0)	0 / 77 (0)	0 / 77 (0)	>0.9
Stroke	3 / 154 (2.0)	3 / 77 (3.9)	0 / 77 (0)	0.02
Blinding				<0.001
Minor	23 / 154 (15)	22 / 77 (29)	1 / 77 (1.4)	
Major	5 / 154 (3.3)	5 / 77 (6.5)	0 / 77 (0)	
Life-Threatening	5 / 154 (3.3)	5 / 77 (6.5)	0 / 77 (0)	
Transfusion, Blood units				<0.001
1	46 / 154 (30)	32 / 77 (39)	14 / 77 (18)	
2	26 / 154 (17)	21 / 77 (25)	5 / 77 (6)	
3	13 / 154 (8)	7 / 77 (8.4)	5 / 77 (6)	
4	3 / 100 (2)	3 / 77 (3.6)	0 / 77 (0)	
AKI stages				>0.9
I	26 / 85 (31)	23 / 77 (30)	3 / 8 (38)	
II	5 / 85 (5.9)	5 / 77 (6.5)	0 / 8 (0)	
III	6 / 85 (7.1)	6 / 77 (7.8)	0 / 8 (0)	
IIIb	1 / 85 (1.2)	1 / 77 (1.3)	0 / 8 (0)	
Vascular complications				<0.001
Minor	3 / 154 (2)	2 / 77 (3)	1 / 77 (1)	
Major	5 / 154 (3)	5 / 77 (6)	0 / 77 (0)	
Arrhythmias				
AF	15 / 154 (9)	15 / 77 (19)	0 / 77 (0)	<0.001
Pacemaker	15 / 154 (9.8)	15 / 77 (19)	0 / 77 (0)	<0.001
PVL				0.5
Trace	56 / 154 (36)	27 / 77 (35)	29 / 77 (38)	
Mild	84 / 154 (55)	46 / 77 (60)	38 / 77 (49)	
Moderate	13 / 154 (8)	3 / 77 (3.9)	10 / 77 (13)	
Severe	1 / 85 (1.2)	1 / 77 (1.3)	0 / 77 (0)	

<sup>1</sup> n / N (%); <sup>2</sup> Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Abbreviations: MI: Myocardial infarction, AKI: Acute kidney injury, AF: Atrial fibrillation, PVL: Paravalvular leak

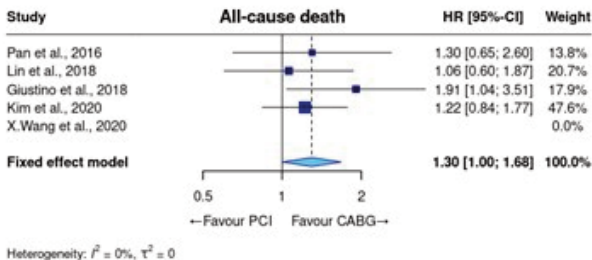
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

complications, bleeding episodes, and transfusions. There were no reported cases of death, stroke, atrial fibrillation, or need for a pacemaker in this group, and the incidence of paravalvular leakage (PVL) was lower (Table 1). Since 2021, femoral artery access has exclusively been via surgical cut-down. Over the years, there has been a decrease in the average number of hospitalization days across the entire cohort. This reduction became more notable after 2021 with the adoption of the surgical approach. The mean hospitalization days were  $6.40 \pm 6.46$  for the percutaneous group and  $4.34 \pm 1.61$  for the surgical group (Figure 1,  $p < 0.001$ ). Conclusions. Surgical cut-down for TAVR femoral access yields superior outcomes and shorter hospital stays than percutaneous methods.

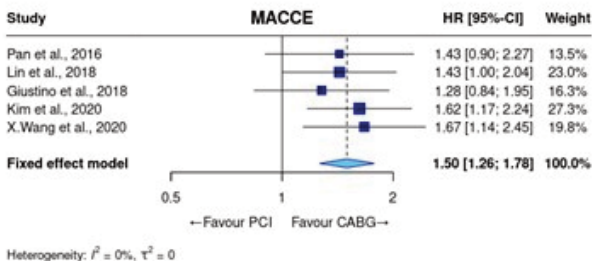
### AA049 | Σύγκριση της διαδερμικής αγγειοπλαστικής με την αορτοστεφανιαία παράκαμψη σε ασθενείς με νόσο του στελέχους και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας

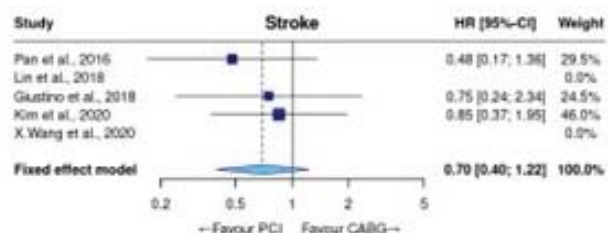
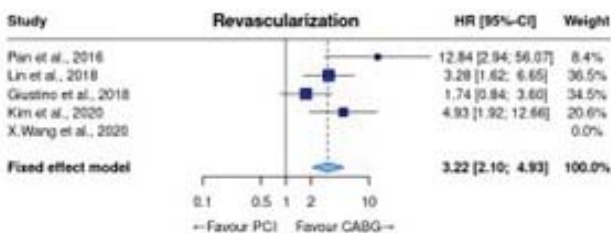
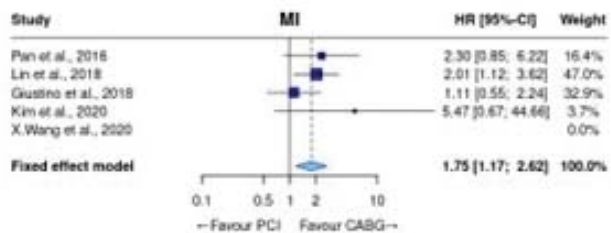
**Ι. Παλαμάς<sup>1</sup>, Κ. Καλογεράς<sup>1</sup>, Π. Παντελίδης<sup>1</sup>, Ε. Γ. Ζακυνθινός<sup>1</sup>, Α. Λυσάνδρου<sup>1</sup>, Α. Γκολιοπούλου<sup>1</sup>, Ο. Κατσαρού<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ



**Εισαγωγή/σκοπός:** Η διαδερμική αγγειοπλαστική (PCI) και η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (LMCAD). Συχνή συννοσηρότητα των ασθενών αυτών είναι η χρόνια νεφρική νόσος (CKD), η οποία περιπλέκει τη LMCAD επιταχύνοντας την αθηρωμάτωση και επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητα των θεραπειών επαναγγείωσης. Λίγες μελέτες αναλύουν αυτήν την υποκατηγορία ασθενών. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι να συγκριθούν οι δύο θεραπείες επαναγγείωσης σε ασθενείς με LMCAD και CKD. Υλικά και μέθο-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

καρδιακά και εγκεφαλικά συμβάντα (Hazard Ratio: 1,50, 95% CI: 1,26-1,78,  $p < 0,001$ ), περισσότερα επεισόδια εμφράγματος του μυοκαρδίου (Hazard Ratio: 1,75, 95% CI: 1,17-2,62,  $p = 0,01$ ) και συχνότερη επαναγγείωση (Hazard Ratio: 3,66, 95% CI: 1,84-7,30,  $p < 0,001$ ). Δεν παρουσιάστηκε καμία διαφορά όσον αφορά τα ποσοστά των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (Hazard Ratio: 0,70, 95% CI: 0,40-1,22,  $p = 0,21$ ) (Εικόνα 1 και 2). Συμπεράσματα: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με LMCAD και CKD που υποβάλλονται σε PCI παρουσιάζουν δυσμενέστερη πρόγνωση σε σχέση με την CABG παρουσιάζοντας περισσότερα επεισόδια θανάτου από οποιαδήποτε αιτία και μείζονα δυσμενή καρδιακά και εγκεφαλικά συμβάντα. Αναλύοντας αυτά παρουσιάζουν περισσότερα επεισόδια εμφράγματος του μυοκαρδίου, αυξημένη συχνότητα επαναγγείωσης, αλλά συγκρίσιμο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Για την περαιτέρω καθοδήγηση και επιλογή της κατάλληλης μεθόδου επαναγγείωσης σε αυτόν τον υψηλού κινδύνου πληθυσμό απαιτούνται περαιτέρω καλά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

δοί: Αναζητήθηκαν άρθρα στην PubMed και στην CENTRAL με τους όρους: «PCI», «CABG», «LMCAD» και «CKD», συμπεριλαμβανομένων όλων των εναλλακτικών ορθογραφιών και παραλλαγών. Ως πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ορίστηκαν τα μείζονα δυσμενή καρδιακά και εγκεφαλικά συμβάντα (MACCE) και θάνατος από κάθε αιτία (All-cause death), και ως δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία το έμφραγμα του μυοκαρδίου (MI), η επαναγγείωση (Revascularization) και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Stroke). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο RStudio. Αποτελέσματα: Από τα 767 άρθρα που ανακτήθηκαν, 5 τηρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής, συμπεριλαμβάνοντας 2.337 ασθενείς με LMCAD και CKD που αντιμετωπίστηκαν με PCI ή CABG. Η ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI παρουσίασαν δυσμενέστερη έκβαση όσον αφορά τον θάνατο από όλα τα αίτια (Hazard Ratio: 1,30, 95% CI: 1,00-1,68,  $p=0,05$ ), περισσότερα μείζονα δυσμενή



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024AA050 | **Μελέτη RECALL: Ανατομία στεφανιαίας κυκλοφορίας - αγγειογραφική ανάλυση**

**Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Παγιάντζα<sup>1</sup>, Β. Κορδαλής<sup>1</sup>, Ι. Τσομπανίδου<sup>1</sup>,  
Α. Σεμερτζίδου-Τολόγκου<sup>1</sup>, Ε. Θανασά<sup>1</sup>, Α. Θωμάς<sup>1</sup>, Α. Διαμαντοπούλου<sup>1</sup>,  
Γ. Διβίδης<sup>1</sup>, Ι. Μπικάκης<sup>1</sup>, Π. Γουργιώτης<sup>1</sup>, Σ. Φ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>,  
Α. Νικητόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κουπαράνης<sup>1</sup>,  
Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η ανάλυση των ανατομικών χαρακτηριστικών και των ιδιαιτεροτήτων της στεφανιαίας κυκλοφορίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη ανάλυσης στεφανιογραφιών από ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό κατά τα έτη 2019-2024. Στη μελέτη εντάχθηκαν δειγματοληπτικά ενήλικοι ασθενείς και των δύο φύλων που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό (στεφανιογραφία ή/ και αγγειοπλαστική) για οποιαδήποτε ένδειξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 3500 στεφανιογραφίες (2640 άνδρες και 860 γυναίκες). Τα ανατομικά χαρακτηριστικά, ταξινομημένα σε διάφορες κατηγορίες, φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

	Σύνολο ασθενών (n=3500)
<b>Φύλο</b>	Γυναίκες 860 (24,6%) Ανδρες 2640 (75,4%)
<b>Επικρατών τύπος στεφανιαίας κυκλοφορίας (n=2551)</b>	Δεξιός 2219 (86,9%) Αριστερός 221 (8,6%) Συνεπικρατών 111 (4,5%)
<b>Παρουσία διάμεσου κλάδου (intermediate branch) (n=2782)</b>	114 (4,1%)
<b>Παρουσία μυοκαρδιακής γέφυρας συνολικά (n=2780)</b>	58 (2%)
<b>Αγγειακή κατανομή μυοκαρδιακής γέφυρας (n=58)</b>	LAD 51 (88%) LCx 4 (7%) RCA 3 (5%) LM 0 (0%)

Συμπεράσματα: Ο δεξιός επικρατών τύπος στεφανιαίας κυκλοφορίας, που είναι και ο συνηθέστερος βιβλιογραφικά, παρουσιάζει υψηλή συχνότητα στο δείγμα μας. Η παρουσία μυοκαρδιακής γέφυρας ήταν σπάνιο εύρημα (στο 2% των ασθενών) και συχνότερη στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

### AA051 | Διερεύνηση της ασφάλειας της διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας στην ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

**N. Κτενόπουλος<sup>1</sup>, A. Αποστολός<sup>1</sup>, A. Καρανάσος<sup>2</sup>, M. Δρακοπούλου<sup>1</sup>, O. Κατσαρός<sup>1</sup>, M. Καρμπαλώτη<sup>1</sup>, I. Καχριμανίδης<sup>1</sup>, Γ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Γ. Μπενέτος<sup>1</sup>, Σ. Τσαλαμανδράς<sup>3</sup>, A. Συνετός<sup>1</sup>, Γ. Λάτσιος<sup>1</sup>, K. Αγγέλη<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>, K. Τούτουζας<sup>1</sup>**

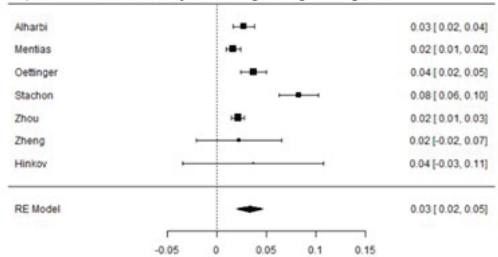
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

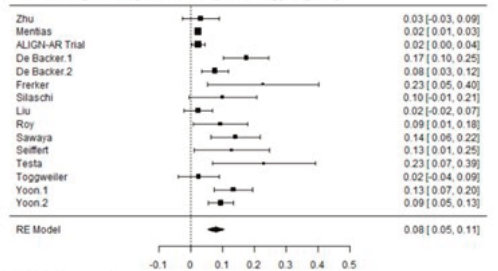
<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Παρόλο που η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (Transcatheter Aortic Valve Implantation-TAVI) κερδίζει συνεχώς έδαφος στη διαχείριση της σοβαρής αορτικής στένωσης (ΑΣ), τα στοιχεία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της σε ασθενείς με αμιγή ανεπάρκεια αορτικής (Aortic regurgitation-AR) παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η συστηματική ανασκόπηση και σύνοψη των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της TAVI σε αμιγή AR. 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 για αμιγή AR. Το κύριο καταληκτικό σημείο είναι τα ποσοστά θνητότητας ενδονοσοκομειακά, στις 30-ημέρες και στο 1-έτος. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία συμπεριλαμβάνουν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), τα μείζονα αιμορραγικά επεισόδια και την ανάγκη εμφύτευσης μόνιμου τεχνητού βηματοδότη (MTB) ενδονοσοκομειακά. Υπολογίστηκε η αθροιστική επίπτωση των πρωτογενών και δευτερογενών καταληκτικών σημείων και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence interval-CI). Ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων (DerSimonian-Laird) χρησιμοποιήθηκε για να λη-

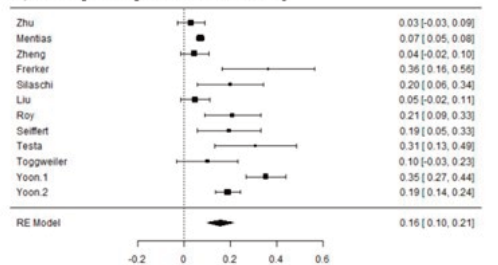
#### A) Ενδονοσοκομειακή θνητότητα



#### B) Θνητότητα στις 30-ημέρες



#### Γ) Θνητότητα στο 1 έτος



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

φθεί υπόψη η ετερογένεια μεταξύ των μελετών που συμπεριελήφθησαν. Αποτελέσματα: Η μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε συνολικά 22 μελέτες και 6.710 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI για αμιγή AR. Η ανάλυσή μας έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI για αμιγή AR είχαν θνησιμότητα 3,4% (95%CI:2%-4,7%), 7,9% (95%CI:5,2%-10,6%) και 15,5% (95%CI:9,9%-21,2%) ενδονοσοκομειακά, στις 30 ημέρες και στο 1 έτος, από κάθε αιτία. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ενδονοσοκομειακά εμφανίστηκε στο 1,9% (95%CI:1,5%-2,2%) των ασθενών, ενώ το 4,9% (95%CI:3,3%-6,6%) των ασθενών εμφάνισε μείζονα αιμορραγικά επεισόδια. Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά ανάγκης εμφύτευσης MTB, οι ασθενείς είχαν 10,7% (95%CI:7,4%-13,9%) ενδονοσοκομειακή επίπτωση. Συμπέρασμα: Η συστηματική αυτή ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μας δείχνει ένα πολλά υποσχόμενο προφίλ ασφάλειας για τη TAVI ως θεραπευτική μέθοδο στην αμιγή AR. Ανεδείχθη σχετικά χαμηλή ενδονοσοκομειακή επίπτωση θνησιμότητας, όπως επίσης και στις 30 ημέρες και στο 1 έτος, συγκρίσιμες με τη TAVI στη σοβαρή ΑΣ, βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η TAVI για αμιγή AR μπορεί να είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή για έναν όλο και αυξανόμενο αριθμό ασθενών, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την εις βάθους αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της μεθόδου αυτής.

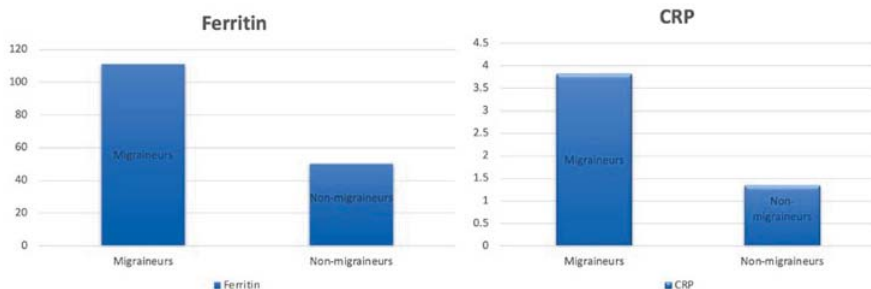
**AA052 | Συσχέτιση φλεγμονωδών παραγόντων με την ημικρανία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή σύγκλιση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος**

**E. Μπενέκη<sup>1</sup>, K. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, N. Πυρπυρής<sup>1</sup>, Π. Κωστάκης<sup>1</sup>, E. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, A. Σακαλίδης<sup>1</sup>, A. Καλομπάτσου<sup>1</sup>, Γ. Τζίμας<sup>2</sup>, I. Σκαλίδης<sup>2</sup>, K. Αγγέλη<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Department of Cardiology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας των επεισοδίων ημικρανίας μετά τη διακαθετηριακή σύγκλιση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος (patent foramen ovale - PFO) έχει περιγραφεί σε αρκετές προοπτικές μελέτες. Το PFO πιθανόν λειτουργεί ως αγωγός αγγειοδραστικών παραγόντων στην εγκεφαλική κυκλοφορία προκαλώντας ημικρανία. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση των φλεγμονωδών παραγόντων μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ημικρανία και η διερεύνηση της επίδρασης της σύγκλισης PFO στους φλεγμονώδεις παράγοντες και στην ημικρανία. Υλικό και μέθοδος 45 ασθενείς (μέση ηλικία 48.2 ± 10.8 έτη, 48% άνδρες) που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO εντάχθηκαν στην μελέτη. 15 ασθενείς ανέφεραν επαναλαμβανόμενα επεισόδια ημικρανίας (μέση ηλικία 46.4 ± 8.90 έτη, 86% γυναίκες) ενώ 30 (μέση ηλικία 49 ± 12.32 έτη, 70% άνδρες) δεν παρουσίαζαν ημικρανία. Τα επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων (WBC), C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), φερριτίνης, δ-διμερών και ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) συγκρίθηκαν μεταξύ των ατόμων με και χωρίς ημικρανία. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε η μεταβολή φλεγμονωδών δεικτών μετά τη σύγκλιση PFO στα άτομα με ημικρανία και συσχετίστηκαν αυτές οι αλλαγές με τη βελτίωση ημικρανίας, χρησιμοποιώντας το Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS) σε μια περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών. Αποτελέσματα Τα επίπεδα WBC , δ-διμερών και ΤΚΕ ήταν

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

παρόμοια μεταξύ των ασθενών με ημικρανία και χωρίς ημικρανία ( $6.583 \pm 2.251 \times 10^3$  u/L vs  $6.115 \pm 1.958 \times 10^3$  u/L;  $P= 0,48$ ;  $0,54 \pm 0,49$  μg/L vs  $0,45 \pm 0,29$  μg/L;  $P= 0,49$ ;  $23,08 \pm 16,68$  mm vs  $18,51 \pm 14,98$  mm;  $P=0,402$ , αντίστοιχα). Η CRP και φερριτίνη ήταν σημαντικά αυξημένες σε ασθενείς με ημικρανία συγκριτικά με άτομα χωρίς ημικρανία ( $3,82 \pm 1,87$  mg/L vs  $1,34 \pm 1,52$  mg/L;  $P= 0,037$  και  $111,21 \pm 82,70$  ng/ml vs  $50,12 \pm 47,9$  ng/ml;  $P= 0.023$ , αντίστοιχα) (Εικόνα 1). Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή των φλεγμονωδών δεικτών μετά τη σύγκριση στα άτομα με ημικρανία. Τέλος, όλοι οι ασθενείς ανέφεραν παύση της ημικρανίας μετά την επέμβαση. Συμπεράσματα Διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα CRP και φερριτίνης στα άτομα με ημικρανία ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στους φλεγμονώδεις παράγοντες μετά τη σύγκριση στους ασθενείς με ημικρανία. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση της ημικρανίας. Λόγω του μικρού δείγματος της μελέτης, περισσότερες μελέτες απαιτούνται για τη διερεύνηση της σύγκρισης PFO σε συγκεκριμένους φαινοτύπους ημικρανίας.

### AA053 | Σύγκριση δεικτών ηρεμίας και υπεραϊμίας στην αξιολόγηση των στεφανιαίων στενώσεων

**E. Sideras, C. Marakas<sup>1</sup>, E. Kladou<sup>1</sup>, E. Skalidis<sup>1</sup>, S. Petousis<sup>1</sup>, E. Zacharis<sup>1</sup>, D. Lempidakis<sup>1</sup>, M. Pitarokilis<sup>2</sup>, K. Xatzinikolaou<sup>1</sup>, N. Poulidakis<sup>1</sup>, M. Smaragdaki<sup>1</sup>, N. Rogdakis<sup>1</sup>, G. Kochiadakis<sup>1</sup>, M. Chamilos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) και η στιγμιαία εφεδρεία ροής (iFR-instantaneous wave-free ratio) είναι δυο καθιερωμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται ευρέως στα αιμοδυναμικά εργαστήρια, προκειμένου να αξιολογηθεί η σοβαρότητα των ενδιάμεσων στενώσεων που βρίσκονται στο στεφανιογραφικό έλεγχο. Το iFR εκτιμάται χωρίς τη χρήση υπεραϊμίας και θεωρητικά δεν επηρεάζεται από αυτήν. Σκοπός Στόχος της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση της τιμής του iFR μετά από υπεραϊμία (h-iFR) με το FFR και το iFR σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαίο σύνδρομο και ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεις. Υλικά και Μέθοδος Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 94 ασθενείς (94 στενώσεις), που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Οι με-

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

τρήσεις έγιναν με Volcano Pressure Wire. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR, το iFR και το h-iFR. Αποτελέσματα Η μέση τιμή από τις μετρήσεις του h-iFR ήταν  $0,76 \pm 0,09$ . Οι αντίστοιχες τιμές για το FFR ήταν  $0,82 \pm 0,06$  και για το iFR  $0,90 \pm 0,05$ . Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τιμών post-iFR με το FFR ( $r=0,75$ ,  $p<0,001$ ) και σημαντική επίσης συσχέτιση με το iFR ( $r=0,71$ ,  $p<0,001$ ). Παράλληλα υπήρξε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις του iFR σε σχέση με αυτές του h-iFR [ $t(93)=21$ ,  $p<0,001$ ]. Συμπεράσματα Ο δείκτης h-iFR εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το FFR και με το iFR όπως αναμενόταν. Οι τιμές του όμως διέφεραν σημαντικά από το iFR, υποδεικνύοντας ότι το iFR στην πράξη επηρεάζεται σημαντικά από υπεραιμικούς παράγοντες.

**AA054 | Προγνωστική αξία των δεικτών χειρουργικού κινδύνου σε ασθενείς μετά από διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας**  
**Δ. Κυριακοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Δ. Τζάλας<sup>1</sup>,  
 Η. Ν. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Λ. Παππάς<sup>1</sup>, Δ. Σταλίκας<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**

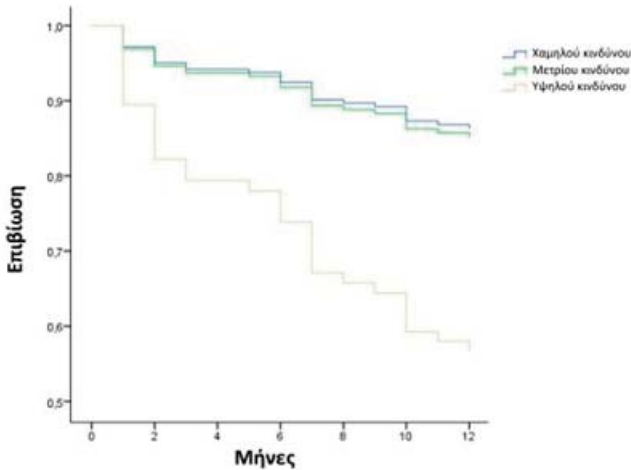
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Η διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR) αποτελεί αξιόπιστη εναλλακτική της χειρουργικής αντικατάστασης σε συμπτωματικούς ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας. Το EuroScore II (ES II) και το The Society of

Χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR

	Σύνολο ασθενών n=140	Low risk n=28	Moderate risk n=76	High risk n=36	p-value
Ηλικία, διάμεση τιμή (IQR)	82,5 (76-87)	76 (69,3-82,7)	83 (77-87)	83,5 (77-88)	<b>0,001</b>
Άνδρες, n (%)	69 (49,3)	13 (46,4)	37 (48,7)	19 (52,8)	0,870
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	58 (41,4)	10 (35,7)	29 (38,2)	19 (52,8)	0,269
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	101 (73,6)	19 (67,9)	62 (81,6)	22 (61,1)	0,055
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	102 (72,9)	17 (60,7)	54 (71,1)	31 (86,1)	0,067
Κάπνισμα, n (%)	56 (40)	11 (39,3)	31 (41,3)	14 (38,9)	0,963
Στεφανιαία νόσος, n (%)	83 (57,3)	10 (35,7)	42 (55,3)	31 (86,1)	<b>0,001</b>
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	88 (62,9)	10 (35,7)	48 (63,2)	30 (83,3)	<b>0,001</b>
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	53 (37,9)	6 (21,4)	26 (34,2)	21 (58,3)	<b>0,007</b>
ΧΑΠ, n (%)	36 (25,7)	10 (35,7)	18 (23,7)	8 (22,2)	0,395
Περφερική αγγειοπάθεια, n (%)	41 (29,3)	4 (14,3)	23 (30,3)	14 (38,9)	0,096
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	55 (45-55)	55 (55-60)	55 (45,7-55)	45 (30-50)	<b>0,002</b>
EuroScore II, διάμεση τιμή (IQR)	5,76 (4-9)	3,10 (2,31-2,96)	5,45 (4,56-7,09)	12,3 (10-15,1)	<b>0,001</b>
STS score, διάμεση τιμή (IQR)	4,26 (2,80-5,84)	2,39 (1,52-2,98)	4,18 (3,06-4,91)	7,84 (5,97-11,5)	<b>0,001</b>

TAVR: διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, IQR: διατετραγωνικό διάστημα, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, LVEF: κλάσμα εξώθησης αορτικής κοιλίας

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Thoracic Surgeons score (STS) θεωρούνται οι πιο αξιόπιστοι δείκτες διαστρωμάτωσης του χειρουργικού κινδύνου, με ασαφή ωστόσο προγνωστικό ρόλο στους ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των STS score και ES II στη θνητότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVR. Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας που υποβλήθηκαν σε TAVR το διάστημα από το Σεπτέμβριο 2018 έως Ιούνιο 2023 στο ΓΝΑ «Ευαγγελι-

σμός». Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε χαμηλού, μετρίου και υψηλού κινδύνου βάσει των υπολογιζόμενων STS και ES II, με όρια: < 4%, 4-8% και >%, αντιστοίχως. Ως καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ολική θνητότητα στο ένα έτος. Αποτελέσματα: Συνολικά περιλήφθηκαν 140 ασθενείς στη μελέτη. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 82,5 έτη και το 49,3% ήταν άνδρες. Η διάμεση τιμή STS και ES II ήταν 4,26 (2,80-5,84) και 5,76 (4-9), αντιστοίχα. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν στην ομάδα χαμηλού, μετρίου και υψηλού κινδύνου σε ποσοστά 20%, 54,3% και 25,7%, αντιστοίχα. Η θνητότητα στο ένα έτος βρέθηκε 21.4% (n=30). Οι ασθενείς στην ομάδα υψηλού κινδύνου είχαν μεγαλύτερη ηλικία και παρουσίαζαν πιο συχνά στεφανιαία νόσο, χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, κοιλιακή μαρμαρυγή και νεφρική δυσλειτουργία συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες (χαμηλού και μετρίου κινδύνου). Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι οι ασθενείς υψηλού κινδύνου είχαν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας στο ένα έτος (HR:3,85 95%CI:1,04-14,2, p=0,043). Συμπεράσματα: Μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVR, οι ασθενείς υψηλού κινδύνου με βάση τους συμβατικούς δείκτες χειρουργικού κινδύνου παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας στο ένα έτος. Παρόλα αυτά, καθώς όλο και περισσότεροι ασθενείς χαμηλότερου κινδύνου με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας αντιμετωπίζονται διακαθετηριακά, προκύπτει η ανάγκη νέων δεικτών διαστρωμάτωσης κινδύνου.

#### AA055 | Η Επίδραση των Χρόνιων Ολικών Αποφράξεων στα Αποτελέσματα της Διακαθετηριακής Αντικατάστασης της Αορτικής Βαλβίδας: Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-Ανάλυση

Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Ν. Πυρπυρής<sup>1</sup>, Σ. Σουλαιδόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Μπενέκη<sup>1</sup>, Ε. Δρη<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Α. Βάκκα<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Α. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Κ. Αζναουρίδης<sup>1</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσία χρόνιων ολικών αποφράξεων (CTO) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθητηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI) θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση των ασθενών μετά από TAVI. Το βέλτιστο χρονικό σημείο για την επαναγγείωση της CTO πριν ή μετά την TAVI δεν έχει ακόμη καθοριστεί. Η παρούσα μετα-ανάλυση αποσκοπεί στη διερεύνηση του κατά πόσον η παρουσία CTO μεταβάλλει σημαντικά την έκβαση ασθενών που υποβάλλονται σε TAVI. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση από την έναρξη έως τον Φεβρουάριο του 2024. Αφού επιλέχθηκαν όλες οι κατάλληλες μελέτες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), διενεργήθηκε μετα-ανάλυση. Τα κλινικά αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ των ομάδων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριλάβαμε 6 μελέτες, με συνολικό πληθυσμό 14.308 ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVI [ασθενείς με CTO (n=6.405) και χωρίς (n=7.903)]. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή [Σχετικός κίνδυνος (RR): 1,13; 95% Διάστημα εμπιστοσύνης (95%CI): 0,86-1,48] και τη ολική θνησιμότητα στον έναν χρόνο (RR: 1,55; 95%CI: 0,79-3,04). Οι ασθενείς με CTO παρουσίασαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά εμφράγματος του μυοκαρδίου (MI) (RR: 1,28, 95%CI: 1,08-1,52). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές όσον αφορά το καρδιογενές σοκ (RR: 1,18, 95%CI: 0,97-1,44), τη εμφύτευση βηματοδότη (RR: 1,04, 95%CI: 0,78-1,39), την οξεία νεφρική βλάβη (RR: 1,04, 95%CI: 0,86-1,26) ή τα αιμορραγικά συμβάντα (RR: 0,99, 95%CI: 0,89-1,10). **Συμπέρασμα:** Η παρουσία CTO δεν σχετίζεται με βραχυπρόθεσμη ή μεσοπρόθεσμη αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI, ωστόσο σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφράγματος του μυοκαρδίου. Επομένως, τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν μια μέτρια επίδραση της χρόνιας ολικής απόφραξης στην έκβαση και τη θνησιμότητα των ασθενών μετά από TAVI, η οποία, ωστόσο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

#### AA056 | Έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST σε ασθενή με ανώμαλη έκφυση της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από τον δεξιό στεφανιαίο κόλπο

**E. Δούκη<sup>1</sup>, A. Νασουφίδου<sup>1</sup>, Γ. Ζορμπάς<sup>1</sup>, A. Σαμαράς<sup>1</sup>, Π. Σταχτέας<sup>1</sup>, E. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, N. Φραγκάκης<sup>1</sup>, Γ. Κασίμης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Η ανώμαλη προέλευση της αριστερής κύριας στεφανιαίας αρτηρίας (LMCA) από τον δεξιό στεφανιαίο κόλπο είναι μια σπάνια κατάσταση και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρών ανεπιθύμητων καρδιακών συμβάντων, συμπεριλαμβανομένου αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, και δημιουργεί σημαντικές προσκλήσεις στις στρατηγικές επαναγγείωσης. ΥΛΙΚΟ και ΜΕΘΟΔΟΙ Παρουσιάζουμε περίπτωση 50χρονου, υπέρτασικού, καπνιστή, με έμφραγμα του μυοκαρδίου κατωτέρου τοιχώματος με ανάσπαση του ST διαστήματος, που αντιμετωπίστηκε με πρωτογενή αγγειοπλαστική της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) (Εικόνα 1Α-1C). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Στην κλασική στεφανιογραφία απεικονίστηκε ανώμαλη έκφυση της LMCA από τον δεξιό στεφανιαίο κόλπο και κοινό στόμιο αυτής με τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (Εικόνα 1Α-1C). Στην αξονική στεφανιογραφία (CTCA) επιβεβαιώθηκε η ανώμαλη έκφυση της LMCA, η οποία στη συνέχεια διέρχεται μπροστά από την πνευμονική αρτηρία και διακλαδίζεται σε έναν πρόσθιο κατιόντα κλάδο μικρού διαμετρήματος και στην αριστερή περισπώμενη αρτη-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ρία (Εικόνα 1D-1G). Καθώς το αγγείο διασχίζει τη δεξιά κοιλία προς τα εμπρός δεν υπάρχουν σημαντικές αιμοδυναμικές συνέπειες (Εικόνα 1G). Αυτή η στεφανιαία ανωμαλία θεωρείται καλοήθης, καθώς δεν επικρατεί σε ασθενείς με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο και δεν υπάρχει παθοφυσιολογική βάση για ισχαιμία του μυοκαρδίου, εκτός από την παρουσία συνοδού αθηροσκλήρωσης, απόρροια παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, όπως στην περίπτωση μας. Επιπλέον, ανατομικά χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου όπως σχισμοειδές στόμιο, οξεία γωνία έκφυσης, μεσοαρτηριακή ή ενδομυϊκή πορεία δεν αναγνωρίστηκαν. ΣΥΜΠΕΡΑ-

ΣΜΑΤΑ Ενώ η συμβατική αγγειογραφία έχει περιορισμούς, η CTCA επιτρέπει την ακριβή απεικόνιση μιας ανώμαλης έκφυσης, πορείας και σχέσης μιας στεφανιαίας αρτηρίας με τις καρδιακές δομές και τις άλλες στεφανιαίες αρτηρίες. Η CTCA θα πρέπει να πραγματοποιείται ακόμη και μετά από επιτυχή επαναγγείωση για την ανίχνευση κακοήθους, εάν υπάρχει, ανώμαλης στεφανιαίας προέλευσης από τον αντίθετο κόλπο του Valsalva. Οι ασθενείς που ανακαλύφθηκε ότι έχουν ανώμαλη στεφανιαία προέλευση χωρίς διααρτηριακή πορεία, όπως στον ασθενή μας, θα πρέπει να καθυστερούνται για την καλοήγη φύση αυτής της κατάστασης και δεν απαιτείται ειδική θεραπεία ή παρακολούθηση.

#### AA057 | Χρήση συσκευών μηχανικής υποστήριξης αριστεράς κοιλίας σε υψηλού ρίσκου αγγειοπλαστικές

**K. Manousopoulos<sup>1</sup>, Π. Βαρελας<sup>1</sup>, Κ. Φιλίππου<sup>1</sup>, D. Karelas<sup>1</sup>, P. Siliogkas<sup>1</sup>, I. Papadopoulos<sup>1</sup>, I. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι συσκευές υποβοήθησης αριστεράς κοιλίας (ΣΥΑΚ) βελτιώνουν την καρδιακή λειτουργία και την αιμοδυναμική υποστήριξη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστικές υψηλού ρίσκου (ΑΥΡ). Εξασφαλίζουν την επαρκή αιμάτωση των ζωτικών οργάνων, μειώνουν τις πιέσεις πλήρωσης της αριστεράς κοιλίας, το τοιχωματικό stress και την κατανάλωση οξυγόνου του μυοκαρδίου. Επίσης, ενδέχεται οι ασθενείς να είναι ακατάλληλοι για χειρουργείο λόγω των πολλών συνοσηροτήτων. Οι ΑΥΡ μπορεί να αφορά ασθενείς με διάφορες καταστάσεις όπως χαμηλό κλάσμα εξώθησης, ανθεκτική στηθάγχη, ηλικία  $\geq 70$ , ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου, διαβήτη, νεφρική δυσλειτουργία ή χρόνια πνευμονοπάθεια. Ανατομικά, οι ασθενείς μπορεί να νόσο στελέχους, έντονα ασβεστοποιημένες βλάβες, χρόνιες ολικές αποφράξεις, νόσος 3 αγγείων, υψηλό SYNTAX score. Οι ΣΥΑΚ περιλαμβάνουν συσκευές όπως η ενδοαρτηρική αντλία, η Impella, το Tandem Heart και το ECMO. Υλικό και Μέθοδος: Στο εργαστήριο μας σε 2 χρόνια τοποθετήσαμε 9 συσκευές υποβοήθησης αριστεράς κοιλίας. 5 ivac 2L και 4 Impella CP. Οι επεμβάσεις που διενεργήθηκαν ήταν αγγειοπλαστικές υψηλού ρίσκου και χρόνιες ολικές αποφράξεις σε ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης αριστεράς κοιλίας. Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν μεγαλύτερος σε όσους τοποθετήθηκε το IVAC 2L συγκριτικά με την Impella CP. Η πρόσβαση για το θηκάρι της συσκευής (14F για την



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Συσκευές υποστήριξης LV n=9	Impella CP n=4	IVAC 2L n=5
Ηλικία	65.25	79.6
Άρρεν φύλο	75%	100%
Prior CABG	50%	0%
Σακχαρώδης διαβήτης	100%	100%
Κάπνισμα	75%	100%
Αρτηριακή υπέρταση	100%	100%
Περιφερική αγγειοπάθεια	100%	80%
LVEF(%)	35%	41%
eGFR (ml/ min / 1.73m <sup>2</sup> )	55.8	64.7
Αγγειοπλαστική διχασμού	50%	40%
Χρήση ballooon για διευκόλυνση εισόδου συσκευής από τη μηριαία	50%	20%
Πρόσβαση από μηριαία αρτηρία διαδερμικά	50%	100%
Πρόσβαση με αποκάλυψη της μηριαίας αρτηρίας από του αγγειοχειρουργούς	25%	-
Πρόσβαση από μασχαλιαία αρτηρία με χρήση μοσχεύματος	25%	-
Syntax score	36.3	39.7
Συνολικός χρόνος υποστήριξης από την συσκευή (min)	110	89.6
Χρόνος ακτινοσκόπησης (min)	79.3	67.6
DAP (Gy x cm <sup>2</sup> )	662.25	457.8
Air kerma (mGy)	7885	5792
Ποσότητα σκιαγραφικού(ml)	465	410
Θάνατος	0%	20%

impella CP και 18F για το IVAC 2L) ήταν μια πρόκληση. Το IVAC τοποθετήθηκε διαδερμικά από τη μηριαία ενώ η impella 50% διαδερμικά. Στις άλλες επεμβάσεις για την Impella χρησιμοποιήθηκε είτε αποκάλυψη της μηριαίας είτε μόσχευμα και πρόσβαση από τη μασχαλιαία αρτηρία. Ο συνολικός χρόνος υποστήριξης της αριστεράς κοιλίας ήταν σαφώς μεγαλύτερος για την Impella. Όσον αφορά τα συμβάματα παρατηρήθηκε ένας θάνατος από ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και μία θρόμβωση της μηριαίας αρτηρίας η οποία και αντιμετωπίστηκε αγγειοχειρουργικά, στο σκέλος της IVAC 2L. Συμπεράσματα: Οι ΑΥΡ αποτελούν εναλλακτική λύση για στεφανιαίους ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Οι ΣΥΑΚ πρέπει να εξετάζονται ως επιλογή σε επιλεγμένες περιπτώσεις υψηλού κινδύνου. Το κόστος αποτελεί περιοριστικό παράγοντα για την ευρεία εφαρμογή τους. Τα κέντρα με μεγάλο όγκο περιστατικών και τα κέντρα που ειδικεύονται στην ΑΥΡ πρέπει να αναπτύξουν προγράμματα για αγγειοπλαστικές με την χρήση των ΣΥΑΚ.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

## AA058 | Patient characteristics predicting successful distal radial artery cannulation for coronary procedures

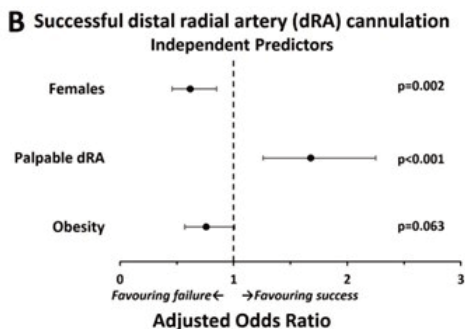
G. Tsigkas<sup>1</sup>, M. Papafaklis<sup>1</sup>, A. Karanasos<sup>1</sup>, G. Xugka<sup>1</sup>, E. Papastavrou<sup>1</sup>, A. Papageorgiou<sup>1</sup>, A. Tousis<sup>1</sup>, G. Vasilagkos<sup>1</sup>, A. Latta<sup>1</sup>, S. Ruzi<sup>1</sup>, M. Routoula<sup>1</sup>, A. M. Georga<sup>1</sup>, F. Timpilis<sup>1</sup>, F. Kallinikos<sup>1</sup>, P. Davliouros<sup>1</sup><sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Background:** Distal transradial access (dRA) is increasingly performed for coronary angiography and interventions, due to lower incidence of radial artery occlusion, faster hemostasis and decreased local complications rate. However, dRA cannulation is more challenging leading to higher rates of crossover to other access sites. The optimal technique for achieving successful cannulation remains under investigation. Purpose: The aim of our study is to identify the patient characteristics associated with successful dRA cannulation. Methods: We prospectively collected data on dRA cannulation during coronary procedures in our hospital since July 2020. Important patient characteristics considered for analysis were gender, age, body mass index (BMI) and obesity (i.e. BMI $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>), diabetes, hypertension, smoking, dyslipidemia, chronic kidney disease, acute coronary syndrome presentation and dRA palpability. Binary logistic regression analysis was used to investigate the association of patient characteristics with successful dRA cannulation. Independent predictors of successful dRA cannulation were identified by performing a multivariable analysis (all variables entered) with backward-stepping algorithm (criterion for retention: p<0.1). Results: A total of 1236 patients were included in our analysis (mean age: 66.02 $\pm$ 11.19 years; BMI: 28.54 $\pm$ 4.85 kg/m<sup>2</sup>; Figure 1). Successful dRA cannulation was achieved in 981 patients (79.4%). The univariable analysis showed that most of the traditional risk factors were not associated with the success rate of dRA cannulation (Figure 2A). Independent predictors of dRA cannulation success/failure were female gender (odds ratio: 0.62, 95% confidence intervals [CI]: 0.46-0.85, favouring failure), palpable dRA (odds ratio: 1.68, 95% CI: 1.26-2.25, favouring success) and obesity (odds ratio:

0.62, 95% confidence intervals [CI]: 0.46-0.85, favouring failure), palpable dRA (odds ratio: 1.68, 95% CI: 1.26-2.25, favouring success) and obesity (odds ratio:

Patient characteristic	N (%)
Female gender	311 (25.2%)
Obesity (BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	403 (32.6%)
Diabetes	396 (32%)
Hypertension	786 (63.6%)
Smoking	355 (28.7%)
Dyslipidemia	800 (64.7%)
Chronic kidney disease	29 (2.3%)
ACS presentation	179 (14.5%)
Palpable dRA	876 (70.9%)

A Patient characteristic	Odds Ratio (95% CI)	p value
Female gender	0.60 (0.44-0.81)	0.001
Age (per 10 years increase)	0.97 (0.86-1.10)	0.610
BMI (per 1 kg/m <sup>2</sup> increase)	0.97 (0.95-1.00)	0.070
Obesity (BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	0.72 (0.54-0.96)	0.026
Diabetes	1.25 (0.93-1.70)	0.145
Hypertension	0.76 (0.56-1.01)	0.061
Active Smoking	1.26 (0.92-1.72)	0.152
Dyslipidemia	0.88 (0.66-1.18)	0.381
Chronic kidney disease	1.25 (0.47-3.32)	0.649
ACS presentation	1.18 (0.78-1.77)	0.433
Palpable dRA	1.75 (1.31-2.34)	<0.001



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

0.76, 95% CI: 0.57-1.01, favouring failure; Figure 2B). Conclusions: Our real-world registry data showed that female gender, dRA palpability and obesity are important patient-based predictors associated with the success rate of dRA cannulation. Accordingly, optimization of the cannulation technique (e.g. use of ultrasound guidance) may be primarily necessary in the subgroup of patients with a low probability of successful dRA cannulation.

**AA059 | Αξιολόγηση Νεότερων δεικτών ηρεμίας για την εκτίμηση των στεφανιαίων στενώσεων**

**Ε. Σιδεράς<sup>1</sup>, Χ. Μάρακας<sup>1</sup>, Ε. Κλάδου<sup>1</sup>, Ε. Σκαλίδης<sup>1</sup>, Σ. Πετούσης<sup>1</sup>, Ε. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Δ. Λεμπιδάκης<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>2</sup>, Ε. Μαντζορογιώργου<sup>3</sup>, Σ. Κασσωτάκης<sup>1</sup>, Ε. Σάββα<sup>1</sup>, Δ. Ανδριάνης<sup>1</sup>, Α. Ηλιάκη<sup>1</sup>, Ε. Μανουσάκης<sup>1</sup>, Ε. Κοχιαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Χαμηλός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η λειτουργική αξιολόγηση των στεφανιαίων βλαβών, οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα σε σχέση με την αγγειογραφική εκτίμηση. Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) είναι ο πλέον καθιερωμένος δείκτης σε αυτό το πεδίο. Το RFR (resting full-cycle ratio) αποτελεί έναν πιο πρόσφατο δείκτη ηρεμίας που επίσης χρησιμοποιείται για τη λειτουργική αξιολόγηση μιας βλάβης μέσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Σκοπός Στόχος της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση της τιμής του FFR με το RFR σε ασθενείς με χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο και ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεις. Υλικά και Μέθοδος Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 248 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Οι μετρήσεις έγιναν με Abbott Pressure Wires. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR, ενώ το RFR υπολογίστηκε στις 53. Αποτελέσματα Η μέση τιμή από τις μετρήσεις ήταν FFR(0.82±0.06) . Οι αντίστοιχες τιμές για το RFR ήταν (0.88±0.13) . Η συσχέτιση μεταξύ FFR και RFR ήταν στατιστικά σημαντική (r=0,57,p<0.0001). Όταν το FFR θεωρήθηκε το gold standard για την εκτίμηση της σοβαρότητας μιας βλάβης η διαγνωστική ακρίβεια του RFR ήταν στο 69%. Το RFR απέτυχε τη σωστή ταξινόμηση του 31 % των στενώσεων, υποεκτιμώντας τη σοβαρότητα στο 20% αυτών. Συμπεράσματα Ο δείκτης FFR εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το RFR. Όταν το FFR θεωρήθηκε το gold standard για την εκτίμηση της σοβαρότητας μιας βλάβης το RFR απέτυχε να ταξινομήσει σωστά το 31% των στενώσεων.

**AA060 | Μελέτη RECALL: Αγγειογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό**

**Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Παγιάντζα<sup>1</sup>, Κ. Μπαρμπαγιάννος<sup>1</sup>, Ζ. Αρμπάρα<sup>1</sup>, Α. Δίτσιου<sup>1</sup>, Μ. Βαμβακά<sup>1</sup>, Ε. Χατζηδημητρίου<sup>1</sup>, Χ. Κακδέρης<sup>1</sup>, Π. Βαζακίδης<sup>1</sup>, Κ. Τσακίριδης<sup>1</sup>, Κ. Τοπάλογλου<sup>1</sup>, Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κουπαράνης<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>**

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

1<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Η ανάλυση των αγγειογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτης καταγραφής ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό κατά τα έτη 2019-2024. Στη μελέτη εντάχθηκαν δειγματοληπτικά ενήλικοι ασθενείς και των δύο φύλων που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό (στεφανιογραφία ή/ και αγγειοπλαστική) για οποιαδήποτε ένδειξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 3500 ασθενείς (μέση ηλικία  $65 \pm 12$  έτη), 2640 άνδρες και 860 γυναίκες. Τα αγγειογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

	Σύνολο ασθενών (n=3500)
Φύλο	Γυναίκες 860 (24,6%) Άνδρες 2640 (75,4%)
Μέση ηλικία	$65 \pm 12$ ετη
Ένδειξη καθετηριασμού αναλυτικά	UA 21,6% NSTEMI 20% STEMI 17,9% Σταθερή ΣΝ 11,5% Καρδιακή ανεπάρκεια 6,7% Βαλβιδοπάθεια 7,4% Άλλο (αρρυθμίες κ.λπ.) 7,9%
Γνωστή στεφανιαία νόσος/ καρδιακή επέμβαση	Προηγούμενη PCI 719 (20,5%) Προηγούμενο CABG 190 (5,4%)
Κατανομή σοβαρότερου βαθμού στένωσης σε οποιοδήποτε αγγείο	0% στένωση 324 (9,3%) 1-30% στένωση 410 (11,7%) 30-50% στένωση 188 (5,4%) 50-70% στένωση 167 (4,8%) 70-99% στένωση 883 (25,2%) 100% στένωση 739 (21,1%)
Στένωση >50% σε τουλάχιστον 1 κύριο γηγενές αγγείο	Συνολικά 1661 (47,5%) LM 149 (4,3%) LAD 1204 (34,4%) LCx 791 (22,6%) RCA 1040 (29,7%)
Αγγειακή κατανομή στένωσης >50% στα κύρια γηγενή αγγεία	1 αγγείο 281 (20,8%) 2 αγγεία 179 (13,3%) 3 αγγεία 140 (10,4%) Στέλεχος και 3 αγγεία 22 (1,6%)
Στένωση >50% σε τουλάχιστον 1 κλάδο	702 (20,1%)
Στένωση >50% σε τουλάχιστον 1 μύσχευμα CABG	71 (2%)
Χρόνια ολική απόφραξη (CTO) σε τουλάχιστον 1 αγγείο	369 (10,5%)
Επασβετώσεις σε τουλάχιστον 1 αγγείο	367 (10,5%)
Σοβαρού βαθμού επασβετώσεις σε τουλάχιστον 1 αγγείο	209 (6%)

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίου αγγείου (SCAD)	13 (0,4%) LM:4, LAD: 6, LCx: 2, RCA: 1
Διενέργεια PCI	1314 (37,5%)
Πρωτογενής PCI	870 (66% των PCI)
Rescue PCI	64 (5% των PCI)
CTO PCI	88 (7% των PCI)
Αγγείο PCI	LM 51 (4% των PCI) LAD 613 (47% των PCI) LCx 294 (22% των PCI) RCA 420 (32% των PCI)
PCI σε δίχασμό	38 (3% των PCI)
Επιτυχής PCI	1214 (93% των PCI)
Ροή TIMI στο τέλος της PCI (n=1073)	TIMI 0: 10 (0,9%) TIMI 1: 6 (0,6%) TIMI 2: 10 (0,9%) TIMI 3: 1047 (97,6%)

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών έπασχε από στενώσεις > % στα στεφανιαία αγγεία, με κυρίως πάσχον αγγείο τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και ακολούθως τη δεξιά και την περιπτώσιμη στεφανιαία αρτηρία. Επίσης η πλειονότητα των ασθενών είχε στεφανιαία νόσο 1 ή 2 αγγείων, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αγγειοπλαστική.

### AA061 | Διερεύνηση πιθανών νεφροπροστατευτικών μηχανισμών σε οξεία στεφανιαία σύνδρομα

**Π. Κουβάτσος<sup>1</sup>, Κ. Παμπόρης<sup>1</sup>, Π. Στουγιάννος<sup>1</sup>, Μ. Πουλιδάκης<sup>1</sup>, Α. Πασχάλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η πλειοψηφία των ασθενών που εμφανίζουν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) θα υποβληθούν κάποια στιγμή της ζωής του σε στεφανιογραφικό έλεγχο με λήψη ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου και ορισμένοι από αυτούς θα εμφανίσουν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας τους. Σκοπός Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας των ασθενών με ΟΣΣ που αντιμετωπίστηκαν με αγγειοπλαστική και η ανεύρεση νεφροπροστατευτικών παραγόντων. Υλικό Η μελέτη διεξήχθη στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ" από (09/11/2023-31/05/2024) περιλαμβάνοντας ασθενείς με ΟΣΣ 45-94 ετών, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο και διενέργεια αγγειοπλαστικής με τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθροσης. Αποκλείστηκαν ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Μέθοδοι-Αποτελέσματα Ο συγκριτικός έλεγχος των μέσων τιμών έγινε με Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με την διαφορά της κρεατινίνης (μέγιστη τιμή-τιμή εισαγωγής) ως εξαρτημένη μεταβλητή και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως  $p < 0,05$ . Συμπεριλήφθησαν 57 ασθενείς με διάμεση ηλικία τα 68 έτη(εύρος 45-94 ετών, 68% άνδρες). Από τους ασθενείς αυτούς 31 διαγνώστηκαν ως STEMI, 22 ως NSTEMI ενώ 2 εισήχθησαν ως ασταθής στηθάγχη. 9 ασθενείς (16%) είχαν ήδη Στεφανιαία νόσο οπότε και είχαν λάβει σκιαγραφικό μέσο στο παρελθόν ενώ 10 ασθενείς (18%) ελάμβαναν αγωγή για ΣΔ2. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση η διαφορά κρεατινίνης συσχετίστηκε θετικά με την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη [διαφορά μέσων  $\{\Delta M\}=0,341$ , 95% διάστημα εμπιστοσύνης  $\{\Delta E\}=(0,087, 0,595)$ ], καρδιακής ανεπάρκειας ( $\Delta M=0,285$ , 95%  $\Delta E=[0,0,576]$ )

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

και την κολπική μαρμαρυγή ( $\Delta M=0.291$ , 95% ΔΕ [0,001, 0,581]). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ο ΣΔ παρέμεινε σημαντικά συσχετισμένος ( $\Delta M=-$ , 95% ΔΕ [0,145, 0,727]), ενώ ως πιθανός νεφροπροστατευτικός παράγοντας αναδείχθηκε η χρήση των SGLT2i ( $\Delta M=-0,367$ , 95% ΔΕ [-0,952, 0,218],  $p=0.212$ ). Συμπεράσματα Η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ύστερα από χορήγηση σκιαγραφικού κατά την διενέργεια αγγειοπλαστικής είναι μία αρκετά συχνή οντότητα. Στην παρούσα μελέτη, αν και με μικρό δείγμα ασθενών, φάνηκε ότι η χρήση SGLT2i πιθανώς να συσχετίζεται με μειωμένη αύξηση της κρεατινίνης μετά την χορήγηση σκιαγραφικών μέσων. Μεγαλύτερες καταγραφές απαιτούνται για να διερευνηθεί εκτενέστερα η συσχέτιση αυτή και να κατανοήσουμε τους διάφορους νεφροπροστατευτικούς μηχανισμούς.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά και εργαστηριακές τιμές ασθενών

Μεταβλητή	
Ηλικία	63 (14)
Άνδρες	39 / 57 (68%)
Λευκή/καυκάσια φυλή	57/57 (100%)
Κάπνισμα	35 / 56 (62%)
Καρδιακή ανεπάρκεια	7 / 57 (12%)
Υπέρταση	23 / 57 (40%)
Σακχαρώδης διαβήτης	10 / 57 (18%)
Στεφανιαία νόσος	9 / 57 (16%)
Δυσλιπιδαιμία	24 / 57 (42%)
XNN	3 / 57 (5.3%)
ΧΑΠ	5 / 57 (8.8%)
ΔΜΣ	26 (24, 28)
Κολπική μαρμαρυγή	6 / 57 (11%)
Ουρία	36 (25, 47)
Κρεατινίνη	0.94 (0.22)
Νάτριο	140.00 (137.00, 141.00)
Κάλιο	4.23 (0.53)
Αιμοσφαιρίνη	13.56 (1.73)
Hba1c	5.70 (5.23, 6.00)
CRP	1.00 (0.50, 2.00)
TnI	926 (102, 7,675)
Διάγνωση	
NSTEMI	31 / 55 (56%)
STEMI	22 / 55 (40%)
AΣ	2 / 55 (3.6%)
Καταπληξία	7 / 54 (13%)
Αντισηκτικά	3 / 53 (5.7%)
Ανταμιοπεταλιακά	14 / 54 (26%)
Αναστολείς άξονα	25 / 54 (46%)
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου	6 / 54 (11%)
Β-αποκλειστές	16 / 54 (30%)
Διουρητικά αγκύλης	3 / 54 (5.6%)
Ανταγωνιστές υποδοχέων αλδοστερόνης	0 / 54 (0%)
SGLT2i	8 / 54 (15%)
Στατίνες	22 / 54 (41%)
Ημέρες νοσηλείας	4 (4, 5)
Σκιαγραφικό σε ml	150 (60, 220)

**Πίνακας 2.** Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με την διαφορά της κρεατινίνης (μέγιστη τιμή-τιμή εισαγωγής) ως εξαρτημένη μεταβλητή

Μεταβλητή	Μονοπαραγοντική ανάλυση		Πολυπαραγοντική ανάλυση	
	Συντελεστής (95% ΔΕ)	p-value	Συντελεστής	p-value
Ηλικία	0.003 (-0.004, 0.009)	0.406	-0.002	0.571
Φύλο	-0.091 (-0.272, 0.089)	0.311	-0.224	0.068
Κάπνισμα	0.106 (-0.073, 0.286)	0.238	-	-
Καρδιακή ανεπάρκεια	0.285 (-0.005, 0.576)	0.054	0.567	0.082
Υπέρταση	0.114 (-0.059, 0.288)	0.191	-	-
Διαβήτης	0.341 (0.087, 0.595)	0.01	0.436	0.004
Στεφανιαία νόσος	-0.197 (-0.443, 0.05)	0.115	-	-
Δυσλιπιδαιμία	0.085 (-0.09, 0.261)	0.33	-	-
XNN	0.231 (-0.351, 0.812)	0.428	-	-
ΧΑΠ	-0.046 (-0.349, 0.257)	0.762	-	-
ΔΜΣ	0.002 (-0.01, 0.015)	0.702	-	-
Κολπική μαρμαρυγή	0.291 (0.001, 0.581)	0.049	0.216	0.135
Ουρία (εισαγωγής)	0.001 (-0.004, 0.007)	0.612	-	-
Κρεατινίνη (εισαγωγής)	-0.139 (-0.521, 0.244)	0.468	0.008	0.969
Αναστολείς άξονα	0.005 (-0.166, 0.177)	0.952	-0.091	0.309
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου	-0.251 (-0.588, 0.087)	0.141	-	-
Β-αποκλειστές	0.132 (-0.059, 0.322)	0.17	-	-
SGLT2i	0.22 (-0.047, 0.486)	0.104	-0.367 (-0.952, 0.218)	0.212
Στατίνες	0.077 (-0.097, 0.25)	0.377	0.082	0.408
ΡΣΔ (εισαγωγής)	0 (-0.005, 0.005)	0.996	-	-
Ποσότητα σκιαγραφικού	0 (-0.001, 0.001)	0.814	-	-
R <sup>2</sup>	-	-	37%	-

Συντομογραφίες: ΔΕ, διάστημα εμπιστοσύνης; XNN, χρόνια νεφρική νόσος; ΧΑΠ, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια; ΔΜΣ, δείκτης μάζας σώματος; SGLT2i, sodium-glucose transporter 2 inhibitors; ΡΣΔ, ρυθμός σπειραματικής διήθησης

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA062 | Συσχέτιση της προεπεμβατικής νεφρικής λειτουργίας με την μακροπρόθεσμη επιβίωση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας**  
**Θ. Λύτρα<sup>1</sup>, Κ. Καλογεράς<sup>1</sup>, Α. Χαλδούπης<sup>1</sup>, Β. Χατζούλα<sup>1</sup>, Σ. Μ. Κυβέλου<sup>1</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI) αποτελεί κύρια θεραπεία για τους υψηλού χειρουργικού κινδύνου ασθενείς με σοβαρού βαθμού συμπτωματική στένωση αορτικής. Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνηθεί την συσχέτιση της βασικής νεφρικής λειτουργίας με τη μακροπρόθεσμη επιβίωση και την βαλβιδική λειτουργία των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε TAVI το οποίο δεν έχει διερευνηθεί ακόμα πλήρως. Υλικό και Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε TAVI σε ένα κέντρο και χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες με βάση την προεπεμβατική νεφρική λειτουργία τους (CrCl) (ομάδα Α: CrCl>ml/min, ομάδα Β: CrCl 50-85ml/min και ομάδα Γ: CrCl<0ml/min). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η μελέτη της μακροπρόθεσμης επιβίωσης των ασθενών με βάση την προεπεμβατική νεφρική λειτουργία τους. Ως δευτερεύον καταληκτικό σημείο μελετήθηκαν τα μακροπρόθεσμα ηχωκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά της προσθετικής αορτικής βαλβίδας στις τρεις ομάδες όπως η μέγιστη ταχύτητα στην αορτική βαλβίδα, μέση και μέγιστη κλίση πίεσης, η ύπαρξη παραβαλβιδικής ανεπάρκειας, το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας και η πνευμονική αρτηριακή συστολική πίεση. Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 105±33 μήνες και συνολικά συμπεριλήφθηκαν 105 ασθενείς (Ομάδα Α: 27 ασθενείς, Ομάδα Β: 48 ασθενείς, Ομάδα Γ: 30 ασθενείς). Αναφορικά με το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, η συνολική επιβίωση των ασθενών ήταν 75.2%. Ανάμεσα στις καμπύλες επιβίωσης των τριών ομάδων διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, όσο καλύτερη ήταν η βασική νεφρική λειτουργία τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό επιβίωσης (92.6% για την ομάδα Α, 72.9% για την Ομάδα Β και 63.3% για την Ομάδα Γ, p=0.038). Αναφορικά με τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία, ο ηχωκαρδιογραφικός επανέλεγχος δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, μέγιστη ταχύτητα στην αορτική βαλβίδα (Α: 1.84±0.48m/s, Β: 1.53±0.38m/s, C: 1.60±0.53m/s, p=0.282), μέγιστη κλίση πίεσης (Α: 14.2±4.5mmHg, Β: 11.9±6.3mmHg, C: 15.07±5.9mmHg, p=0.705), μέση κλίση πίεσης (Α: 6.64±2.2mmHg, Β: 9.56±4mmHg, C: 9.7mmHg, p=0.381), τουλάχιστον μετρίου βαθμού παραβαλβιδική ανεπάρκεια (Α: 38.5%, Β: 14.3%, C: 0%, p=0.096), κλάσμα εξωθήσεως (Α: 51.1±11.38%, Β: 47.25±8.66%, C: 15.07±5.9%, p=0.705) και πνευμονική αρτηριακή συστολική πίεση (Α: 28.86±10.63mmHg, Β: 36.63±19.89mmHg, C: 46±13.4mmHg, p=0.137). Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει υψηλά ποσοστά μακροπρόθεσμης επιβίωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVI. Καλύτερη βασική νεφρική λειτουργία σχετίζεται με μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης ανεξάρτητα τους ηχωκαρδιογραφικούς δείκτες βαλβιδικής λειτουργίας.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA063 | Περιγράψουμε μια επιτυχημένη προσπάθεια διαδερμικής ενδοαγγειακής αποκατάστασης χρησιμοποιώντας καλυμμένο stent μέσω της απομακρυσμένης πρόσβασης της κερκιδικής αρτηρίας**  
**Π. Βαρελάς<sup>1</sup>, Κ. Manousopoulos<sup>1</sup>, Κ. Filippou<sup>1</sup>, D. Karelas<sup>1</sup>, P. Siliogkas<sup>1</sup>, I. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Ένας άνδρας 84 ετών με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας και υπέρτασης υποβλήθηκε σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση μέσω της κερκιδικής αρτηρίας λόγω μη-ST ανύψωσης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (NSTEMI-ACS). Μέθοδος-Υλικό: Λίγες ώρες μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, παρατηρήθηκε ένας ψηλαφητικός σφυγμός στην περιοχή του δεξιού χεριού κοντά στο σημείο της κερκιδικής παρακέντησης. Η αρχική υποψία επιβεβαιώθηκε με υπερηχογράφημα και διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για μεγάλο ανεύρυσμα. Η πρώτη προσπάθεια ήταν να εφαρμοστεί περιχειρίδα πάνω από το ανεύρυσμα και να παραμείνει στη θέση για αρκετές ώρες. Καθώς αυτή η προσπάθεια δεν ήταν επιτυχής, προσπαθήσαμε χειροκίνητη συμπίεση για αρκετές ώρες. Αποτελέσματα: Δεδομένου ότι ο ασθενής ήταν αδύναμος και δεν θέλαμε να προχωρήσουμε σε χειρουργική αποκατάσταση του ανευρύσματος, επιλέξαμε την ενδοαγγειακή αποκατάσταση με τη χρήση καλυμμένου stent PTFE. Ένας θηκάρι 6-F εισήχθη στην απομακρυσμένη κερκιδική αρτηρία. Στην αγγειογραφία μέσω της απομακρυσμένης κερκιδικής αρτηρίας παρατηρήθηκε μεγάλο ανεύρυσμα με ροή αντίθεσης στο ανεύρυσμα. Με τη βοήθεια ενός καθετήρα καθοδήγησης Judkins δεξιά 6-F, ένας οδηγός 0.014 ιντσών προωθήθηκε από την απομακρυσμένη κερκιδική αρτηρία μέσω της περιοχής του ανευρύσματος στην βραχιόνια αρτηρία με επιτυχία και ένα stent PTFE 3.0 x 24 mm τοποθετήθηκε στην περιοχή του ανευρύσματος. Τελικά, καταφέραμε να απομονώσουμε τον ανευρυσματικό σάκο από την κερκιδική αρτηρία με επιτυχία. Επακόλουθη αγγειογραφία της απομακρυσμένης κερκιδικής αρτηρίας έδειξε πλήρη κλείσιμο του ανευρύσματος χωρίς σημάδια εξόδου αντίθεσης μέσα στο σάκο. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε ήπια εξωτερική συμπίεση στην περιοχή του ανευρύσματος και μειώσαμε το μέγεθος της μάζας. Η μάζα κοντά στο σημείο παρακέντησης ήταν χωρίς σφυγμό. Την επόμενη μέρα, το υπερηχογράφημα έδειξε θρομβωμένο ανεύρυσμα και επιβεβαίωσε τη διατήρηση της ροής της κερκιδικής αρτηρίας εγγύς και άπω του stent. Μετά από 1 μήνα παρακολούθησης, ο ασθενής είχε φυσιολογική διατήρηση της αρτηριακής ροής χωρίς σημάδια υποτροπής. Συμπεράσματα Η κερκιδική αρτηρία είναι η ιδανική πρόσβαση για PCI. Οι επιπλοκές στην κερκιδική αρτηρία είναι σπάνιες. Οι κύριες επιπλοκές είναι η ασυμπτωματική απόφραξη της κερκιδικής αρτηρίας, η μη αποφρακτική βλάβη της κερκιδικής αρτηρίας, ο σπασμός της κερκιδικής αρτηρίας (η πιο κοινή επιπλοκή), η συμπτωματική απόφραξη της κερκιδικής αρτηρίας και η διάτρηση της κερκιδικής αρτηρίας. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των επιπλοκών είναι υψίστης σημασίας. Το ανεύρυσμα της κερκιδικής αρτηρίας είναι μια σπάνια επιπλοκή μετά από διαδερμική PCI, που επηρεάζει το 0.03% των ασθενών, με διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως πολλαπλές προσπάθειες παρακέντησης, συνεχιζόμενη αντιπηκτική θεραπεία, ανεπαρκής αιμόσταση μετά τη διαδικασία, και μεγάλο μέγεθος θηκαριού.



ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**Καρδιακή ανεπάρκεια I**Πρόεδροι: **I. Λεοντσίνης** (Αθήνα), **K. Φουντουλάκη** (Αθήνα)Chairpersons: **I. Leontsinis** (Athens), **K. Fountoulaki** (Athens)**AA064 | Real-World Data in Guideline-Directed Therapy at Discharge after Hospitalization for Acute Heart Failure. A single-center retrospective study**  
**I. K. Gartzonikas<sup>1</sup>, M. Mentsis<sup>1</sup>, E. Papaioannou<sup>1</sup>, K. Siaravas<sup>1</sup>, I. Tzourtzos<sup>1</sup>, S. Sioros<sup>1</sup>, I. Stamou<sup>1</sup>, V. Bouratzis<sup>1</sup>, I. Ntakoula<sup>1</sup>, O. Kardakari<sup>1</sup>, A. Bechlioulis<sup>1</sup>, A. Rammos<sup>1</sup>, N. Sontis<sup>1</sup>, S. Giannou<sup>1</sup>, L. K. Michalis<sup>1</sup>, K. Naka<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Heart Failure Unit, Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

**Introduction.** Hospitalization for acute heart failure (AHF) represents a critical period in the management of HF patients, when optimization of pharmacologic therapy is pivotal. Implementing Guideline-directed medical therapy (GDMT) at discharge has shown to substantially improve clinical outcomes, including mortality and rehospitalization rates. Purpose. This study aimed to investigate the implementation of HF-GDMT at discharge following hospitalization for AHF. Methodology. We studied 323 consecutive patients who were discharged after an AHF hospitalization from 1/1/2023 to 31/12/2023. All variables studied were retrieved from the patients' medical records. Results. We included 323 consecutive patients who were discharged after an AHF hospitalization (mean age 75.8±11.17 years, 62.5% males) during 12 months. Of those, 49.8% had HFrEF, 13.3% HFmrEF, and 36.8% HFpEF. Upon discharge, for HFrEF patients (mean age 73.6±11.7 years, 76.4% males, EF 26.6±8.5%), medications prescribed were as follows: RAAS inhibitors (ACEi/ARB/ARNi) in 52.2% (ARNi in 14.3%), B-blockers in 77.6%, MRA in 94.4%, SGLT2i in 70.8%, and Furosemide in 85% (at a daily dose of 104.9±95.6mg). For HFmrEF patients (mean age 73.9±11.6 years, 80% males, EF 44.35±2.4%), discharge medications were: RAASi in 58.0%, B-blockers 60.4%, MRA 86.9%, SGLT2i 53.5%, and Furosemide 72% (daily dose of 99.84±85.7mg). For HFpEF patients (mean age 79.6±9.2 years, 39.5% males, EF 55.4±5.3%), discharge medications were: ACEi/ARB 39.5%, B-blockers 53.8%, MRA 74.8%, SGLT2i 60.5%, and Furosemide 91.6% (daily dose of 104.2±99mg). All patients had a follow-up appointment in the HF out-patient clinic in the next 5-15 days after discharge. Conclusions. In our study, patients hospitalized with AHF were relatively old, especially in the HFpEF group. Furosemide was very often used at high doses at discharge indicating that decongestion was greatly needed in these patients. Prescribed rates of HF medications at discharge were relatively high, especially for MRA (75-94% among the 3 groups), B-blockers (54-78%) and SGLT2i (54-71%). RAAS inhibitors were used less than other HF drug classes (40-58%), probably indicating difficulties in their use because of low blood pressure and severely impaired renal function. Real-world implementation of GDMT at discharge after AHF remains suboptimal due to barriers arising from various sources, but should always be sought despite the challenges.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA065 | Σχεδιασμός και ανάπτυξη της ολοκληρωμένης ασθενοκεντρικής ψηφιακής πλατφόρμας CareCardia για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια**  
**Κ. Μπακογιάννης<sup>1</sup>, Α. Καραμπατέα<sup>2</sup>, Α. Μπίλλης<sup>3</sup>, Ε. Ρήγας<sup>3</sup>,  
 Γ. Πετρίδης<sup>3</sup>, Θ. Σαββίδης<sup>3</sup>, Ν. Μάλαμας<sup>2</sup>, Χ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Α. Μπερλερ<sup>2</sup>,  
 Κ. Καγκελίδης<sup>2</sup>, Π. Μπαμίδης<sup>3</sup>, Β. Βασιλικός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

<sup>2</sup> ΓΝΩΜΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΕ,

<sup>3</sup> ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) συνεχίζει να παραμένει σύνδρομο με υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική διαχείριση αποτελεί μια σημαντική πρόκληση. Η χρήση ψηφιακών λύσεων υγείας έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών μέσω της διευκόλυνσης της απομακρυσμένης διαχείρισης, της βελτίωσης της εμπλοκής των ασθενών και της εξασφάλισης συνεχούς παρακολούθησης. Κύριος σκοπός είναι η παρουσίαση του μοντέλου ανάπτυξης και υλοποίησης της καινοτόμου ψηφιακής πλατφόρμας CareCardia για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που στόχο έχει τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών με τα θεραπευτικά πλάνα και την ενδυνάμωση της αυτοδιαχείρισης μέσω εξατομικευμένου εκπαιδευτικού υλικού και εργαλείων με τη χρήση τεχνητής νοημοσύνης. Υλικά και Μέθοδοι Η λύση CareCardia σχεδιάστηκε για το INCAREHEART, στα πλαίσια του προγράμματος Έρευνας και Καινοτομίας Horizon 2020 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αριθ. 965134), και βασίζεται στην πλατφόρμα eHealthPass της Gnomon Informatics SA, ένα σύστημα βασισμένο στο νέφος που εστιάζει στον ασθενή και ενσωματώνει όλους τους εμπλεκόμενους στη συνεχή φροντίδα

υγείας, συμπεριλαμβανομένων ασθενών, ιατρών και ανεπίσημων φροντιστών. Η πλατφόρμα, προσφέρει μια εφαρμογή κινητού για ασθενείς και φροντιστές και μια διαδικτυακή εφαρμογή για επαγγελματίες υγείας. Στο ευρύτερο οικοσύστημα της λύσης ενσωματώνονται άλλες λύσεις ψηφιακής υγείας, όπως έξυπνοι αισθητήρες παρακολούθησης υγείας, ηλεκτρονικά παιχνίδια φυσικής άσκησης και εκπαιδευτικά σενάρια. Αποτελέ-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

σματα Η πλατφόρμα CareCardia περιλαμβάνει μια σειρά εργαλείων που απλοποιούν τις διαδικασίες παροχής υγειονομικής φροντίδας όπως είναι: αυτοματοποίηση και επιτάχυνση των διαγνωστικών και εξεταστικών διαδικασιών, ενημέρωση των επιβλέποντων ιατρών σε πραγματικό χρόνο για την πορεία του ασθενή, άμεση ανίχνευση αποκλίσεων από τα θεραπευτικά πλάνα μέσω μηχανισμών ασφαλείας, βελτιωμένη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενή μέσω δυνατοτήτων απομακρυσμένης τηλεδιάσκεψης. Τα χρήσιμα εργαλεία για τον ασθενή περιλαμβάνουν: εξατομικευμένο εκπαιδευτικό υλικό, εικονικό βοηθό για υποστήριξη των ασθενών, φιλικό προς τον χρήστη περιβάλλον, ασύρματη σύνδεση με πιστοποιημένες Internet of Things (IoT) ιατρικές συσκευές για αυτόματη ενημέρωση των δεδομένων υγείας και έλεγχος των δεδομένων από τον ασθενή για αυξημένη ιδιωτικότητα. Συμπεράσματα Η αρχική υλοποίηση του CareCardia δείχνει σημαντικό δυναμικό στη βελτίωση της διαχείρισης της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας. Η κλινική αξιολόγηση της πλατφόρμας θα πραγματοποιηθεί σε 5 χώρες (Ελλάδα, Σουηδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Τουρκία). Τα επόμενα βήματα περιλαμβάνουν την διεύρυνση της εμβέλειας της πλατφόρμας για να περιλάβει διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και περαιτέρω τελειοποίηση των χαρακτηριστικών της. Ο τελικός στόχος είναι να εξασφαλιστεί η ισότιμη ενίσχυση της εγγραματοσύνης υγείας και αυτοφροντίδας των ασθενών με ΧΚΑ.

**AA066 | Σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια: νέα δεδομένα σε μια παλιά σχέση**

**K. Κουτσαμπασόπουλος<sup>1</sup>, I. Βογιατζής<sup>2</sup>, E. Σδόγκος<sup>3</sup>, X. Λουτράδης<sup>4</sup>, K. Σταυρόπουλος<sup>5</sup>, Δ. Πατουλιάς<sup>6</sup>, K. Ιμπριάλος<sup>5</sup>, X. Παπαδόπουλος<sup>3</sup>, M. Δούμας<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Ιδιώτης Καρδιολόγος,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ,

<sup>4</sup> ΜΧΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ,

<sup>5</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ,

<sup>6</sup> Ιδιώτης Παθολόγος

**Εισαγωγή/Σκοπός:** οι περισσότερες μελέτες περιγράφουν την υψηλή επίπτωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (ΣΔ) στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), αλλά περιλαμβάνουν κυρίως άνδρες ασθενείς με ΚΑ και χαμηλό κλάσμα εξώθησης (HF<sub>r</sub>EF). Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να μελετήσει την εμφάνιση της ΣΔ τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες σε όλο το φάσμα της ΚΑ, να διερευνήσει αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στη ΣΔ και στο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) των ασθενών και να εντοπίσει ενδεχόμενες διαφορές ανάμεσα στα φύλα και ανάμεσα στις υποκατηγορίες ασθενών με ΚΑ. Υλικό και μέθοδος: σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε με συγχρονική μελέτη (cross sectional study), στην οποία η ΣΔ στους άνδρες εκτιμήθηκε με το διεθνή δείκτη της στυτικής δυσλειτουργίας (International Index of Erectile Function-IIEF) και στις γυναίκες με το γυναικείο δείκτη σεξουαλικής λειτουργικότητας (Female Sexual Functioning Index -FSFI). Το ΚΕΑΚ εκτιμήθηκε

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

υπερηχογραφικά. Αποτελέσματα: σε 306 συνεχόμενους ασθενείς με ΚΑ, η στυτική δυσλειτουργία (ΣτΔ) και η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν πιο συχνές σε ασθενείς με HF<sub>r</sub>EF σε σχέση με ασθενείς με ΚΑ και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HF<sub>r</sub>EF) ( $p < 0.001$ ) και στους ασθενείς με ΚΑ και ήπια επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης (HF<sub>m</sub>rEF) σε σχέση με τους HF<sub>r</sub>EF ασθενείς ( $p < 0.001$ ). Οι HF<sub>r</sub>EF ασθενείς χωρίς ΣτΔ είχαν καλύτερο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) σε σχέση με αυτούς με ΣτΔ ( $p = 0.018$ ). Το ΚΕΑΚ εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με το δείκτη IIEF ( $p = 0.047$ ) των ασθενών, αλλά στις γυναίκες δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση με το FSFI. Συμπεράσματα: η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την υψηλή συχνότητα εμφάνισης ΣΔ στους ασθενείς με ΚΑ σε όλο το φάσμα της και παρουσιάζει νέες ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την εμφάνιση ΣΔ τους υποτύπους της ΚΑ, τις ιδιαιτερότητες της γυναικείας ΣΔ, αλλά και τη σχέση ΚΕΑΚ και ΣΔ.

**AA067 | Χρήση αναστολέα SGLT-2 σε ασθενείς νοσηλευόμενους για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας: Μια προοπτική μελέτη κοορτής Π. Φουντουλάκης<sup>1</sup>, Θ. Παναγιώτης<sup>1</sup>, Μ. Σαγρής<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>2</sup>, Γ. Σιάσος<sup>2</sup>, Π. Χαλβατσιώτης<sup>3</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η χρήση των αναστολέων συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου-2 (SGLT-2i) στην καρδιακή ανεπάρκεια (HF) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση της συχνότητας χρήσης SGLT-2i σε ασθενείς νοσηλευόμενους με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και η ανίχνευση σχετιζόμενων παραγόντων με αδυναμία συνταγογράφησης τους. Υλικό/μέθοδος Πρόκειται για προοπτική μελέτη ασθενών νοσηλευόμενων με απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 4 μηνών. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, μαζί με τη χρήση SGLT-2i. Έγινε ταξινόμηση της HF σε HF με μειωμένο (HF<sub>r</sub>EF), με μέτρια επηρεασμένο (HF<sub>m</sub>rEF) και με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως (HF<sub>p</sub>rEF). Ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της νεφρικής λειτουργίας. Αποτελέσματα Συνολικά 159 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη (μέση ηλικία: 79 έτη, άρρεν φύλο: 64,8%). Οι περισσότεροι είχαν HF<sub>r</sub>EF, ακολουθούμενοι από HF<sub>r</sub>EF και HF<sub>m</sub>rEF (48,1%, 32,9%, 19%, αντίστοιχα). Συννοσηρότητες όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία είχαν υψηλό επιπολασμό, ενώ στο 68,4% της κοορτής παρατηρήθηκε κολπική μαρμαρυγή. Αναφέρεται ότι 40,5% των ασθενών είχε νοσηλευτεί για απορρύθμιση HF τους προηγούμενους 6 μήνες, με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 6 ημέρες, ενώ 67,9% των ασθενών δεν λάμβαναν SGLT-2i στην εισαγωγή. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και στην έξοδο, SGLT-2i δεν συνταγογραφήθηκε στο 34% των ασθενών. Στη σύγκριση ατόμων που έλαβαν SGLT-2i στο εξιτήριο σε σχέση με αυτά που δεν έλαβαν, παρατηρήσαμε ότι οι άρρενες ασθενείς ελάμβαναν αυτή την αγωγή λιγότερο συχνά, ενώ άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συνταγογράφησης

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Πίνακας: Χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης ανάλογα με τη χρήση αναστολέα SGLT-2.			
Παράμετροι	Χρήση αναστολέα SGLT-2 (N=105)	Μη Χρήση αναστολέα SGLT-2 (N=54)	P
Ηλικία, έτη	77.1 (10.3)	75.4 (15.1)	0.40
Άρρεν φύλο, %	70.9	55.6	0.055
Υπέρταση, %	58.3	57.4	0.92
Σακχαρώδης διαβήτης, %	46.2	27.8	0.025
Δυσλιπιδαιμία, %	66.7	60.4	0.44
Κολπική μαρμαρυγή, %	71.2	63.0	0.29
eGFR, ml/min/1.73m <sup>2</sup>	45.1 (34.1, 62.7)	42.1 (27.9, 69.5)	0.61
<b>CKD stage</b>			
1-2, %	28.2	29.6	0.19
3, %	55.3	42.6	
4-5, %	16.5	27.8	
<b>Κατηγορία HF</b>			
HFrEF	56.7	31.5	0.005
HFmrEF	18.3	20.4	
HFpEF	25.0	48.1	
VHD, %	45.7	47.2	0.86
CAD, %	51.4	33.3	0.03
Μυοκαρδιοπάθεια, %	11.4	25.9	0.019
Λοίμωξη	24.0	33.3	0.21
Προηγούμενα νοσήλια	38.5	44.4	0.47
SGLT2i: sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, eGFR: εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, CKD: χρόνια νεφρική νόσος, HF: καρδιακή ανεπάρκεια, HFrEF: HF με μειωμένο κλάσμα εξόθησης, HFmrEF: HF με ενδιάμεσα επηρεασμένο κλάσμα εξόθησης, HFpEF: HF με διατηρημένο κλάσμα εξόθησης, VHD: Βαλβιδική καρδιακή νόσος, CAD: Στεφανιαία νόσος			

(χρήση SGLT-2i: 46,2% έναντι μη χρήσης SGLT-2i: 27,8%,  $p=0,025$ ). Η νεφρική δυσλειτουργία δεν αποδείχθηκε ανασταλτικός παράγοντας, καθώς δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές σε αυτές τις δύο κατηγορίες ασθενών ( $p=0,61$ ). Επιπλέον, ασθενείς στους οποίους δεν συνταγογραφήθηκε SGLT-2i είχαν συχνότερα HFpEF (χρήση SGLT-2i: 48,1% έναντι μη χρήσης SGLT-2i: 25%,  $p<0,05$ ). Η στεφανιαία νόσος συσχετίστηκε με υψηλότερη χρήση SGLT-2i (χρήση SGLT-2i: 51,4% έναντι μη χρήσης SGLT-2i: 33,3%,  $p=0,03$ ), ενώ η μυοκαρδιοπάθεια με χαμηλότερα ποσοστά συνταγογράφησης (χρήση SGLT-2i: 11,4% έναντι μη χρήσης SGLT-2i: 25,9%,  $p=0,019$ ). Τέλος, η παρουσία της HFpEF ήταν ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μη συνταγογράφησης SGLT-2i (Odds ratio: 3,6, 95% CI: 1,54-8,50). Συμπεράσματα Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με απορύθμιση HF δεν συνταγογραφείται SGLT-2i. Η παρουσία HFpEF ήταν ανεξάρτητος παράγοντας απουσίας χρήσης SGLT-2i. Συνεπώς, αναδεικνύεται η ανάγκη για ευρεία υιοθέτηση των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA068 | Μεταβολές στο NTproBNP ανάλογα με το πρότυπο χρήσης αναστολέα SGLT-2 σε ασθενείς νοσηλευόμενους για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας: Μια προοπτική μελέτη κοορτής**

**Π. Φουντουλάκης<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Μ. Σαγρής<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>2</sup>, Γ. Σιάσος<sup>2</sup>, Π. Χαλβατσιώτης<sup>3</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>1</sup>**

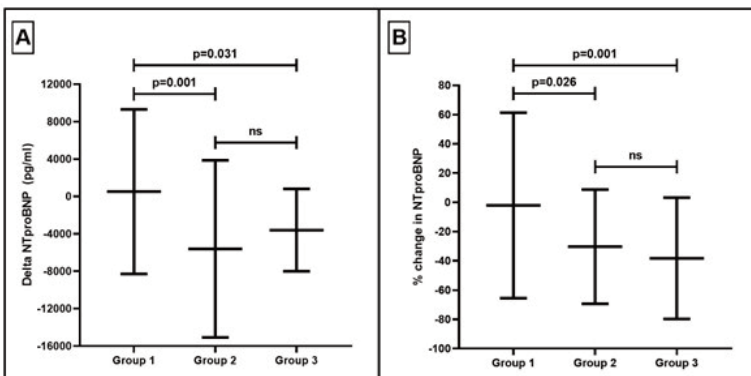
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικών"

**Εισαγωγή/ Σκοπός** Οι αναστολείς του συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου-2 (SGLT-2i) αναδείχθηκαν επιτυχείς στη θεραπεία της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας (HF). Η αποτελεσματικότητά τους ενδέχεται να επεκταθεί και στην οξεία απορρύθμιση HF σε επίπεδο αποσυμφόρησης. Στόχος της μελέτης είναι η παρουσίαση των μεταβολών του NT-proBNP ανάλογα με το πρότυπο χρήσης SGLT-2i σε νοσηλευόμενους για οξεία απορρύθμιση HF. Υλικό και μέθοδος Πρόκειται για προοπτική μελέτη κοορτής ασθενών που νοσηλεύτηκαν για απορρύθμιση HF κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 4 μηνών. Το ατομικό αναμνηστικό και οι συνυπάρχοντες καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου καταγράφηκαν. Σημειώθηκε το πρότυπο χρήσης SGLT-2i και έγινε ταξινόμηση ασθενών σε τρεις ομάδες: Ομάδα 1 (Χωρίς χρήση/Διακοπή SGLT-2i), Ομάδα 2 (Προηγούμενη χρήση και συνέχιση SGLT-2i) και Ομάδα 3 (Χωρίς προηγούμενη χρήση SGLT-2i και με άμεση έναρξη). Ακολούθησε κατηγοριοποίηση HF βάσει του κλάσματος εξωθήσεως (EF) σε HF με μειωμένο EF (HFrEF), με μέτρια επηρεασμένο EF (HFmrEF) και με διατηρημένο EF (HFpEF). Ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της νεφρικής λειτουργίας. Αποτελέσματα Στην ανάλυση αυτή συμμετείχαν 159 ασθενείς (διάμεση ηλικία: 79 έτη, άρρεν φύλο: 64,8%, διάμεση διάρκεια νοσηλείας: 6 ημέρες). Το 67,9% του δείγματος δεν ελάμβανε SGLT2i στην εισαγωγή. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ηλικία, στην κατανομή φύλου, στο ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, στη δυσλιπιδαιμία, στην κοιλιακή μαρμαρυγή, και στη νεφρική λειτουργία (Εικόνα 1). Η ομάδα 2 είχε χαμηλότερο επιπολασμό αρτηριακής υπέρτασης σε

σύγκριση με την Ομάδα 3 (36,6% έναντι 52,6%,  $p < 0.05$ ). Η Ομάδα 1 είχε τον υψηλότερο επιπολασμό HFrEF και τον χαμηλότερο επιπολασμό HFpEF. Όσον αφορά τις μεταβολές NT-proBNP (Εικόνα 2), οι ασθενείς που δεν χρησιμοποίησαν SGLT-



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**Εικόνα 1. Χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης ανάλογα με το είδος χρήσης του SGLT-2 αναστολέα.**

Παράμετρος	Ομάδα 1 (N=54)	Ομάδα 2 (N=43)	Ομάδα 3 (N=62)	P
Ηλικία, χρόνια	75.4 (15.1)	74.8 (11.7)	78.7 (9.0)	0.20
Άρρεν φύλο, %	55.6	69.0	72.1	0.15
Υπέρταση, %	57.4	36.6	72.6 <sup>†</sup>	0.001
Σακχαρώδης διαβήτης, %	27.8	50.0	43.5	0.07
Δυσλιπιδαιμία, %	60.4	79.1	58.1	0.06
Κολπική μαρμαρυγή, %	63.0	71.4	71.0	0.58
eGFR, ml/min/1.73m <sup>2</sup>	42 (28, 70)	38 (30, 51)	52 (36, 65)	0.09
<b>Κατηγορία HF</b>				
HF <sub>r</sub> EF, %	31.5	71.4*	46.8	0.002
HF <sub>mr</sub> EF, %	20.4	9.5	24.2	
HF <sub>pr</sub> EF, %	48.1	19.0*	29.0 <sup>†</sup>	
eGFR: Εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, HF: Καρδιακή ανεπάρκεια, HF <sub>r</sub> EF: HF με μειωμένο κλάσμα εξώθησεως, HF <sub>mr</sub> EF: HF με ενδιάμεσο κλάσμα εξώθησεως, HF <sub>pr</sub> EF: HF με διατηρημένο κλάσμα εξώθησεως.				
*: Υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά (p<0.05) σε σχέση με την Ομάδα 1.				
†: Υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά (p<0.05) σε σχέση με την Ομάδα 2.				

2i και δεν τους ξεκίνησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είχαν αμελητέες αλλαγές NT-proBNP, είτε ως απόλυτη (Ομάδα 1: 506(8792)pg/ml έναντι Ομάδας 2: -5610(9461)pg/ml έναντι Ομάδας 3: -3602 (4409)pg/ml, p=0,001), είτε ως ποσοστιαία μεταβολή (Ομάδα 1: -2,1(63,4)% έναντι Ομάδας 2: -30,3(39,0)% έναντι της Ομάδας 3: -38,3(41,5)%, p=0,001), σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό που έπαιρνε ήδη SGLT-2i ή τους ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Συμπεράσματα Σε αυτή τη μελέτη, το NT-proBNP, ένας προγνωστικός δείκτης στην HF, μειώθηκε σημαντικά σε ασθενείς με απορρύθμιση που ελάμβαναν SGLT2i, με τη μεγαλύτερη αλλαγή σε αυτούς που δεν είχαν λάβει τη συγκεκριμένη αγωγή πριν από την εισαγωγή. Αυτά τα ευρήματα συνηγούν υπέρ ενός πιθανού ρόλου των SGLT2i στην οξεία φάση της νόσου.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA069 | ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ  
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ:  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ**

**Κ. Παμπόρης<sup>1</sup>, Π. Καρακάσης<sup>2</sup>, Μ. Σαργής<sup>3</sup>, Ιπ. Ζαρίφης<sup>4</sup>, Ν. Μηλαράς<sup>3</sup>,  
Κ. Μπουγιούκας<sup>5</sup>, Π. Κουβάτσος<sup>1</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>2</sup>, Α. Πασχάλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

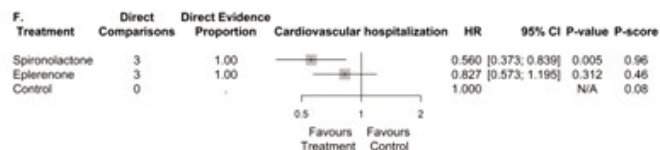
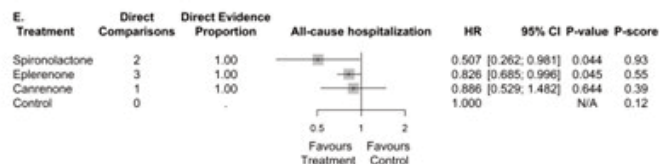
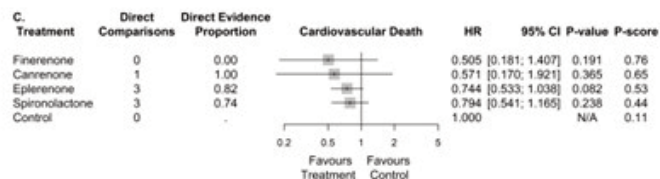
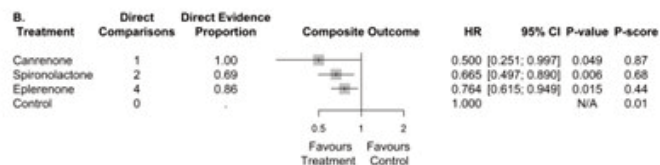
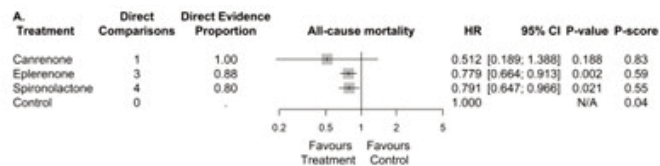
<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> CARDIOLOGY DEPARTMENT, ROYAL BROMPTON HOSPITAL, GUY'S AND ST. THOMAS NHS  
TRUST, LONDON, UK,

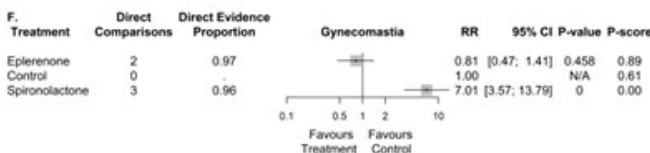
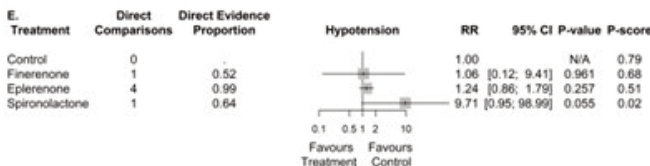
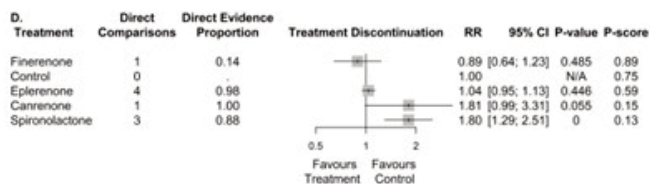
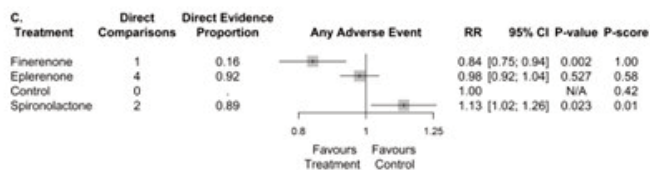
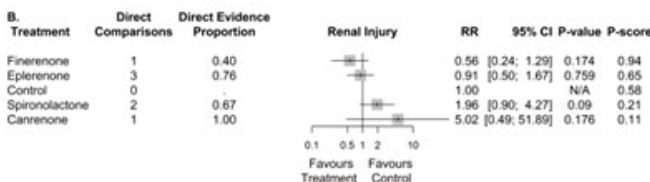
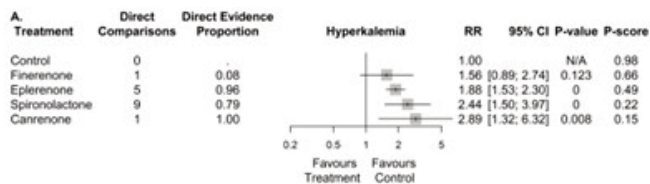
<sup>5</sup> ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Αρκετές τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (ΤΚΔ) έχουν δημοσιευθεί σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των αναστολέων υποδοχέων αλδοστερόνης (ΑΥΑ) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFREF). Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης δικτύου ήταν η σύνθεση των αποτελεσμάτων ΤΚΔ σχετικά με την συγκριτική ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της σπιρονολακτόνης, της επλερενόνης, της κανρενόνης και της φινερενόνης σε HFREF. Υλικό και μέθοδος: Δημοσιευθείσες ΤΚΔ, οι οποίες αναλύουν την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των ΑΥΑ σε σκληρά καταληκτικά σημεία, στο κλάσμα εξώθησης και στα νατριουρητικά πεπτιδία. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις MEDLINE, Scopus και Cochrane έως 8 Απριλίου 2024. Πραγματοποιήθηκε διπλή ανεξάρτητη επιλογή μελετών, εξαγωγή δεδομένων και αξιολόγηση ποιότητας μελετών. Η μετα-ανάλυση δικτύου έγινε με μοντέλο τυχαίων επιδράσεων και η αξιολόγηση των συστάσεων με το GRADE. Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριελήφθησαν 32 ΤΚΔ και 15685 ασθενείς. Η επλερενόνη ταξινομήθηκε πάνω από την σπιρονολακτόνη στην μείωση της ολικής θνησιμότητας (λόγος κινδύνων {HR}=0.78 95% διάστημα εμπιστοσύνης {CI} [0.66-0.91], GRADE: "Μέτρια σύσταση"), του καρδιαγγειακού θανάτου (HR=0.74, 95%CI [0.53, 1.04], GRADE: "Χαμηλή σύσταση") καθώς και σε όλες τις εκβάσεις ασφάλειας. Η σπιρονολακτόνη ταξινομήθηκε πάνω από την επλερενόνη στο σύνθετο καταληκτικό σημείο της θνητότητας ή νοσηλείας από καρδιαγγειακά αίτια (HR=0.67, 95%CI [0.50, 0.89], GRADE: "Μέτρια σύσταση"), στην νοσηλεία λόγω ΚΑ (HR=0.61, 95%CI [0.43, 0.86], GRADE: "Μέτρια σύσταση"), στην νοσηλεία από όλα τα αίτια (HR=0.51, 95%CI [0.26, 0.98], GRADE: "Μέτρια σύσταση") και στην νοσηλεία από καρδιαγγειακά αίτια (HR=0.56, 95%CI [0.37, 0.84], GRADE: "Μέτρια σύσταση"). Η κανρενόνη ταξινομήθηκε πρώτη μεταξύ των ΑΥΑ στην ολική θνητότητα, το σύνθετο καταληκτικό σημείο και την νοσηλεία για ΚΑ. Η φινερενόνη ταξινομήθηκε πρώτη μεταξύ όλων των ΑΥΑ σε όλες τις εκβάσεις ασφάλειας, συμπεριλαμβανομένης της υπερκαλιαμίας (σχετικός κίνδυνος [RR]=1.56, 95%CI [0.89, 2.74], GRADE: "Μέτρια σύσταση"), της νεφρικής βλάβης (RR=0.56, 95%CI [0.24, 1.29]), οποιασδήποτε ανεπιθύμητης ενέργειας (RR=0.84, 95%CI [0.75, 0.94], GRADE: "Μέτρια σύσταση"), της διακοπής θεραπείας (RR=0.89, 95%CI [0.64, 1.23]) και της υπότασης (RR=1.06, 95%CI [0.12, 9.41]). Συμπεράσματα: Οι ΑΥΑ είναι αποτελεσματικοί στην HFREF με διαφορετικό, ωστόσο, προφίλ ασφαλείας. Η σπιρονολακτόνη και η επλερενόνη πα-



ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ρουσίασαν παρόμοια αποτελεσματικότητα, με την επλερενόνη να συσχετίζεται με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η φινερενόνη ήταν ο ασφαλέστερος ΑΥΑ και η κανρενόνη επέδειξε αξιοσημείωτη αποτελεσματικότητα, ωστόσο, τα δεδομένα για τους συγκεκριμένους φαρμακευτικούς παράγοντες ήταν περιορισμένα.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024AA070 | **Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και σύμπλοκη κοιλιακή αρρυθμογένεση. Μπορούμε να προβλέψουμε την εμφάνισή της;**

**Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Παπασικονόμου<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Υπάρχει μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ καρδιακής ανεπάρκειας (HF) και σύμπλοκης κοιλιακής αρρυθμογένεσης (CVA) δεδομένου ότι η μία μπορεί να πυροδοτήσει ή/και να επιδεινώσει την άλλη. Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάδειξη των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται είτε με αυξημένη επίπτωση είτε με προστατευτική δράση έναντι της εμφάνισης CVA στους νοσηλευόμενους ασθενείς λόγω AHF. Μέθοδοι-Υλικά: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης των νοσηλευόμενων ασθενών λόγω AHF από τον Φεβρουάριο 2023 έως

και το Μάιο 2024. Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, τα κύρια αίτια AHF, τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές παραμέτρους κατά την εισαγωγή (NT-proBNP, κρεατινίνη [Cr], εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης [eGFR], CRP κ.λπ.). Ακόμα καταγράψαμε υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους κατά τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας (κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ (n=93)	ΣΥΜΠΛΟΚΗ VA (n=28)	ΑΙΟΓΥΙΑ VA (n=65)	p-value
<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>				
ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	60 (64.5%)	21 (75%)	39 (60%)	0.238
ΗΛΙΚΙΑ	77 (68-84)	79.5 (67.5-86)	76 (68-83)	0.466
<b>ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ</b>				
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	40 (43.5%)	7 (25%)	33 (50.8%)	0.023
ΣΟΒΑΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ	7 (7.5%)	2 (7.1%)	5 (7.7%)	1.000
LVEF ≥50%	28 (30.1%)	8 (28.6%)	20 (30.8%)	1.000
LVEF 41%-49%	8 (8.6%)	0 (0%)	8 (12.3%)	0.100
LVEF <40%	57 (61.3%)	20 (71.4%)	37 (56.9%)	0.247
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	42 (45.2%)	13 (46.4%)	29 (44.6%)	1.000
ΣΑΧΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	43 (46.2%)	13 (46.4%)	30 (46.2%)	1.000
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	83 (89.2%)	22 (78.6%)	61 (93.8%)	0.061
ICD	3 (3.2%)	2 (7.1%)	1 (1.5%)	0.215
ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	28 (30.1%)	10 (35.7%)	18 (27.7%)	0.467
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	45 (48.4%)	14 (50%)	31 (47.7%)	1.000
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ	15 (16.1%)	5 (17.9%)	10 (15.4%)	0.765
<b>ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>				
ARNI	8 (8.6%)	5 (17.9%)	3 (4.6%)	0.051
B-BLOCKER	50 (53.8%)	11 (39.3%)	39 (60%)	0.075
MRA	21 (22.6%)	8 (28.6%)	13 (20%)	0.421
SGLT2I	18 (19.4%)	7 (25%)	11 (16.9%)	0.399
ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ	38 (40.9%)	12 (40%)	26 (40.0%)	0.821
ACE-I/ARB	44 (47.3%)	8 (28.6%)	36 (55.4%)	0.024
ΔΙΩΔΑΡΟΝΗ	15 (16.1%)	1 (3.6%)	14 (21.5%)	0.033
<b>ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ</b>				
ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ	17 (18.3%)	2 (7.1%)	15 (23.1%)	0.084
ΥΦΗΛΗ ΑΠ	15 (16.1%)	3 (10.7%)	12 (18.5%)	0.540
ΜΗ ΠΡΟΞΗΛΩΣΗ ΣΤΗ	17 (18.3%)	4 (14.3%)	13 (20%)	0.575
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>				
ΥΠΕΡΙΝΟΔΙΑΤΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΚΤΡΟΠΕΣ	21 (22.6%)	5 (17.9%)	16 (24.6%)	0.593
ΑΡΡΥΘΜΙΑ	24 (25.8%)	8 (28.6%)	16 (24.6%)	0.797
ΛΟΙΜΩΣΗ	19 (20.4%)	6 (21.4%)	13 (20%)	1.000
ΑΓΝΩΣΤΟ - ΠΡΟΔΟΣΗ ΝΟΣΟΥ	13 (14%)	7 (25%)	6 (9.2%)	0.056
ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	2 (2.2%)	1 (3.6%)	1 (1.5%)	0.514

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ (n=93)	ΣΥΜΠΛΟΚΗ VA (n=28)	ΑΠΟΥΣΙΑ VA (n=65)	p-value
<b>ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ</b>				
LVEF (%)	30 (22.5-50)	30 (15-50)	35 (25-50)	0.106
ePASP (mmHg)	36 (30-41)	40 (30-50)	35 (30-40)	0.083
E/E'	14 (12-18.5)	14.25 (11.5-20)	14 (12-18)	0.986
RV S'	10 (9-12)	10 (9-12)	10 (9-12)	0.940
LA vol/BSA (ml/m <sup>2</sup> )	50 (42-63)	54 (47-63)	47 (41-60.5)	0.129
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</b>				
BASELINE GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	64 (46.5-78.5)	56.5 (49-73)	65 (45-81.5)	0.305
BASELINE Cr (mg/dl)	1.1 (0.9-1.4)	1.15 (1-1.5)	1.1 (0.9-1.3)	0.098
GFR ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	60 (45-77.5)	58 (42.5-69)	62 (46-82.5)	0.244
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ (mg/dl)	4.1 (3.9-4.4)	4.1 (3.9-4.3)	4.1 (3.9-4.4)	0.923
CRP (mg/dl)	0.9 (0.4-2.35)	0.9 (0.4-2.5)	0.9 (0.4-2.15)	1.000
WBC (x10 <sup>3</sup> /μL)	9 (7.1-12)	8.7 (5.92-11.97)	9 (7.3 – 12.35)	0.395
ΛΟΓΟΣ NEU/LYMPH (NLR)	4.11 (2.56-6.16)	4.14 (2.81-9.18)	4.11 (2.51-6.12)	0.694
ΟΥΡΙΑ (mg/dl)	50 (43-68)	53 (45-79.5)	50 (42-68)	0.251
NT-proBNP (pg/ml)	6356 (3246-10373)	6542 (3081-13932)	6114 (3251-10044)	0.806
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ [hs-cTnI] (pg/ml)	36.8 (19.4-104.3)	31.07 (13.85-65.2)	47.69 (21.4-154.5)	0.102
NATΡΙΟ (mEq/L)	139 (137-141)	139 (137-140)	138 (137-141)	0.640

[LVEF], E/E', εκτιμώμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας [ePASP] και το συνολικό αριθμό των θανάτων. Από τους παραπάνω ασθενείς απομονώθηκαν εκείνοι για τους οποίους διαθέταμε καταγραφές κατά τη νοσηλεία είτε από μόνιτορ είτε από καταγραφέα ρυθμού 24ωρου και έγινε διαχωρισμός τους σε δύο ομάδες βάσει της παρουσίας ή όχι CVA. Ως σύμπλοκη κοιλιακή αρρυθμογένεση (CVA) ορίστηκε η παρουσία κοιλιακής μαρμαρυγής, εμμένουσας ή μη κοιλιακής ταχυκαρδίας ή αυξημένου φορτίου εκτάκτων κοιλιακών συστολών (>10%). Αποτελέσματα: Από τους 305 νοσηλευόμενους ασθενείς αντλήσαμε δεδομένα από 93 ασθενείς, με 28 από αυτούς (30.1%) να παρουσιάζουν CVA. Η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, η λήψη αναστολέων του άξονα (ACEI/ARB) και αντιαρρυθμικών φαρμάκων όπως η αμιοδαρόνη σχετίστηκε με μειωμένη επίπτωση CVA. Από την υπόλοιπη ανάλυση δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις συννοσηρότητες, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές παραμέτρους που μελετήθηκαν. Στη συνέχεια από ανάλυση που διενεργήθηκε στον υποπληθυσμό των ασθενών με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια σχετικά με τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη λήψη αντιαρρυθμικών (72.5% vs 49.1%, p=0.033) σε σύγκριση με τους ασθενείς με άλλης αιτιολογίας HF, ενώ δεν ανευρέθη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη λήψη αναστολέων του άξονα. Συμπεράσματα: Ο ρόλος των αναστολέων του άξονα και των αντιαρρυθμικών παραμένει καταλυτικός στην πρόληψη των αρρυθμολογικών επιπλοκών της HF. Το ίδιο μπορούμε να συμπεράνουμε και από τη μειωμένη επίπτωση CVA σε ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί ελάμβαναν συχνότερα αντιαρρυθμική αγωγή. Η χορήγηση της ενδεικνυόμενης θεραπευτικής αγωγής με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να προλάβει δυνητικά επικίνδυνες αρρυθμίες και να βελτιώσει την έκβαση και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

AA071 | **Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη θεραπεία ασθενούς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, που περιλαμβάνει υπέρηχο πνευμόνων, διαφράγματος και αγγειακού δικτύου και η σημασία της πρώιμης παρέμβασης με υπερδιήθηση: Παρουσίαση περιστατικού**  
**I. Αλευρούδης<sup>1</sup>, Σ. Α. Μουράτογλου<sup>1</sup>, Μ. Πετρίδου<sup>1</sup>, Σ. Μητσιάδης<sup>1</sup>, X. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Τζήκας<sup>1</sup>, Β. Βασιλικός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

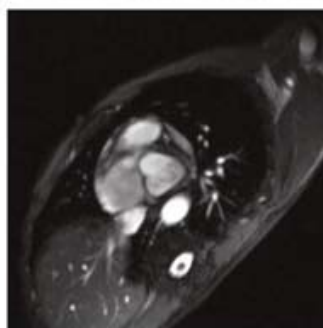
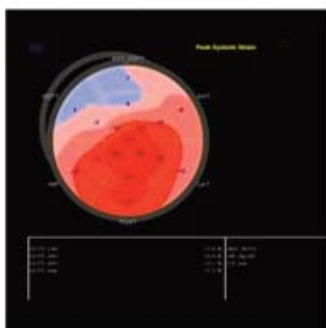
**Εισαγωγή:** η διαχείριση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να αποτελέσει πρόκληση, ιδία σε ασθενείς με περιορισμένη απάντηση στη συντηρητική αγωγή. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της ευογκαιμίας και της εκτίμησης πνευμονικής συμφόρησης, μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη κλιμάκωση της αποιδηματικής αγωγής. Σκοπός: Παρουσιάζουμε την κλινική περίπτωση ασθενούς 78 ετών με αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και δυσλιπιδαιμία, που προσήλθε στα επείγοντα με εικόνα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας σταδίου NYHA III-IV, από 3 εβδομάδων. Παρουσίαζε οιδήματα κάτω άκρων, διατεταμένες σφαγιτίδες με συνοδεία ορθόπνοιας-ταχύπνοιας. Το ιστορικό του περιελάμβανε καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αιτιολογίας με μετρίως ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης. Είχε υποβληθεί σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με επαναστένωση του μοσχεύματος στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Στο ερωτηματολόγιο δύσπνοιας Vas analogoue και Borg scale, είχε χαμηλή επίδοση. Μέθοδος: Διενεργήθηκε υπέρηχος πνευμόνων με ανάδειξη > b - lines σε δύο πνευμονικά πεδία και ευμεγέθους υπεζωκοτικής συλλογής κυρίως στη δεξιά βάση με συνοδό ατελεκτασία πνευμονικού παρεγχύματος. Ακολούθησε triplex ηπατικών φλεβών, πυλαίας φλέβας και νεφρικών φλεβών. Η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας ελέγχθηκε στα 2.7cm, χωρίς αναπνευστική διακύμανση. Σύμφωνα με το VEXUS score ο ασθενής εμφάνιζε σοβαρή φλεβική συμφόρηση (Grade 3). Η κεντρική φλεβική πίεση (CVP) μετρήθηκε 18mmHg. Διενεργήθηκε υπέρηχος δεξιού ημιδιαφράγματος, που ανέδειξε μετακίνησή του (DE) κατά 11mm κατά την εισπνοή, καθώς και κλάσμα πάχυνσης (DTF) 85%. Αμφότερες οι τιμές ήταν παθολογικές. Αποτέλεσμα: Ο ασθενής ετέθη σε διουρητική αγωγή διπλάσια από την καθημερινή δοσολογία (ελάμβανε 80mg φουροσεμίδης ημερησίως). Έπειτα από έξι ώρες θεραπείας ήταν ολιγουρικός, χωρίς μεταβολή από τον υπερηχογραφικό έλεγχο εκτίμησης της υπερογκαιμίας και της πνευμονικής συμφόρησης, και πληρούσε τα κριτήρια της οξείας νεφρικής βλάβης κατά KDIGO (ωριαία διούρηση <0.5ml/kg/h για 6 ώρες). Ετέθη σε θεραπεία υπερδιήθησης με ρυθμό 400ml ανά ώρα. Η θεραπεία διήρκεσε 12 ώρες και αφαιρέθηκαν συνολικά 4800ml, με θεαματική κλινική βελτίωση. Η CVP ελαττώθηκε, βελτιώθηκε το VEXUS score καθώς και η διαφραγματική λειτουργία με DE στα 16cm και DTF στο 65%. Ο ασθενής απάντησε εκ νέου τα δύο ερωτηματολόγια με σαφή σημεία βελτίωσης. Συμπέρασμα: Η ολιστική υπερηχογραφική προσέγγιση του ασθενούς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια βοηθάει στην σωστότερη εκτίμηση της περίσσειας όγκου, ενώ η έγκαιρη και ταχεία αφαίρεσή του φαίνεται να βοηθάει και τη διαφραγματική λειτουργία.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA072 | Σχέση Καρδιακής ανεπάρκειας και Πνευμονικής Υπέρτασης με το σύνδρομο Sjögren****Μ. Λώλου<sup>1</sup>, Π. Οικονόμου<sup>1</sup>, Β. Μπελή<sup>1</sup>, Β. Μπόλης<sup>1</sup>, Α. Κότσια<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>1</sup>, Ε. Καλαμπόκη<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Το σύνδρομο Sjögren (SS) είναι μια χρόνια αυτοάνοση διαταραχή που χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρική διήθηση του επιθηλίου και των εξωκρινών αδένων, με πιο συχνό σύμπτωμα την ξηροστομία και την ξηροφθαλμία. Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί με συστηματικές εκδηλώσεις, συμπεριλαμβανομένων πιθανών καρδιαγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών. Η καρδιακή ανεπάρκεια (HFPEF) καθώς και η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (PAH) θα μπορούσαν να αποτελούν σημαντικές συστηματικές εκδηλώσεις του συνδρόμου. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να ανιχνεύσει την παρουσία πρώιμης PAH αλλά και HFPEF σε ασθενείς με SS, να αξιολογήσει τη συχνότητά τους και να συσχετίσει τις οντότητες αυτές με τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα της νόσου. Εξετάστηκαν 29 ασθενείς (2 άνδρες και 27 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 62 ετών) με SS (διαγνωσμένο με τα κριτήρια του SS) για την παρουσία PAH και HFPEF χρησιμοποιώντας την προσέγγιση των παραμέτρων υπερηχογραφήματος την 6MWT και τα επίπεδα του NT-proBNP καθώς και το HFA-PEFF score. Από τους 29 ασθενείς, μόνο ένας είχε ενδιάμεση πιθανότητα PH σύμφωνα με τα ηχοκαρδιογραφικά σημεία που υποδηλώνουν πνευμονική υπέρταση με TRV= 3,14 m/s, ενώ η πλειοψηφία είχε φυσιολογική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας και χαμηλή πιθανότητα PAH. Το 40% των ασθενών (13 από τους 29) είχε μειωμένη λειτουργική ικανότητα με 6MWT <0m, ενώ στο 48% τα επίπεδα του NT-proBNP ήταν αυξημένα με επίπεδα > ng/L. Στη συνέχεια αξιολογήσαμε τους ασθενείς αυτούς βάση του HFA-PEFF score, εκ των οποίων το 40% (13 από τους 29 ασθενείς) συγκέντρωσαν βαθμολογία  $\geq 5$ , βάζοντας έτσι την διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως. Συνεπώς η πιθανότητα PAH βρέθηκε να είναι χαμηλή σε ένα μικρό δείγμα ασθενών με SS. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς διαγνώστηκαν με HFPEF, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πνευμονική υπέρταση στους ασθενείς αυτούς κατηγοριοποιείται στο group 2. Η παρουσία HFPEF σε ασθενείς με SS φαίνεται να είναι αρκετά συχνή.

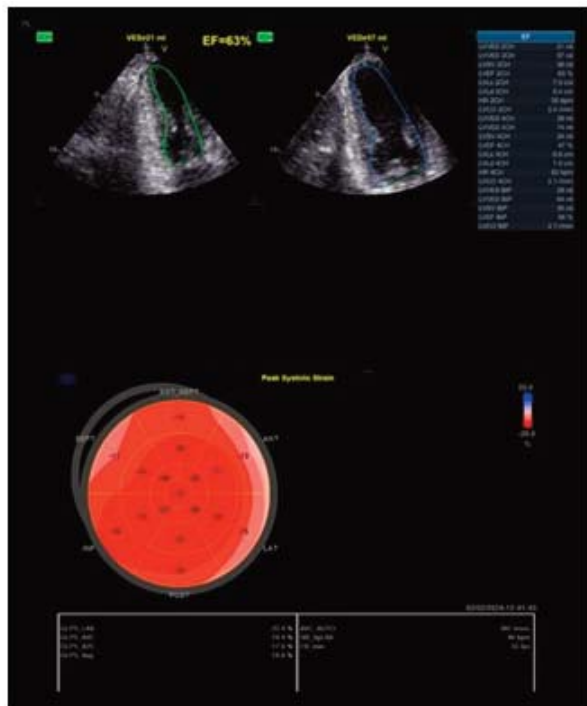
**AA073 | Καρδιοτοξικότητα επαγόμενη από ICI ανοσοθεραπεία****Ε. Τάτσης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>2</sup>, Χ. Φλωροπούλου<sup>1</sup>, Α. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Φ. Κουλουλιάς<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιανέιο Μπενάκειο - ΕΕΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ανοσοθεραπεία με Immune checkpoint inhibitors (ICIs) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντικαρκινική θεραπεία την τελευταία δεκαετία. Παρά το αδιαμφισβήτητο όφελος των ICIs, έχουν συνδεθεί με παρενέργειες κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι δυνητικά θανατηφόρες. Σκοπός της παρουσίασης του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να τονίσει την υψηλή κλινική υποψία που πρέπει να χαρακτηρίζει τους κλινικούς ια-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

τρούς απέναντι σε ασθενείς που λαμβάνουν ICIs ανοσοθεραπεία και εμφανίζουν συμπτώματα εκ του καρδιαγγειακού καθώς και την ανάγκη στενής παρακολούθησης τους από εξειδικευμένους στην καρδιοογκολογία θεράποντες. Υλικό /Μέθοδοι: Πρόκειται για έναν 54 ετών ασθενή, με ατομικό αναμνηστικό Ca νεφρού χειρουργηθέν και υπό ανοσοθεραπεία με πεμπρολιζουμάμπη, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αιτιώμενος προκάρδιο άλγος με συνοδό δύσπνοια από ωρών. Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές V1-V4 και

εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με τις τιμές των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης να είναι παθολογικές. Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις, ενώ από το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε μέτρια επηρεασμένη συνολική συστολική απόδοση (EF: 40%) και λειτουργικότητα (GLS: -11.5%) της αριστερής κοιλίας, με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων. Τέθηκε η υποψία μυοκαρδίτιδας επαγόμενης από την ICi ανοσοθεραπεία και ο ασθενής με κορτιζόνη και σε αγωγή με πρεζολόνη και σε αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας στις μέγιστες ανεκτές δόσεις. Έγινε μαγνητική τομογραφία καρδιάς η οποία ανέδειξε ευρήματα υπέρ μυοκαρδίτιδας επιβεβαιώνοντας την αρχική διάγνωση. Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και έλαβε εξιτήριο με οδηγία για αυστηρό χρονοδιάγραμμα μείωσης της δόσης της πρεζολόνης και στενή παρακολούθηση. Ενώ υπήρχε σταδιακή βελτίωση όσον αφορά την συνολική συστολική απόδοση και λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, με την ολοκλήρωση της θεραπείας με κορτιζόνη ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου προκάρδιο άλγος και κατόπιν συνεννόησης με τον θεράποντα ογκολόγο τέθηκε σε αγωγή με ανοσοκατασταλτικό παράγοντα (μυκοφαινόλη μοφετίλ). Ένα χρόνο μετά ο ασθενής παρέμενε ασυμπτωματικός με αποκατάσταση της συστολικής απόδοσης (EF: 63%) και της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας (GLS: -19.5%) Συμπεράσματα: Στον συγκεκριμένο ασθενή, αφού πρώτα αποκλείστηκε η διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και τέθηκε η διάγνωση της μυοκαρδίτιδας επαγόμενης από την ICi ανοσοθεραπεία, έγινε έναρξη αγωγής με κορτικο-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

στεροειδή και αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας με βελτίωση της κλινικής και ηχωκαρδιογραφικής εικόνας. Μεγάλη σημασία στην πορεία του περιστατικού διαδραμάτισε η στενή παρακολούθηση του ασθενούς καθώς και η διαρκής συνεργασία μεταξύ καρδιολόγου και ογκολόγου θεράποντα ιατρού.

**AA074 | Συσχέτιση ηχωκαρδιογραφικών παραμέτρων εκτίμησης της δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής κυκλοφορίας με τη χορήγηση ινóτροπης αγωγής και εκβάσεις σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια: Δεδομένα από προοπτική μελέτη παρατήρησης σε περιφερειακό νοσοκομειακό κέντρο**

**Δ. Κοσμίδης<sup>1</sup>, Κ. Σαμαρά<sup>1</sup>, Δ. Βατίτσας<sup>1</sup>, Ε. Λιόση<sup>1</sup>, Θ. Τσελεμπής<sup>1</sup>, Χ. Στεφανίδης<sup>1</sup>, Χ. Χατζηελευθερίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ενδοφλέβια χορήγηση ινóτροπης φαρμακευτικής αγωγής συμπεριλαμβάνεται στον θεραπευτικό αλγόριθμο της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση βασικών ηχωκαρδιογραφικών δεικτών εκτίμησης της σχέσης δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής κυκλοφορίας (ΔΚ-ΠΚ) με τη χορήγηση ινóτροπης αγωγής και με εκβάσεις σε ασθενείς με οξεία ΚΑ. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική κοόρτη ασθενών, οι οποίοι εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική



ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

A. Μέση και διάμεση τιμή ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής κλωσοφορία;

Variables	Mean ± SD	Median (IQR)
RV (mm)	40 ± 8	40 (10)
TAPSE (mm)	15.4 ± 3.7	15 (4)
Vmax TR (m/sec)	3.1 ± 0.5	3.1 (0.6)
IVC (mm)	23 ± 5.6	22 (5)
RVSP (mmHg)	51.2 ± 14.1	51 (19)
TAPSE/RVSP (mm/mmHg)	0.3 ± 0.1	0.3 (0.2)

RV: right ventricle; TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion; TR: tricuspid regurgitation; IVC: inferior vena cava; RVSP: right ventricular systolic pressure

B. Μονοπαράγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Variables	Inotropes (Yes)		
	Odds ratio	95% CIs	P-value
RV (mm)	1.16	1.09 to 1.23	<0.001
TAPSE (mm)	0.67	0.56 to 0.79	<0.001
Vmax TR (m/sec)	3.39	1.44 to 7.95	0.003
IVC (mm)	1.30	1.17 to 1.45	<0.001
RVSP (mmHg)	1.06	1.03 to 1.09	<0.001
TAPSE/RVSP (mm/mmHg)	0	0	<0.001

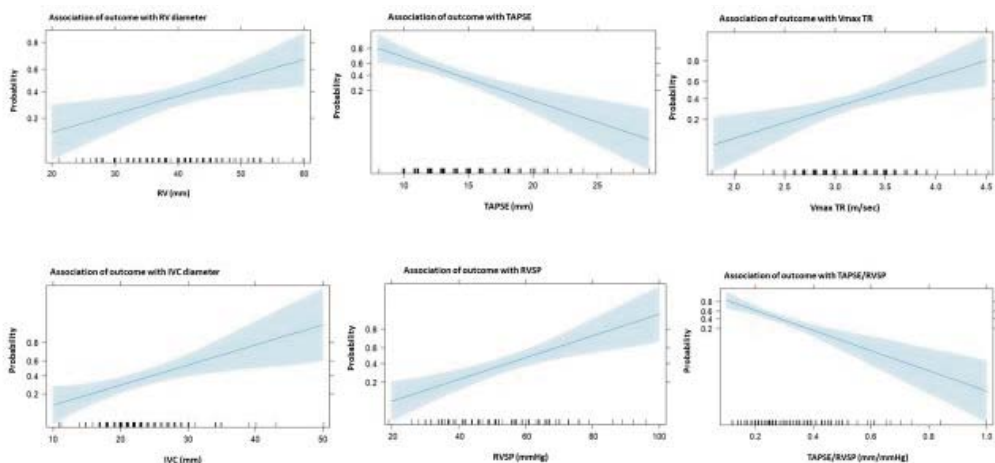
RV: right ventricle; TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion; TR: tricuspid regurgitation; IVC: inferior vena cava; RVSP: right ventricular systolic pressure

Γ. Πολυπαράγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Variables	Inotropes (Yes)		
	adjusted Odds ratio	95% CIs	P-value
RV (mm)	1.18	1.10 to 1.30	<0.001
TAPSE (mm)	0.70	0.57 to 0.84	<0.001
Vmax TR (m/sec)	2.35	0.89 to 6.53	0.09
IVC (mm)	1.39	1.21 to 1.64	<0.001
RVSP (mmHg)	1.05	1.01 to 1.08	0.01
TAPSE/RVSP (mm/mmHg)	0	0 to 0.01	<0.001

Στάθμιση για ηλικία, φύλο, καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο, ήπιο, ελαττωμένο ή ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης, τιμή κλάσματος εξώθησης, διάμετρος αριστερής κοιλίας και αριστερού κόλπου, σημαντικοί βαθμοί (τουλάχιστον μετρίου) στένωσης ή ανεπάρκεια αορτικής/μπαρικούδης βαλβίδας, τιμή NT-proBNP, παρουσία μόνιμου βηματοδότη απάντηση.

του Γ.Ν. Δράμας λόγω οξείας de novo KA ή λόγω οξείας απορρύθμισης προϋπάρχουσας KA τη χρονική περίοδο Αύγουστος 2023 - Ιούνιος 2024. Το πρώτο 24ωρο της εισαγωγής, πραγματοποιήθηκε λεπτομερής διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη από ανεξάρτητο ερευνητή και υπολογίστηκαν οι παρακάτω δείκτες εκτίμησης της σχέσης ΔΚ-ΠΚ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρείας καρδιαγγειακής απεικόνισης: RV, TAPSE,

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

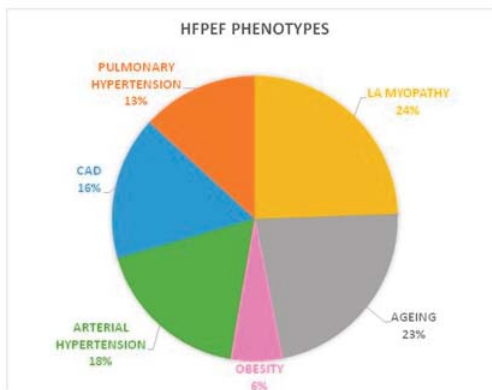
Vmax TR, IVC, RVSP, TAPSE/RVSP. Ως σύνθετο καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ολική θνητότητα ή επανανοσηλεία για απορρόθμιση ΚΑ. Αποτελέσματα: Συνολικά, 143 ασθενείς με οξεία ΚΑ (μέση ηλικία 82 έτη, 58% γυναίκες) εισήχθησαν στη μελέτη. Η μέση και η διάμεση τιμή των ηχοκαρδιογραφικών δεικτών εκτίμησης της ΔΚ-ΠΚ παρουσιάζονται στην Εικόνα 1Α. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, όλοι οι δείκτες συσχετίστηκαν με τη χορήγηση ινóτροπης αγωγής (Εικόνα 1Β); η στατιστική σημαντικότητα διατηρήθηκε και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, σταθμίζοντας για τις εξής παραμέτρους: ηλικία, φύλο, κατηγορίες ΚΑ, τιμή κλάσματος εξώθησης, διάμετρος αριστερής κοιλίας και αριστερού κόλπου, σημαντικό (τουλάχιστον μετρίου) βαθμού στένωση/ανεπάρκεια της αορτικής/μित्रοειδούς βαλβίδας, τιμή NT-proBNP, ύπαρξη μόνιμου βηματοδότη/απινιδωτή (Εικόνα 1Γ). Σε διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 123 ημερών, 52 ασθενείς (36%) παρουσίασαν το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Στην Εικόνα 2 παρουσιάζεται η συσχέτιση των δεικτών με την ολική θνητότητα/επανανοσηλεία για ΚΑ [για κάθε 1 μονάδα μεταβολής - (RV; OR: 1.07, 95% CI: 1.02-1.12,  $p=0.003$ ), (TAPSE; OR: 0.75, 95% CI: 0.65-0.86,  $p < 0.001$ ), (Vmax TR; OR: 4.38, 95% CI: 1.83-10.48,  $p < 0.001$ ), (IVC; OR: 1.11, 95% CI: 1.04-1.20,  $p=0.001$ ), (RVSP; OR: 1.06, 95% CI: 1.03-1.09,  $p < 0.001$ ), (TAPSE/RVSP; OR: 0,  $p < 0.001$ )]. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για οξεία ΚΑ, βασικοί ηχοκαρδιογραφικοί δείκτες εκτίμησης της σχέσης ΔΚ-ΠΚ συσχετίστηκαν με τη χορήγηση ινóτροπης αγωγής. Επιπλέον, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυτών των παραμέτρων με το σύνθετο καταληκτικό σημείο ολικής θνητότητας/επανανοσηλείας για ΚΑ.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA075 | ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗFrEF ΣΤΟ ΓΝ ΧΙΟΥ**  
**M. Μουτάφη<sup>1</sup>, Π. Βούτας<sup>1</sup>, Μ. Αμπελιώτης<sup>1</sup>, Ι. Σταυρινούδης<sup>1</sup>,**  
**A. Παρασκευά<sup>1</sup>, Δ. Αφενδούλης<sup>1</sup>, Σ. Βουγαζιανός<sup>1</sup>, Ν. Παπαγιάννης<sup>1</sup>,**  
**Σ. Γαρουφαλής<sup>1</sup>, Ν. Σμυρνιούδης<sup>1</sup>, Α. Καρτάλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των κλινικών φαινοτύπων των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HF<sub>r</sub>EF) στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Χίου. **Υλικά & Μέθοδοι:** Έγινε ανασκόπηση των αρχείων των νοσηλευόμενων ασθενών με κύρια διάγνωση σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας κατά την χρονική περίοδο 2018-2023. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα ενημερωτικά σημειώματα νοσηλείων καθώς και τα πορίσματα του υπερηχογραφικού ελέγχου. Στη συνέχεια καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία όλων των ασθενών με εκδηλώσεις HF<sub>r</sub>EF, η ηλικία τους (άνω ή κάτω των 80 ετών), το κύριο αίτιο απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας και οι λοιπές συννοσηρότητές τους. Οι 6 συχνότεροι κλινικοί φαινότυποι ήταν: η προχωρημένη ηλικία, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η πνευμονική υπέρταση και η μυοπάθεια του αριστερού κόλπου. Η ταξινόμηση των ασθενών έγινε με βάση το κυρίαρχο αίτιο νοσηλείας για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. **Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν συνολικά 258 ασθενείς. Η πλειοψηφία των ασθενών (63/258 - 25%) ανήκε στην κατηγορία του φαινότυπου της μυοπάθειας του κόλπου. Οι 58 (22%) χαρακτηρίζονταν από το φαινότυπο της προχωρημένης ηλικίας, οι 46 (18%) το φαινότυπο της αρτηριακής υπέρτασης, οι 42 (16%) το φαινότυπο της στεφανιαίας νόσου, οι 34 (13%) το φαινότυπο της πνευμονικής υπέρτασης, ενώ οι λιγότεροι (15/258 - 6%) χαρακτηρίζονταν κυρίως από το φαινότυπο της παχυσαρκίας (διάγραμμα 1). **Συμπεράσματα:** Η HF<sub>r</sub>EF είναι μια κλινική οντότητα η επίπτωση της οποίας συνεχώς αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, καθώς αφενός ολόένα και αυξάνεται η εξοικείωση του κλινικού καρδιολόγου και αφετέρου νέοι αλγόριθμοι με απεικονιστικά και εργαστηριακά κριτήρια προστίθενται στην διαγνωστική της προσπέλαση. Στην παθογένεια της HF<sub>r</sub>EF πιο καθοριστικό ρόλο φαίνεται να παίζουν οι συννοσηρότητες του εκάστοτε ασθενούς. Αυτό αντικατοπτρίζεται και στους κλινικούς φαινότυπους της HF<sub>r</sub>EF, καθώς και στις κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπισή της. Σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα όσον αφορά την διάκριση των φαινοτύπων δεν υπάρχουν. Ωστόσο πρόσφατο άρθρο (του 2024) ξεχωρίζει 6 βασικούς (προχωρημένη ηλικία, παχυσαρκία, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, πνευμονική υπέρταση και μυοπάθεια των κόλπων). Αυτή τη διάκριση χρησιμοποιήσαμε και εμείς για την καταγραφή των ασθενών με HF<sub>r</sub>EF, συμπεραίνοντας ότι η μυοπάθεια του κόλπου (βαλβιδοπάθειες, κολπική μαρμαρυγή) είναι ένα από τα βασικά αίτια απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA076 | Heart Failure patient profile and treatment differ in relation to age. A retrospective study in a tertiary HF outpatient clinic****I. K. Gartzonikas<sup>1</sup>, I. Ntakoula<sup>1</sup>, O. Kardakari<sup>1</sup>, E. Varnava<sup>1</sup>, A. Bechlioulis<sup>1</sup>, A. Rammos<sup>1</sup>, L. K. Michalis<sup>1</sup>, K. Naka<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Heart Failure Unit, Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

**Introduction.** The increase in life expectancy resulting from population ageing, has led to an increase in the incidence of heart failure (HF). Specific characteristics in the elderly patients, e.g. comorbidities, polypharmacy, frailty, vulnerability, and physiological changes, pose unique challenges compared to younger patients. This study aimed to investigate the differences in etiology, functional status, comorbidities, medication and rhythm devices' use in HF patients > years (older) and ≤65 years (younger group). **Methodology.** We studied 160 consecutive patients (n=80 in each group) who attended the HF outpatient clinic during 2022. All variables studied were retrieved from the patients' medical records. **Results.** Older compared to younger patients (79.4±6.1 vs 57.6±7.7 years, p<0.001), were more often females (52% vs 20%, p<0.001), had more HFpEF (46% vs 27%, p<0.05) and worse NYHA class (p<0.004). Coronary artery disease was the commonest HF cause in both groups (35% vs 40% respectively, p<0.05), polypharmacy was present in both groups with a greater impact in the elderly (p<0.05) and higher rates of comorbidities were noted in older patients (p<0.05). In the older group, lower prescription rates of all four classes of disease-modifying drugs were found, diuretics were more often prescribed (83.8% vs 53.8%, p=0.001) and at a higher dose (mean dose 95.7mg vs 63.3mg, p<0.05). In older patients, a pacemaker was more often implanted (23% vs 0%, p<0.001), while an ICD was more often implanted in younger patients (25% vs 10%, p<0.05). No difference was found in CRT devices. (10.0% vs 6.3%, p=0.56). The observed age-related differences remained unchanged even when patients were classified by ejection fraction (HFpEF and HFrEF-HFmrEF). **Conclusions.** In our HF outpatient clinic, older patients (i.e. > years) appear to receive the disease-modifying HF medications less frequently. Whether this is driven by patient characteristics related to ageing, such as comorbidities, or may lead to worse prognosis, should be further studied. However, as no age restriction applies to the implementation of HF guidelines, every effort should be made to put them into practice in all patients, irrespective of their age.

**Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση & Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομα I**Πρόεδροι: **Γ. Τρανταλής** (Αθήνα), **Γ. Κουργιαννίδης** (Αθήνα)Chairpersons: **G. Trantalis** (Athens), **G. Kourgiannidis** (Athens)**AA077 | Survival effects of cardiopulmonary comorbidities in idiopathic pulmonary arterial hypertension: Insights from the hellenic pulmonary hypertension registry (HOPE)**

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**G. Papadopoulos<sup>1</sup>, S. A. Mouratoglou<sup>1</sup>, A. Arvanitaki<sup>1</sup>, P. Gourgiotis<sup>1</sup>, T. Chrysochoidis-Trantas<sup>1</sup>, M. Boutsikou<sup>2</sup>, A. Anthi<sup>3</sup>, S. Apostolopoulou<sup>3</sup>, E. Demerouti<sup>4</sup>, P. Karyofyllis<sup>4</sup>, K. Naka<sup>5</sup>, A. Bechlioulis<sup>5</sup>, O. Stylianos<sup>3</sup>, E. Panagiotidou<sup>6</sup>, G. Pitsiou<sup>6</sup>, A. Boutou<sup>6</sup>, E. Dima<sup>3</sup>, A. Mpatsouli<sup>3</sup>, N. Zimponoumi<sup>3</sup>, S. Brili<sup>7</sup>, I. Leontsinis<sup>7</sup>, I. Tsangaris<sup>8</sup>, D. Tsiapras<sup>4</sup>, A. Manginas<sup>2</sup>, G. Giannakoulas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> AHEPA University Hospital, Pulmonary Hypertension and Congenital Heart Disease Unit, Aristotle University of Thessaloniki, 546 36, Greece,

<sup>2</sup> Cardiology Department Mediterraneo Hospital, Glyfada Athens Greece,

<sup>3</sup> 1st Department of Critical Care and Pulmonary Hypertension Clinic National & Kapodistrian University of Athens Medical School, Evangelismos General Hospital Athens Greece,

<sup>4</sup> Cardiology-Pediatric Cardiology Department, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, Greece,

<sup>5</sup> 2nd Department of Cardiology, University of Ioannina Medical School, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece,

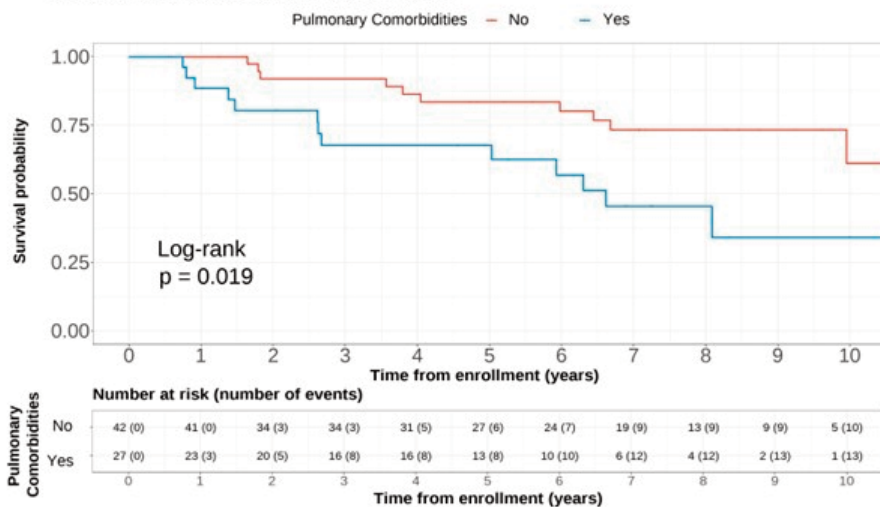
<sup>6</sup> Respiratory Failure Unit, "G. Papanikolaou" Hospital, Thessaloniki, Greece,

<sup>7</sup> Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Athens, Greece,

<sup>8</sup> Multidisciplinary Pulmonary Hypertension Center Attikon University General Hospital Athens Greece

**Introduction/Purpose:** Idiopathic pulmonary arterial hypertension (IPAH) phenotyping is a crucial step for the management of the disease. IPAH patients with cardiopulmonary comorbidities, have higher mortality risk and correspond less well to PAH medication. However, the influence of each of these on survival has not been fully established. **Materials and Methods:** The Hellenic Pulmonary Hypertension Registry (HOPE) registry contains patients from all PH groups

**Survival Analysis of PAH patients with cardiovascular comorbidities depending on the presence of pulmonary comorbidities**



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Table 1. Univariate and multivariate Cox regression analysis

Characteristic	Univariate				Multivariate		
	N	HR <sup>1</sup>	95% CI <sup>1</sup>	p-value	HR <sup>1</sup>	95% CI <sup>1</sup>	p-value
Obesity	69	1.81	0.67, 4.85	0.2	1.88	0.70, 5.08	0.2
Coronary artery disease	45	0.94	0.12, 7.26	>0.9			
Hypertension	57	0.99	0.40, 2.44	>0.9			
Diabetes	45	0.41	0.05, 3.15	0.4			
Pulmonary Comorbidities	69	2.54	1.13, 5.71	0.024	2.60	1.16, 5.82	0.021

<sup>1</sup> HR = Hazard Ratio, CI = Confidence Interval

gression analysis was used to estimate the impact of cardiopulmonary comorbidities on survival. Kaplan-Meier curve was used to assess survival and the log-rank test was used for the comparisons. Results: In total 69 IPAH patients with comorbidities were included (71% female), median (IQR) age at first visit 60 (15) years. After a median follow up of 5.9 years, 25 deaths (36.2%) occurred (6 deaths per hundred patient-years). The presence of pulmonary comorbidity caused a significant increase in mortality (HR: 2.60, 95% CI (1.16, 5.82), p: 0.021, Table 1). 5-year survival rate of IPAH patients with pulmonary comorbidities was 67.7% compared to 83.5% of the patients without pulmonary comorbidities (p=0.019, Figure 1). Conclusions: The presence of pulmonary comorbidities in IPAH is a major risk factor for mortality. Other conditions associated with an increased risk of left ventricular diastolic dysfunction do not seem to affect survival.

in Greece. This study focuses on IPAH patients with at least one condition associated with an increased risk of left ventricular diastolic dysfunction, namely, obesity, coronary artery disease, hypertension, diabetes, or the presence of pulmonary comorbidities, defined as ratio of the forced expiratory volume in the first one second to the forced vital capacity of the lungs (FEV1 / FVC) <0.70 and absence of group 3 PH as per the judgement of the attending physician or >.90 and diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide (DLCO) <5%. Cox regression analysis was used to estimate the impact of cardiopulmonary comorbidities on survival. Kaplan-Meier curve was used to assess survival and the log-rank test was used for the comparisons. Results: In total 69 IPAH patients with comorbidities were included (71% female), median (IQR) age at first visit 60 (15) years. After a median follow up of 5.9 years, 25 deaths (36.2%) occurred (6 deaths per hundred patient-years). The presence of pulmonary comorbidity caused a significant increase in mortality (HR: 2.60, 95% CI (1.16, 5.82), p: 0.021, Table 1). 5-year survival rate of IPAH patients with pulmonary comorbidities was 67.7% compared to 83.5% of the patients without pulmonary comorbidities (p=0.019, Figure 1). Conclusions: The presence of pulmonary comorbidities in IPAH is a major risk factor for mortality. Other conditions associated with an increased risk of left ventricular diastolic dysfunction do not seem to affect survival.

## AA078 | Health-related quality of life trajectories in an observational pulmonary embolism study

**O. Kardakari<sup>1</sup>, I. K. Gartzonikas<sup>1</sup>, C. Ballas<sup>3</sup>, L. Lakkas<sup>4</sup>, E. Lagou<sup>5</sup>, S. Giannou<sup>6</sup>, P. Skapinakis<sup>7</sup>, K. Naka<sup>1</sup>, L. K. Michalis<sup>1</sup>, C. S. Katsouras<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>2</sup> Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>3</sup> Cardiac surgery Department, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

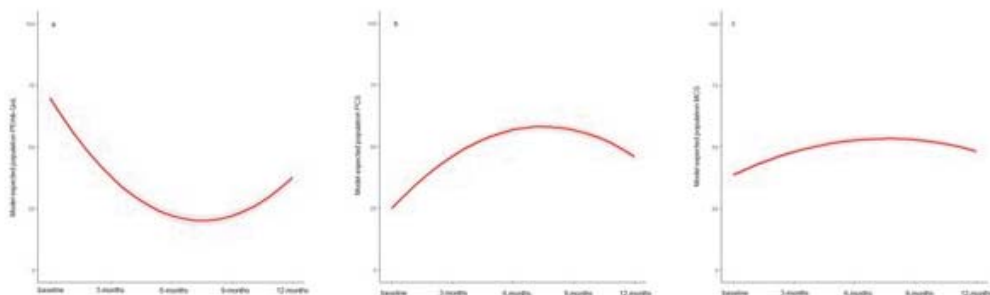
<sup>4</sup> Physiology Department, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece,

<sup>5</sup> Cardiology Department, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University Hospital of Ioannina, Greece,

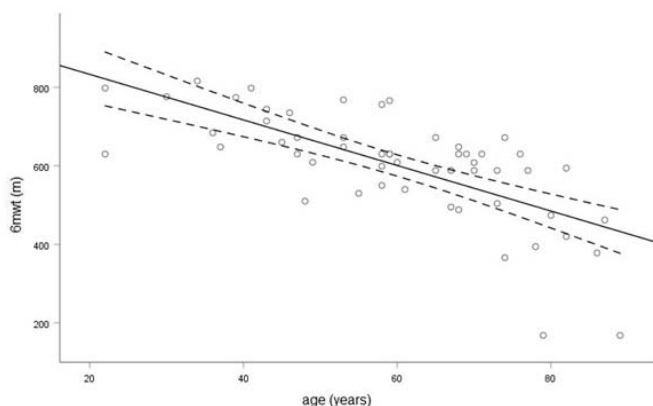
<sup>6</sup> Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>7</sup> Psychiatry Department, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina, Greece,

<sup>8</sup> First Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**Introduction.** Limited data are available on patients' post-pulmonary embolism health-related quality of life (QoL) trajectories and the effect of patient and disease characteristics. Objective: The aim of our study was to describe the health-related QoL trajectories after documented pulmonary embolism (PE), using the specific PEEmb-QoL and the generic SF-36 QoL instruments in a Greek population. Methods: One hundred and fifty patients completed the QoLs questionnaires at baseline, 1-, 3- and 12- months following an acute PE during 2019-2023. Linear mixed effects modeling was used to analyze the population trajectories and predictors of systematic changes in health-related QoL. Results: Model expected population PEEmb-QoL values and SF-36 physical component (PCS) values decreased from baseline to 1-month ( $69.8 \pm 2.0$  to  $57.5 \pm 1.9$ ,  $p < 0.001$  and  $24.9 \pm 1.2$  to  $33.1 \pm 1.0$ ,  $p < 0.001$ , respectively) and between 1-month and 3-months ( $57.5 \pm 1.9$  to  $38.1 \pm 2.1$ ,  $p < 0.001$  and  $33.1 \pm 1.0$  to  $46.1 \pm 1.4$ ,  $p < 0.001$ , respectively) (Figure 1a for PEEmb-QoL and 1b for SF-36). Model expected population SF-36 mental component (MCS) values decreased from baseline to 1-month ( $38.7 \pm 1.6$  to  $42.3 \pm 1.4$ ,  $p < 0.01$ ) and between 1-month and 3-months ( $42.3 \pm 1.4$  to  $48.1 \pm 1.6$ ,  $p < 0.001$ ) (Figure 1c). Twelve months after PE, men had lower PEEmb-QoL than women ( $-5.4$  [ $-9.4$ ,  $-0.9$ ],  $p < 0.01$ ), younger had higher PCS than older ( $-7.8$  [ $-12.9$ ,  $-2.2$ ],  $p < 0.001$ ) and patients without history of cardiopulmonary disease had lower PEEmb-QoL than patients with history of cardiopulmonary disease ( $-5.1$  [ $-10.6$ ,  $-0.3$ ],  $p < 0.01$ ). Conclusions: Disease-specific and generic health-related QoL quality of life improved



sharply until 3-months following PE. Older age and cardiopulmonary disease were the most important independent predictors of systematic changes in the population trajectories. Disease-specific quality of life was more sensitive to the effects of independent predictors compared to generic quality of life. Older age was the most important factor associated with impaired aerobic capacity and endurance.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA079 | Survival implications of pulmonary vascular resistance in combined post- and pre-capillary pulmonary hypertension patients**  
**G. Papadopoulos<sup>1</sup>, S. A. Mouratoglou<sup>1</sup>, A. Arvanitaki<sup>1</sup>, P. Gourgiotis<sup>1</sup>, T. Chrysochoidis-Trantas<sup>1</sup>, A. Mpatsouli<sup>2</sup>, A. Bechlioulis<sup>3</sup>, K. Naka<sup>3</sup>, E. Demerouti<sup>4</sup>, P. Karyofyllis<sup>4</sup>, D. Tsiapras<sup>4</sup>, A. Anthi<sup>2</sup>, A. Manginas<sup>5</sup>, S. Rosenkranz<sup>6</sup>, G. Giannakoulas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> AHEPA University General Hospital, Pulmonary Hypertension and Congenital Heart Disease Unit, Thessaloniki, Greece,

<sup>2</sup> National & Kapodistrian University of Athens, 1st Department of Critical Care and Pulmonary Hypertension Clinic, Athens, Greece,

<sup>3</sup> University Hospital of Ioannina, 2nd Department of Cardiology, Ioannina, Greece,

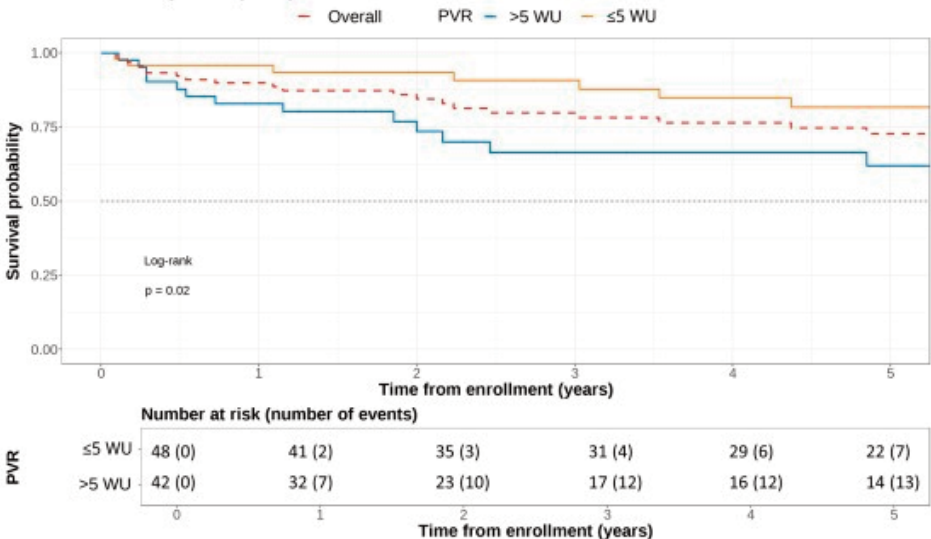
<sup>4</sup> Onassis Cardiac Surgery Center, Cardiology-Pediatric Cardiology Department, Athens, Greece,

<sup>5</sup> Mediterraneo Hospital, Cardiology Department, Glyfada, Athens, Greece,

<sup>6</sup> University Hospital of Cologne, Heart Center, Cologne, Germany

**Introduction/Purpose:** Pulmonary hypertension (PH) is a common complication of left heart disease, severely affecting prognosis. Its more severe form, combined post- and pre-capillary pulmonary hypertension (CpcPH), is hemodynamically defined as mean pulmonary artery pressure (mPAP)> mmHg, pulmonary arterial wedge pressure (PAWP)> mmHg and pulmonary vascular resistance (PVR)> WU, while a severe pre-capillary component is indicated by PVR>WU. This study aims to investigate the clinical characteristics as well as the impact of PVR on survival in patients with CpcPH. **Materials and Methods:** The Hellenic Pulmonary Hypertension

**Survival Analysis of CpcPH patients with PVR above or less 5WU**





ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Table 1. CpcPH Patients' Baseline Characteristics

Characteristic	Overall, N = 104	Male, N = 42	Female, N = 62	p-value <sup>†</sup>
Age, years	69 (17)	68 (18)	73 (13)	<b>0.048</b>
BMI, kg/m <sup>2</sup>	26 (9)	24 (2)	28 (8)	<b>0.009</b>
NYHA Class,				0.7
I	5 / 104 (4.8)	2 / 42 (4.8)	3 / 62 (4.8)	
II	49 / 104 (47)	17 / 42 (40)	32 / 62 (52)	
III	46 / 104 (44)	21 / 42 (50)	25 / 62 (40)	
IV	4 / 104 (3.8)	2 / 42 (4.8)	2 / 62 (3.2)	
Hypertension	50 / 81 (62)	19 / 35 (54)	31 / 46 (67)	0.2
Diabetes	26 / 81 (32)	14 / 35 (40)	12 / 46 (26)	0.2
Dyslipidemia	15 / 81 (19)	8 / 35 (23)	7 / 46 (15)	0.4
Atrial Fibrillation	28 / 81 (35)	10 / 35 (29)	18 / 46 (39)	0.3
Obesity	16 / 42 (38)	1 / 10 (10)	15 / 32 (47)	<b>0.036</b>
NT-proBNP, pg/mL	866 (1,810)	772 (1,781)	881 (1,693)	>0.9
6-MWD, m	351 (255, 411)	366 (255, 426)	328 (260, 377)	0.8
<b>Hemodynamics</b>				
mRAP, mmHg	12.0 (7.8)	14.0 (6.0)	11.0 (6.0)	<b>0.024</b>
mPAP, mmHg	42 (13)	43 (11)	40 (14)	<b>0.019</b>
PVR, WU	4.50 (3.11)	4.26 (2.84)	4.60 (3.29)	>0.9
PCWP, mmHg	20 (10)	22 (14)	19 (7)	0.063
CI, mL/min/m <sup>2</sup>	2.35 (1.87, 2.91)	1.98 (1.70, 2.90)	2.48 (1.95, 2.93)	0.2
SVi, mL/m <sup>2</sup>	31 (15)	30 (18)	33 (13)	0.5
SvO <sub>2</sub> , %	65 (59, 72)	60 (51, 68)	66 (62, 73)	<b>0.005</b>

<sup>†</sup>Pearson's Chi-squared test; Kruskal-Wallis rank sum test; Fisher's exact test

Note: Continuous variables are presented as median value with interquartile range (IQR). Categorical variables are presented as n / N (%)

Abbreviations: BMI: Body Mass Index, NYHA: New York Heart Association, NT-proBNP: N-terminal-pro brain natriuretic peptide, 6-MWD: 6-Minute Walking Distance, 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, SvO<sub>2</sub>: Mixed Venous Oxygen Saturation

Registry (HOPE) enrolls patients from all PH groups in Greece. This study focuses on group 2 CpcPH patients. Kaplan-Meier curve was used to estimate survival and the log-rank test was used for the comparisons. Results: In total 104 CpcPH patients were included (60% female), median (IQR) age at first visit 69 (17) years. Male patients were younger with lower body mass index (BMI), yet with worse diagnostic hemodynamics, i.e. higher mean right atrial pressure,

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

mPAP, and lower mixed venous oxygen saturation (Table 1). After a median follow up of 2.9 years in the total cohort, 31 deaths (34.4%) occurred (0.1 deaths per patient-year). The overall 5-year survival rate was 72.7%. Patients with a severe pre-capillary component had worse survival compared to patients with  $PVR \leq 5$  WU (61.9% vs. 81.7%,  $p=0.02$ , Figure 1). Conclusions: Male patients with CpcPH have worse hemodynamic profile compared to their female counterparts. Severe pre-capillary component in CpcPH patients defined by a  $PVR > 5$  WU is associated with impaired prognosis.

**ΑΑ080 | Ανάλυση παραγόντων που σχετίζονται με την ευθραυστότητα σε ασθενείς υποψήφιους για TAVI: δεδομένα από το ιατρείο 65+**  
**Μ. Νικολάου<sup>1</sup>, Γ. Βαμβάκου<sup>1</sup>, Ν. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, Χ. Χήτας<sup>1</sup>, Δ. Αναγνώστου<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, Α. Σπυριδάκη<sup>1</sup>, Γ. Τριανταφύλλη<sup>1</sup>, Σ. Αθηναίου<sup>1</sup>, Ι. Νέλλα<sup>1</sup>, Α. Σπαθάρη<sup>1</sup>, Ζ. Κόλλια<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Αποστολός<sup>2</sup>, Ο. Κατσαρός<sup>2</sup>, Ι. Καχριμανίδης<sup>2</sup>, Λ. Κολιαστάσης<sup>2</sup>, Ν. Κτενόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Τσαλαμανδρής<sup>2</sup>, Γ. Τρανταλής<sup>2</sup>, Μ. Δρακοπούλου<sup>2</sup>, Α. Συνετός<sup>2</sup>, Γ. Λάτσιος<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>2</sup>, Κ. Τούτουζας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η στένωση αορτικής αποτελεί τη συχνότερη βαλβιδοπάθεια στο γενικό πληθυσμό με επίπτωση που αυξάνεται προϊούσας της ηλικίας. Η παρουσία ευθραυστότητας έχει άμεση συσχέτιση με την έκβαση μετά από TAVI. Σκοπός της μελέτης είναι η ανεύρεση πα-

Πίνακας 1.

	EFT	Fried	CFS	FES-I	BalanceQ	Berg	30CST
EFT	$r^2=1$	$r^2=0.636$ $p=0.0026$	NS	NS	$r^2=0.756$ $p=0.0001$	$r^2=-0.684$ $p=0.0009$	$r^2=-0.762$ $p<0.0001$
Fried	$r^2=0.636$ $p=0.0026$	$r^2=1$	NS	$r^2=0.578$ $p=0.0076$	$r^2=0.783$ $p<0.0001$	$r^2=-0.749$ $p=0.0001$	$r^2=-0.720$ $p=0.0001$
CFS	NS*	NS*	$r^2=1$	$r^2=0.725$ $p=0.0003$	NS*	NS*	NS*
FES-I	NS*	$r^2=0.578$ $p=0.0076$	$r^2=0.725$ $p=0.0003$	$r^2=1$	$r^2=0.516$ $p=0.0198$	$r^2=-0.717$ $p=0.0004$	$r^2=-0.563$ $p=0.0097$
BalanceQ	$r^2=0.756$ $p=0.0001$	$r^2=0.783$ $p<0.0001$	NS*	$r^2=0.516$ $p=0.0198$	$r^2=1$	NS*	NS*
Berg	$r^2=-0.684$ $p=0.0009$	$r^2=-0.749$ $p=0.0001$	NS*	$r^2=-0.717$ $p=0.0004$	NS*	$r^2=1$	NS NS*
30CST	$r^2=-0.762$ $p<0.0001$	$r^2=-0.720$ $p=0.0001$	NS*	$r^2=-0.563$ $p=0.0097$	NS*	NS*	$r^2=1$

\*NS: nonsignificant

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ραμέτρων που σχετίζονται με την ευθραυστότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής. Δείγμα Το δείγμα αποτελείται από 20 ασθενείς ηλικίας 65+ με σοβαρή στένωση αορτικής που έχουν προγραμματιστεί για tAVI στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών. Μέθοδος Το δείγμα συλλέχθηκε με συνεχή δειγματοληψία. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν από το πολυδύναμο διεπιστημονικό ιατρείο τρίτης ηλικίας του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλία Φλέμινγκ με διενέργεια πλήρους γηριατρικής αξιολόγησης. Διενεργήθηκαν t tests για τη σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών και γραμμικές συσχετίσεις για κάθε συνδυασμό μεταβλητών στο SPSS. Αποτελέσματα Οι ασθενείς είχαν μέση ηλικία 81 ετών ενώ υπήρξε ισοκατανομή του φύλου (10 άνδρες και 10 γυναίκες). Από τα scores ευθραυστότητας που εξετάστηκαν, ήτοι φαινότυπο Fried, ουσιώδεις εργαλείο ευθραυστότητας (EFT), και κλινική κλίμακα ευθραυστότητας (CFS), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση της παρουσίας ευθραυστότητας με τη διαταραχή ισορροπίας και αυξημένο κίνδυνο πτώσεων βάσει των εξής scores: διεθνής κλίμακα αποτελεσματικότητας πτώσεων (FES-I), ερωτηματολόγιο ισορροπίας (BalanceQ), κλίμακα ισορροπίας Berg, δοκιμασία άρσης από κάθισμα 30 δευτερολέπτων (30CST). Μάλιστα, οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερο FES-I (28.2 έναντι 21.4,  $p = 0.07$ ), υψηλότερα scores BalanceQ (19.3 έναντι 13.9,  $p = 0.018$ ), χαμηλότερο Berg (36 έναντι 47,  $p = 0.039$ ), και υψηλότερες ταχύτητες στην αορτή ( $V_{max} = 4.5$  έναντι 3.6,  $p = 0.047$ ). Επίσης, υπήρξε στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των scores ευθραυστότητας EFT και Fried (Pearson = 0.636). Τέλος, υπήρξε στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο score CFS και το MMSE (Pearson = -0.514). Οι συντελεστές Pearson και τα αντίστοιχα p values για προαναφερθείσες γραμμικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Συμπεράσματα Η εκτίμηση του κινδύνου πτώσεων και της ισορροπίας σχετίζεται με την ευθραυστότητα σε ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής υποψήφιους για tAVI. Μάλιστα, οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα διαταραχή στην ισορροπία από τους άνδρες. Το κατά ποσό η διαταραχή ισορροπίας σχετίζεται άμεσα με την έκβαση μετά από tAVI, η οποία μάλιστα είναι πτωχότερη στις γυναίκες, πρέπει να εξετασθεί από μελλοντικές μελέτες.

**AA081 | Αιμολυτικές αναιμίες και Πνευμονική Υπέρταση. Ο ρόλος της εξειδικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης**  
**Π. Καρυοφύλλης<sup>1</sup>, Ε. Δεμερούτη<sup>2</sup>, Ε. Γ. Τσέτικα<sup>1</sup>, Σ. Αποστολοπούλου<sup>3</sup>, Ι. Ιακώβου<sup>1</sup>, Δ. Τσιάπρας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,

<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ,

<sup>3</sup> ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι αιμολυτικές αναιμίες ως αιτία Πνευμονικής Υπέρτασης κατατάσσονται στην κατηγορία 5 της κλινικής ταξινόμησης της Πνευμονικής Υπέρτασης και δεν υπάρχει καθορισμένη θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπισή της. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της έκβασης ασθενών με Πνευμονική Υπέρταση σε έδαφος αιμολυτικής αναιμίας και η επίδραση σε αυτήν συγκεκριμένων θεραπευτικών στρατηγικών. Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 28 ασθενείς με αιμολυτικές αναιμίες (β-θαλασ-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

σαιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο) και μέση ηλικία κατά τη διάγνωση τα  $48\pm 9$  έτη, που διαγνώστηκαν με Πνευμονική Υπέρταση βάσει δεξιού καρδιακού καθετηριασμού. Μελετήθηκε η επίδραση της ειδικής φαρμακευτικής αγωγής που χορηγείται στην Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση, τόσο στις αιμοδυναμικές παραμέτρους, όσο και σε υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες. Αποτελέσματα: Η αρχική μέση πίεση της Πνευμονικής Αρτηρίας (mPAP) ήταν  $41\pm 9.8$  mmHg, ο καρδιακός δείκτης  $2.7\pm 0.7$  Lt/min/m<sup>2</sup>, και οι Πνευμονικές αντιστάσεις  $6.2\pm 3$  WU. Από τους 28 ασθενείς το 32.1% είχε Χρόνια Θρομβοεμβολική Πνευμονική Υπέρταση (CTEPH) και οι ασθενείς αυτοί ήταν στατιστικά σημαντικά πιο επιβαρυνμένοι αιμοδυναμικά και υπερηχοκαρδιογραφικά από αυτούς που δεν είχαν CTEPH. Το 82.1% των ασθενών έλαβε ειδική φαρμακευτική αγωγή για Πνευμονική Υπέρταση (69.5% μονοθεραπεία) και επιπλέον, 6 ασθενείς με CTEPH υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική των πνευμονικών αρτηριών (BPA). Η φαρμακευτική αγωγή και/ή η BPA είχαν ως αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική βελτίωση όλων των αιμοδυναμικών παραμέτρων, πλην του καρδιακού δείκτη, όπως επίσης και των υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων (TAPSE, RVFAC). Η επιβίωση των ασθενών ήταν 96% στα 6 χρόνια και 90% στα 9 έτη. Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με πνευμονική υπέρταση σε έδαφος αιμολυτικής αναιμίας, η χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής και/ή η διενέργεια BPA για αυτούς που πάσχουν από CTEPH θα μπορούσε να είναι μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή.

**AA082 | Προγνωστική σημασία του λόγου της ολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας προς την επιμήκη παραμόρφωση του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με οξεία πνευμονική εμβολή**

**Χ. Μπάλλας<sup>1</sup>, Ο. Καρδακάρη<sup>2</sup>, Λ. Λάκκας<sup>3</sup>, Σ. Α. Σιώρος<sup>2</sup>,  
Ε. Παπαϊωάννου<sup>2</sup>, Η. Γκαρτζονίκας<sup>2</sup>, Β. Μπουρατζής<sup>2</sup>, Κ. Κ. Νάκα<sup>2</sup>,  
Λ. Κ. Μιχάλης<sup>2</sup>, Χ. Σ. Κατσούρας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Department of Cardiac Surgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>2</sup> Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>3</sup> Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece,

<sup>4</sup> First Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

**Σκοπός:** Μελετήσαμε κατά πόσο είναι συγκρίσιμη η προγνωστική σημασία του δείκτη ολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (LV-GLS) / επιμήκη παραμόρφωση του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (RV-FWLS) με εκείνη του RV-FWLS σε ασθενείς με οξεία πνευμονική εμβολή (ΟΠΕ). Υλικό και μέθοδος: Στην προοπτική αυτή μελέτη καταγραφής συμμετείχαν διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση ΟΠΕ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος διενεργήθηκε εντός του πρώτου 24ώρου από τη διάγνωση και συμπεριέλαβε τους δείκτες RV-FWLS και LV-GLS με την τεχνική του speckle tracking ενώ καταγράφηκε και ο απλοποιημένος δείκτης βαρύτητας της πνευμονι-

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

κής εμβολής sPESI. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 200 ασθενείς (105 άνδρες), μέσης ηλικίας  $68 \pm 14.8$  έτη. Σε περιφερική θρομβόλυση υποβλήθηκε το 20% των ασθενών. Σαράντα επτά (23,5%) ασθενείς είχαν ενεργό καρκίνο. Ο υπολογισμός του RV-FWLS ήταν δυνατός σε 161 ασθενείς και του LV-GLS σε 161 ασθενείς επίσης. Ο δείκτης RV-FWLS ήταν παθολογικός ( $\geq -20\%$ ) σε 97 (60,2%) ασθενείς ενώ ο LV-GLS ήταν παθολογικός ( $\geq -18\%$ ) σε 54 (33,5%) ασθενείς. Οι ασθενείς με sPESI $\geq 1$  ήταν 140 (70,0%). Ο RV-FWLS σχετίστηκε με τον θάνατο από οποιαδήποτε αιτία ενδονοσοκομειακά και στο 1 έτος ( $p=0.005$  και  $p=0.019$ , αντίστοιχα). Δεν υπήρξε συσχέτιση με τις επανεισαγωγές ή την υποτροπή της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου (ΦΘΝ) στο 1 έτος. Το sPESI συσχέτισθηκε με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο ( $p=0.003$ ), με τον θάνατο στο 1 έτος ( $p=0.005$ ) και με τις επανεισαγωγές για οποιαδήποτε αιτία το 1 έτος ( $p=0.028$ ). Δεν υπήρξε συσχέτιση με την υποτροπή της ΦΘΝ στο 1 έτος. Ο δείκτης LV-GLS/ RV-FWLS δεν συσχέτισθηκε με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο, τον θάνατο στο 1 έτος, με τις επανεισαγωγές ή την υποτροπή της ΦΘΝ στο 1 έτος. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΠΕ ο δείκτης LV-GLS/RV-FWLS δεν φαίνεται να έχει προγνωστική σημασία σε αντίθεση με τον δείκτη RV-FWLS ο οποίος συσχετίζεται με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο και τον θάνατο στους 12 μήνες αλλά και με τον sPESI ο οποίος συσχετίζεται με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο, τον θάνατο στο 1 έτος και με τις επανεισαγωγές για οποιαδήποτε αιτία το 1 έτος.

**AA083 | Προγνωστική σημασία της επιμήκου παραμόρφωσης του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με οξεία πνευμονική εμβολή**

**Χ. Μπάλλας<sup>1</sup>, Λ. Λάκκας<sup>2</sup>, Ο. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Ι. Τζούρτζος<sup>3</sup>, Π. Καλογεράς<sup>3</sup>, Ι. Σαμαρά<sup>3</sup>, Η. Στάμου<sup>3</sup>, Κ. Σιαράβας<sup>3</sup>, Κ. Κ. Νάκα<sup>3</sup>, Λ. Κ. Μιχάλης<sup>3</sup>, Χ. Σ. Κατσούρας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Department of Cardiac Surgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>2</sup> Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece,

<sup>3</sup> Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece,

<sup>4</sup> First Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

**Σκοπός:** Ελέγξαμε αν η καταγραφή της επιμήκου παραμόρφωσης του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (RV-FWLS) κατά τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) έχει προγνωστική σημασία. Υλικό και μέθοδος: Στη παρούσα προοπτική μελέτη καταγραφής συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με ΠΕ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος (το αργότερο εντός 24 ωρών από την διάγνωση) συμπεριέλαβε “κλασικούς” δείκτες δυσλειτουργίας ή/και υπερφόρτισης πίεσης της δεξιάς κοιλίας όπως ορίζονται στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας για την ΠΕ καθώς και τον δείκτη RV-FWLS. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 200 ασθενείς (95 γυναίκες), μέσης ηλικίας  $68 \pm 14.8$  έτη. Οι 103 ασθενείς (51,5%) νοσηλεύθηκαν

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

εξ' αρχής λόγω ΟΠΕ ενώ οι υπόλοιποι διαγνώστηκαν κατά τη νοσηλεία τους για άλλον λόγο. Ο υπολογισμός του RV-FWLS ήταν δυνατός σε 161 ασθενείς. Ο δείκτης RV-FWLS ήταν παθολογικός ( $\geq -20\%$ ) σε 97 (60.2%) ασθενείς. Είκοσι εννέα (18.0%) ασθενείς είχαν παθολογική τιμή RV-FWLS και έναν τουλάχιστον παθολογικό κλασικό δείκτη, 7 (4,3%) παθολογικό RV-FWLS χωρίς να γίνεται δυνατή η εκτίμηση όλων των κλασικών δεικτών ενώ 61 (37.9%) είχαν παθολογικό RV-FWLS χωρίς παθολογικούς κλασικούς δείκτες. Ο δείκτης RV-FWLS σχετίστηκε με τον θάνατο από οποιαδήποτε αιτία ενδονοσοκομειακά ( $p=0.005$ ) και με τον θάνατο στους 12 μήνες ( $p=0.019$ ). Οι κλασικοί δείκτες σχετίστηκαν μόνο με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο από οποιαδήποτε αιτία ( $p=0.008$ ), ενώ οι καμπύλες λειτουργικού χαρακτηριστικού δέκτη έδειξαν πως είχαν μικρότερη διαχωριστική ικανότητα από τον δείκτη RV-FWLS. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΠΕ ο δείκτης RV-FWLS συσχετίζεται τόσο με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο όσο και με τον θάνατο στους 12 μήνες, ενώ οι κλασικοί υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες μόνον με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο.

#### AA084 | Η εμπειρία ενός πολυδύναμου ενδοσκοπικού καρδιαγγειακού προγράμματος

**Φ. Μητρόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Γκούτης<sup>1</sup>, Κ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χατζής<sup>1</sup>, Α. Τζίφα<sup>1</sup>, Κ. Κουκοβίνος<sup>1</sup>, Χ. Αποστολίδης<sup>1</sup>, Α. Ρόμπολα<sup>1</sup>, Η. Λάζαρος<sup>1</sup>, Α. Σαμοθράκης<sup>1</sup>, Δ. Καραγγέλης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Παίδων, Συγγενών Καρδιοπαθειών & Ενηλίκων Νοσοκομείο Μητέρα, Όμιλος Υγεία,

<sup>2</sup> Τμήμα Καρδιάς-Θώρακος-Αγγείων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ο Ευαγγελισμός",

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακα, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Εισαγωγή** Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική αναπτύσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Η εκμάθηση της εμπεριέχει πολλές τεχνικές ιδιαιτερότητες. Παραθέτουμε την εμπειρία μας ενός σύγχρονου πολυδύναμου προγράμματος ολικής ενδοσκοπικής καρδιοχειρουργικής. Υλικό και μέθοδος Μια εξειδικευμένη καρδιοχειρουργική ομάδα, με μεγάλη εμπειρία στην ανοικτή κλασική καρδιοχειρουργική, εκπαιδεύτηκε σταδιακά και υπό επίβλεψη από ένα κέντρο - χειρουργούς με τη μεγαλύτερη εμπειρία στην ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική διεθνώς. Ένας χειρουργός παρακολούθησε το πρόγραμμά τους και στη συνέχεια δύο έμπειροι ενδοσκοπικοί καρδιοχειρουργοί σε μηνιαία βάση παρακολουθούσαν και συμβούλευαν την εκτέλεση ενδοσκοπικών επεμβάσεων. Αποτελέσματα Από τον Σεπτέμβριο του 2021 μέχρι σήμερα, εκτελέστηκαν συνολικά 237 ενδοσκοπικά καρδιοχειρουργικά περιστατικά. Υπήρξε μια μετατροπή ενός περιστατικού σε στερνοτομή, 4 θάνατοι (1,6%), καθώς και μια επανεπέμβαση για ενδοκαρδίτιδα (επιπλοκή) η οποία αντιμετωπίστηκε ενδοσκοπικά. Ο μεγαλύτερος ηλικιακά ασθενής της κοόρτης ήταν 93 ετών, ενώ ο μικρότερος 5 ετών, και το μικρότερο βάρος ασθενούς ήταν 14,8 κιλά. Επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας διενεργήθηκε σε 65 (27%) περιστατικά, σε 13 (5%) πραγματοποιήθηκε αντικατάσταση της μιτροειδούς και σε 58 (24%) αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας. Υπήρξαν 8 (3%) χειρουργεία καρδιακών όγκων, 12(5%) διπλές επεμβάσεις βαλβίδων, 9 (3%) επεμβάσεις τριγλώχινας βαλβίδας, 16 (6%) επανεπεμβάσεις, καθώς και 72 (30%) περιστατικά συγγενών καρδιοπαθειών (παιδιά κι ενήλικες). Ο χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας ήταν από 90 έως 264 λεπτά, ενώ

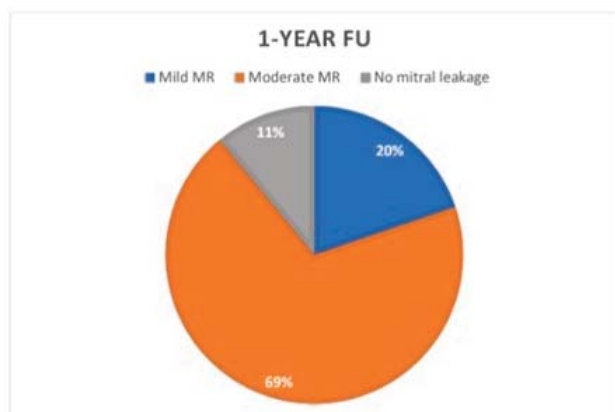
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

ο χρόνος ισχαιμίας από 55 έως 207 λεπτά. Ο χρόνος παραμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κυμαινόταν από 12 ώρες έως 4 ημέρες, ενώ η παραμονή στο νοσοκομείο από 3 έως 12 ημέρες. Το βάρος των ασθενών ήταν από 14,8 έως 160 kg, ενώ το ποσοστό μεταγγίσεων αίματος 45% και ιδίως για τις συγγενείς καρδιοπάθειες 18%. Ειδικά για τις συγγενείς καρδιοπάθειες, υπήρξε μία επανεπέμβαση για ενδοκαρδίτιδα η οποία πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπικά, μια περίπτωση sinus venosus με στένωση της άνω κοίλης φλέβας που αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης, 11 περιστατικά με πλευριτικές συλλογές, 3 περιστατικά πνευμοθώρακα, ενώ δεν υπήρξε αγγειακή επιπλοκή ή θάνατος. Συμπεράσματα Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική είναι μια εξελισσόμενη τεχνική, η οποία με την κατάλληλη εκπαίδευση και την ομαδική προσέγγιση, μπορεί να αντιμετωπίσει μια πλειάδα καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, με αποτελέσματα τα οποία συγκρίνονται ευνοϊκά με αυτά της κλασσικής καρδιοχειρουργικής.

**AA085 | Κλινική παρακολούθηση ασθενών με σοβαρή πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς μετά από διακορυφαία εμφύτευση τεχνητών νεοχορδών**  
**A. Καλοπάτσου<sup>1</sup>, E. Μπενέκη<sup>1</sup>, I. Δημητρόγλου<sup>1</sup>, M. Κούκος<sup>1</sup>, Δ. Πατσουράκος<sup>1</sup>, X. Βερβερέλη<sup>1</sup>, Φ. Γιαλελή<sup>1</sup>, Π. Χαλκίδης<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>, K. Αγγέλη<sup>1</sup>, B. Λόζος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η μέθοδος εμφύτευσης τεχνητών νεοχορδών με διακορυφαία προσπέλαση είναι μια ελάχιστα επεμβατική χειρουργική μέθοδος για την αντιμετώπιση των ασθενών με σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας τύπου II κατά Carpentier. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά δεδομένα αναφορικά με αυτή την μέθοδο. Σκοπός Η αναδρομική μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση ασθενών 1 χρόνο μετά την εμφύτευση των τεχνητών νεοχορδών. Μέθοδος Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 38 ασθενείς με σοβαρή ανεπάρκεια μι-



Εικ.1 Η μονοετής παρακολούθηση των ασθενών μετά από εμφύτευση τεχνητών νεοχορδών με διακορυφαία προσπέλαση.

τροειδούς βαλβίδας οι οποίοι υποβλήθηκαν στην εμφύτευση χορδών, από τον Μάρτιο του 2018-Δέκεμβρη 2023. Η σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας οφειλόταν σε ρήξη I ή περισσότερων τενόντιων χορδών. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης είναι η επιτυχής επέμβαση, η θνησιμότητα, η επανεπέμβαση, η επανεμφάνιση σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς και η μείωση κατά 1 τουλάχιστον βαθμό NYHA κατά τη διάρκεια 1 έτους παρακολούθησης. Αποτελέσματα Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 59 έτη (21% γυναίκες).

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

Η άμεση βελτίωση της ανεπάρκειας κατά 2+ μετά την εμφύτευση τουλάχιστον 3 χορδών στοιχειοθετούσε την επιτυχία της επέμβασης. Η διεγχειρητική και η νοσοκομειακή θνητότητα ήταν 0%. Η μονοετής επιβίωση ήταν 97% με έναν καταγεγραμμένο θάνατο που οφειλόταν σε άλλες αιτίες. Στην μετεγχειρητική παρακολούθηση, σχεδόν σε όλους τους ασθενείς (94%) καταγράφη βελτίωση κατά 1 τουλάχιστον βαθμό (18% των ασθενών NYHA τάξης I, 76% των ασθενών NYHA τάξης II) καθώς και μείωση της δόσης διουρητικής αγωγής. Το 20% των ασθενών είχαν ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς, το 69% μέτρια ανεπάρκεια και το 11% δεν παρουσίασε διαφυγή εκ της μιτροειδούς (εικ.1). Συμπεράσματα Η μέθοδος εμφύτευσης τεχνητών νεοχορδών με διακορυφαία προσπέλαση φαίνεται να είναι μια ασφαλής μέθοδος. Παρόλα αυτά, κρίνεται αναγκαίο να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο πληθυσμό και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα παρακολούθησης.

## AA086 | Ανακαλύπτοντας την ανεπάρκεια μιτροειδούς: Μια ενδιαφέρουσα κλινική περίπτωση

**A. Ηλιάδου<sup>1</sup>, N. Σπ. Ιωακειμίδης<sup>1</sup>, Σ. Κατικαρίδου<sup>1</sup>, Δ. Βαλασιάδης<sup>1</sup>**

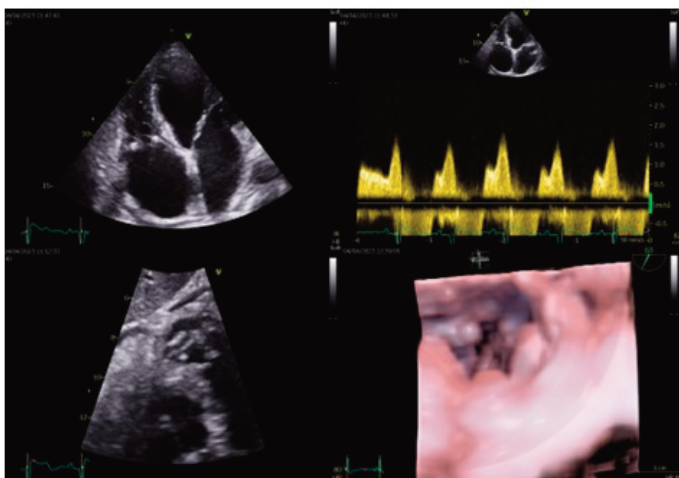
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η ανεπάρκεια μιτροειδούς (MR) είναι μια κατάσταση κατά την οποία η μιτροειδής βαλβίδα της καρδιάς δεν συγκλίνει σωστά, επιτρέποντας σε μια ποσότητα αίματος να παλινδρομεί εντός του αριστερού κόλπου, προκαλώντας συμπτώματα όπως κόπωση και δύσπνοια. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς, που εμφανίζεται με ήπια συμπτωματολογία στο τμήμα επειγόντων, χωρίς προηγούμενο καρδιολογικό ιστορικό. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα ηλικίας 48 ετών προσέρχεται στα επείγοντα της παθολογικής κλινικής λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας την τελευταία εβδομάδα. Επίσης, αναφέρεται δύσπνοια από μηνών, που αποδιδόταν σε χρόνια κάπνισμα. Επιπλέον, εμφανίζει ψυχιατρική νόσο και χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) υπό αγωγή. Εν συνεχεία, ζητήθηκε καρδιολογική εκτίμηση. Αποτελέσματα: Κλινικά η ασθενής εμφανίζει εξεσημασμένο ολοσυστολικό φύσημα ακουστό σε όλες τις εστίες ακρόασης, κυρίως στην κορυφή της. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει την ύπαρξη αυξημένων καρδιακών δεικτών (SGOT, SGPT, CKMB, LDH), ενώ η ακτινογραφία θώρακος την αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανευρίσκεται σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς 4+/4+ σε έδαφος πρόπτωσης (Carpentier Type II) και κλάσμα εξώθησης 60-65%. Η ασθενής λαμβάνει θεραπεία (β-αναστολέα, διουρητική αγωγή) και παραπέμπεται για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Υποβάλλεται σε πλήρη διοισοφάγειο υπερηχογραφική μελέτη (δισδιάστατη και τρισδιάστατη), κατά την οποία η μιτροειδής βαλβίδα εμφανίζει εικόνα ινοελαστικής ανεπάρκειας, με flail της P2 πτυχής (scallop) με αποτέλεσμα σοβαρή, έκκεντρη ανεπάρκεια της βαλβίδας. Επίσης, είναι εμφανής η ρήξη δύο τενόντιων χορδών στο σημείο αυτό. Τελικά, προτείνεται η επεμβατική διόρθωση της βαλβίδας με τη μέθοδο PASCAL. Ωστόσο, η ασθενής αρνείται και έτσι προγραμματίζεται η χειρουργική διόρθωση. Συμπεράσματα: Η ανεπάρκεια μιτροειδούς είναι μια βαλβιδοπάθεια, που απαιτεί τακτική και προσεκτική ιατρική παρακολούθηση των ασθενών, με στόχο την έγκαιρη θεραπεία. Σήμερα, οι φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες έχουν βελτιώσει τη διαχείριση των συμπτωμάτων των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους, με ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα.



ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024
**AA087 | ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΡΙΓΩΛΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ: ΜΙΑ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΑ**
**Δ. Καραγεώργου<sup>1</sup>, Χ. Τούντας<sup>1</sup>, Δ. Μυτάς<sup>1</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Η συχνότητα του ρευματικού πυρετού έχει μειωθεί στην Ευρώπη λόγω των βελτιωμένων συνθηκών διαβίωσης, της σωστής χρήσης αντιβιοτικών στη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα και των αλλαγών στους στρεπτοκοκκικούς ορότυπους. Η προσβολή της τριγλώχινας βαλβίδας είναι περίπου 7%, αλλά το 99,3% αυτών των ασθενών έχουν συνοδό προεξέχουσα προσβολή της μιτροειδούς βαλβίδας. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ Ασθενής 56 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν στοιχεία λοίμωξης πιθανώς μαλακών μορίων και η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Λόγω οιδημάτων κάτω άκρων ζητήθηκε η διενέργεια διαθωρακικού ηχωκαρδιογραφήματος το οποίο ανέδειξε σημαντική ασβέστωση των γλωχίνων της τριγλώχινας βαλβίδας με συνοδό προσβολή του υπερτριγλωχινικού μηχανισμού και υπολογιζόμενη διαβαλβιδική κλίση πίεσης 6mmHg. Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω διερεύνηση με διοισοφάγειο ηχωκαρδιογράφημα κατά το οποίο επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα της σοβαρής στένωσης της τριγλώχινας βαλβίδας με συνοδό μετρίου βαθμού ανεπάρκεια αυτής, χωρίς όμως να αναδείξει σημαντική προσβολή άλλης βαλβίδας (Εικόνα 1). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της η ασθενής ετέθη σε πλήρη διουρητική αγωγή, διενεργήθηκε περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος για άλλα πιθανά αίτια προσβολής της τριγλώχινας βαλβίδας ο οποίος ήταν αρνητικός και τελικά εξήλθε απύρετη, με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής, με οδηγίες για περαιτέρω αντιμετώπιση της βαλβιδικής νόσου. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η ρευματική νόσος σπάνια επηρεάζει τις δεξιές καρδιακές βαλβίδες. Μεμονωμένη ανεπάρκεια μιτροειδούς αποτελεί την πιο συχνή θέση προσβολής της ρευματικής νόσου στο 38% των περιπτώσεων, μικτή νόσος



και αορτικής βαλβίδας στο 19,5% των περιπτώσεων και ελάχιστες περιπτώσεις μεμονωμένης προσβολής της τριγλώχινας βαλβίδας έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία, γεγονός που καθιστά την περίπτωση μας μοναδική. Η διαπίστωση του αιτίου δεν είναι πάντα εφικτή καθώς οι ασθενείς αδυνατούν να πληροφορηθούν το γιατί τους σχετικά με την πιθανότητα νόσησης από ρευματικό πυρετό στη παιδική τους ηλικία.

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

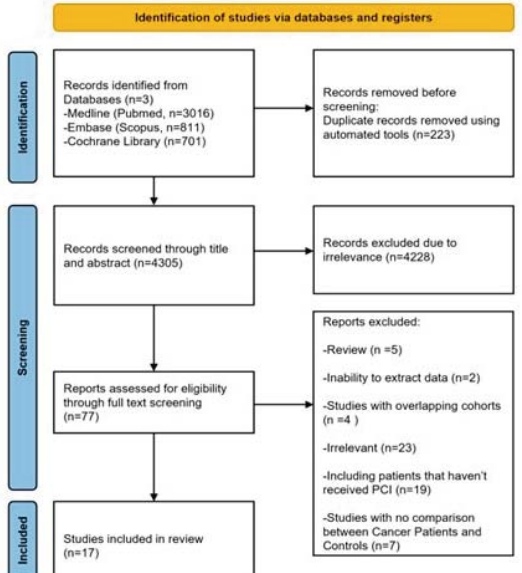
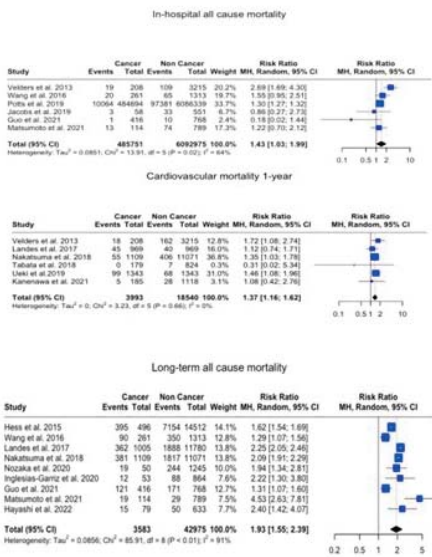
**AA088 | Αποτελέσματα της Διαδερμικής Στεφανιαίας Παρέμβασης σε Ασθενείς με Ενεργό Καρκίνο ή Ιστορικό Καρκίνου: Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-ανάλυση**  
**N. Βυθούλκας-Μπιώτης<sup>1</sup>, Δ.Δ. Χλωρογιάννης<sup>2</sup>, Θ. Θεοδωροπούλου<sup>3</sup>, E. Οικονόμου<sup>1</sup>, K. Καλογεράς<sup>1</sup>, E. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, E. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

<sup>2</sup> Τμήμα Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Brigham and Women's, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Χαρβαρντ, Βοστώνη, Μασαχουσέτη, ΗΠΑ,

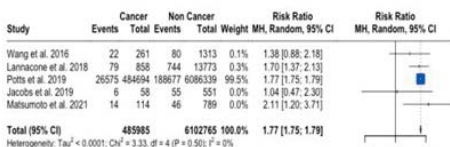
<sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ "Ιπποκράτειο", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι ασθενείς με ενεργό καρκίνο ή ιστορικό καρκίνου αντιπροσωπεύουν έναν αυξανόμενο πληθυσμό με σημαντικές προκλήσεις κατά την υποβολή σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI). Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση αξιολογήθηκε η επίδραση του καρκίνου τόσο σε βραχυπρόθεσμα, όσο και σε μακροπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα σε ασθενείς μετά PCI. Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Embase. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες κοορτής που συνέκριναν τα κλινικά αποτελέσματα μετά PCI, συμπεριλαμβανομένων της θνησιμότητας από κάθε αιτία, της καρδιαγγειακής θνησιμότητας, της αιμορραγίας, του εγκεφαλικού επεισοδίου, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της καρδιογενούς καταπληξίας και της καρ-

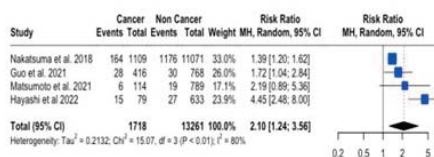


ΠΕΜΠΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

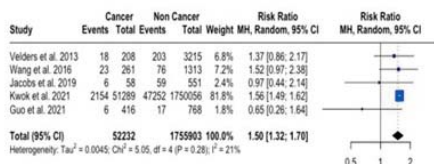
## In hospital Bleeding



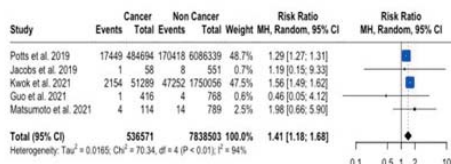
## Bleeding Long-term



## Cardiogenic shock in-hospital



## Stroke in-hospital



διακής ανεπάρκειας μεταξύ ασθενών με ενεργό νόσο ή ιστορικό καρκίνου και μαρτύρων (Εικόνα 1). Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε την αναλογία κινδύνου (RR) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI). Αποτελέσματα: Συνολικά 17 μελέτες με συνολικό αριθμό 8.443.477 ασθενών συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση (Εικόνα 1). Η συνοχή των αποτελεσμάτων συνδέθηκε με αυξημένη ενδοσσοκομειακή θνησιμότητα από κάθε αιτία (n=6; RR: 1.43; 95%CI:1.03-1.99; p=0.03), θνησιμότητα από κάθε αιτία στον 1ο χρόνο (n=7; RR: 2.14; 95%CI:1.64-2.80; p<0.01), μακροπρόθεσμη θνησιμότητα από κάθε αιτία (n=9; RR: 1.93; 95%CI:1.55-2.39; p<0.01) καθώς και αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα στον 1ο χρόνο (n=6; RR: 1.37; 95% CI:1.16-1.62; p<0.01) (Εικόνα 1). Οι ασθενείς με καρκίνο επίσης παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ενδο-νοσοκομειακών αιμορραγικών επεισοδίων (n=5; RR: 1.77; 95%CI:1.75-1.79; p<0.01), αιμορραγικών επεισοδίων στον 1ο χρόνο (n=4; RR: 1.6; 95%CI:1.26-2.11; p<0.01) και μακροπρόθεσμων αιμορραγικών επεισοδίων (n=4; RR: 2.10; 95% CI:1.24-3.56; p<0.01) (Εικόνα 2). Επιπλέον, οι ασθενείς με ιστορικό καρκίνου είχαν αυξημένα ποσοστά ενδο-νοσοκομειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (n=5; RR: 1.41; 95%CI:1.18-1.68; p<0.01), καρδιογενούς καταπληξίας (n=5; RR: 1.50; 95%CI:1.32-1.70; p<0.01) και μακροπρόθεσμης εδήλωσης καρδιακής ανεπάρκειας (n=3; RR: 1.49; 95%CI:1.25-1.77; p<0.01) (Εικόνα 2). Δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το νέο έμφραγμα του μυοκαρδίου μεταξύ των δύο κοορτών. Συμπεράσματα: Το ιστορικό καρκίνου ή ο ενεργός καρκίνος συνδέεται αρνητικά με τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη καρδιαγγειακή πρόγνωση ασθενών που υποβάλλονται σε PCI. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία μιας διεπιστημονικής προσέγγισης στη θεραπεία αυτού του πληθυσμού υψηλού κινδύνου για τη βελτίωση τόσο της θνησιμότητας όσο και των καρδιαγγειακών συμβάντων.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA089 | ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ GRACE 2.0 ΚΑΙ GRACE 3.0 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

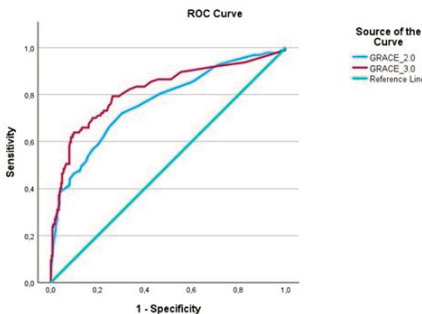
**Χ. Κωφός<sup>1</sup>, Α. Παπάζογλου<sup>2</sup>, Α. Τάκας<sup>1</sup>, Σ. Ρουσοπούλου<sup>1</sup>, Π. Δούκη<sup>1</sup>, Α. Σαμαράς<sup>1</sup>, Π. Σταχτέας<sup>1</sup>, Α. Νασουφίδου<sup>1</sup>, Α. Τζίκας<sup>1</sup>, Β. Φυντανίδου<sup>3</sup>, Ε. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>1</sup>, Γ. Κασίμης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

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

<sup>3</sup> Τμήμα Επειγούσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, 54636 Θεσσαλονίκη,

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα (ΟΣΣ) αποτελούν την κυρίαρχη αιτία θνητότητας παγκοσμίως. Για αυτό το λόγο, έχει καθοριστική σημασία η εύστοχη πρόβλεψη και διαστρωμάτωση του κινδύνου στους ασθενείς αυτούς. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε και το GRACE Score (Global Registry Acute Coronary Events score). Το score αυτό περιλαμβάνει κλινικές, ηλεκτροκαρδιογραφικές και βιοχημικές μεταβλητές και δημιουργήθηκε με σκοπό να προσδιορίσει την πιθανότητα θνητότητας σε ασθενείς με ΟΣΣ. Το 2022 αναθεωρήθηκε, περιλαμβάνοντας ως σημαντική πλέον μεταβλητή και το φύλο. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η σύγκριση του νεότερου μοντέλου (GRACE 3.0) με το προγενέστερο (GRACE 2.0). Υλικό και Μέθοδος: Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, μελετήσαμε αναδρομικά, σε ασθενείς που προσήλθαν στο Γ.Ν.Θ Ιπποκράτειο (2018-2021), όλους τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στο GRACE score: ηλικία, συστολική αρτηριακή πίεση, σφύξεις, κρεατινίνη, καρδιακή ανακοπή, απόκλιση ST διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, Killip class, αύξηση τροπονίνης και φύλο, σε μια ομάδα διαδοχικά νοσηλευόμενων ασθενών για ΟΣΣ. Ως καταληκτικό σημείο ορίστηκε η θνητότητα από όλες τις αιτίες κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των συμμετεχόντων ασθενών. Η διακριτική ικανότητα των GRACE 2.0 και GRACE 3.0 υπολογίστηκε με τον δείκτη AUC, ο οποίος αντιστοιχεί στην περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC. Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 390 ασθενείς (25.1% γυναίκες) με ΟΣΣ. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 2 ετών, 97 άτομα (24.9%) απεβίωσαν. Η στατιστική ανάλυση απέδειξε ότι τόσο το GRACE 2.0 όσο και το GRACE 3.0 είχαν καλή διακριτική ικανότητα για τη θνητότητα από όλες τις αιτίες, με AUC=0.77 (95% CI 0.71-0.82) για το πρώτο και AUC=0.82 (95% CI 0.76-0.87) για το δεύτερο score (Σχήμα 1).



Έπειτα χρησιμοποιήθηκε το DeLong test για τη σύγκριση των δυο καμπύλων ROC ( $p=0.0034$ ), υποδεικνύοντας ότι τα μοντέλα έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην απόδοση. Συμπεράσματα: Η μελέτη μας αποδεικνύει, καταρχάς, ότι το πρόσφατα ανεπτυγμένο GRACE 3.0 έχει καλή προγνωστική αξία σχετικά με τη μακροχρόνια θνητότητα, αλλά και ότι ανταποκρίνεται καλύτερα από το προγενέστερο GRACE 2.0. Συνεπώς, εκτός από τη χρησιμότητα του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για την εξατομικευμένη διαστρωμάτωση του κινδύνου και τη διαχείριση των ασθενών μετά το εξιτήριο.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

**AA090 | Προβλεπτικοί παράγοντες για στεφανιαία νόσο τριών αγγείων σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο: Δεδομένα από την CALLINICUS-Hellas Registry**

**T. Γαϊτανάκη<sup>1</sup>, K. Παπαθανασίου<sup>2</sup>, Λ. Ραλλίδης<sup>2</sup>, E. Σαμιώτης<sup>2</sup>, T. Γαϊτανάκη<sup>1</sup>, E. Κλάδου<sup>1</sup>, B. Μπουρατζής<sup>3</sup>, I. Λεβέντης<sup>4</sup>, Δ. Τσαμούλης<sup>5</sup>, Π. Καλογεράς<sup>5</sup>, Σ. Δάιος<sup>6</sup>, M. Μάλκοτς<sup>7</sup>, X. Καλαντζής<sup>8</sup>, Δ. Τασούλας<sup>9</sup>, B. Αφεντούλης<sup>10</sup>, B. Ποτούπη<sup>11</sup>, A. Θεοφιλάτος<sup>12</sup>, X. Μπέτσης<sup>13</sup>, Γ. Ζορμπάς<sup>11</sup>, Δ. Ελευθερίου<sup>14</sup>, Π. Ναστάτος<sup>15</sup>, I. Δελάκης<sup>10</sup>, N. Αργυρίου<sup>8</sup>, Γ. Μανώλης<sup>16</sup>, A. Σιάνης<sup>15</sup>, A. Λυκούδης<sup>14</sup>, X. Βλαχόπουλος<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>4</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>5</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>6</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>7</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>8</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>9</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>10</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>11</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

<sup>12</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>13</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>14</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>15</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>16</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρουσία στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) τριών αγγείων σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (ΟΣΣ) επηρεάζει την στρατηγική επαναμάτωσης και την πρόγνωση των ασθενών. Η έγκαιρη πρόβλεψη της πιθανής ανεύρεσης ΣΝ τριών αγγείων μπορεί να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων. Μεθοδολογία: Η CALLINICUS-Hellas Registry είναι μια πανελλήνια προοπτική πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης 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. Για την παρούσα ανάλυση αξιοποιήθηκαν δεδομένα 1,512 ασθενών από την καταγραφή και δημιουργήθηκαν δύο υπο-ομάδες: ασθενείς με ΣΝ τριών αγγείων (ομάδα Α) και ασθενείς χωρίς ΣΝ τριών αγγείων (ομάδα Β). Η διάγνωση της ετερόζυγης οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας (ΕΟΥ) βασίσθηκε στα Ολλανδικά κριτήρια (σκορ  $\geq 3$  συνηγούμενα για πιθανή ΕΟΥ). Αποτελέσματα: Από τους 1,512 ασθενείς με ΟΣΣ, 279 (18,5%) είχαν ΣΝ τριών αγγείων (ομάδα Α) και 1,233 ταξινομήθηκαν στην ομάδα Β. Οι ασθενείς της ομάδας Α ήταν μεγαλύτερης ηλικίας

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

	Ομάδα Α (N=279)	Ομάδα Β (N=1,233)	P-value
Ηλικία (έτη)	66,5 (58-74)	61 (53-70)	<0,001
Άνδρες (%)	90,3	77	<0,001
Αρτηριακή Υπέρταση (%)	57	46	0,001
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	33	20,5	<0,001
Υπερχοληστερολαιμία (%)	52	42	0,002
Πιθανή ΕΟΥ (%)	12,5	7,5	0,008
Κάπνισμα (%)	53	63	0,03
Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	181 (±54)	184 (±48)	0,35
LDL-C (mg/dL)	112 (±47)	115 (±43)	0,35
HDL-C (mg/dL)	40 (35-47)	42 (35-50)	0,07
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	118,5 (92-168)	117 (87-154)	0,11
Lp(a) [nmol/L]	46 (19,3-98,8)	39,6 (17,6-90,7)	0,009
ΔΜΣ (kg/m <sup>2</sup> )	27,7 (25-29,7)	27,4 (25-30,4)	0,33
Ομάδα Α: στεφανιαία νόσος τριών αγγείων, Ομάδα Β: στεφανιαία νόσος ενός ή δύο αγγείων, ΕΟΥ: ετερόζυγη οικογενής υπερχοληστερολαιμία, LDL-C: low density lipoprotein cholesterol, HDL-C: high density lipoprotein cholesterol, Lp(a): λιποπρωτεΐνη(a), ΔΜΣ: δείκτης μάζας σώματος			

[66,5 (58-74) έναντι 61 (53-70) έτη,  $p<0,001$ ] και συχνότερα άνδρες (90,3% έναντι 77%,  $p<0,001$ ) σε σύγκριση με την ομάδα Β. Η παρουσία των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία (ολική χοληστερόλη > mg/dL ή λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής), ο σακχαρώδης διαβήτης αλλά και η πιθανή ΕΟΥ ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό συχνότερη στους ασθενείς της ομάδας Α (Πίνακας 1). Εκτός από τη λιποπρωτεΐνη(α) [Lp(a)], που βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα Α, το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών των δύο ομάδων ήταν συγκρίσιμο. Η πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης ανέδειξε ότι η ηλικία, το ανδρικό φύλο, ο σακχαρώδης διαβήτης, η πιθανή ΕΟΥ και οι τιμές της Lp(a) είναι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί δείκτες για ΣΝ τριών αγγείων (Πίνακας 2). Συμπέρασμα: Τόσο η πιθανή ΕΟΥ όσο και οι τιμές της Lp(a) είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες για ΣΝ τριών αγγείων σε ασθενείς που νοσηλεύονται για ΟΣΣ.

Μεταβλητή	Αναλογία Κινδύνου	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	P-value
Ηλικία (ανά έτος)	1,03	1,02-1,05	<0,001
Ανδρικό φύλο	2,8	1,8-4,3	<0,001
Αρτηριακή Υπέρταση	-	-	0,62
Σακχαρώδης Διαβήτης	1,60	1,15-2,24	0,005
Δυσλιπιδαιμία	-	-	0,32
Κάπνισμα	-	-	0,53
Πιθανή ΕΟΥ	1,64	1,02-2,6	0,04
Lp(a) [ανά nmol/L]	1,002	1,001-1,004	0,006
ΕΟΥ: ετερόζυγη οικογενής υπερχοληστερολαιμία, Lp(a): λιποπρωτεΐνη (α)			

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

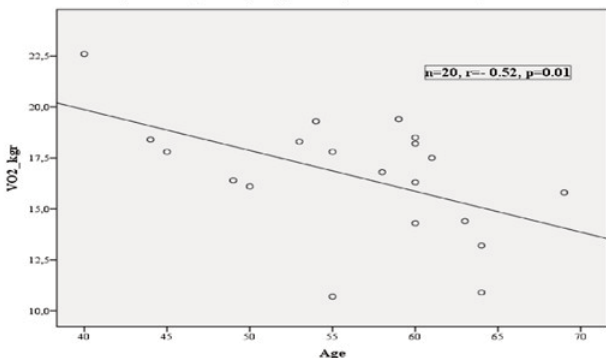
### AA091 | Η αερόβια ικανότητα για άσκηση εμφραγματιών ασθενών ένα μήνα μετά την πρωτογενή αγγειοπλαστική είναι ανεξάρτητη από το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας

**E. Τριανταφυλλίδη<sup>1</sup>, Δ. Μπίρμπα<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Δ. Μπενάς<sup>1</sup>,  
Κ. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Αρμυλαγός<sup>1</sup>, Α. Διονυσσακόπουλος<sup>1</sup>,  
Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η πρωτογενής αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών (PCI) αποτελεί την θεραπευτική λύση επιλογής για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Παρόλα αυτά η διαπίστωση επηρεασμένου κλάσματος εξώθησης (ΚΕ) της αριστερής κοιλίας στους ασθενείς που υποβάλλονται PCI είναι συχνή. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αξιολογεί την αερόβια ικανότητα για άσκηση και επακόλουθα την καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία και παρέχει σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες όσον αφορά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (CVR). Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση μέσω της CPET ασθενών με ΟΕΜ, ένα μήνα μετά την PCI, βάσει του ΚΕ. Μέθοδος: Μελετήσαμε 20 ασθενείς με πρόσφατο ΟΕΜ και επακόλουθη PCI (ηλικία=56+7 έτη, 85% άνδρες, 95% καπνιστές, BMI=30+6, ΚΕ=44+6). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε CPET σε εργομετρικό ποδήλατο ένα μήνα μετά την PCI. Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός διαιρέθηκε βάσει του ΚΕ στην Ομάδα Α (n=6, ΚΕ40%, 58+7 έτη, 79% άνδρες, 93% καπνιστές, BMI=31+7). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μέγιστη CPET ανεπίπλεκτα χωρίς να εμφανισθεί ισχαιμικό ή αρρυθμιογόνο συμβάν (πηλίκιο ανταλλαγής αερίων, RER=1.2+0.1). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο Ομάδων ως προς το BMI, το φύλο, το κάπνισμα, την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση. Οι ασθενείς της Ομάδας Α ήταν νεότεροι (51+7 έναντι 58+7 years, p=0.04), είχαν χαμηλότερο ΚΕ (37+4% έναντι 47+3%, p<0.001) και επέτυχαν υψηλότερα αποτελέσματα στις παραμέτρους της CPET ως προς το καρδιακό έργο (METS 5.7+0.7 έναντι 4.6+0.7, p=0.007) και την μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου (VO<sub>2</sub>/kg 19+2 έναντι 16+3, p=0.04) και παρόμοιες τιμές αναπνευστικής επάρκειας (VE/VCO<sub>2</sub> 32+3 vs. 32+4,

Relationship of VO<sub>2</sub>/kg with age in post PCI patients with acute myocardial infarction



p=0.88) συγκρινόμενοι με τους ασθενείς της Ομάδας Β. Στο σύνολο του πληθυσμού, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του VO<sub>2</sub>/kg (r = -0.52, p=0.01). Συμπεράσματα: Η αερόβια ικανότητα για άσκηση εμφραγματιών ασθενών ένα μήνα μετά πρωτογενή PCI είναι ανεξάρτητη από το ΚΕ. Η CPET αντιπροσωπεύει ένα πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του υπολειπόμενου CVR και της πρόγνωσης σε αυτούς τους ασθενείς.

ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024**AA092 | Προγνωστικοί δείκτες στρατηγικής αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας σε ασθενείς με MINOCA****Ε. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, Ι. Λεοντίνης<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Π. Βλαχάκης<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Ι. Νταλακούρας<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>1</sup>, Ε. Τσιάμης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Πληθώρα σημαντικών κλινικών μελετών έχει σαφώς καθορίσει τη βέλτιστη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ένα ευρύ φάσμα της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο τα δεδομένα παραμένουν ελλιπή στο έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (MINOCA), με ενδείξεις υπερχής της μονής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (MAA). Στα πλαίσια συνδρόμου Takotsubo (TTS) δεν υπάρχει καμία ένδειξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της παρούσας κλινικής πρακτικής αναφορικά με την επιλογή αντιαιμοπεταλιακής αγωγής σε ασθενείς με MINOCA και η διερεύνηση παραμέτρων που την κατευθύνουν. 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% υπερτασικοί, 17,6% διαβητικοί, 29% καπνιστές). 122 άτομα υπεβλήθησαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς που ανέδειξε ισχαιμικό 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 διεγνώστη (11,5%) μυοκαρδίτιδα και αποκλείστηκαν από περαιτέρω αναλύσεις. Αποτελέσματα: Αναφορικά με τη συνταγογράφηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στον υπό ανάλυση πληθυσμό, 32% των ασθενών έλαβαν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ΔΑΑ), 44,3% MAA και 23,8% κανένα αντιαιμοπεταλιακό. Η μονοπαραγοντική ανάλυση ότι η πιθανότητα χορήγησης MAA ή ΔΑΑ σχετίζεται με το ΚΕΑΚ ( $r=225$ ,  $p=0,016$ ) και την παρουσία αθηρωματικών αλλοιώσεων στη στεφανιογραφία ( $r=302$ ,  $p=0,001$ ), αλλά όχι με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, νεφρική λειτουργία, ΗΚΓ αλλοιώσεις, INTERTAK score, επίπεδα τροπονίνης, προηγούμενη χρήση αντιαιμοπεταλιακών, HAS-BLED και DAPT-precise scores. Η προ CMR επιλογή θεραπείας για τους ασθενείς με τελική διάγνωση TTS ήταν 34,7%, 47% και 18,4% για καθόλου αντιαιμοπεταλιακά, MAA και ΔΑΑ, ενώ για τα MINOCA (αληθή και unknown origin) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 16,4%, 42,1% και 41,1%. Η επιλογή ΔΑΑ στους ασθενείς που έλαβαν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σχετίστηκε μόνο με τα αγγειογραφικά ευρήματα αθηρωμάτωσης (OR: 0,390, CI 95%: 0,222-0,651,  $p<0,001$ ). Πολυπαραγοντικό μοντέλο σταθμισμένο για κλασικούς παράγοντες κινδύνου, ΚΕ, ΗΚΓ αλλοιώσεις και μέγιστη τιμή τροπονίνης επιβεβαίωσε την ανεξάρτητη συσχέτιση (OR: 0,413, CI 95%: 0,214-0,701,  $p<0,001$ ). Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της μελέτης υπογραμμίζουν την ανάγκη καθορισμού της τελικής διάγνωσης σε ασθενείς με MINOCA καθώς η θεραπευτική στρατηγική ενδεχόμενα επηρεάζει την πρόγνωση ενώ αποκαλύπτουν σημαντική ετερογένεια στην παρούσα κλινική πράξη.



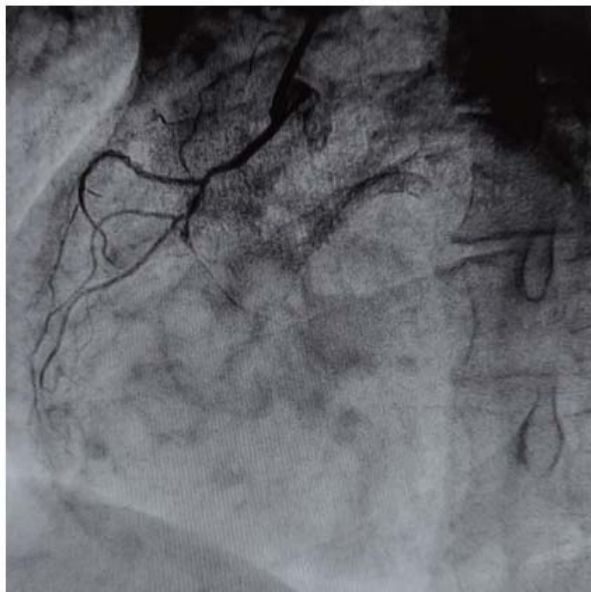
ΠΕΜΠΤΗ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 / THURSDAY, OCTOBER 31<sup>st</sup> 2024

## AA093 | Υψηλή έκφυση δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας

**N. Κατσιλλης<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, A. Αρχοντίκης<sup>1</sup>, A. Βασιλειάδου<sup>1</sup>,  
M. Σαγρής<sup>1</sup>, Θ. Πάλλας<sup>1</sup>, N. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>,  
E. Μπούσουλα<sup>1</sup>, A. Δημόπουλος<sup>1</sup>, N. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η υψηλή έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) αποτελεί ένα πολύ σπάνιο εύρημα 0,1% όλων των στεφανιαίων ανωμαλιών. Ωστόσο είναι δύσκολο να ενοχοποιηθεί ως αιτία ισχαιμικού επεισοδίου και ως εκ τούτου σαν σίγουρο παθολογικό εύρημα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας ασθενής 80 ετών με αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, προέβη στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με στοιχεία ισχαιμίας στο κατώτερο και στο πρόσθιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος όπου ανέδειξε στεφανιαία νόσο ενός αγγείου με σοβαρού βαθμού στένωση στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο. Ακολούθησε επιτυχής αγγειοπλαστική με εμφύτευση ενός stent. Ωστόσο κατά τον καθετηριασμό της RCA διαπιστώθηκε ότι η έκφυση του αγγείου δεν ήταν η σύνθετες, αλλά ψηλότερη από το κοινό σημείο της αορτοκοιλιακής συμβολής (sinotibular junction). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το προαναφερθέν αγγειογραφικό εύρημα αποτελεί σπάνια περίπτωση στεφανιαίας ανωμαλίας. Ως υψηλή έκφυση ορίζεται όταν το στόμιο εκφύεται μεταξύ 5mm - 10mm από την αορτοκοιλιακή συμβολή (sinotibular junction). Γενικά, σε όλες τις κατηγορίες ανωμαλιών στεφανιαίων αρτηριών συστήνεται λειτουργικός έλεγχος για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό ισχαιμίας καθώς επίσης και αξονική τομογραφία καρδιάς για προσδιορισμό του ανατομικού ρίσκου. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**



Σε ευρήματα υψηλής έκφυσης στεφανιαίας αρτηρίας θα πρέπει να εξαλείφεται η παρουσία ισχαιμίας λόγω μειωμένου στόμιου (50% της διαμέτρου), μεσοαρτηριακής οδού ή παρουσίας άλλης ανωμαλίας. Ωστόσο, υπάρχουν συγγραφείς που πιστεύουν στην υπόθεση ισχαιμίας του μυοκαρδίου, μόνο λόγω υψηλής στεφανιαίας έκφυσης στα πλαίσια μειωμένης διαστολικής πλήρωσης του αγγείου, όντας ικανό να προκαλέσει θεωρητικά χρόνια μυοκαρδιακή βλάβη με αναμφίβολες συνέπειες στην ενήλικη ζωή, όπως και στην δική μας περίπτωση. Έτσι, το ερώτημα είναι εάν η υψηλή έκφυση της στεφανιαίας αρτηρίας συνιστά καλοήγη ή κακοήγη ανωμαλία.



**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ  
1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024**

---

**E-POSTERS  
FRIDAY,  
NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**

**Ανάρτηση: 09:00 - 18:00**

**Post: 09:00 - 18:00**

**Παρουσίαση 15:00 - 16:00**

**Presentation: 15:00 - 16:00**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**Καρδιακή απεικόνιση**Πρόεδροι: **I. Ντάλας** (Άρτα), **Γ. Μπενέτος** (Αθήνα)Chairpersons: **I. Ntalas** (Arta), **G. Benetos** (Athens)

**AA094 | Επίδραση της νεφρικής λειτουργίας στην ασβέστωση των στεφανιαίων αρτηριών και της μιτροειδούς βαλβίδας σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας**  
**Σ.Ε. Μαυρουδέας<sup>1</sup>, Γ. Ματθαίουπουλος<sup>1</sup>, Α. Αποστολός<sup>1</sup>, Ν. Ανδριώτη<sup>2</sup>, Κ. Κεραμιδά<sup>2</sup>, Π. Κληρίδης<sup>2</sup>, Ι. Πυλαρινός<sup>2</sup>, Σ. Τσιάμης<sup>1</sup>, Σ. Μαραγκουδάκης<sup>1</sup>, Δ. Νικητόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Μπενέτος<sup>1</sup>, Μ. Δρακοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Μαντής<sup>3</sup>, Α. Τσαντούλας<sup>3</sup>, Γ. Συνετός<sup>1</sup>, Ν. Καυκάς<sup>3</sup>, Κ. Αγγέλη<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Κ. Τούτουζας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο,<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ιστορικό:** Η σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc) είναι συχνό εύρημα στον γενικό πληθυσμό σχετιζόμενο με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η ασβεστοποίηση της AV συνδέεται με διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν η νεφρική λειτουργία μπορεί να επηρεάσει ταυτοχρόνως την ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας (MV) και των στεφανιαίων αρτηριών σε ασθενείς με AVSc. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της νεφρικής λειτουργίας και την ποσοτικοποίηση του ασβεστίου στις στεφανιαίες αρτηρίες και τη μιτροειδή βαλβίδα σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας. Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 65 ασθενείς με AVSc από τρία τριτοβάθμια νοσοκομεία. Οι ασθενείς συμπεριελήφθησαν κατόπιν διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος με βάση την πάχυνση και την αυξημένη ηχογένεια των πτυχών της αορτικής βαλβίδας (AV) και τις μέγιστες ταχύτητες ροής Doppler συνεχούς κύματος κατά μήκος της AV με <4 m/sec. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε καθοδηγούμενη από ηλεκτροκαρδιογράφημα υπολογιστική τομογραφία πολλαπλών τομών (MSCT) για ποσοτικοποίηση του ασβεστίου χρησιμοποιώντας μονάδες Agatson (AU). Η νεφρική λειτουργία αξιολογήθηκε από τα επίπεδα της κρεατινίνης. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο είναι ο εντοπισμός της σχέσης μεταξύ των επιπέδων κρεατινίνης και του της ποσότητας ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών και της μιτροειδούς βαλβίδας. Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμπεριλήφθησαν 65 ασθενείς (μέση ηλικία, 75,3±7,4 έτη, γυναίκες, n=18, 28,1%) Τα μέσα επίπεδα κρεατινίνης ορού και ουρίας ήταν 1,0±0,7 και 50,0±26,9 mg/dl, αντίστοιχα. Η μέση βαθμολογία ασβεστίου ήταν 673,5±878,2, 801,2±2.059,1 και 242,7±298,1 AU για AV, MV και στεφανιαίες αρτηρίες, αντίστοιχα. Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης συσχετίστηκαν σημαντικά με υψηλότερη βαθμολογία ασβεστίου στις στεφανιαίες αρτηρίες (p=0,004), αλλά όχι για τη MV (p=0,494) σε ασθενείς με AVSc, υποδηλώνοντας ότι μπορεί να ενοχοποιούνται διαφορετικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί στη διαδικασία ασβεστοποίησης των στεφανιαίων αρτηριών συγκριτικά με την ασβεστοποίηση της MV.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024
**AA095 | Free-breathing Multiparametric SATuration-recovery single-SHOT Acquisition in healthy volunteers**
**N. Miaris<sup>1</sup>, N. Michael Quaife<sup>1</sup>, C. Borguezan Daros<sup>1</sup>, S. Hadjiphilippou<sup>1</sup>, M. Usman<sup>1</sup>, O. Mukhtar<sup>1</sup>, K. Chow<sup>1</sup>, P. Kellman<sup>1</sup>, C. Bucciarelli-Ducci<sup>1</sup>, J. Wong<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, London, United Kingdom

**Introduction/Aim:** Multiparametric SATuration-recovery single-SHOT Acquisition (mSASHA) is a novel free-breathing technique which allows combined acquisition of T1 and T2 maps in a single acquisition. Our aim was to provide reference ranges for mSASHA T1 and T2 values, as relevant data are lacking. Population/Methods: Consecutive adult healthy volunteers underwent a cardiovascular magnetic resonance scan at 1.5T (MAGNETOM Aera, Siemens Healthcare). 4-chamber and mid short-axis (SAX) free-breathing mSASHA T1 and T2 mapping images were acquired. T1 and T2 values in the mid septum (regions of interest drawn in mid SAX and 4-chamber images) and in the global left ventricular myocardium (epicardial and endocardial contours with a 10% off-set erosion applied on mid SAX images) were assessed using cvi42 software. Reference ranges of T1 and T2 values are presented as mean±2 standard deviations. Results: 26 participants (11 males, mean age 42.9±13.1 years) were included in the study. There was no significant age difference between males and females. The mid septal and global mSASHA T1 values were 1203±92 ms and 1206±94 ms, respectively. The mid septal and global mSASHA T2 values were both 43±4 ms. There was no correlation of T1 and T2 values with age. Females had higher mid septal (1224±90 ms vs 1175±62 ms, p=0.003) and global (1231±86 ms vs 1171±50 ms, p<0.001) T1 values than men. Females had also higher mid septal (44±4 ms vs 42±2 ms, p=0.044) and global (44±4 ms vs 42±2 ms, p=0.003) T2 values than men. Conclusion: Despite a small sample size, this study provides reference ranges for the novel free-breathing mSASHA T1 and T2 mapping sequence. Females had higher T1 and T2 values than men, while there was no correlation with age.

	Males (n=11)	Females (n=15)	p value
Mid septal T1 values (ms)	1175±62	1224±90	0.003
Global T1 values (ms)	1171±50	1231±86	<0.001
Mid septal T2 values (ms)	42±2	44±4	0.044
Global T2 values (ms)	42±2	44±4	0.003

Table 1: Reference ranges of mSASHA T1 and T2 values (mean±2 standard deviations).

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA096 | Global Longitudinal Strain ως προγνωστικός δείκτης Στεφανιαίας Νόσου****Π. Μουρβετίδης<sup>1</sup>, Μ. Καλαϊτζόγλου<sup>1</sup>, Π. Κλεισιώτη<sup>1</sup>, Σ. Ξανθοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Καϊμακάμη<sup>1</sup>, Δ. Ευστρατίου<sup>1</sup>, Α. Τσαουσιδης<sup>1</sup>, Ι. Μποστάνιτης<sup>1</sup>, Β. Τζαλαμούρας<sup>1</sup>, Α. Δ. Μαυρογιάννη<sup>1</sup>, Π. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Κουλαουζίδης<sup>1</sup>, Ι. Ζαρίφης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Τα τελευταία χρόνια η χρήση του Speckle Tracking Echocardiography (STE) κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στην ηχοκαρδιογραφία. Ο ρόλος της μεθόδου στην πρόγνωση Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) παραμένει ακόμη αμφιλεγόμενος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της ολικής επιμήκου παραμόρφωσης (Global Longitudinal Strain - GLS) στην πρόβλεψη σημαντικής ΣΝ. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη 103 συμπτωματικών ασθενών που παραπέμφθηκαν για στεφανιογραφία για τον αποκλεισμό ΣΝ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε πλήρη υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο με διενέργεια STE και GLS. Αποκλείστηκαν ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, γνωστή ΣΝ, καρδιακή ανεπάρκεια ή τμηματικές υποκινήσεις των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας και σοβαρή βαλβιδοπάθεια. Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε αριστερό καθετηριασμό, κατά τον οποίο θεωρήθηκε αγγειογραφικά σημαντική στένωση  $\geq 50\%$  σε κύριο αγγείο ή μεγάλο κλάδο. Μελετήθηκε η ευαισθησία και η ειδικότητα της χρήσης του GLS στην πρόβλεψη σημαντικής ΣΝ σε όλα τα αγγεία και συνδυασμούς αυτών. Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 103 ασθενείς (μέση ηλικίας 63,8 ετών  $\pm$  9,3), εκ των οποίων το 78,6% ήταν άρρενες. Το 63,1% είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, το 77,7% δυσλιπιδαιμίας, το 22,3% σακχαρώδη διαβήτη ενώ το 11,7% περιφερικής αρτηριακής νόσου. Το 71,9% ήταν καπνιστές ή ανέφεραν χρήση καπνού τους τελευταίους 6 μήνες και το 24,3% είχε οικογενειακό ιστορικό πρώιμης ΣΝ. Τέλος το 8,7% είχε κολπική μαρμαρυγή και το 5,8% με χρόνια νεφρική νόσο. Από τους 103 ασθενείς, οι 47 (45,6%) είχαν σημαντική ΣΝ, ενώ οι 56 (54,3%) είχαν μη κριτική ΣΝ ή φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Άτομα με σημαντική ΣΝ εμφανίζουν τιμές GLS σημαντικά μικρότερες από άτομα χωρίς σημαντική ΣΝ ( $-15,73 \pm 2,64\%$  vs  $-17,6 \pm 1,85\%$ ,  $p=0,001$ ). Μετά από στατιστική ανάλυση, προέκυψε ότι τιμές GLS με εύρος από  $-16,15$  έως  $-14,45$  μπορούν να προβλέψουν την ύπαρξη σημαντικής ΣΝ με τις τιμές ευαισθησίας να κυμαίνονται από 56% έως 75% και της ειδικότητας από 69% έως 83% αναλόγως τον τύπο της βλάβης, όπως παρατίθεται στον Πίνακα 1. Συμπεράσματα: Το GLS μπορεί να αποτελέσει σημαντικό προγνωστικό δείκτη σημαντικής ΣΝ σε συμπτωματικούς ασθενείς. Στο μέλλον θα μπορούσε χρησιμοποιηθεί σαν επιπρόσθετος δείκτης σε διαγνωστικούς αλγόριθμους, ωστόσο χρειάζονται περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο πληθυσμό παρακολούθησης.

**Πίνακας 1.**

	LAD	LCx	RCA	LAD+LCx	LAD+RCA	LCx+RCA	LAD+LCx+RCA
GLS	-16,15	-15,15	-14,45	-15,15	-16,15	-15,45	-16,15
AUC	0,72	0,67	0,71	0,71	0,74	0,69	0,68
Sensitivity	0,75	0,72	0,71	0,56	0,73	0,65	0,68
Specificity	0,69	0,74	0,78	0,83	0,75	0,81	0,74

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**AA097 | Ασβέστωση στελέχους αριστερής στεφαναίας αρτηρίας και στένωση καρωτίδων σε ασθενείς με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας**  
**Σ. Ε. Μαυρουδέας<sup>1</sup>, Γ. Ματθαίουπουλος<sup>1</sup>, Α. Αποστολός<sup>1</sup>, Ν. Ανδριώτη<sup>2</sup>, Μ. Στασινοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Κεραμιδά<sup>2</sup>, Π. Κληρίδης<sup>2</sup>, Ι. Πυλαρινός<sup>2</sup>, Γ. Ρηγανάς<sup>2</sup>, Δ. Νικητόπουλος<sup>3</sup>, Π. Στυλογιάννης<sup>2</sup>, Γ. Παρβουλέσκου<sup>2</sup>, Χ. Μαντής<sup>3</sup>, Σ. Τσιάμης<sup>1</sup>, Γ. Μπενέτος<sup>1</sup>, Μ. Δρακοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Λαζίλι<sup>3</sup>, Γ. Συναετός<sup>1</sup>, Ν. Καυκάς<sup>3</sup>, Κ. Αγγελή<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Κ. Τούτουζας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ιστορικό:** Η συχνότητα καρωτιδικής νόσου (CAS) είναι υψηλότερη σε ασθενείς με στεφαναία νόσο στελέχους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αθηροσκληρωτική νόσος των στεφαναίων αγγείων και η ασβεστοποίηση της αορτικής βαλβίδας (AVC) μοιράζονται κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και παράγοντες κινδύνου. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσει πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της ασβεστοποίησης του στελέχους του αριστερού στεφαναίου (LM CAC) δικτύου και των καρωτίδων σε άτομα με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc). Μέθοδοι Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα μελέτης που συμπεριέλαβε 65 ασθενείς με AVSc, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία πολλαπλών τομών καθοδηγούμενη από ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς σκιαγραφικό (MSCT) για ποσοτικοποίηση του ασβεστίου σε μονάδες Agatston (AU) και υπερηχογράφημα καρωτίδων (CDUS). Τα κύρια τελικά σημεία ήταν η ποσοτικοποίηση ασβεστίου της AVCs, του στελέχους (LM) και η εκτίμηση της στένωσης καρωτίδων. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν σε 3 τρίτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Αποτελέσματα Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 75,3 ετών (IR=7,4) με τη διάμεση βαθμολογία AVCs και LM CAC να είναι 673,5 AU (IR=878,2) και 83,7 AU (IR=95), αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης, και για τα δύο φύλα παρατηρήθηκε ότι όσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός στένωσης της δεξιάς (p=0,045) και της αριστερής καρωτιδικής αρτηρίας (p=0,030), τόσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός ασβέστωσης του στελέχους (LM CAC). Συμπεράσματα Η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προόδου του ασβεστίου του στελέχους (LM CAC) και του βαθμού στένωσης των καρωτίδων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση ασθενών με AVSc προκαλώντας έντονο ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα.

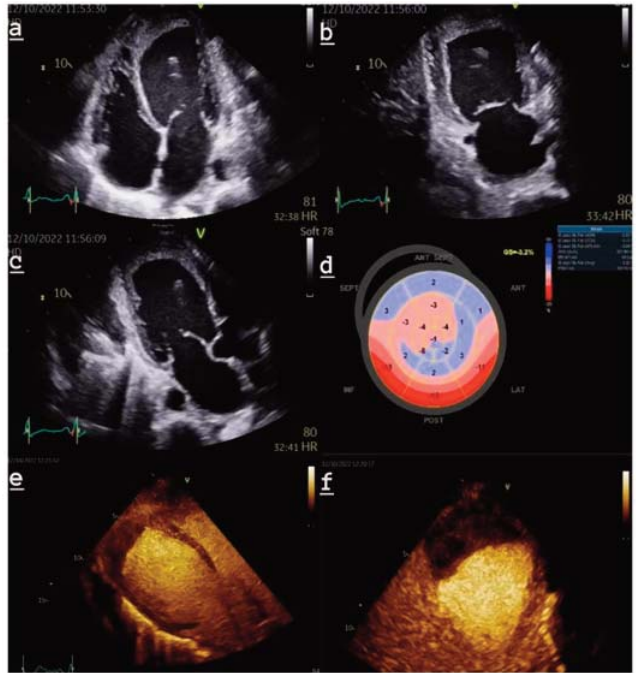
**AA098 | Γιγάντιος θρόμβος αριστερής κοιλίας σε ασθενή με πρωτοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια**  
**Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>, Δ. Μυτάς<sup>1</sup>, Χ. Τούντας<sup>1</sup>, Δ. Καραγεώργου<sup>1</sup>, Δ. Καλαϊτζίδης<sup>1</sup>, Ι. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Ν. Τσιάμης<sup>1</sup>, Ν. Σμιγάδης<sup>1</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>, Φ. Τουλγαρίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Η παθογένεση του θρόμβου της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) αποτελεί αλληλεπίδραση της στάσης του αίματος που αποδίδεται σε μειωμένη κοιλιακή λειτουργία, εν-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

δοκαρδιακή βλάβη και καταστάσεις υπερπηκτικότητας. Παραδοσιακά, ο θρόμβος της ΑΚ θεωρείται ότι σχηματίζεται στο περιβάλλον σημαντικής μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης. Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό άντρα ασθενή 63 ετών ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας και βήχα από ημερών. Ο ασθενής στο ΤΕΠ ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός και λόγω αυξημένων δεικτών φλεγμονής εισήχθη στην πνευμονολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση πιθανής λοίμωξης αναπνευστικού. Αποτελέσματα: Την επόμενη ημέρα λόγω επεισοδίου ορθόπνοιας και ιδιαίτερως αυξημένου BNP ζητήθηκε διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα, το οποίο ανέδειξε διάταση με σφαιρική αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας και σοβαρή έκ-



πτωση της συσταλτικότητας αυτής (κλάσμα εξώθησης=25%). Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ανεύρυσμα κορυφής και κορυφαίων τοιχωμάτων με συνοδό παρουσία εκτεταμένου επιθηλιοποιημένου θρόμβου στην κορυφή της ΑΚ. Η χορήγηση ενδοφλέβιου παράγοντα ηχοαντίθεσης επιβεβαίωσε το παραπάνω εύρημα, με τον θρόμβο να καταλαμβάνει το κορυφαίο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, την κορυφή και το κορυφαίο πρόσθιο και πλάγιο τοίχωμα (EIKONA). Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην καρδιολογική κλινική, ετέθη σε αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και αντιπηκτική αγωγή με βαρφαρίνη. Υποβλήθηκε δε, σε στεφανιογραφικό έλεγχο σε δεύτερο χρόνο, ο οποίος ανέδειξε χρόνια ολική απόφραξη προσθίου κατιόντα κλάδου, αμέσως μετά την έκφυση του 1ου διαγωνίου κλάδου, χωρίς άλλες σημαντικές βλάβες από τα λοιπά στεφανιαία αγγεία. Ο ασθενής κλινικά βελτιωμένος υπό βέλτιστη θεραπευτική αγωγή επανεκτιμήθηκε μετά από 3μήνες χωρίς ουσιώδεις μεταβολές στην νέα διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη. Με τα ευρήματα συνεστήθη μαγνητική τομογραφία καρδιακής εκτίμησης προς εκτίμηση βιωσιμότητας και αναλόγως των ευρημάτων περαιτέρω καρδιοχειρουργική εκτίμηση με σκοπό την ολική επαναιμάτωση και την πιθανή αντιμετώπιση του ανευρύσματος της αριστερής κοιλίας. Συμπεράσματα: Το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα είναι η κύρια απεικονιστική τεχνική για την ανίχνευση του θρόμβου της ΑΚ ενώ η χρήση παράγοντα ηχοαντίθεσης μπορεί να διπλασιάσει την ευαισθησία της τεχνικής. Παρά την πρόοδο της καρδιολογίας, η διαχείριση των θρόμβων της ΑΚ αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό καθώς λόγω έλλειψης τυχαιοποιημένων μελετών η διαγνωστική προσέγγιση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών κρίνεται πολλές φορές πολύπλοκη.

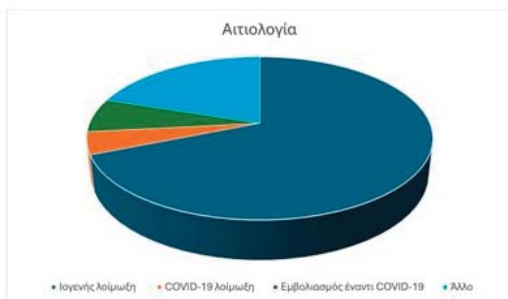


ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024
**AA099 | Μελέτη καταγραφής των περιστατικών μυοκαρδίτιδας του Κέντρου Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας**
**A. Ε. Καλέση<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Β. Γαρδικιώτη<sup>1</sup>, Μ. Καρακώστα<sup>1</sup>, Ν. Αρνάς<sup>1</sup>, Α. Πλαΐτης<sup>1</sup>, Α. Αρχοντίκης<sup>1</sup>, Ν. Κατσίλλης<sup>1</sup>, Ι. Μ. Μπεχλιβάνη<sup>1</sup>, Ν. Καραμηνάς<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντάρα<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>2</sup>, Α. Δεστούνης<sup>1</sup>, Ν. Κάσινος<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η οξεία μυοκαρδίτιδα αποτελεί φλεγμονώδη πάθηση που χαρακτηρίζεται από προσβολή του καρδιακού μυός, με τη διάγνωση της να αποτελεί συχνά πρόκληση λόγω των ποικίλων κλινικών της εκδηλώσεων και της διαφορετικής αιτιολογίας. Η συγκεκριμένη πάθηση προσβάλει συχνότερα νεαρούς ενήλικες, με την κλινική της εικόνα να χαρακτηρίζεται από ήπια συμπτώματα όπως θωρακικό άλγος και αίσθημα παλμών έως την εμφάνιση σοβαρών καταστάσεων όπως το καρδιογενές σοκ και οι απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες. Δεν είναι ωστόσο λίγες οι περιπτώσεις των ασθενών στους οποίους μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των περιστατικών μυοκαρδίτιδας που διαγνώστηκαν και παρακολούθηθηκαν στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας «Τζανείου» (Κ.Ε.Η.Τ) «Δ. Μπελντέκος» από τον Δεκέμβριο του 2019 έως και το Μάιο του 2024. Υλικά & Μέθοδοι Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική του «Τζανείου» Γ.Ν. Πειραιά από τον Δεκέμβριο του 2019 έως και το Μάιο του 2024 με κλινικοεργαστηριακή ή/και απεικονιστική εικόνα οξείας μυοκαρδίτιδας, επεμβατικό στεφανιογραφικό έλεγχο ή αξονική στεφανιογραφία αρνητικά για στεφανιαία νόσο και ευρήματα συμβατά με μυοκαρδίτιδα στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς, βάσει των Lake Louise κριτηρίων. Αποτελέσματα Καταγράφηκαν συνολικά 45 περιστατικά μυοκαρδίτιδας. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 28 έτη (εύρος 16 έως 46 έτη), με υπεροχή των ανδρών (36 άνδρες - 69.2%). Από τους ασθενείς που καταγράφηκαν οι 9 (20%) είχαν επηρεασμένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕ) <2% για τους άνδρες και <4% για τις γυναίκες, υπολογιζόμενο με τροποποιημένη μέθοδο Simpson's). Η διάμεση τιμή του ΚΕ της αριστερής κοιλίας ήταν 58% (εύρος 48% έως 67%), ενώ η διάμεση τιμή της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS) ήταν -18% (εύρος -12.6% έως -24.8%). Από το σύνολο των ασθενών οι 31 (68.9%) προσήλθαν στο

νοσοκομείο λόγω θωρακικού άλγους, ένας (2.2%) λόγω αισθήματος παλμών, με καταγραφή επεισοδίων εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενώ οι υπόλοιποι 13 ασθενείς (28.9%) προσήλθαν με συμπτώματα ιογενούς λοίμωξης και η διάγνωση τέθηκε από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Σε ότι αφορά στον αιτιολογικό παράγοντα, οι 31 (68.9%) ασθενείς ανέφεραν πρόσφατη ιογενή λοίμωξη, οι 2 (4.4%) πρόσφατη λοίμωξη COVID-19, οι 3 (6.7%) πρόσφατο εμβολια-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

σμό για COVID-19 ενώ στους υπόλοιπους 9 (20%) δεν ανευρέθη αιτιολογικός παράγοντας (Σχήμα 1). Συμπεράσματα Η παρούσα καταγραφή υπογραμμίζει την ανάγκη υψηλής κλινικής υποψίας για τη διάγνωση της οξείας μυοκαρδίτιδας, ιδιαίτερα σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με πρόσφατο ιστορικό ιογενούς λοίμωξης, ώστε αυτοί να λάβουν την απαραίτητη εξειδικευμένη φροντίδα.

### ΑΑ100 | ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΥΞΩΜΑ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ: ΣΠΑΝΙΟΤΑΤΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

**Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Ν. Μίριας<sup>2</sup>, Α. Δεστούνης<sup>2</sup>, Κ. Μιχαηλίδης<sup>3</sup>, Ε. Αλεξίου<sup>3</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>**

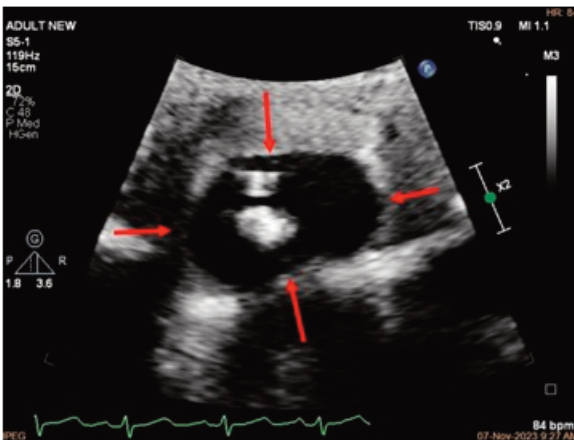
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

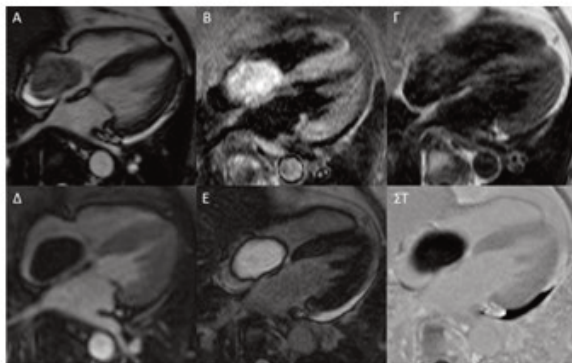
<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λάρισας

**Εισαγωγή:** Το μύξωμα είναι ο συχνότερος καλοήθης όγκος της καρδιάς. Μπορεί να έχει ποικίλη εντόπιση, με συνηθέστερη θέση τον αριστερό (75%) και ακολούθως τον δεξιό κόλπο (15%). Πρόκειται για μια ωσειδή, μάζα, ζελατινώδους υφής, με ομαλή παρυφή, ανομοιογενή σύσταση, η οποία εξορμάται συνήθως μέσω μίσχου από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Το κυστικό μύξωμα (ΚΜ) αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια μορφή μυξώματος με παρουσία κύστης. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την υδατίδα κύστη, ενώ μπορεί να παραπέμψει και σε σπανιότερους καρδιακούς όγκους. Υλικό/Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με κυστικό μύξωμα. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα, 82 ετών, με

ιστορικό σοβαρού βαθμού στένωσης αορτικής βαλβίδας (ΑoS), σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτιώμενη δύσπνοια τύπου ορθόπνοιας. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς (ΤΤΕ) αποκάλυψε, πέρα της γνωστής σοβαρής ΑoS, την παρουσία ενός μορφώματος, ωοειδούς σχήματος, εντός του δεξιού κόλπου (RA), η οποία δεν προκαλεί αποφρακτικά φαινόμενα. Ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς (ΤΟΕ) με χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης, το οποίο ανέδειξε παρουσία μισχωτής μάζας εντός του RA, διαστάσεων 3x4.5cm, με ανομοιογενή ηχογένεια



**Εικόνα 1:** ΤΟΕ με χορήγηση παράγοντα αντίθεσης. Μάζα εντός του RA, με ανομοιογενή ηχογένεια και ομαλά όρια, προσφύομένη στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα (βέλη)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Εικόνα 2.** CMR - Τομή 4 κοιλότητων. **(Α)** Ακολουθία cine. Μάζα εντός του RA με ομαλό περίγραμμα και μέσο εκφύομενη από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα με χαμηλότερη ένταση σήματος συγκριτικά με το μυοκάρδιο. **(Β)** Ακολουθία STIR-T2. Υψηλή ένταση σήματος συγκριτικά με το μυοκάρδιο στην περιοχή της μάζας συμβατή με υγρό περιεχόμενο. **(Γ)** Ακολουθία TSE-T1w. Ετερογενές/ιση έντασης σήμα συγκριτικά με το μυοκάρδιο στην περιοχή της μάζας. **(Δ)** Ακολουθία αιμάτωσης με χορήγηση σκιαγραφικού. Δεν παρατηρείται πρόσληψη σκιαγραφικού από τη μάζα. **(Ε)** Ακολουθία καθυστερημένης πρόσληψης γαδολίνιου και **(ΣΤ)** PSIR. Δεν παρατηρείται πρόσληψη γαδολίνιου από τη μάζα, ενώ τα χαρακτηριστικά του σήματος επιβεβαιώνουν το υγρό περιεχόμενο και την παρουσία κάψας ομαλού περιγράμματος.

νεια και ομαλά όρια, προσφυόμενης στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, εικόνα συμβατή με μύξωμα. Εν συνεχεία, η ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR), η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη της ανωτέρω μάζας, με παρουσία κάψας και υγρού περιεχομένου, που δεν προσλαμβάνει σκιαγραφικό, γεγονός που παραπέμπει σε κυστικό τύπο μυξώματος. Η ασθενής έχει παραπεμφθεί για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση της AoS και του καρδιακού όγκου. Συμπεράσματα: Το ΚΜ αποτελεί μια πολύ σπάνια καλοήγη μάζα της καρδιάς. Συχνές επιπλοκές αποτελούν τα εμβολικά επεισόδια, η ρήξη του κυστικού σχηματισμού, αλλά και αιμοδυναμική επιβάρυνση λόγω αποφρακτικών φαινομένων. Η ηχωκαρδιογραφία

αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αναγνώριση του, αν και η CMR αποτελεί την απεικονιστική μέθοδο εκλογής για τη διαφοροδιάγνωσή του από άλλους καρδιακούς όγκους, με τη βιοψία να τεκμηριώνει την οριστική διάγνωση.

#### AA101 | **Συσχέτιση μη επεμβατικών δεικτών ηπατικής ίνωσης στο αίμα με δείκτες καρδιακής λειτουργίας σε διαβητικούς ασθενείς**

**Γ. Μαυραγάνης<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μπαμπατσιάς<sup>1</sup>, Χ. Κωνσταντάκη<sup>1</sup>, Μ. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Γ. Ζέρβας<sup>1</sup>, Χ. Μούστου<sup>1</sup>, Δ. Δελιαλής<sup>1</sup>, Ι. Πετρόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Μακρής<sup>1</sup>, Μ. Γιατζόγλου<sup>1</sup>, Ν. Ραχιώτης<sup>1</sup>, Δ. Κλέττας<sup>2</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Imperial College London, London, UK

**Εισαγωγή:** Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται περαιτέρω με την προχωρημένη ηπατική ίνωση. Μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοστεί στην κλινική πρακτική μη επεμβατικές δοκιμασίες ηπατικής ίνωσης (LFNIT). Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) μπορεί να χαρακτηρίσει με ακρίβεια τις υποκλινικές και προοδευτικές αλλαγές στην καρδιακή αναδιαμόρφωση και λειτουργία. Ως εκ τούτου, στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε την πιθανή συσχέτιση μεταξύ των LFNIT και των δεικτών καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 73

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

άτομα με ΣΔ (τύπου II, N=57 και τύπου I, N=16) χωρίς κλινικά έκδηλη ΚΑΝ, τα οποία υποβλήθηκαν σε CMR ή/και υπερηχογράφημα καρδιάς. Η μέση ηλικία ήταν 60.1 έτη και το 63% ήταν άνδρες. Η μέση διάρκεια του ΣΔ ήταν 13.5 έτη. Σε αυτούς τους ασθενείς, αξιολογήσαμε τη συσχέτιση των LFNIT (του δείκτη Fibrosis-4 (FIB-4) και του NAFLD Fibrosis score (NFS)) με δείκτες υποκλινικής καρδιακής δυσλειτουργίας. Το μυοκαρδιακό έργο αξιολογήθηκε μέσω προηγμένου υπερηχογραφήματος καρδιάς (EchoPac, GE Healthcare) και υπολογίστηκαν τόσο το καταναλωμένο μυοκαρδιακό έργο (GWW) όσο και η αποδοτικότητα του μυοκαρδιακού έργου (GWE). Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CMR, οι αυξημένες τιμές NFS συσχετίστηκαν με δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης διαμέτρου ( $\beta$ -coefficient=2.23) και του μέγιστου όγκου του αριστερού κόλπου ( $\beta$ -coefficient=4.85) ( $P < 0.05$  για όλα). Επιπλέον, το αυξημένο NFS συσχετίστηκε με την αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) που αντανακλάται ως αυξημένη μάζα ΑΚ ( $\beta$ -coefficient=6.20) και μειωμένο κλάσμα εξώθησης ΑΚ ( $\beta$ -coefficient=-3.12) ( $P < 0.05$  για όλα). Τόσο το NFS όσο και το FIB-4 συσχετίστηκαν με μειωμένο cardiac index της δεξιάς κοιλίας ( $\beta$ -coefficient=-0.13 και -0.40 αντίστοιχα,  $P < 0.05$  και για τα δύο). Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προηγμένο υπερηχογράφημα καρδιάς το FIB-4, αλλά όχι το NFS, συσχετίστηκε θετικά με το GWW ( $\beta$ -coefficient=56.49) και αντιστρόφως ανάλογα με την GWE ( $\beta$ -coefficient=-2.20) ( $P < 0.05$  για όλα). Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη, οι LFNIT σχετίστηκαν με δείκτες διαστολικής και συστολικής δυσλειτουργίας που αξιολογούνται μέσω του CMR και του υπερηχογραφήματος καρδιάς σε διαβητικούς ασθενείς. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την περαιτέρω διερεύνηση για την αποκάλυψη της πιθανής συσχέτισης των LFNIT με τα πρώιμα σημάδια διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας σε ασθενείς με διαβήτη.

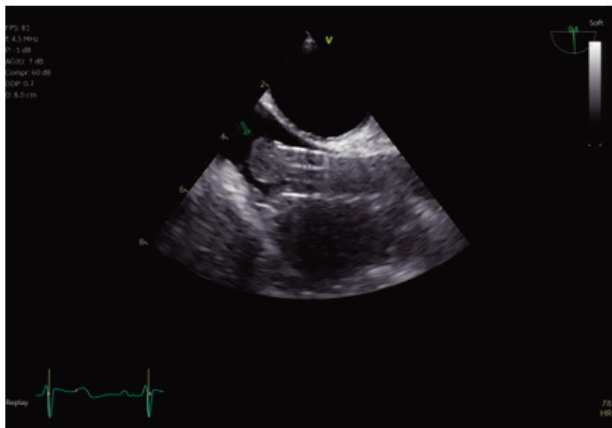
**AA102 | Θρόμβος δεξιού κόλπου σε αιμοκαθαιρόμενη ασθενή υπό απιξαμπάνη**  
**K. Κουτσαμπασόπουλος, X. Λουτράδης<sup>1</sup>, K. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>,**  
**E. Ιντζεβίδου<sup>1</sup>, E. Σδόγκος<sup>3</sup>, I. Βογιατζής<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ΜΧΑ "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" ΗΜΑΘΙΑΣ,

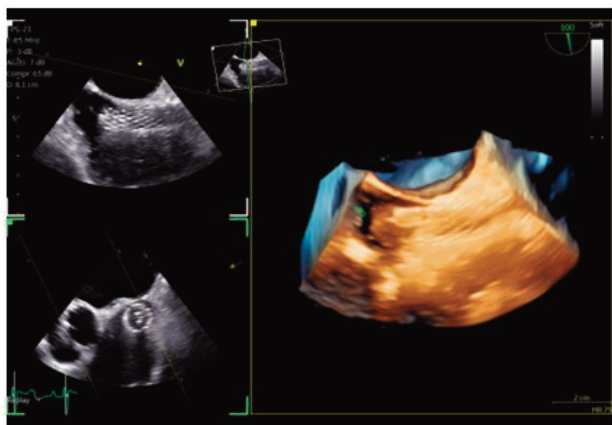
<sup>2</sup> ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η κολπική μαρμαρυγή είναι μια πολύ συχνή αρρυθμία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ενώ η χορήγηση των νεότερων αντιπηκτικών στην ομάδα αυτή των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας δεν ενδείκνυται. Υλικό και μέθοδος, Παρουσιάζουμε την περίπτωση αιμοκαθαιρούμενης ασθενούς 80 ετών σε αντιπηκτική αγωγή με απιξαμπάνη για κολπική μαρμαρυγή, η οποία προσήλθε για δύσπνοια στην κόπωση και στην οποία σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε ευμέγεθες μόρφωμα στο δεξιό κόλπο. Αποτελέσματα Υπεβλήθη σε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα καρδιάς, το οποίο ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους θρόμβου, οργανωμένο πάνω στο άκρο του κεντρικού φλεβικού καθετήρα της αιμοκάθαρσης, σε ασθενή στην οποία είχε τοποθετηθεί επιπλέον stent στην κάτω κοίλη φλέβα.<sup>1,2</sup> Συμπεράσματα Η παρουσία θρόμβου στο δεξιό κόλπο της καρδιάς σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή δεν είναι συχνός. Ωστόσο η παρουσία ξένων σω-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

μάτων και οι υψηλού θρομβωτικού κινδύνου ασθενείς, ακόμη και να μην έχουν διακόψει την αντιπηκτική τους αγωγή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τέτοιες επιπλοκές. Η χορήγηση των νεότερων αντιπηκτικών σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς αν και δεν ενδείκνυται στην Ευρώπη, αρχίζει και αυξανόμενα αποκτά έδαφος και χορηγείται όλο και περισσότερο στην κατηγορία αυτή των ασθενών, βασιζόμενη κυρίως σε οδηγίες που προέρχονται από τον Αμερικάνικο οργανισμό τροφίμων και φαρμάκων. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για τεκμηριώσουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των νεότερων αντιπηκτικών στους τελικού σταδίου αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στην περίπτωση της ασθενούς μας έγινε αλλαγή σε ασενοκουμαρόλη με βελτίωση της κλινικής και υπερηχογραφικής της εικόνας.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

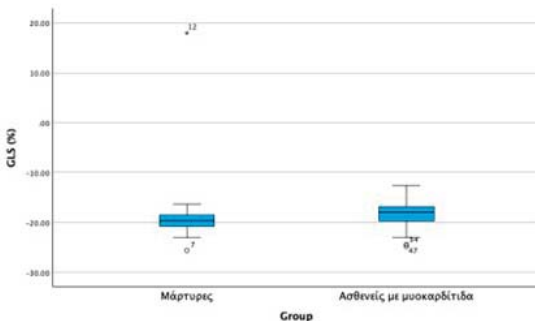
**AA103 | Η συμβολή της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης και του μυοκαρδιακού έργου στην πρώιμη εκτίμηση της συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα**  
**A. Ε. Καλέση<sup>1</sup>, Α. Πλαϊτή<sup>1</sup>, Κ. Νταλέκου<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Ν. Αρνάς<sup>1</sup>, Π. Σκάντζικας<sup>1</sup>, Δ. Ζαμπέλης<sup>1</sup>, Α. Αρχοντίκης<sup>1</sup>, Α. Καλύβη<sup>1</sup>, Θ. Πάλλας<sup>1</sup>, Β. Γαρδικιώτη<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντάρα<sup>1</sup>, Α. Δεστούνης<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>2</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>, Ν. Κάσινος<sup>1</sup>**

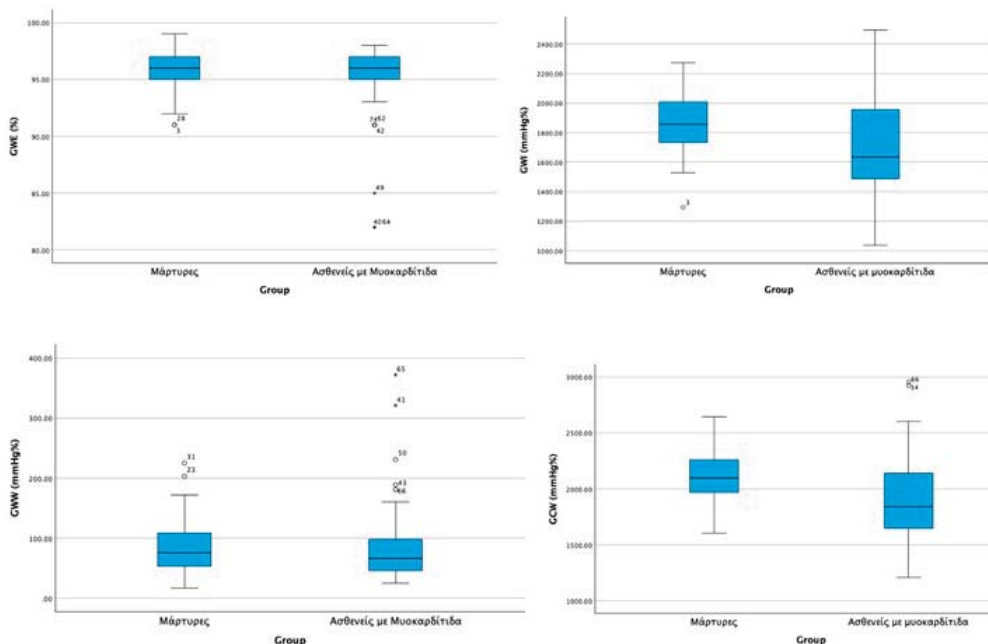
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας

**Εισαγωγή/Σκοπός** Το συμβατικό διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) αποτελεί μια εξέταση μειωμένης διαγνωστικής αξίας για την αναγνώριση μυοκαρδιακής προσβολής σε ασθενείς με οξεία μυοκαρδίτιδα και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αξίας της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS) και του μυοκαρδιακού έργου (MW) της αριστερής κοιλίας στην πρώιμη αναγνώριση της συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με οξεία μυοκαρδίτιδα. Υλικό/Μέθοδος Η μελέτη διενεργήθηκε αναδρομικά στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας (Κ.Ε.Η.Τ) «Δ. Μπελντέκος» περιλαμβάνοντας όλους τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από το Δεκέμβριο του 2019 έως και το Μάιο του 2024 στην καρδιολογική κλινική του «Τζανείου» Γ.Ν.Πειραιά με κλινικοεργαστηριακή ή/και απεικονιστική εικόνα οξείας μυοκαρδίτιδας, διατηρημένο ΚΕΑΚ, επεμβατικό στεφανιογραφικό έλεγχο ή αξονική στεφανιογραφία αρνητικά για στεφανιαία νόσο και ευρήματα συμβατά με μυοκαρδίτιδα στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς, βάσει των Lake Louise κριτηρίων. Μελετήθηκαν επίσης δεδομένα υγιών μαρτύρων σταθμισμένα κατά ηλικία και φύλο. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν το GLS και το μυοκαρδιακό έργο, με τους δείκτες Global WorkEfficiency (GWE), Global Work Index (GWI), Global Wasted Work (GWW), και Global Constructive Work (GCW). 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 ήταν GLS -18%, GWE 96%, GWI 1636mmHg%, GWW 66mmHg% και GCW1842mmHg%. Οι αντίστοιχες

τιμές στην ομάδα των υγιών μαρτύρων ήταν GLS -19.6%, GWE 96%, GWI1856mmHg%, GWW 76mmHg% και GCW 2095mmHg%. Οι ασθενείς με μυοκαρδίτιδα παρουσίαζαν χαμηλότερες απόλυτες τιμές GLS ( $p=0.014$ ) (Εικόνα 1), GWI ( $p=0.023$ ) και GCW ( $p=0.005$ ) συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες (Εικόνα 2). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το GWE και το GWW. Συμπεράσματα Φαίνεται ότι οι δείκτες GLS, GWI και GCW μπορούν να συμβάλουν



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

στην πρώιμη ανίχνευση της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα και διατηρημένο ΚΕΑΚ. Μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες είναι απαραίτητες για να ενισχυθεί το συγκεκριμένο εύρημα.

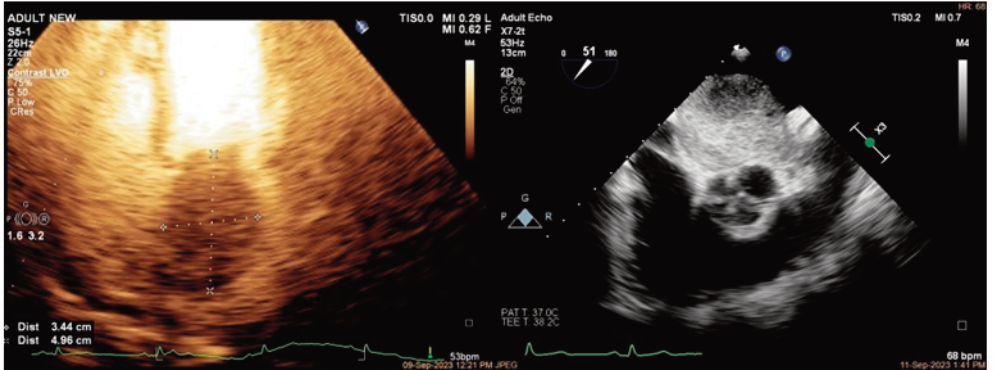
#### AA104 | ΣΑΡΚΩΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

**Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>,  
Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Μ. Καρακώστα<sup>2</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιλιάς<sup>2</sup>, Α. Καλέση<sup>2</sup>,  
Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

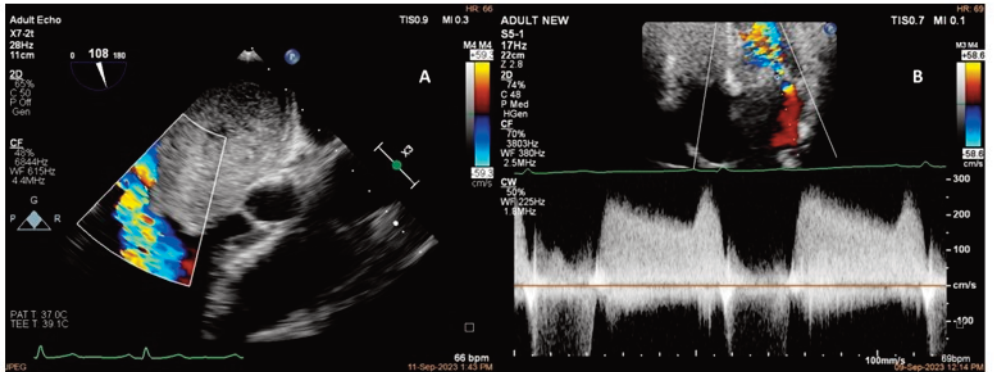
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Οι μάζες του αριστερού κόλπου (LA) αποτελούν σπάνια αλλά κλινικά σημαντικά ευρήματα στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνονται το μύξωμα, το σάρκωμα και ο θρόμβος. Αν και η λήψη βιοψίας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την διάγνωση, πολλές φορές βασιζόμαστε στα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του μορφώματος μέσω της διαθωρακικής (ΤΤΕ) ή της διοισοφαγείου υπερηχογραφικής μελέτης (ΤΟΕ), καθώς και της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Το σάρκωμα αποτελεί έναν εξαιρετικά σπάνιο όγκο της καρδιάς, ο οποίος μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής είτε δευτεροπα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Εικόνα 1. TTE & TOE με χορήγηση παράγοντα αντίθεσης: Ευμέγεθες σάρκωμα εντός του LA



Εικόνα 2: (A) TOE: Έντονο aliasing του έγχρωμου Doppler στο ΧΕΑΚ. (B) TTE: Απόφραξη του ΧΕΑΚ με meanGR: 12mmHg.

θής, με την πρόγνυσή του να είναι πτωχότατη. Υλικά/μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με σάρκωμα του LA. Αποτελέσματα: Πρόκειται για άρρεν ασθενή, 57 ετών, με ιστορικό παρενδυμικής κοιλιακής μαρμαρυγής, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος. Το TTE ανέδειξε ένα ευμέγεθες μόρφωμα εντός του LA, το οποίο προκαλούσε έντονη απόφραξη στο χώρο εισόδου της αριστερής κοιλίας (ΧΕΑΚ). Ο ασθενής υπεβλήθη σε TOE με χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης, όπου επιβεβαιώθηκε η παρουσία του ανωτέρω μορφώματος, διαστάσεων 5.5x4cm, με ανώμαλη παρυφή και ανομοιογενή σύσταση, το οποίο προσλάμβανε σκιαγραφικό, εξορισμένο με μίσχο από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο προς καρδιοχειρουργική εξαίρεση του μορφώματος, η βιοψία του οποίου ανέδειξε αγγειοσάρκωμα. Ακολούθησε αντινεοπλασματική αγωγή, αλλά δυστυχώς ο ασθενής απεβίωσε μετά από λίγους μήνες λόγω γενικευμένων μεταστάσεων. Συμπεράσματα: Ο πιο συχνός πρωτοπαθής, κακοήθης όγκος της καρδιάς είναι το σάρκωμα, με συχνότερους τύπους το αγγειοσάρκωμα, το λειομυοσάρκωμα και το αδιαφοροποίητο πλει-



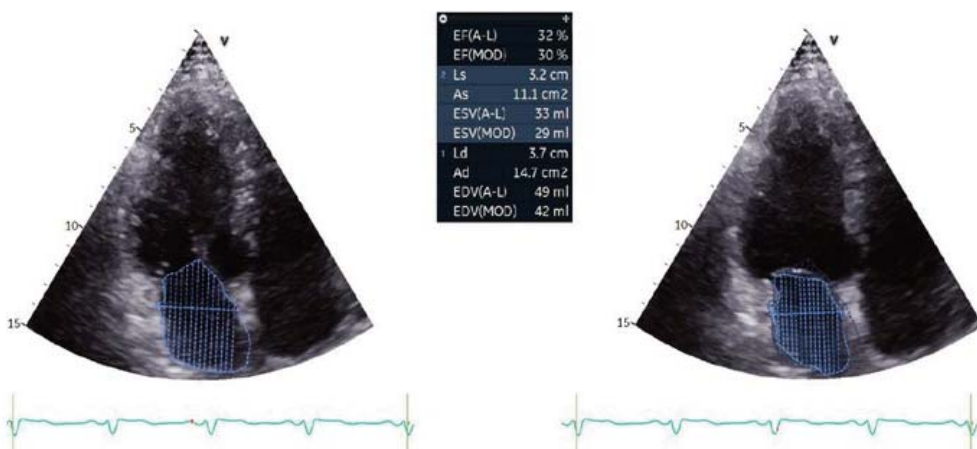
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

μορφικό σάρκωμα. Μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλη συμπτωματολογία, όπως εμπύρετο και αδιαθεσία, καρδιακό επιπωματισμό, αρρυθμίες, στηθάγχη, αποφρακτικά φαινόμενα, θρομβοεμβολή και σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας. Η διαφορική διάγνωση αποτελεί μια πρόκληση για τον κλινικό γιατρό, με τις απεικονιστικές μεθόδους να μην είναι πάντα διαφωτιστικές ως προς την τελική διάγνωση. Γι' αυτό το λόγο, είναι σημαντική η έγκαιρη και έγκυρη αναγνώριση του τύπου του όγκου ώστε να εξασφαλισθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών.

**AA105 | Μέτρηση του κλάσματος εξώθησης του αριστερού καρδιακού κόλπου με διαθωρακική υπερηχογραφία. Μια εύχρηστη μέθοδος εκτίμησης της κολπικής λειτουργίας σε ασθενείς με φλεβοκομβικό ρυθμό**  
**Τ. Απτή<sup>1</sup>, Δ. Διαμαντόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Ντούρτσιου<sup>1</sup>, Χ. Μεμέτ<sup>1</sup>, Β. Δαβή<sup>1</sup>, Π. Μπαμπαγεωργάκας<sup>1</sup>, Λ. Διαμαντόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή-σκοπός:** Η εκτίμηση της κολπικής λειτουργικότητας είναι πολύ σημαντική στις περισσότερες καρδιακές παθήσεις, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια όπου η κολπική συμβολή στην πλήρωση των κοιλιών είναι καθοριστική. Μετρήσεις του κλάσματος εξώθησης του αριστερού κόλπου (LAEF) έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία με χρήση μαγνητικής τομογραφίας. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την δυνατότητα ακριβούς μέτρησης του LAEF με διαθωρακική υπερηχογραφία, καθώς και την επαναληψιμότητα των λαμβανόμενων μετρήσεων. Μέθοδος: Για τους σκοπούς της μελέτης επιλέξαμε 10 ασθενείς με φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή καρδιακής ανεπάρκειας, με κοιλιακό κλάσμα εξώθησης >%. Αποκλείστηκαν ασθενείς με στένωση ή ανεπάρκεια μιτροειδούς και αορτής, καθώς και εκείνοι με αξιόλογη διαστολική δυσλειτουργία των κοιλιών. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα στην κορυφαία προβολή 4 και 2 κοιλοτήτων, όπου μετρήθηκαν οι διαστάσεις του αριστερού κόλπου, οι επιμέρους στιγμιαίοι όγκοι καθώς και το συνολικό κλάσμα κολπικής εξώθησης με την μέθοδο Simpson. Η



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ακριβής χρονοσήμανση του τέλους της παθητικής πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και του τέλους της κολπικής συστολής έγινε με ταυτόχρονο ηλεκτροκαρδιογράφημα υψηλής συχνότητας και επιβεβαιώθηκε από την θέση των μιτροειδικών γλαχίνων. Η διαδικασία μετρήσεων επαναλήφθηκε σε κάθε ασθενή τρεις φορές, σε διαφορετικούς καρδιακούς κύκλους. Αποτελέσματα-συμπεράσματα: Η μέτρηση του κλάσματος εξώθησης του αριστερού κόλπου με την χρήση διαθωρακικού υπερηχογραφήματος αποδείχθηκε μια εύκολη και γρήγορη διαδικασία, με άριστη επαναληψιμότητα και πιθανόν να φανεί χρήσιμη στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του αριστερού κόλπου σε διάφορες καρδιακές παθήσεις.

### Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες |

Πρόεδροι: **M. Καυγά** (Θεσσαλονίκη), **E. Τρύφου** (Αθήνα)

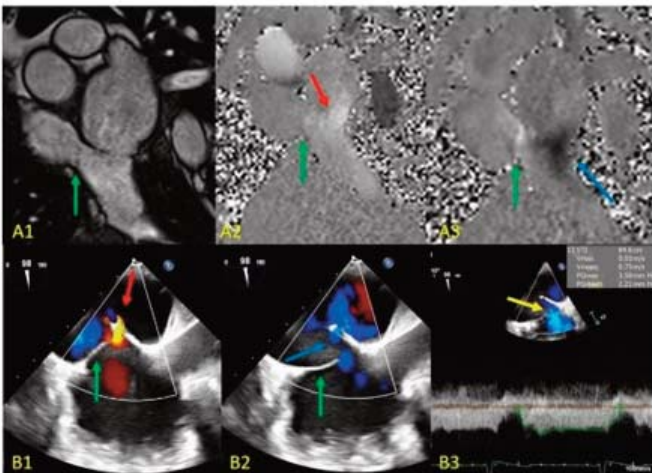
Chairpersons: **M. Kavga** (Thessaloniki), **E. Tryfou** (Athens)

#### AA106 | **A rare case of an inferior atrial septal defect of the sinus venosus type and a prominent Eustachian valve causing a bidirectional shunt**

**N. Miaris<sup>1</sup>, C. Borguezan Daros<sup>1</sup>, W. Li<sup>1</sup>, Ee Ling Heng<sup>1</sup>, M. Brida<sup>1</sup>, A. M. Poenar<sup>1</sup>, C. Bucciarelli-Ducci<sup>1</sup>, J. Wong<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, London, United Kingdom

**Introduction/Aim:** Sinus venosus atrial septal defects are rare congenital cardiac anomalies accounting for 5-10% of all atrial septal defects with the superior type being far more common. In the great majority of cases there is concurrent anomalous pulmonary venous return,



usually of the right upper pulmonary vein or both right pulmonary veins into the superior vena cava. The shunt is left-to-right, unless right atrial pressure is increased. Population/Methods: We present a rare interesting case of a residual inferior atrial septal defect of the sinus venosus type (ISVD) with a bidirectional shunt assessed with transthoracic (TTE) and transoesophageal echocardiography (TOE), and cardiovascular magnetic resonance (CMR). Results: A

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

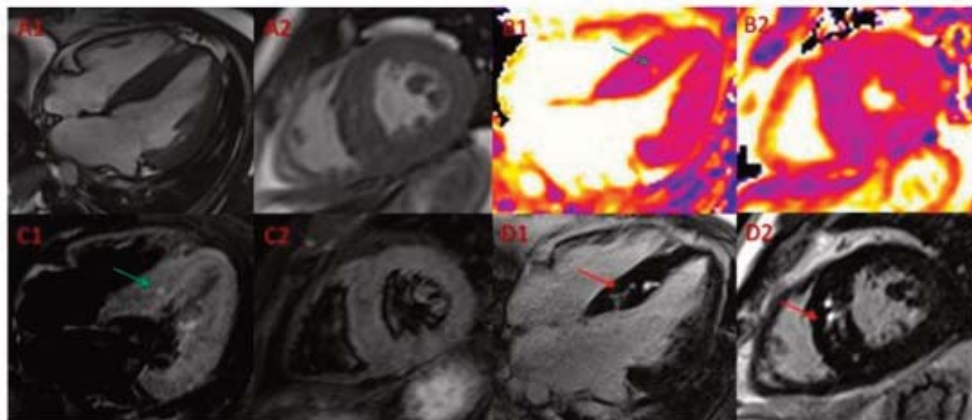
42-year-old female with a history of surgically repaired ISVD and moderate centrilobular emphysema presented with desaturation on exercise and polycythaemia. Her arterial blood gas test on room air showed resting oxygen saturation of 89%, pH 7.48, pO<sub>2</sub> 7.1 kPa, pCO<sub>2</sub> 3.7 kPa and HCO<sub>3</sub> 23 mmol/l. On a 6 minute walk testing there was a drop in oxygen saturation up to 72%, not improved with oxygen therapy. A computed tomography pulmonary angiogram did not show any filling defects. On TTE, there was a suspicion of a very small left-to-right jet through the interatrial septum inferiorly towards the inferior vena cava and low probability for pulmonary hypertension. A CMR scan (1.5 T) showed a residual ISVD with a bidirectional shunt and turbulence flow drained from the inferior vena cava into the right atrium. The ratio of the pulmonary to the systemic flow (Q<sub>p</sub>:Q<sub>s</sub>) was measured at 1.0 by phase-contrast velocity mapping at the level of the main pulmonary artery and the sinotubular aortic junction, respectively. There was normal drainage of pulmonary veins into the left atrium. Biventricular indexed volumes and ejection fraction, and atrial indexed volumes were normal. A TOE study confirmed a residual ISVD with a bidirectional shunt and the presence of a prominent Eustachian valve pulled towards the interatrial septum causing a degree of flow obstruction (mean gradient 2 mm) and directing the blood flow from IVC to the ISVD, and thus facilitating a right-to-left shunt across the ISVD. Right heart catheterization showed normal pulmonary arterial and right heart pressures, and vascular resistance. The patient was referred for further consideration of shunt closure. Conclusion: This is a rare case of a residual ISVD with a bidirectional shunt due to a prominent Eustachian valve, assessed with echocardiography and CMR. This case shows other causes of bidirectional (or right-to-left) shunt, except cases of increased right atrial pressure. Figure 1: Cardiovascular magnetic resonance cine (A1) and phase contrast images (A2-3), and transoesophageal echocardiography (B1-3), demonstrating a residual inferior atrial septal defect of the sinus venosus type with a bidirectional shunt (red and blue arrows) and a prominent Eustachian valve (green arrow) causing a degree of flow obstruction (yellow arrow, mean gradient ~2 mm Hg) directing the blood from the inferior vena cava to the inferior sinus venosus defect.

**AA107 | Friedreich's ataxia-related hypertrophic cardiomyopathy revealed by cardiovascular magnetic resonance**

**N. Miaris<sup>1</sup>, C. Borguezan Daros<sup>1</sup>, B. Segulin<sup>1</sup>, A. M. Poenar<sup>1</sup>, S. Malara<sup>1</sup>, C. Bucciarelli-Ducci<sup>1</sup>, J. Wong<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, London, United Kingdom

**Introduction/Aim:** Friedreich's ataxia is an autosomal recessive neurodegenerative disease with a global prevalence of 1 in 40,000 people, accounting for half of all ataxia cases. The underlying mechanism is transcription silencing or severe reduction of the frataxin (FXN) gene on chromosome 9 due to the expansion of the GAA trinucleotide repeats in the first gene intron. This results in reduced FXN production which affects cellular mitochondrial adenosine triphosphate production and iron storage. The disease manifests progressively with neuromuscular symptoms and a hypertrophic cardiomyopathy (HCM) phenotype. Population/Methods: We present a case of Friedreich's ataxia-related HCM assessed with cardiovascular magnetic resonance (CMR). Results: A 26-year-old male with genetically confirmed Friedreich's ataxia and

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

history of paroxysmal atrial fibrillation and stably elevated troponin levels was assessed for cardiac involvement with a CMR scan at 1.5T. This showed small biventricular indexed volumes with normal left and right ejection fraction (79% and 65%, respectively). There was asymmetrical left ventricular hypertrophy (max wall thickness 18 mm at mid septum vs 10 mm at mid inferolateral wall, mass index 95 g/m<sup>2</sup>). T2-weighted short-tau inversion recovery (STIR-T2) and T2 parametric mapping showed normal myocardial signal intensity and normal T2 values (global T2 values 48 ms in mid short-axis map, reference range 41-52 ms), apart from a focal region in mid septum with regionally high signal intensity in 4-chamber STIR-T2 acquisition and high T2 values (-64 ms) in 4-chamber T2 map. Late gadolinium enhancement images showed prominent patchy mid-wall enhancement in the basal to mid septum. Conclusion: The CMR scan showed a rare case of Friedreich's ataxia-associated HCM phenotype with prominent patchy mid-wall fibrosis in the basal to mid septum and very localised myocardial oedema. This is in line with autopsy data in such cases, which have shown that chronic myocarditis with necrosis and endomyocardial fibrosis are central characteristics of the disease, confirmed also by frequent high troponin levels, as a marker of myocardial injury. The case highlights the value of CMR in the non-invasive cardiac assessment of these patients. Figure 1: 4-chamber (1) and mid short-axis (2) cine (A), T2-weighted short-tau inversion recovery (B), T2 parametric mapping (C) and magnitude late gadolinium enhancement (D) acquisition images, showing asymmetrical left ventricular hypertrophy (mid septal to inferolateral wall thickness > 3), very localised myocardial oedema (green arrows) and patchy mid-wall septal fibrosis (red arrows).

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024AA108 | **Συσχέτιση των αλλοιώσεων στο ΗΚΓ με τον απεικονιστικό φαινότυπο ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**

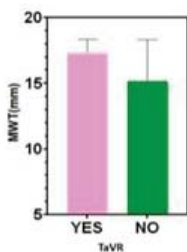
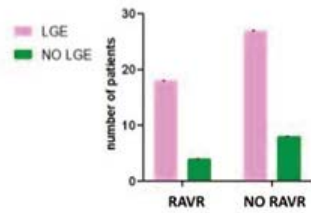
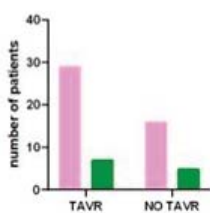
**A. Κουρουτζόγλου<sup>1</sup>, Γ. Λάζαρος<sup>1</sup>, A. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>, A. Μήλιου<sup>1</sup>,  
I. Ιωακείμης<sup>1</sup>, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος<sup>1</sup>, Θ. Κατσιμίχας<sup>1</sup>, E. Σολωμού<sup>1</sup>,  
A. Κορδαλής<sup>1</sup>, A. Κασιακόγιας<sup>1</sup>, A. Λαϊνά<sup>1</sup>, A. Ξηνταράκου<sup>1</sup>,  
Θ. Τσάμπρας<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>, X. Βλαχόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

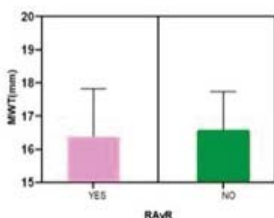
<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή:** Η παρουσία παθολογικών διαταραχών στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) είναι από τα πρώτα κλινικά σημεία που μπορεί να υποδεικνύουν τη διάγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (HCM) και συχνά συνδέονται με τη σοβαρότητα του φαινοτύπου της νόσου. Διερευνήσαμε τη συσχέτιση αλλοιώσεων στην απαγωγή aVR με το μέγεθος και τύπο της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας (LVH) καθώς και με την παρουσία και έκταση της ίνωσης του μυοκαρδίου σε ασθενείς με HCM. Μέθοδοι: Εξετάσαμε το ΗΚΓ 59 ασθενών που διαγνώστηκαν με HCM (21 γυναίκες, ηλικίας  $62 \pm 11,4$  ετών) για την παρουσία αρχικού κύματος R (RavR) ή/και θετικού T στην aVR (TaVR). Με χρήση καρδιακού μαγνητικού συντονισμού (CMR) αξιολογήθηκε το πάχος τοιχώματος (maximum wall thickness-MWT) και η παρουσία όψιμης ενίσχυσης γαδολινίου (late gadolinium enhancement-LGE) και στα 17 τμήματα του μυοκαρδίου για κάθε ασθενή. Το πρότυπο της LVH ταξινομήθηκε ως υπερτροφία του βασικού μεσοκοιλιακού, αντίστροφη καμπυλότητα διαφράγματος, υπερτροφία κορυφής, απόφραξη μεσότητας με ανεύρυσμα κορυφής, συγκεντρική υπερτροφία ή άλλος τύπος. Αποτελέσματα: RaVR παρατηρήθηκε σε 23 ασθενείς (39%) ενώ TaVR παρατηρήθηκε σε 38 ασθενείς (61%). Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του RaVR ούτε με το MWT ( $\rho = -0,107$ ,

$\rho = 0,429$ ) ούτε με την παρουσία ( $\rho = -0,007$ ,  $\rho = 0,960$ ) και την έκταση ( $\rho = -0,103$ ,  $\rho = 0,452$ ) ίνωσης σε ασθενείς με HCM. Αντίθετα, το TaVR συσχετίστηκε σημαντικά με το MWT ( $\rho = 0,374$ ,  $\rho = 0,01$ ). Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του TaVR και του προτύπου LVH ( $\chi^2 = 3,452$ ,  $\rho = 0,631$ ). Ομοίως, δεν υπήρχε σχέση μεταξύ παρουσίας ή έκτασης TaVR και LGE ( $\rho$  NS και για τις δύο). Συμπέρασμα: Το αρχικό κύμα R στην απαγωγή aVR δεν έχει διαγνωστική αξία σε ασθενείς με HCM. Η παρουσία θετικού TaVR συσχετίζεται σημαντικά με το βαθμό υπερτροφίας και θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως ένα ακόμα παθολογικό εύρημα στο ΗΚΓ σε ασθενών με HCM.



P-value=0.01



P-value=0.429

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

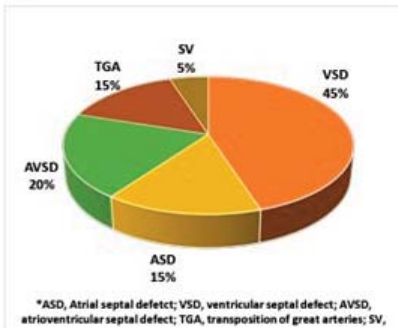
AA109 | **Επιδημιολογικό προφίλ ασθενών με σύνδρομο Eisenmenger σε ένα κέντρο αναφοράς συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων**  
**P. Papadopoulos<sup>1</sup>, V. Patsiou<sup>1</sup>, A. Arvanitaki<sup>1</sup>, A. Koutsakis<sup>1</sup>, P. Gourgiotis<sup>1</sup>, T. Chrysochoidis<sup>1</sup>, T. Grantza<sup>1</sup>, A. Baroutidou<sup>1</sup>, S. A. Mouratoglou<sup>1</sup>, A. Ziakas<sup>1</sup>, G. Giannakoulas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

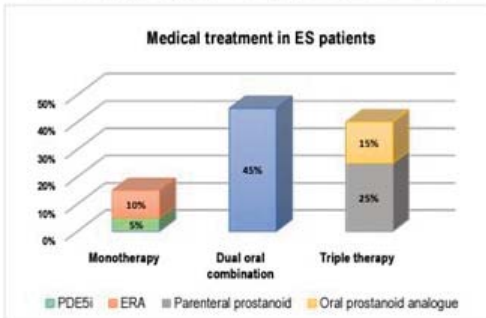
<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Το σύνδρομο Eisenmenger (EM) αποτελεί την πιο σοβαρή εκδήλωση της πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης (ΠΑΥ) σε ενήλικες με συγγενή καρδιοπάθεια (ΣΚΠ). Ωστόσο, οι ασθενείς με EM παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός των βασικών κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων, της λειτουργικής ικανότητας και της στοχευμένης θεραπείας που λαμβάνουν οι ασθενείς με EM σε ένα τριτοβάθμιο

Εικόνα 1. Κατανομή των υποκείμενων συγγενών καρδιοπαθειών στους ασθενείς με EM.



Εικόνα 2. Προσδιορισμός της φαρμακευτικής θραυσίας των ασθενών με EM



κέντρο αναφοράς για τη νόσο. Μέθοδοι: Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από όλους τους ασθενείς με ΣΚΠ που προσέρχονται στο κέντρο μας τα τελευταία 5 χρόνια (2019-2024). Εντοπίστηκαν όλοι οι ασθενείς με EM που είχαν διαγνωστεί με δεξιό καρδιακό καθετηριασμό. Ανασκοπήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, οι εργαστηριακές τιμές και τα δεδομένα σχετικά με την εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης. Όλες οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως διάμεση τιμή. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια μιας διάμεσης περιόδου παρακολούθησης 3,5 ετών (εύρος 1 το 5 έτη) μελετήσαμε 20 ασθενείς με EM (70% γυναίκες). Η διάμεση ηλικία κατά την τελευταία αξιολόγηση στην κλινική μας ήταν 47 έτη και ο διάμεσος δείκτης μάζας σώματος ήταν 24,1 kg/m. Η λειτουργική ικανότητα ήταν ήπια μειωμένη (λειτουργική τάξη WHO II στο 60% και WHO IV στο 10%). Η πιο συχνή υποκείμενη ΣΚΠ ήταν η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (45%, Εικόνα 1). Ο διάμεσος κορεσμός οξυγόνου ηρεμίας ήταν 87,5% και η τιμή της αιμοσφαιρίνης ήταν 16,0 g/dl. Το NT-proBNP ήταν 525 pg/ml, ενώ τα δεδομένα επίπεδα φερριτίνης ήταν 38 ng/ml. Η διάμεση εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης ήταν 374 μέτρα. Η πλειονότητα των ασθενών λάμβανε διπλή

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

από του στόματος θεραπεία για την ΠΑΥ (60%, Εικόνα 2). Συμπέρασμα: Στο κέντρο μας, οι ασθενείς με ΕΣ χαρακτηρίζονται από σχετικά διατηρημένη λειτουργική ικανότητα και λαμβάνουν στην πλειονότητά τους συνδυαστική θεραπεία για την ΠΑΥ. Ωστόσο, απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την πρόβλεψη της έκβασης.

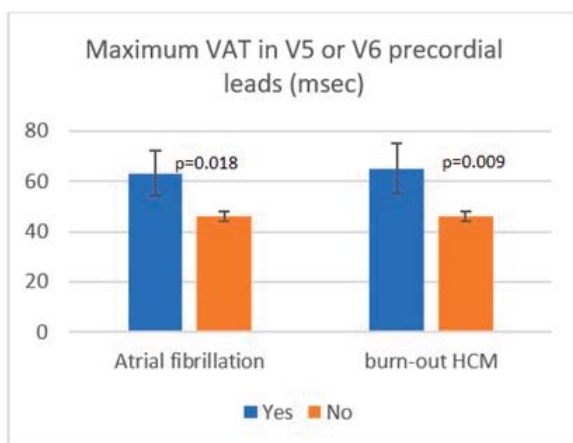
### AA110 | **Ο παρατεταμένος χρόνος ενεργοποίησης των κοιλιών ως ένας νέος βιοδείκτης που ανιχνεύει τη φάση burn-out στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**

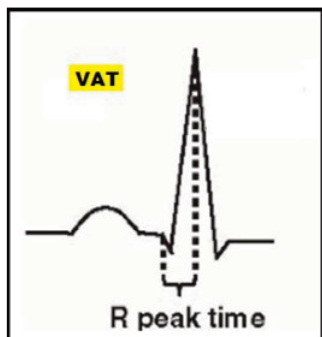
**E. Savva<sup>1</sup>, K. Fragkiadakis<sup>1</sup>, I. Anastasiou<sup>1</sup>, S. Zervakis<sup>1</sup>, O. Malikidis<sup>1</sup>, E. Zacharis<sup>1</sup>, K. Chatzinikolaou<sup>1</sup>, S. Kassotakis<sup>1</sup>, E. Sideras-Marakas<sup>1</sup>, F. Parthenakis<sup>1</sup>, G. Kochiadakis<sup>1</sup>, M. Marketou<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Οι ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) έχουν παραδοσιακά διατηρημένη συστολική λειτουργικότητα και μειωμένο τελοδιαστολικό όγκο της αριστερής κοιλίας. Ωστόσο, σε έναν μικρό υποπληθυσμό, οι ασθενείς εμφανίζουν παραδόξως συστολική δυσλειτουργία, διάταση της αριστερής κοιλίας και λέπτυνση του κοιλιακού τοιχώματος, η οποία είναι γνωστή ως υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια τελικού σταδίου ή «burned-out μυοκαρδιοπάθεια». Αν και το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) είναι ένα βασικό εργαλείο στην HCM, ο ρόλος του στην ανίχνευση burned-out HCM δεν έχει μελετηθεί. Σκοπός Ο σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσει το χρόνο ενεργοποίησης των κοιλιών [ventricular activation time (VAT)], έναν ηλεκτροκαρδιογραφικό δείκτη της διάρκειας της κοιλιακής εκπόλωσης στην HCM και αν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικό εργαλείο στην εξέλιξη της νόσου και την εμφάνιση της burn-outφάσης. Μέθοδοι Μελετήθηκαν προοπτικά διαδο-

χικοί ασθενείς με διάγνωση HCM σύμφωνα με το υπερηχοκαρδιογράφημα στο ιατρικό μας κέντρο μεταξύ 2017 και 2022. Το ΗΚΓ, μαζί με το υπερηχοκαρδιογράφημα, πραγματοποιήθηκε την ίδια ημέρα με τη διάγνωση. Ο VAT μετρήθηκε σε χιλιοστά του δευτερολέπτου μεταξύ της έναρξης του συμπλέγματος QRS έως την κορυφή του κύματος R στις απαγωγές V5 και V6. Η φάση burn-out της HCM χαρακτηρίστηκε όταν το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) ήταν κάτω από 50%, μετρημένο με υπερηχοκαρδιογραφία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

χρήση του λογισμικού SPSS. Αποτελέσματα Μελετήθηκαν σαράντα πέντε ασθενείς με HCM και η μέση ηλικία τους ήταν 51, ενώ το 78% (35/45) ήταν άνδρες. Τα δεδομένα υπερηχοκαρδιογραφίας κατά τη διάγνωση αποκάλυψαν ένα μέσο μέγιστο πάχος τοιχώματος 19 ( $\pm 3$  mm) και ένα μέσο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας 65% ( $\pm 5$ %). Απόφραξη του χώρου της αριστερής κοιλίας ήταν παρούσα στο 31% (14/45). Κατά τη διάρκεια της μελέτης, το 24% (11/45) παρουσίασε κολπική μαρμαρυγή, το 44% (20/45) είχε εμφύτευση ICD και το 22% (10/45) προχώρησε στη φάση burn-out της HCM. Οι ασθενείς με HCM που παρουσίασαν κολπική μαρμαρυγή ( $63 \pm 31$  έναντι  $46 \pm 14$  msec,  $p=0,018$ ) ή φάση burn-out ( $65 \pm 32$  έναντι  $46 \pm 13$  msec,  $p=0,009$ ) είχαν σημαντικά υψηλότερο VAT από εκείνα τα

υποσύνολα που δεν είχαν. Σημειωτέον, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του VAT και του φαινοτύπου burn-out ( $r=0,385$ ,  $p=0,009$ ). Οι ασθενείς με HCM με μεγαλύτερο VAT είχαν επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μεγαλύτερη διάμετρο αριστερού κόλπου ( $r=0,295$ ,  $p=0,048$ ), αυξημένη τελοδιαστολική διάμετρο της αριστερής κοιλίας ( $r=0,306$ ,  $p=0,041$ ) και τάση να παρουσιάζουν χαμηλότερο LVEF ( $r=-0,262$ ,  $p=0,082$ ). Τέλος, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του VAT και της επίπτωσης της κολπικής μαρμαρυγής ( $r=0,352$ ,  $p=0,018$ ). Συμπέρασμα Η παράταση του VAT προβλέπει την εμφάνιση της burn-out φάσης και της κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι αποτελεί έναν πολλά υποσχόμενο, ηλεκτροκαρδιογραφικό δείκτη για την εξέλιξη και τη βαρύτητα της HCM. Τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τον κεντρικό ρόλο του ΗΚΓ ως χρήσιμου και φθηνού εργαλείου στην παρακολούθηση της HCM.

### AA111 | Ασθενής με μη διατατικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια και κοιλιακή ταχυκαρδία

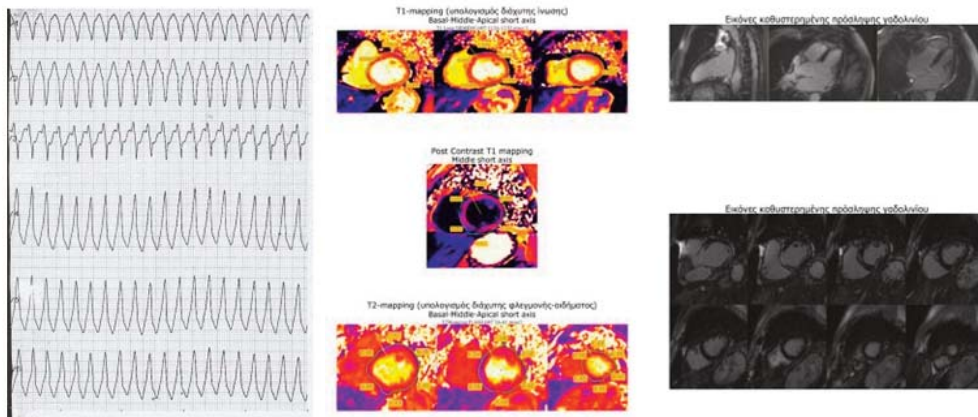
**Ε. Μπάλλας<sup>1</sup>, Χ. Θεοχάρη<sup>1</sup>, Γ. Τσιτσινάκης<sup>1</sup>, Γ. Μοσχοβάκη<sup>1</sup>,  
Α. Κακκάβας<sup>1</sup>, Ε. Βιδαλάκης<sup>2</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> METROPOLITAN GENERAL HOSPITAL CARDIAC MRI DEPARTMENT

**Εισαγωγή** Η μη-διατατική μυοκαρδιοπάθεια της αριστερής κοιλίας (Non-dilated left ventricular cardiomyopathy - NDLVC) ορίζεται ως η παρουσία ουλώδους ιστού στην αριστερή κοιλία μη ισχαιμικής αιτιολογίας ανεξαρτήτως τοιχωματικών διαταραχών κινητικότητας ή μεμονωμένη ολική υποκινησία αριστερής κοιλίας χωρίς παρουσία ουλής, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί από διαταραχές υπερφόρτωσης (υπέρταση, βαλβιδοπάθεια) ή στεφανιαία νόσο. Συσχετίζεται με ποικίλες αρρυθμίες, μεταξύ των οποίων υπερκοιλιακές ή κοιλιακές αρρυθμίες ή βραδυκαρδίες από κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Παρουσίαση περιστατικού Άνδρας, 68 ετών, με υπερλιπιδαιμία υπό αγωγή με στατίνη, προσέρχεται λόγω ζάλης και αισθήματος παλμών. Διαπιστώνεται κοιλιακή ταχυκαρδία (Εικόνα 1) και υπόταση (ΑΠ 87/50mmHg) και εν συνεχεία εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μετά από χορήγηση αμιωδα-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ρόνης. Η κλινική εξέταση, ο αιματολογικός έλεγχος καθώς και το διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα (πλην αυξημένων διαστάσεων αριστερού κόλπου). Το Holter ρυθμού 24-ώρου έδειξε λίγες έκτακτες κοιλιακές και υπερκοιλιακές συστολές. Η στεφανιογραφία ανέδειξε ήπια αθηρωμάτωση και μια οριακή (60%) στένωση στον πρώτο διαγώνιο κλάδο του LAD. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έδειξε κυκλωτήρη (ring-like), μη ισχαιμική ίνωση μυοκαρδίου, μεσοτοιχωματικά, στα βασικά τμήματα της αριστερής κοιλίας με χαρακτηριστές “midwall stria”. Επίσης φάνηκε μη ισχαιμική ίνωση στα σημεία εισόδου του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα (Insertion Points Fibrosis) (Εικόνα 2). Η ίνωση υπολογίσθηκε σε <5% της μάζας της αριστερής κοιλίας. Ο γονιδιακός έλεγχος ανέδειξε πιθανά παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο TTN (ετεροζυγωτία). Στον ασθενή έγινε εμφύτευση απινιδωτή και έναρξη αγωγής με απιξαμπάνη, βισοπρολόλη, ραμπριλίη, ενώ συνεχίστηκε η αγωγή με ατορβαστατίνη. Συμπεράσματα Η παρουσία ζάλης, χαμηλής ΑΠ, ίνωσης στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς καθώς και τα αποτελέσματα του γονιδιακού ελέγχου συνηγορούν υπέρ αυξημένου κινδύνου απινιδίου καρδιακού θανάτου στον συγκεκριμένο ασθενή με NDLCV. Η απόφαση για εμφύτευση απινιδωτή σε ασθενείς με NDLCV πρέπει να εξατομικεύεται βάσει κλινικών, ηλεκτροκαρδιογραφικών, απεικονιστικών και γενετικών ευρημάτων. Τέλος, παραλλαγές του γονιδίου TTN, ενώ συχνότερα σχετίζονται με τη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, σπανίως έχουν ανευρεθεί και σε ασθενείς με NDLCV.

#### AA112 | **ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ (HOCM) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΜΟΝΙΜΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ**

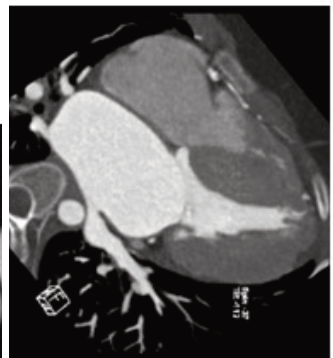
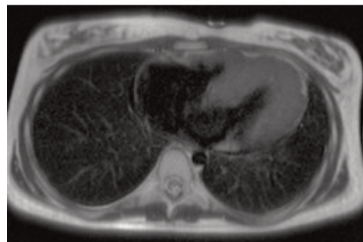
**Α. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Μπελεγρίνος<sup>1</sup>, Κ. Μιντζαρίδης<sup>1</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια (HOCM) χαρακτηρίζεται από αυξημένο πάχος τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας (LV) και συνοδεύεται από αποφρακτική φυσιολογία και αυξημένη κλίση πίεσης στο ΧΕΑΚ. Στην παιδιατρική, η HOCM είναι σπάνια. Ο κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (SCD) είναι υψηλότερος στον παιδιατρικό πληθυσμό. ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήθηκε περίπτωση κοριτσιού με HOCM, κοιλιακή αρρυθμογένεση ιστορικό συγκοπτικών επεισοδίων και τελικά θάνατο παρόλη την εμφύτευση μόνιμου διαφλέβιου βηματοδότη - απινιδωτή. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κορίτσι 12 ετών παραπέμφθηκε στα ΕΙ του Καρδιολογικού για διερεύνηση λόγω ανεύρεσης HOCM σε υπερηχοκαρδιογράφημα. Είχε ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, δεν ανέφερε συμπτώματα. Η αρτηριακή πίεση ήταν φυσιολογική, είχε ήπιο συστολικό φύσημα 2+/6+. Τα καρδιακά ένζυμα, η όξινη α γλυκοσιδάση, η μέτρηση των καρνιτινών και των αμινοξέων στον ορό και στο πλάσμα ήταν φυσιολογικά. Γονιδιακός έλεγχος για αταξία Friedreich ήταν αρνητικός. Συστήθηκε γονιδιακός έλεγχος για μυοκαρδιοπάθειες. Έγινε ΗΚΓ, υπερηχοκαρδιογράφημα, MRI καρδιάς, αξονική στεφανιογραφία, δοκιμασία κοπώσεως, δυναμική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη και τέθηκαν πολλαπλά χόλτερ ρυθμού. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, αρνητικά T στις απαγωγές I, aVL, V4-V6. Το υπερηχοκαρδιογράφημα εξεσημασμένη συγκεκριμένη υπερτροφία (20mm) με στένωση στο ΧΕΑΚ (peak gr: 25-35mmHg). Τέθηκε σε αγωγή με β-αναστολέα. Η MRI καρδιάς ανέδειξε σοβαρού βαθμού HOCM με παρουσία κρυπτών και στοιχεία διάσπαρτης ίνωσης και υπερτροφία κορυφής στην δεξιά κοιλία, διάταση του αριστερού κόλπου και μικρού βαθμού MVR. Η αξονική στεφανιογραφία ανίχνευσε εκσεσημασμένη υπερτροφία LV με πάχος τοιχωμάτων 28mm. Τα χόλτερ ρυθμού φλεβοκομβικό ρυθμό με ΚΣ 73bpm, αυξημένο φορτίο αρρυθμογένεσης (15304 κοιλιακές συστολές, 169 ζεύγη, πολλαπλά επεισόδια διδυμίας, τριδυμίας, 60 υπερκοιλιακές έκτακτες συστολές και ένα επεισόδιο NSVT. Το παιδί είχε κακή ανοχή στην κόπωση και κακή χρονότροπο απάντηση στην δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία. Τέθηκε φαρμακευτική αγωγή με αμιοδαρόνη, αλλά επέστρεψε λόγω δυο συγκοπτικών επεισοδίων. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση μόνιμου διαφλέβιου απινιδωτή. Το παιδί εξήλθε με φαρμακευτική αγωγή. Δύο εβδομάδες αργότερα, κατέληξε έξω από το σχολείο του, πιθανά λόγω ηλεκτρικής θύελλας ή δυσλειτουργίας του βηματοδότη-απινιδωτή. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια στην παιδική ηλικία πρέπει να διερευνάται πλήρως και να αντιμετωπίζεται με την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή λόγω της μεγάλης θνητότητας που παρουσιάζει αυτή η ομάδα ασθενών.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

AA113 | **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ SARS-COV-2 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΡΩΩΡΑ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**  
**A. Παννακοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Οικονομίδη<sup>1</sup>, Γ. Παυλούς<sup>1</sup>, Ε. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Λ. Λιανού<sup>2</sup>, Φ. Στριπέλη<sup>2</sup>, Ξ. Αγρογιάννη<sup>2</sup>, Χ. Πετροπούλου<sup>2</sup>, Α. Κουτρούμπα<sup>2</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Β ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι νεογνικές λοιμώξεις SARS-CoV-2 είναι σχετικά σπάνιες και, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν ενδείξεις ενδομήτριας λοίμωξης που προκαλείται από κάθετη μετάδοση. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η ανεύρεση πιθανών επιπτώσεων στο καρδιαγγειακό σύστημα των νεογνών που γεννήθηκαν από μητέρες πάσχουσες με λοίμωξη με τον ιό SARS-CoV-2. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Κατά τη διάρκεια της πανδημίας με τον ιό SARS-CoV-2, από Μάρτιο 2020 μέχρι Νοέμβριο 2022 νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής φροντίδας νεογνών τριτοβάθμιου νοσοκομείου συνολικά 63 νεογνά με μητρική μόλυνση με SARS-CoV-2 κατά τη γέννηση. Από τα νεογνά αυτά τα 53 ήταν τελειόμηνα (ηλικία κηίσεως μεγαλύτερη από 37 εβδομάδες), 5 όψιμα πρόωρα (35-36 εβδομάδες) και 5 εξαιρετικά πρόωρα νεογνά (27-34 εβδομάδων κύησης). Σε όλα τα νεογνά διενεργήθηκε ΗΚΓ, διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα και κλινική εξέταση. Μόνο 5 περιστατικά πρόωρων και εξαιρετικά πρόωρων νόσησαν, όλα μετά από οριζόντια μετάδοση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλα τα νεογνά νοσηλεύτηκαν σε μονάδα αυξημένης φροντίδας και δεν εμφάνισαν αξιοσημείωτα προβλήματα από το αναπνευστικό. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 ημέρες. Προοδευτικά η εξοικείωσή μας με την νόσο μείωσε συνολικά τον χρόνο παραμονής και τη χρήση αντιβιοτικών που όριζαν τον χρόνο αυτό. Ένα μόνο νεογνό είχε δομική καρδιοπάθεια (ήπιου βαθμού στένωση πνευμονικής αρτηρίας). Όλα είχαν φυσιολογική καρδιακή λειτουργία χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας και φυσιολογικές πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία. Τρία μόνο νεογνά (3/63, 4,7%) εμφάνισαν διαταραχές ρυθμού. Ένα νεογνό προσήλθε με παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία που αυτοανατάχθηκε πριν τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και δύο άλλα εμφάνισαν συχνές κολπικές συστολές ενίοτε με μορφή ζευγών και ριπών. Σε όλα τα νεογνά χορηγήθηκε β-αναστολέας (προπρανολόλη 2mg/kgΣΒ) και τοποθετήθηκε χόλτερ ρυθμού. Όλα είχαν εξαιρετική ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή και έξι μήνες μετά, η θεραπευτική αγωγή διακόπηκε. Στο follow up με χόλτερ ρυθμού στους έξι μήνες και ένα έτος δεν ανιχνεύτηκαν αρρυθμίες και η καρδιακή λειτουργία στο ΤΕΕ παρέμεινε φυσιολογική. Όλα τα νεογνά είχαν αυξημένα επίπεδα τροπονίνης I αλλά το εύρημα αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή λόγω του ευρέος φάσματος των κανονικών τιμών στα νεογνά. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο SARS-CoV-2 επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία των νεογνών, στα οποία υπήρξε μητρική νόσηση κατά τη γέννησή τους, λιγότερο συχνά και σοβαρά σε σύγκριση με τους ενήλικες. Μεγαλύτερες επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες κοόρτης απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση των πιθανών επιπτώσεων της λοίμωξης με COVID-19 στην καρδιά των νεογνών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA114 | ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΪΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ (SMA)****A. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, A. Μπελεγρίνος<sup>1</sup>, M. Κατσαλούλη<sup>1</sup>, E. Καρανάσιος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νωτιαία μυϊκή ατροφία (SMA) είναι σπάνια (1:6.000-11.000 ετησίως) αυτοσωματική υπολειπόμενη διαταραχή που αφορά την έλλειψη της πρωτεΐνης SMN. Χαρακτηρίζεται από εκφύλιση κατώτερων κινητικών νευρώνων, με προσδευτική μυϊκή αδυναμία και ατροφία. Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν η καρδιά επηρεάζεται σε παιδιατρικούς ασθενείς με SMA. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να ανιχνευτεί η παρουσία καρδιακών ανωμαλιών σε παιδιατρικούς ασθενείς με SMA σε ειδικό ιατρείο νευρομυικών παθήσεων σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλοι οι ασθενείς είχαν νευρολογική εκτίμηση και επιβεβαιωμένη γενετικά SMA. Μελετήθηκαν 22 παιδιά και έφηβοι με μέση ηλικία 13±5 έτη (12 με SMA τύπου 2 και 10 με SMA τύπου 3). Όλοι υποβλήθηκαν σε έλεγχο με ΗΚΓ, υπερηχοκαρδιογράφημα, 24ωρη ΗΚΓ καταγραφή (Holter ρυθμού) και μέτρηση επιπέδων τροπονίνης (cTnT) και NT-proBNP. Εκτιμήθηκαν με διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία (TTE) παράμετροι συστολικής λειτουργίας της LV: κλάσμα εξωθήσεως (LVEF), κλάσμα βράχυνσης (FS), τμηματική κινητικότητα αρ. κοιλίας και η διαστολική λειτουργία με ιστικό Doppler (TDI). Μετρήθηκαν η πρώιμη διαστολική ταχύτητα του δακτυλίου της μιτροειδούς (Ea) και η αναλογία (E/Ea). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κανένας ασθενής δεν ανέφερε κλινικά συμπτώματα και όλοι είχαν φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία. Κανένας ασθενής δεν είχε δομική καρδιακή νόσο, ούτε σημεία κοιλιακής δυσλειτουργίας (συστολικής ή διαστολικής). Όλοι είχαν φυσιολογικό LVEF  $\geq 65\%$  και FS  $>35\%$  χωρίς τμηματικές υποκινησίες. Στην TDI υπερηχογραφία, κανένας ασθενής δεν ανέδειξε διαστολική δυσλειτουργία. Τα επίπεδα cTnT και NT-proBNP ήταν φυσιολογικά σε όλους. Το ΗΚΓ έδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία (ΚΣ  $>105$  bpm) σε επτά ασθενείς (31%) και παρατεταμένο διάστημα P-R σε έναν (4,5%). Η παρακολούθηση με Holter ανίχνευσε μικρού φορτίου καλοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες σε τέσσερις ασθενείς (18,1%) και σπάνιες μεμονωμένες υπερκοιλιακές πρώιμες συστολές σε τρεις ασθενείς (13,6%). Η μέση καρδιακή συχνότητα στην 24ωρη καταγραφή ΗΚΓ ήταν αυξημένη σε έξι ασθενείς (27,2%) (mean ΚΣ  $>100$  bpm). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες διαταραχές ρυθμού στους ασθενείς αυτούς. Με βάση τα πρώιμα αυτά ευρήματα χορηγήθηκε στους 6 αυτούς ασθενείς ως πρώτη γραμμή πρόληψης καρβεδιλόλη. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου 2 και 3, μπορεί να εμφανίζουν αυξημένους καρδιακούς παλμούς σε ηρεμία χωρίς ιδιαίτερο φορτίο αρρυθμίας και με φυσιολογική συστολική και διαστολική λειτουργία. Η μακροχρόνια καρδιολογική παρακολούθηση των ασθενών αυτών μπορεί να αποβεί χρήσιμη για την περαιτέρω πορεία τους.

**AA115 | ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΡΥΘΜΟΥ (ILR) ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΥΓΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΛΟΓΩ ΑΤΑΞΙΑΣ FREIDREICH. ΤΡΙΕΤΕΣ FOLLOW UP****A. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, A. Μπελεγρίνος<sup>1</sup>, M. Κατσαλούλη<sup>1</sup>, E. Καρανάσιος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αταξία Friedreich (FRDA) είναι η πιο κοινή νωτιαία παρεγκεφαλιδική αταξία (0,1 έως 4,7:100000 άτομα), κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τύπο και το 60% των ασθενών πεθαίνουν από καρδιακά αίτια. Κύρια καρδιαγγειακή εκδήλωση (57-81%) είναι η μυοκαρδιοπάθεια. Εμφανίζεται είτε με επικράτηση ινώδους ιστού είτε ως συγκεντρική ή ασύμμετρη υπερτροφία του μυοκαρδίου (HCM). Και οι δύο καταστάσεις οδηγούν σε καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου και μπορεί να επιπλακούν με κοιλιακή αρρυθμιογένεση. Η εμφυτεύσιμη συσκευή καταγραφής ρυθμού (implantable loop recorder, ILR) είναι μία μικρή ηλεκτρονική συσκευή που τοποθετείται κάτω από το δέρμα στο στήθος (στο πρόσθιο τοίχωμα του θώρακα) και μπορεί να παρέχει συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού έως 3 χρόνια. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το φορτίο αρρυθμίας σε κορίτσι 12 ετών με εκσεσημασμένη συγκεντρική υπερτροφία και κοιλιακή αρρυθμιογένεση. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κορίτσι, αθλήτρια στίβου, με ελεύθερο ιστορικό ανέφερε εύκολη κόπωση. Έγινε έλεγχος με ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα, MRI καρδιάς και χολτρε ρυθμού. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ΗΚΓ ανέδειξε βαθειά αρνητικά κύματα T στις απαγωγές I, II, III, aVF, V2-V6 και βαθειά S στη V2 : 30mm. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε συγκεντρική υπερτροφία αριστερής κοιλίας με πάχος τοιχωμάτων 15mm. Το Holter ρυθμού κατέγραψε συχνή κοιλιακή αρρυθμιογένεση >10% των QRS. Η υψηλής ευαισθησίας τροπονίνη-T ήταν 2,04ng/mL (Φ.Τ.: <0,02). Στην MRI αναδείχθηκε συγκεντρική υπερτροφία χωρίς οίδημα και παρουσία διάχυτης ίνωσης. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση εμφυτεύσιμης συσκευής καταγραφής ρυθμού για πληρέστερη παρακολούθηση καθώς το παιδί ήταν μόνιμος κάτοικος απομακρυσμένου νησιού. Παράλληλα χορηγήθηκε αγωγή με συνένζυμο Q10 και καρβεδιλόλη. Κατά την διάρκεια του τριετούς follow up υπήρξε προοδευτική αύξηση της υπερτροφιάς της αριστερής κοιλίας (ΜΚΔ=ΟΤΑΚ=17mm) χωρίς απόφραξη στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας, το φορτίο κοιλιακής αρρυθμιογένεσης παρέμεινε σταθερό και η συσκευή ILR δεν κατέγραψε επικίνδυνες για τη ζωή αρρυθμίες και αποφασίστηκε η αφαίρεσή της. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια είναι συχνό εύρημα σε αταξία Friedreich και ενίοτε επιπλέκεται με κοιλιακή αρρυθμιογένεση. Η εμφυτεύσιμη συσκευή καταγραφής ρυθμού (ILR), μπορεί να προσφέρει στη διαστρωμάτωση του κινδύνου και στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ιδίως όταν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι δυσχερής.

**AA116 | ΜΟΝΗΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ: ΣΠΑΝΙΟΤΑΤΗ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ**

**Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>,  
Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Σ. Πλακιάς<sup>1</sup>, Σ. Δεσποτόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Αποστολοπούλου<sup>2</sup>,  
Μ. Καρακώστα<sup>3</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς<sup>3</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>,  
Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία (ΜΣΑ) αποτελεί σπανιότατη συγγενή ανωμαλία των στεφανιαίων αγγείων (επίπτωση 0,03-0,07% στο γενικό πληθυσμό), η οποία

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Εικόνα 1. Υπέρηχος καρδιάς: RAC sign (κόκκινο βέλος)

αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, με την πορεία μεταξύ αορτής και στελέχους πνευμονικής να έχει τη χειρότερη πρόγνωση. Υλικά/μέθοδοι: Παρουσιάζουμε περιστατικό ΜΣΑ από το δεξιό στεφανιαίο κόλπο με πορεία της αριστερής κοινής στεφανιαίας όπισθεν της αορτικής ρίζας, που παραπέμφθηκε στην κλινική μας μετά από τυχαίο έλεγχο. Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή 57 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, η οποία παραπέμφθηκε στην κλινική μας μετά από έλεγχο ρουτίνας, λόγω υποψίας ύπαρξης ανώμαλης έκφυσης στεφανιαίας αρτηρίας από τον ηχωκαρδιογραφικό έλεγχο. Η ασθενής δεν ανέφερε κάποια συμπτωματολογία στην άσκηση, ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας ήταν φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις. Το διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα ανέδειξε ύπαρξη σημείου retroaortic anomalous coronary (RAC sign), ενδεικτικό ανώμαλης έκφυσης στεφανιαίας αρτηρίας. Η λοιπή μελέτη δεν εμφάνισε αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε αξονική στεφανιογραφία, όπου επιβεβαιώθηκε η αρχική υποψία με αποκάλυψη μονήρους στεφανιαίας αρτηρίας, η οποία εκφύεται από το δεξιό κόλπο του Valsalva, με την αριστερή στεφανιαία αρτηρία να εκφύεται με κοινό στέλεχος, το οποίο ακολουθεί πορεία αρκετών εκατοστών όπισθεν της αορτικής ρίζας προς την ανατομική του θέση. Τα στεφανιαία αγγεία ελέγχθηκαν χωρίς αθηρωμάτωση. Για διαστρωμάτωση κινδύνου, η ασθενής υπεβλήθη σε δυναμική ηχωκαρδιογραφική μελέτη με κυλιόμενο τάπητα, όπου δεν παρουσίασε στηθάγχη ή αρρυθμία, ωστόσο η δοκιμασία ήταν θετική για ισχαιμία του μυοκαρδίου τόσο ηλεκτροκαρδιογραφικά όσο και υπερηχογραφικά με εμφάνιση υποκινησίας στο βασικό οπισθοκατώτερο τοίχωμα. Η ασθενής αποφασίστηκε να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με έμφαση στην αποφυγή κόπωσης και στενή παρακολούθηση. Συμπέρασμα: Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία είναι μια σπανιότατη συγγενής ανωμαλία, όπου οι ασθενείς είναι συνήθως ασυμπτωματικοί, ωστόσο απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, καθώς έχει συσχετι-

στεί με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Η αντιμετώπιση έγκειται σε εξατομικευμένο πλάνο με βάση την ανατομία της κάθε περίπτωσης και απαιτεί συνεργασία διαφόρων εξειδικεύσεων.

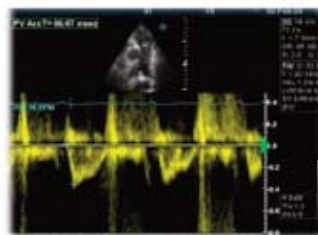


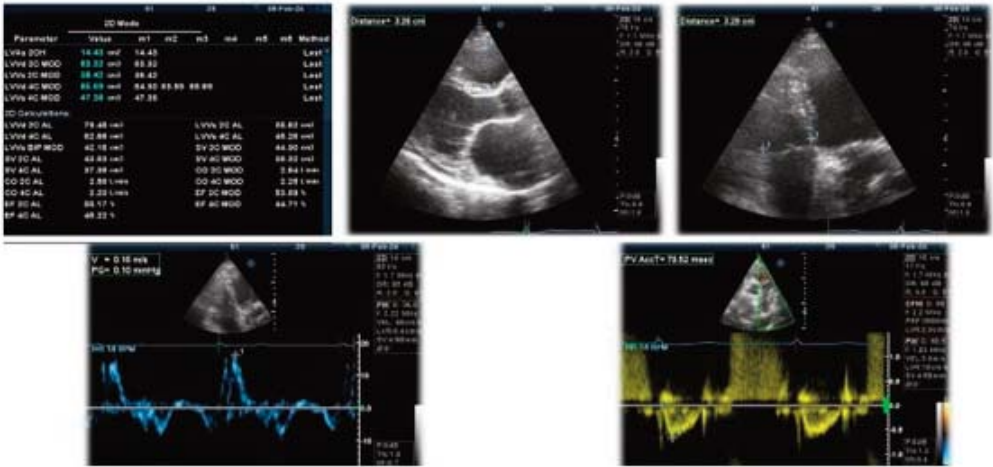
Εικόνα 2. Αξονική στεφανιογραφία: μονήρης στεφανιαία αρτηρία εκφύομένη από το δεξιό κόλπο του Valsalva

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**Παρουσίαση Περιστατικού I**Πρόεδροι: **Δ. Αβραμίδης** (Αθήνα), **Κ. Παπαδόπουλος** (Θεσσαλονίκη)Chairpersons: **D. Avramides** (Athens), **K. Papadopoulos** (Thessaloniki)**AA117 | biventricular takotsubo****N. Κατσιίλης<sup>1</sup>, Ε. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Νταλέκου<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>,  
Α. Ε. Καλέση<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Α. Καλύβη<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>,  
Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας γυναίκας που εισήχθη στη κλινική μας με εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (ΟΚΑ). Μετά από αποκλεισμό της στεφανιαίας νόσου, η ασθενής τέθηκε σε πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και η πορεία νοσηλείας της ήταν ανεπιπλεκτή με αυτόματη πλήρη αποκατάσταση του κλάσματος εξωθήσεως. Ως πιθανή διάγνωση λόγω της αυτόματης αποκατάστασης της λειτουργικότητας και των δύο κοιλιών θεωρήθηκε το σύνδρομο Biventricular Takotsubo (BV TTS). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γυναίκα ασθενής 61 ετών με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, πλην όμως αγχώδους διαταραχής, εισήχθη στην κλινική μας με εικόνα ΟΚΑ. Η ασθενής ανέφερε επιδεινούμενη δύσπνοια από ημερών έπειτα από ένα διάστημα έντονου συναισθηματικού stress. Κατά την εισαγωγή της παρατηρήθηκε παθολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα με αρνητικά κύματα T στις απαγωγές I, aVL, V2-V4 και παράταση του QT διαστήματος, υψηλές τιμές νατριουρητικών πεπτιδίων (BNP) και οριακές τιμές μυοκαρδιακής νέκρωσης (TNI). Από το υπερηχογράφημα καρδιάς απεικονίστηκε έκπτωση λειτουργικότητας και των δύο κοιλιών (υπολογιζόμενο κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας με τροποποιημένη μέθοδο Simpsons 34 % και διάταση δεξιάς κοιλίας με έκπτωση λειτουργικότητας αυτής TAPSE 16mm και συνοδό

Parameter	Value	ref	ref	ref	ref	ref	ref
ED (Cavitational)	118.0 ml						
L.Vol 3C AL	118.0 ml						
L.Vol 4C AL	118.0 ml						
L.Vol BIP MCD	108.00 ml						
BV 3C MCD	37.18 ml						
BV 4C MCD	86.89 ml						
BV BIP MCD	83.40 ml						
RV 3C AL	33.39 ml						
RV 4C AL	36.26 ml						
RV 3C MCD	3.39 ml						
RV 4C MCD	4.68 ml						
RV BIP MCD	3.39 ml						
EF 3C AL	88.10 %						
EF 4C AL	64.88 %						
EF BIP MCD	33.40 %						
BSA	1.88 m <sup>2</sup>						
L.Vol 3C AL	88.88 ml						
L.Vol 4C AL	88.88 ml						
L.Vol BIP MCD	88.88 ml						
BV 3C AL	88.88 ml						
BV 4C AL	88.88 ml						
BV BIP MCD	88.88 ml						
RV 3C AL	33.39 ml						
RV 4C AL	36.26 ml						
RV 3C MCD	3.39 ml						
RV 4C MCD	4.68 ml						
RV BIP MCD	3.39 ml						
EF 3C AL	88.10 %						
EF 4C AL	64.88 %						
EF BIP MCD	33.40 %						



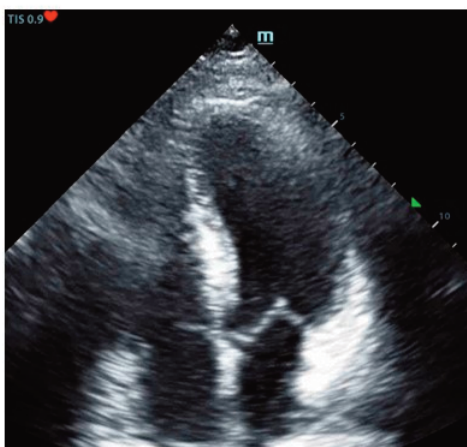
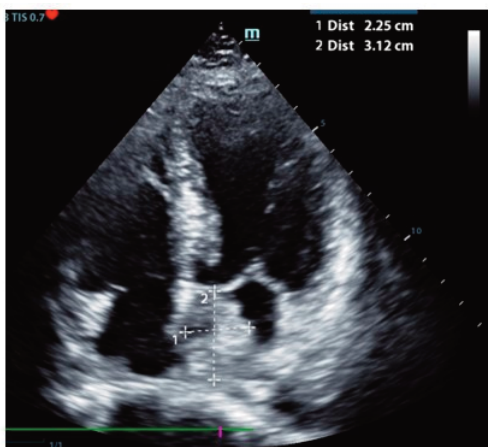
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

πνευμονική υπέρταση). Στα πλαίσια διερεύνησης πραγματοποιήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος που δεν ανέδειξε σημαντικού βαθμού αποφρακτικού τύπου βλάβες, αλλά βραδεία ροή του αριστερού συστήματος, εύρημα ενδεικτικό μικροαγγειακής δυσλειτουργίας. Σε διάστημα τριών ημερών από την εισαγωγή της, επαναληπτικό υπερηχογράφημα καρδιάς αποτύπωσε βελτίωση της λειτουργικότητας τόσο της αριστερής όσο και της δεξιάς κοιλίας. Η ασθενής τέθηκε σε πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας με προοδευτική βελτίωση των συμπτωμάτων της. Εξήλθε με πιθανή διάγνωση BV TTS και σύσταση για τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς με χρήση γαδολινίου (LGE-CMR). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αν και η τελική διάγνωση του BV TTS αποτελεί πρόκληση, τα υπάρχοντα στοιχεία μας οδηγούν σε αυτή. Δεδομένου των διαγνωστικών κριτηρίων που έχουμε, τα αρνητικά κύματα T στις προκάρδιες και την παράταση του τμήματος QT>500ms, την απουσία σημαντικής ΣΝ και στοιχείων μυοκαρδίτιδας, την κατάσταση ψυχικής υγείας της ασθενούς, την αυτόματη αποκατάσταση λειτουργικότητας των δύο κοιλιών και λαμβάνοντας υπόψη το InterTAK Diagnostic Score: 91 points, ως πιθανότερη διάγνωση τίθεται το BV TTS. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο κύριος μηχανισμός του TTS, θεωρείται η αυξημένη τιμή κατεχολαμινών σε έντονη συναισθηματική φόρτιση. Η μικροαγγειακή δυσλειτουργία δύναται να θεωρηθεί χαρακτηριστικό του TTS με αποδεδειγμένες αναστρέψιμες παθολογίες στο CFR και IMR, ιδιαίτερα σε μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα άτομα αυτά, όπως και στην δική μας περίπτωση χρειάζονται ένα ήπιο ερέθισμα για να επισπεύσει την μικροαγγειακή ισχαιμία και να επέλθει ο φαινότυπος του συνδρόμου TTS.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA118 | Μύζωμα αριστερού κόλπου εκδηλούμενο ως οξύ υπενδοκάρδιο έμφραγμα του μυοκαρδίου****N. Καραμπέτσου<sup>1</sup>, Α. Μακρής<sup>1</sup>, Λ. Σεβδυνίδης<sup>1</sup>, Π. Ματσούκης<sup>1</sup>, Δ. Ρούσος<sup>1</sup>, Γ. Μπιμπής<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή/σκοπός.** Το μύζωμα αποτελεί το συχνότερο πρωτοπαθή καλοήγη όγκο της καρδιάς. Συνιστά μία σπάνια πάθηση της οποίας η επίπτωση υπολογίζεται σε 0,03% στο γενικό πληθυσμό. Παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας, ενώ εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες από ότι άνδρες ( αναλογία ανδρών- γυναικών 1:3). Η συχνότερη εντόπιση του είναι ο αριστερός κόλπος. Ωστόσο, δύναται να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε από τις τέσσερις καρδιακές κοιλότητες. Η παρούσα παρουσίαση αφορά σε περιστατικό μυζώματος εκδηλούμενο ως οξύ υπενδοκάρδιο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Υλικό και μέθοδος. Ασθενής, θήλυ 58 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας διεκομίσθη στο Γενικό Νοσοκομείο Άργους από κέντρο υγείας της περιοχής λόγω προκάρδιου άλγους διάρκειας 20 λεπτών και παροδικών ανασπάσεων ST σε II,III,avF στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Κατά την έλευσή της στο νοσοκομείο μας η ασθενής ήταν ασυμπτωματική, ενώ από το ΗΚΓ αναδείχθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις. Από τον υπέρηχο καρδιάς δεν αναδείχθηκαν τμηματικές υποκινήσιες (κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 60%), ενώ ήταν εμφανής η παρουσία ευμεγέθους κινητού μορφώματος στον αριστερό κόλπο μεγίστων διαστάσεων 2,25 x 3,12 εκατοστά προερχόμενο από το μεσοκολπικό διάφραγμα (εικόνα συμβατή με μύζωμα). Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσιάστηκε αυξημένη κίνηση τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας από 427 pg/mL σε 3136 pg/mL. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ετέθη σε αντιθρομβωτική και αντισηθαστική αγωγή και διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για στεφανιογραφία και καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Αποτελέσματα. Από το στεφανιογραφικό έλεγχο δεν αναδείχθηκαν κριτικά σημαντικές αθηρωματικές βλάβες στα στεφανιαία αγγεία της ασθενούς. Η ασθενής υπεβλήθη σε



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

καρδιοχειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του μορφώματος χωρίς επιπλοκές. Από την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε εικόνα ευμεγέθους καρδιακού μυξώματος. Συμπεράσματα. Τα καρδιακά μυξώματα παρουσιάζουν διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις ανάλογα με τη θέση και το μέγεθός τους. Αποφρακτικά φαινόμενα εντός των καρδιακών κοιλοτήτων, συστηματικά συμπτώματα, εμβολικά φαινόμενα είναι συνήθεις επιπλοκές. Η εμβολή στεφανιαίων αρτηριών, ωστόσο, με συνοδό εκδήλωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, όπως στο παραπάνω περιστατικό είναι εξαιρετικά σπάνια. Συμπερασματικά, το καρδιακό μύξιωμα είναι ένας σπάνιος όγκος με πολλές διαφορετικές εκδηλώσεις, ο οποίος πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση ενός οξέος στεφανιαίου συνδρόμου για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του.

**AA119 | 'Όξυ διαιττραίνον έλκος: ένα σπάνιο αορτικό σύνδρομο**  
**E. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>,**  
**E. Τσίνα<sup>1</sup>, Α. Δεστούνης<sup>2</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάδς<sup>2</sup>, Ν. Λάμα<sup>3</sup>,**  
**E. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

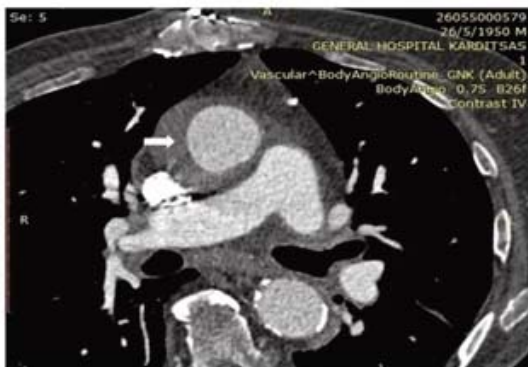
<sup>3</sup> Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Το διαιττραίνον έλκος της αορτής (PAU) αποτελεί στην ουσία εξέγκλωση αθηροσκληρωτικής πλάκας της αορτής που διεισδύει μεταξύ έσω και μέσου χιτώνα και σχετίζεται με σχηματισμό ενδοτοιχωματικού αιματώματος (5-25% των AAS). Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στην κατιούσα αορτή, λιγότερο στο αορτικό τόξο και την κοιλιακή αορτή και σπάνια στην ανιούσα αορτή. Αποτελεί περίπου το 2-7% όλων των οξέων αορτικών συνδρόμων (AAS) και προσβάλλει τυπικά ασθενείς μεγάλης ηλικίας (>70 ετών), οι οποίοι παρουσιάζουν συχνότερα εκτεταμένη και διάχυτη αθηροσκλήρωση. Υλικό/Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με PAU ανιούσας αορτής και συνοδό ενδοτοιχωματικό

αιμάτωμα. Αποτελέσματα: Πρόκειται για άντρα 72 ετών, πρώην καπνιστή, παναγγειοπαθή με στεφανιαία νόσο τριών αγγείων, ιστορικό πολλαπλών ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων, σακχαρώδη



**ΕΙΚΟΝΑ 1:** Στιγμιότυπο από διαθωρακικό υπερηχογράφημα (αριστερά), όπου απεικονίζεται διαιττραίνον έλκος θωρακικής αορτής. Με το βέλος (δεξιά) σημειώνεται το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα της ανιούσας θωρακικής αορτής μετά από χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ΕΙΚΟΝΑ 2: Στιγμιότυπο από αξονική τομογραφία θώρακος. Με το βέλος σημειώνεται ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα θωρακικής αορτής.

διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενος προκάρδιο άλγος συσφικτικού χαρακτήρα με επέκταση στον τράχηλο από 12ώρου, χωρίς ισχαιμικές ηλεκροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις ή δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης. Λόγω του ατομικού ιστορικού εισήχθη στην καρδιολογική κλινική για παρακολούθηση. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ανευρυσματική διάταση της ανιούσης αορτής που δεν προουπήρχε. Αποφασίσθηκε η διενέργεια αξονικής αορτογραφίας με σκιαγραφικό, η οποία ανέδειξε PAU στο εγγύς τμήμα της ανιούσης

αορτής και συνοδό ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα. Με τη διάγνωση του AAS έγινε επικοινωνία με καρδιοχειρουργικό τμήμα και ο ασθενής διακομίσθηκε για επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Συμπεράσματα: Τα AAS πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με θωρακικό άλγος και απαιτούν υψηλή κλινική υποψία, καθώς η άμεση αντιμετώπιση τους είναι κριτικής σημασίας. Η φυσική πορεία του PAU περιλαμβάνει τον σχηματισμό ενδοτοιχωματικού αιματώματος, τον διαχωρισμό, το ψευδοανεύρυσμα και τη διατοιχωματική ρήξη. Σε σύγκριση με τον αορτικό διαχωρισμό που ο κίνδυνος ρήξης δεν ξεπερνά το 7%, στο PAU είναι σημαντικά υψηλότερος (έως 40%). Σε ασθενείς με AAS, η επιβίωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το χρόνο θεραπευτικής παρέμβασης (η θνητότητα για διαχωρισμό τύπου A είναι 1-2% ανά ώρα κατά τις πρώτες 48 ώρες). Επομένως, θα πρέπει να γίνεται ταχεία και επιθετική φαρμακευτική αντιμετώπιση για έλεγχο πόνου, καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης, καθώς και έγκαιρη μεταφορά των ασθενών σε εξειδικευμένα καρδιοθωρακοχειρουργικά κέντρα. Στο κλινικό μας σενάριο, ο ασθενής δυστυχώς απεβίωσε προ της χειρουργικής αντιμετώπισης.

#### AA120 | Διαχωριστικό ανεύρυσμα ανιούσης αορτής σε 37χρονο με πιθανή υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM)

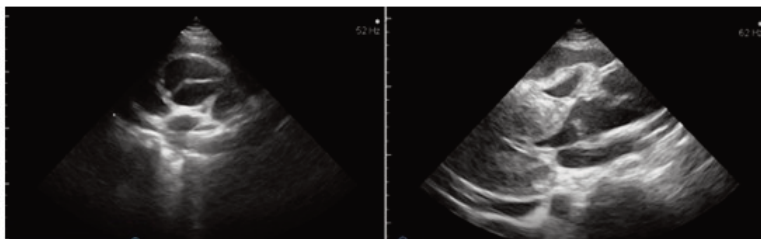
**Γ. Τυρίκος<sup>1</sup>, Β. Νεύρας<sup>1</sup>, Ν. Ζελεβάρης<sup>1</sup>, Ν. Μεντεσιδης<sup>1</sup>, Χ. Κατσιούλης<sup>1</sup>, Π. Καρακάσης<sup>1</sup>, Ε. Χατζηχρήστου<sup>2</sup>, Ι. Δαυίδης<sup>2</sup>, Χ. Ναλμπαντιδού<sup>2</sup>, Α. Δημακοπούλου<sup>3</sup>, Κ. Ρώσσιος<sup>1</sup>, Ε. Κοκκάλη<sup>1</sup>, Γ. Γκουντή<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

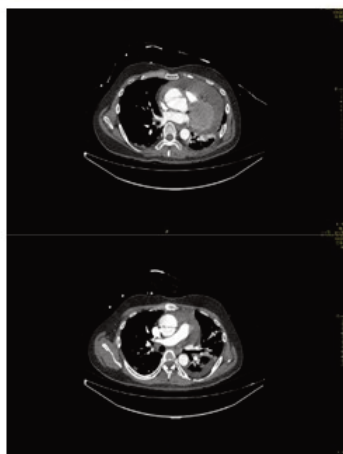
<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

**Εισαγωγή** Ασθενής, άρρεν, 37 ετών, διακομίσθηκε στο νοσοκομείο μας σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης. Το συγγενικό περιβάλλον ανέφερε ελεύ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

θερο ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σκορ κλίμακας Γλασκώβης (GCS) =10/15 και δεξιά ημιπληγία, οπότε

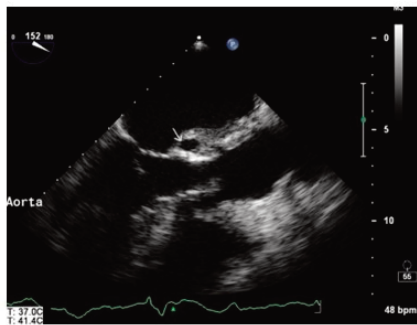
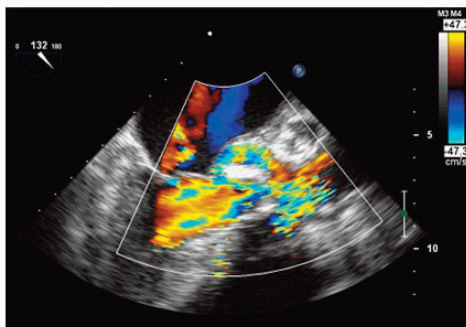


οδηγήθηκε άμεσα για αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς σκιαγραφικό, δίχως ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Παράλληλα, ο ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε ανάσπαση ST 1,5mm στις κατώτερες απαγωγές, οπότε ζητήθηκε καρδιολογική εκτίμηση. Διενεργήθηκε ηχωκαρδιογραφικός έλεγχος που κατέδειξε υπερσυσταλτικότητα αριστερής κοιλίας (AK) (Κλάσμα εξώθησης:>%), με εκσεσημασμένη συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων αυτής (30mm), εικόνα ιστίου εντός της ανιούσης θωρακικής αορτής και μεγάλη ποσότητα περικαρδιακού υγρού πέριξ του μυοκαρδίου (28mm), με εναλλάξ τάση σύμπτωσης των ελευθέρων τοιχωμάτων του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας και ασυμπίεστη κάτω κοίλη φλέβα (επιπωματισμός)(εικ. 1). Διενεργήθηκε αξονική αορτογραφία που απεικόνισε οξύ διαχωριστικό ανεύρυσμα τύπου Ι της θωρακικής αορτής, από τη ρίζα της έως την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας (εικ. 2). Ο

ασθενής παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης (GCS=4/15) και αιμοδυναμική κατάρρευση, οπότε διασωληνώθηκε και τέθηκε σε αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Διακομίστηκε στην εφημερεύουσα Θωρακοχειρουργική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση, ωστόσο κατέληξε κατά τη διάρκεια της περικαρδιοκέντησης. Συζήτηση Το διαχωριστικό ανεύρυσμα ανιούσης αορτής αποτελεί υπερεπείγουσα πάθηση με ρήξη του έσω χιτώνα της αορτής που οδηγεί σε σταδιακά αυξανόμενο αιμάτωμα στο χώρο ανάμεσα στον έσω-μέσο χιτώνα. Συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου είναι η προχωρημένη ηλικία και η ΑΥ. Πιθανές επιπλοκές είναι το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όταν ο διαχωρισμός επεκτείνεται έως τις καρωτιδικές αρτηρίες, καθώς και ο καρδιακός επιπωματισμός που τελικά εξελίσσεται σε καρδιογενές σοκ. Στο συγκεκριμένο περιστατικό ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε η υπερτροφία της AK που συνάδει με HCM. Η HCM αποτελεί την συνηθέστερη κληρονομική καρδιακή πάθηση και χαρακτηρίζεται από υπερτροφία της AK η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί σε συστημικό ή καρδιακό αίτιο. Δυστυχώς λόγω της βαρύτητας του περιστατικού, δεν κατέστη δυνατό να πραγματοποιηθούν οι ηχωκαρδιογραφικές μετρήσεις ή να διενεργηθεί μαγνητική τομογραφία καρδιάς, ώστε να τεθεί με βεβαιότητα η διάγνωση. Ελάχιστα περιστατικά αορτικού διαχωρισμού έχουν καταγραφεί σε ασθενείς με HCM. Συμπέρασμα Η συνύπαρξη της HCM και του αορτικού διαχωρισμού είναι πολύ σπάνια και η περαιτέρω συσχέτισή τους απαιτεί περαιτέρω μελέτες. Πολύτιμο εργαλείο για τη διάγνωση αποτελεί η ηχωκαρδιογραφική μελέτη.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024
**AA121 | Απόστημα και ψευδοανεύρυσμα αορτικής ρίζας σε προσθετική καρδιακή βαλβίδα: παρουσίαση κλινικού περιστατικού**
**Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>,  
Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Στ. Κουκιάς<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>,  
Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Το απόστημα της αορτικής ρίζας, συνοδευόμενο συχνά από ψευδοανεύρυσμα, συναντάται σε ποσοστό 10-37% των περιπτώσεων ενδοκαρδίτιδας. Συνηθέστερη είναι η εμφάνισή του μετά από χειρουργική παρέμβαση στη ρίζα της αορτής ή αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, ακόμη και πέντε έτη μετεγχειρητικά. Δυνητικές επιπλοκές μεταξύ άλλων αποτελούν διαταραχές στο σύστημα αγωγής, καταστροφή ή ακόμη και ρήξη της βαλβίδος. Υλικό και μέθοδος: Άρρεν ασθενής 68 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αισθήματος παλμών. Ατομικό αναμνηστικό με αρτηριακή υπέρταση, βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα (2019) και πρόσφατη αντιβιοτική αγωγή με αμοξυκιλλίνη, λόγω περιοδοντικού αποστήματος. Αιμοδυναμικά σταθερός και απύρετος, κατά την κλινική εκτίμηση, με ευρήματα ήπιας κεντρικής και περιφερικής συμφόρησης. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκε short RP ταχυκαρδία περί τις 110bpm. Χορήγηση αδενοσίνης με αποκάλυψη κολποκοιλιακού διαχωρισμού. Περιστασιακή εμφάνιση δεξιού σκελικού αποκλεισμού και προοπτική μείωση καρδιακής συχνότητας. Έναρξη υποκατάστασης ηλεκτρολυτικών διαταραχών, κι ενδοφλέβια χορήγηση ισοπροτερενόλης, λόγω αποτυχούσας απόπειρας τοποθέτησης προσωρινού τεχνητού βηματοδότη. Επιτυχής σταθεροποίηση καρδιακής συχνότητας περί τις 65-70bpm. Εργαστηριακός έλεγχος με αυξημένους δείκτες φλεγμονής, οξεία νεφρική βλάβη και ανοδικούς δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης. Αποτελέσματα: Κατά την παραμονή στην Καρδιολογική κλινική, ο ασθενής εμφάνισε εμπύρετο έως 38.8οC. Απομόνωση S. epidermidis από άκρο κεντρικού φλεβικού καθετήρα οδήγησε σε προσαρμογή της χορηγούμενης αντιβιοτικής αγωγής. Υπερηχογράφημα καρδιάς απεικόνισε διατηρημένη συστολική λειτουργικότητα, εκφύλιση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας, με ικανοποιητική διάνοιξη αλλά υψηλή συστολική κλίση πίεσης και μικρού βαθμού διαβαλβιδική ανεπάρκεια, με κεντρικό πίδακα. Σημειώθηκε επίσης πάχυνση και υποψία ύπαρξης παραβαλβιδικής κοιλότητας στο ύψος της ραφής μεταξύ αριστερής και μη στεφανιαίας πτυχής (4η και 5η ώρα κατά τον βραχύ άξονα). Διοισοφάγειο υπερηχογρά-



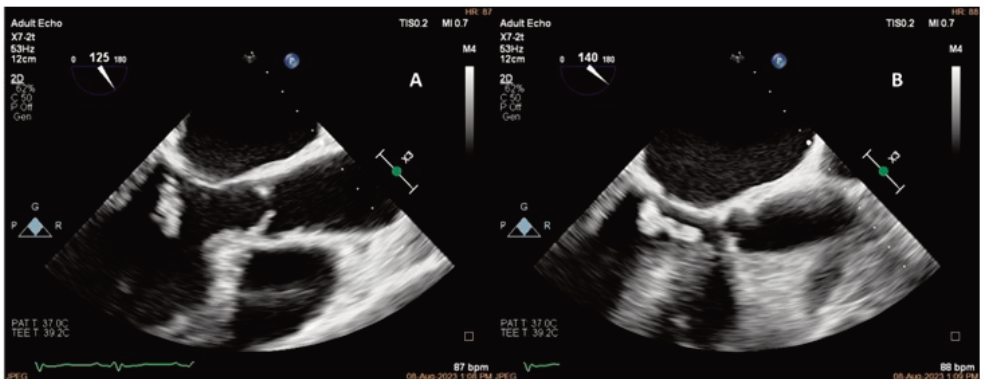
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

φημα αποκάλυψε, επιπλέον, περιβαλβιδικό ψευδοανευρύσμα σε επικοινωνία με την αριστερή κοιλία και υποψία φλεγμονώδους διεργασίας εκτεινόμενης κατά μήκος της ανιούσας αορτής με παρουσία πολλαπλών αποστημάτων και βατό ωοειδές τρήμα. Καρδιοχειρουργική παρέμβαση προγραμματίστηκε σε επείγουσα βάση. Μετέπειτα επιβάρυνση της κλινικής εικόνας του ασθενούς με οξύ πνευμονικό οίδημα οδήγησε σε επαναληπτικό διοισοφάγειο υπερηχογράφημα με αποκάλυψη αστάθειας της βαλβίδος και κίνδυνο αποκόλλησης. Υπερεπείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση με αφαίρεση και αντικατάσταση της βιοπροσθετικής βαλβίδος πραγματοποιήθηκε επιτυχώς, ωστόσο ο ασθενής απεβίωσε δύο ημέρες αργότερα. Συμπεράσματα: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μπορεί να εξαπλωθεί στον δακτύλιο και τις περιβάλλουσες δομές της βαλβίδος, προκαλώντας φλεγμονή άλλοτε άλλης βαρύτητας. Η άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση είναι καταλυτικές για την πρόληψη επιπλοκών και δυσμενών εκβάσεων.

**AA122 | Ασβεστωσικής αρχής μάζα: σπάνιο καρδιοεμβολικό αίτιο**  
**Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>,**  
**Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ασβεστωσικής αρχής καρδιακή μάζα (Calcified amorphous tumor, CAT) αποτελεί μια σπάνια μη νεοπλασματική μάζα, που χαρακτηρίζεται από οζίδια ασβεστίου σε ένα υπόστρωμα άμορφης εκφυλισμένης ινικής. Μπορεί να αποτελεί τυχαίο εύρημα ή να εμφανίζεται με εικόνα θρομβοεμβολής και συνθέστερα εγκεφαλικού εμφράκτου. Συναντάται σε ασθενείς με βαλβιδοπάθεια (31%), τελικού σταδίου νεφρική νόσο (20%), ασβέστωση μιτροειδικού δακτυλίου (Mitral annular calcification, MAC) (14%) και σακχαρώδη διαβήτη (14%). Η CAT που σχετίζεται με MAC είναι εξαιρετικά ευκίνητο μόρφωμα ταχέως αναπτυσσόμενο που εφάπτεται συνήθως στην κοιλιακή επιφάνεια της οπίσθιας μιτροειδικής γλωχίνας με ηχογένεια όμοια με MAC και έχει πολύ υψηλό εμβολικό κίνδυνο. Υλικό/ Μέθοδος: Παρουσιά-



**Εικόνα.** Διοισοφάγειος μελέτη: **A.** CAT σε έδαφος MAC **B.** Προτίπτουσα CAT στον ΧΕΑΚ κατά τη συστολή

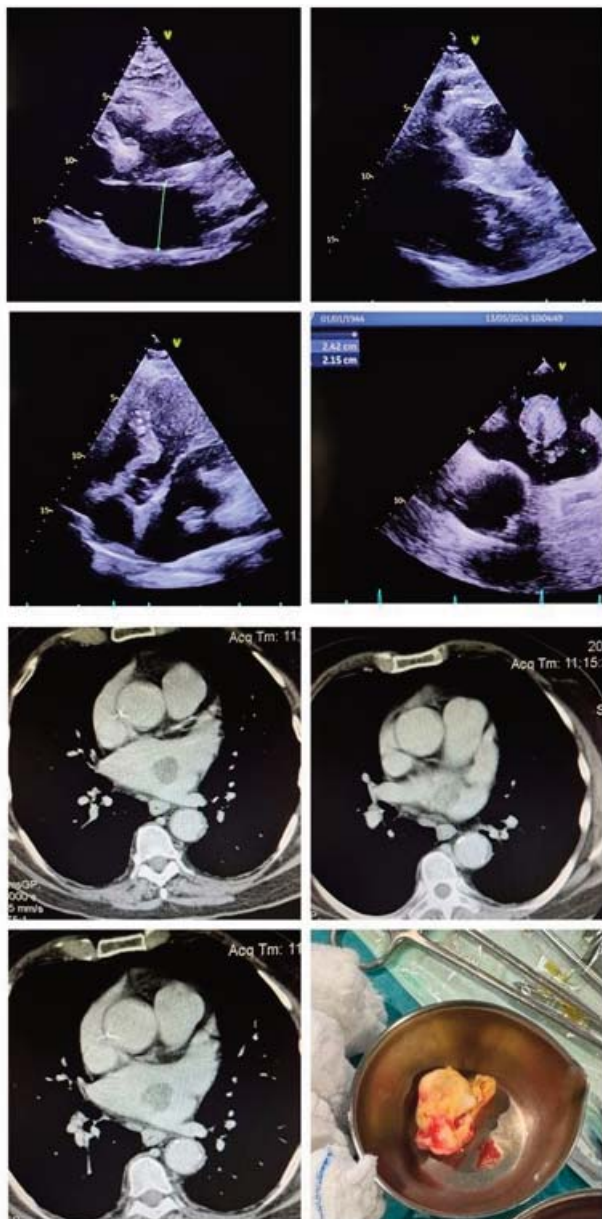
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ζεται περιστατικό της κλινικής μας με CAT σε έδαφος MAC. Αποτελέσματα: Το περιστατικό μας αφορά σε γυναίκα 60 ετών, παχύσαρκη με ατομικό ιστορικό αρτηριακής πίεσης και δυσλιπιδαιμίας, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, όπου διαπιστώθηκε έντονη ασβέστωση του οπίσθιου μιτροειδικού δακτυλίου (ΟΜΔ) με εκφυλιστικές αλλοιώσεις της μιτροειδούς βαλβίδας (ΜΒ) και του υποβαλβιδικού μηχανισμού, ενώ η ΜΒ εμφάνιζε εως μετρίου βαθμού μικτή νόσο. Εντύπωση προκάλεσε η παρουσία ηχογενούς κινητής μάζας, η οποία φαινόταν να συνεχεται ανατομικά με τον ασβεστωμένο ΟΜΔ και στη συστολή να προβάλλει στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (ΧΕΑΚ), χωρίς όμως να προκαλεί αποφρακτικά φαινόμενα. Ακολούθησε διοισοφάγειος υπερηχογραφία, η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη της ανωτέρω περιγραφείσας μάζας, η οποία είχε διάμετρο -1,5 cm. Με βάση την υπερηχογραφική εικόνα, πιθανότερη διάγνωση θεωρήθηκε η CAT σε έδαφος MAC. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολόσωμη αξονική τομογραφία όπου δεν ανευρέθηκαν εμβολικές εστίες, ενώ για τον αποκλεισμό πιθανής εκβλάστησης ακολούθησε PET scan, χωρίς ωστόσο την ανίχνευση φλεγμονώδους δραστηριότητας. Ο οφθαλμολογικός έλεγχος ήταν ενδεικτικός εμβολής σε περιφερικό τμήμα της αμφιβληστροειδικής αρτηρίας. Η ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή με σταδιακή βελτίωση της εικόνα της υπερηχοκαρδιογραφικής της εικόνας. Συμπεράσματα: Η κλινική διάγνωση της CAT είναι δύσκολη και οι απεικονιστικές τεχνικές πολλές φορές δεν καθιστούν εφικτή την διαφοροδιάγνωση της από άλλες καρδιακές μάζες, όπως το ασβεστωμένο μύξωμα αριστερού κόλπου, το ινοελάστωμα, τους ασβεστωμένους θρόμβους ή τις εκβλαστήσεις. Η χειρουργική εξαίρεση, αν και αποτελεί πρόκληση, θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης μέσω ιστολογικής εξέτασης και την αντιμετώπιση σε περίπτωση θρομβοεμβολικού συμβάματος.

AA123 | **Ένα σπάνιο αίτιο υποτροπιάζουσας κολπικής μαρμαρυγής**  
**Μ. Αμπελιώτης<sup>1</sup>, Δ. Αφενδούλης<sup>1</sup>, Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Ι. Σταυρινούδης<sup>1</sup>,**  
**Α. Παρασκευά<sup>1</sup>, Π. Βουτάς<sup>1</sup>, Ν. Παπαγιάννης<sup>1</sup>, Σ. Βουγαζιάνας<sup>1</sup>,**  
**Ν. Σμυρνούδης<sup>1</sup>, Α. Καρτάλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ “ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ” ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό με υποτροπιάζοντα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής οφειλόμενα σε ένα ταχέως εξελισσόμενο όγκο του ελεύθερου τοιχώματος του αριστερού κόλπου. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ασθενής ηλικίας 77 ετών, με ιστορικό υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου, προσήλθε στην καρδιολογική κλινική λόγω υποτροπιάζοντων επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής. Κατά το διαθωρακικό υπερηχογράφημα, παρατηρήθηκε η παρουσία μιας ενδοκαρδιακής μάζας σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου, η οποία δεν υπήρχε σε μελέτη 8 μήνες νωρίτερα. Ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, που ανέδειξε την παρουσία της μάζας μεγέθους 2,4x2,15 εκ. σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου και ωτίο ελεύθερο θρόμβου. Έγινε ηλεκτρική ανάταξη σε συνδυασμό με έγχυση αμιωδαρόνης, ωστόσο λόγω επανειλημμένων επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής, και ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία ελέγχου ρυθμού με β-αποκλειστή και αντιπηκτικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά

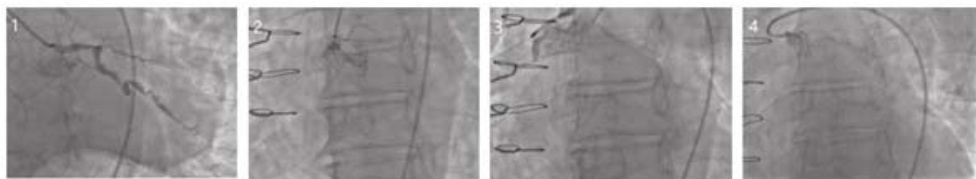
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ευρήματα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για αξονική τομογραφία θώρακος και άνω/κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό που επιβεβαίωσε την παρουσία της μάζας εντός του αριστερού κόλπου με παρουσία αποτιτανώσεων, χωρίς να απεικονιστεί κάποια σαφής πρωτοπαθής εστία από τα υπόλοιπα όργανα. Κατόπιν καρδιοχειρουργικής εκτίμησης, πραγματοποιήθηκε θωρακοσκοπική εκτομή το όγκου και τα αποτελέσματα της βιοψίας ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς αποτελούν μια εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα. Το μύξιωμα αποτελεί το πιο συχνό ενδοκαρδιακό νεόπλασμα, που κατά κανόνα είναι καλόηθες και συνήθως εμφανίζεται στον αριστερό κόλπο σε επαφή με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Οι συχνότεροι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι είναι τα σαρκώματα με συχνότερη εντόπιση στον δεξιό και εν συνεχεία στον αριστερό κόλπο.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA124 | STEMI με μηχανική επιπλοκή και καρδιογενή καταπληξία: Υβριδική στρατηγική αντιμετώπιση****Δ. Τζάλας<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Δ. Κυριακοπούλου<sup>1</sup>,  
Η. Ν. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Λ. Παππάς<sup>1</sup>,  
Δ. Σταλίκας<sup>1</sup>, Ι. Κοκοτσάκης<sup>2</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου με μηχανική επιπλοκή και καρδιογενή καταπληξία είναι δυσχερής και η θνητότητα παραμένει υψηλή. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού καρδιογενούς καταπληξίας σε έδαφος STEMI και ρήξης μιτροειδούς η διαχείριση του οποίου περιλαμβάνει υβριδική αντιμετώπιση της μηχανικής επιπλοκής και της ισχαιμίας από καρδιοχειρουργό και επεμβατικό καρδιολόγο αντίστοιχα, με ταυτόχρονη μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Πρόκειται για ασθενή 64 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου (CABG 2016<sup>1</sup>, LIMA->LAD, SVGs ->RCA, OM) ο οποίος διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας από περιφερειακό νοσοκομείο με τη διάγνωση κατωτέρου STEMI καθυστερημένης προσέλευσης. Κατά την εξέταση, ο ασθενής ήταν ταχύκαρδος, με ΑΠ=120/60 και σημεία αρχόμενης κάμψης (υγροί ρόγχοι βάσεων), ενώ ανευρέθη και ολοσυστολικό φύσημα μιτροειδούς. Το ΗΚΓ ανέδειξε ανάρπαση του ST με Q στις κατώτερες απαγωγές, ενώ το υπερηχογράφημα ανέδειξε υποκινησία κατωτέρου - οπισθίου τοιχώματος με ΚΕ-45%, σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς με πιθανή ρήξη θηλοειδούς μύος. Ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφία όπου αναδείχθηκαν χρόνιες ολικές εμφράξεις LAD, RCA, σοβαρές βλάβες εγγύς LCx, μη λειτουργικά SVGs ->RCA, OM και βαθιά LIMA->LAD με παλίνδρομη σκιαγράφιση RCA (RentropI) (εικόνα 1) Λόγω αιμοδυναμικής κατάρριψης, ετέθη ενδοαορτική αντλία (IABP) και ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου αναδείχθηκε ρήξη του οπίσθιου θηλοειδούς μύος και διενεργήθηκε αντικατάσταση μιτροειδούς. Η χειρουργική επαναιμάτωση ήταν αδύνατη. Λόγω



1. Σοβαρή βλάβη άπω στελέχους. Χρόνια ολική έμφραξη LAD. Σοβαρή βλάβη σε εγγύς LCx καθώς και περιφερικότερα προ της εκφύσεως επιχειλίων κλάδων, ένας εκ των οποίων είναι πλήρως αποφραγμένος.
2. Στομακή ολική έμφραξη της RCA.
3. Μη λειτουργικό φλεβικό μόσχευμα σε RCA.
4. Μη λειτουργικό φλεβικό μόσχευμα σε OM.
5. Βαθιά LIMA σε LAD με αμυδρή παλίνδρομη σκιαγράφιση της RCA. (Rentrop I)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Αγγειογραφική εικόνα της LCx προ (1) και μετά (2) την εμφύτευση 2 DES. Στην πάνω εικόνα αναδεικνύεται η περιπλοκότητα των μηχανημάτων και η αναγκαία πολυάριθμη παρουσία ατόμων (νοσηλεύτες, ιατροί, εξωσωματιστής, τραυματιοφορείς) για την ασφαλή μεταφορά του ασθενούς.

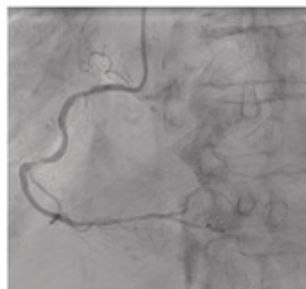
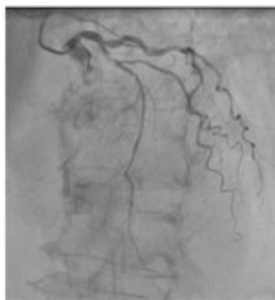
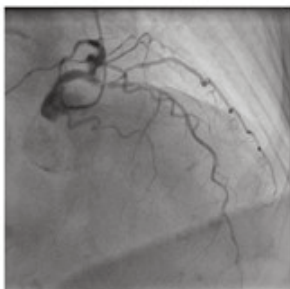
αδυναμίας απογαλακτισμού από την εξωσωματική κυκλοφορία, αποφασίσθηκε η χρήση VA-ECMO. Την 1η μετεγχειρητική ημέρα, λόγω εμμένοντος shock (ΚΕ<0%) παρά την υποστήριξη από VA-ECMO, την IABP και της χορήγησης αγγειοσυσπαστικών, αποφασίσθηκε η επαναγείωση της LCx η οποία και επετεύχθη με εμφύτευση 2 DES, με τον ασθενή σε μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας. (εικόνα 2) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Τη 2η μετεγχειρητική ημέρα, ο ασθενής σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά και απογαλακτίστηκε από τη μηχανική υποστήριξη και τα αγγειοσυσπαστικά. Αποσωληνώθηκε την 5η μετεγχειρητική ημέρα και έλαβε εξιτήριο μετά την ολοκλήρωση της αποθεραπείας. Παραμένει ασυμπτωματικός, με κλάσμα εξώθησης ~45% ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η αντιμετώπιση των ασθενών με OEM, μηχανική επιπλοκή και καρδιογενή καταπληξία παρουσιάζει πολλαπλές δυσκολίες. Η συνεργασία καρδιοχειρουργών και καρδιολόγων, σε συνδυασμό με τη χρήση συσκευών υποστήριξης της κυκλοφορίας, μπορεί να οδηγήσει όπως αποδείχθηκε σε θετική έκβαση. Αντικείμενο συζήτησης σαφώς αποτελεί η δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων αντιμετώπισης καρδιογενούς σοκ.

#### AA125 | Σύμπλοκη στεφανιαία νόσος και TAVI

**Δ. Τζαλας<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφυλλου<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Θ. Μαραγκουλια<sup>1</sup>,  
Δ. Χαρίτος<sup>1</sup>, Η. Ν. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Θεοτοκάς<sup>1</sup>, Λ. Παππάς<sup>1</sup>,  
Δ. Σταλίκας<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

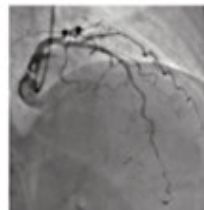
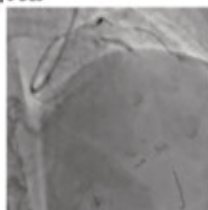
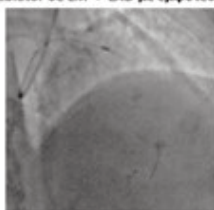
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ** Σε περιπτώσεις σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας με συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο χωρίς δυνατότητα χειρουργικής παρέμβασης, η απόφαση σχετικά με την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την TAVI πολλές φορές είναι δύσκολη. Παρά το γεγονός ότι η τάση είναι να διενεργείται αγγειοπλα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

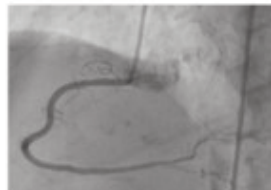
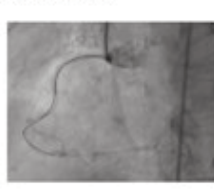
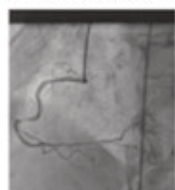
### Αγγειογραφικές εικόνες των σοβαρών βλαβών σε LM -> LAD & RCA. |

στική μετά την αντικατάσταση της βαλβίδας, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών στους οποίους η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου πριν την TAVI πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν, όπως οι ασθενείς που προσέρχονται με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και κριτικές βλάβες. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας με σοβαρή στεφανιαία νόσο και NSTEMI και η συζήτηση της στρατηγικής αντιμετώπισης. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Πρόκειται για ασθενή 87 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και αρτηριακής υπέρτασης η οποία εισήχθη στην καρδιολογική κλινική λόγω NSTEMI με συνοδό οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε σοβαρή συστολική δυσλειτουργία με EF-35%, τμηματικές υποκινησίες σε κατανομή LAD, σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (AVA 0.9 cm<sup>2</sup>) και σοβαρή πνευμονική υπέρταση (RVSP-70mmHg. Από τον αγγειογραφικό έλεγχο αναδείχθηκαν σοβαρές βλάβες σε άπω στέλεχος - εγγύς LAD και σοβαρές διαδοχικές βλάβες σε RCA. Κατόπιν συζήτησης σε Heart Team, λόγω υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου, η καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση απορρί-

#### 1) Αγγειοπλαστική με χρήση Rotablator σε LM -> LAD με εμφύτευση 3 DES



#### 2) Αγγειοπλαστική σε RCA με εμφύτευση 4 DES



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

φθηκε. Καθώς η ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο με εικόνα NSTEMI και παρουσίαζε εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας, αποφασίσθηκε η άμεση διενέργεια αγγειοπλαστικής προ της TAVI. Σε πρώτη φάση, με τη χρήση rotablator διενεργήθηκε αγγειοπλαστική στις σοβαρές βλάβες LM προς LAD και η ασθενής παρουσίασε θεαματική βελτίωση της κλινικής της εικόνας και εξήλθε του νοσοκομείου εν αναμονή για TAVI. Ωστόσο, λόγω εκ νέου επιδείνωσης με στηθάγχη προσπάθειάς, διενεργήθηκε και η αγγειοπλαστική στις σοβαρές βλάβες της RCA. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Το αγγειογραφικό αποτέλεσμα των δύο αυτών επεμβάσεων ήταν άριστο (εικόνα 2). Η ασθενής βελτιώθηκε, ενώ σε δεύτερο χρόνο υπεβλήθη και σε TAVI χωρίς επιπλοκές. Παραμένει πλέον ασυμπτωματική. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η απόφαση για τη χρονική στιγμή της αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με συνυπάρχουσα σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας πρέπει να εξατομικεύεται. Σε ασθενείς που προσέρχονται με εικόνα σοβαρής ισχαιμίας σε έδαφος σύμπλοκων βλαβών, ειδικά όταν πρόκειται για εγγύς βλάβες, η πρώιμη αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου μπορεί να επιτευχθεί με ασφάλεια με τη χρήση όλων των σύγχρονων διαθέσιμων μέσων και σωστό προεπεμβατικό σχεδιασμό.

#### AA126 | **Ενδιαφέρουσα περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας σε θήλυ βρέφος 4 μηνών**

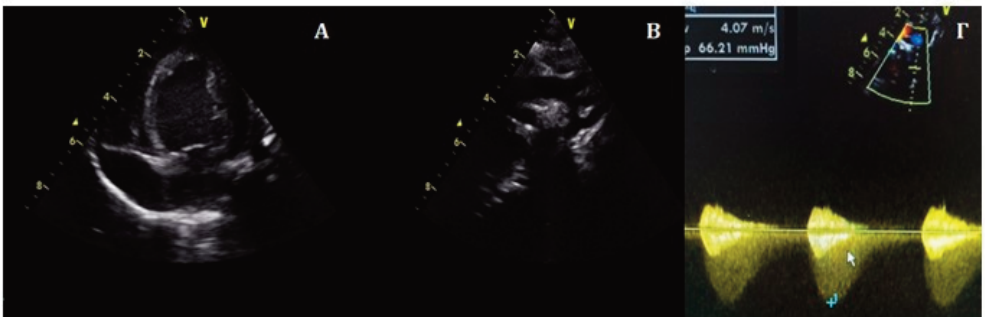
**Ε. Γρηγοράκη<sup>1</sup>, Γ. Σέρβος<sup>1</sup>, Μ. Χαρακίδα<sup>2</sup>, Δ. Καραβίτη<sup>2</sup>, Θ. Τσικρίκας<sup>3</sup>, Α. Πατούρα<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) στη βρεφική και παιδική ηλικία συχνά καθυστερεί καθώς τα αρχικά συμπτώματα ομοιάζουν με κοινές παιδιατρικές ασθένειες όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ή παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Υλικό και μέθοδος Παρουσιάζεται περίπτωση θήλεος βρέφους 4 μηνών το οποίο διερευνήθηκε λόγω ταχύπνοιας από τη γέννηση και παραπέμφθηκε στο Νοσοκομείο



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

μας ως πιθανή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια ή μυοκαρδίτιδα. Αποτελέσματα Κατά την κλινική αξιολόγηση του βρέφους παρατηρήθηκε ταχύπνοια, μειωμένο σωματικό βάρος και συστολικό φύσημα 2/6 αριστερά παραστερνικά. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα κατεγράφη φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Στην προσκομισθείσα ηχωκαρδιογραφική εξέταση σημειώθηκε φυσιολογική θέση και βασική ανατομία καρδιάς και μεγάλων αγγείων, διάταση της αριστερής κοιλίας με φυσιολογικό πάχος τοιχωμάτων και σαφώς επηρεασμένη συνολική συσταλτικότητα (εκτιμώμενο κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕ) 20-25%), ακέραιο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, τρίπτυχη αορτική βαλβίδα με διατηρημένη συστολική διάνοιξη, απουσία απόφραξης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας, απουσία ροής στον αρτηριακό πόρο, αριστερό αορτικό τόξο με δυσχερή απεικόνιση της κατιούσης αορτής και φυσιολογική έκφυση στεφανιαίων αγγείων. Η ασθενής εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών όπου κατά την επαναξιολόγηση καταγράφηκε αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) δεξιού άνω άκρου (Συστολική ΑΠ 160mmHg) και σημαντική διαφορά συγκριτικά με τα κάτω άκρα (Συστολική ΑΠ 90mmHg). Οι μηριαίες αρτηρίες ήταν ασθενώς ψηλαφητές. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας ήταν εντός φυσιολογικών ορίων ενώ το κολπικό νατριουρητικό πεπτιδίο ήταν ιδιαίτερα αυξημένο. Επαναλήφθηκε παιδοκαρδιολογική εκτίμηση προς αποκλεισμό στένωσης ισθμού αορτής (CoA). Επιβεβαιώθηκε η δυσχερής απεικόνιση της κατιούσης θωρακικής αορτής με τυπικό σήμα Doppler στο σημείο του ισθμού (Vmax ισθμού 4m/s, maxPG 66.2mmHg, παρουσία διαστολικού στοιχείου), ενδεικτικό ισθμικής στένωσης. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας μιλρινόνης και το βρέφος παραπέμφθηκε σε παιδοκαρδιοχειρουργικό κέντρο για περαιτέρω διαχείριση όπου αντιμετώπιστηκε χειρουργικώς επιτυχώς. Συμπεράσματα Κατά την βρεφική ηλικία η πιο κοινή αιτία ΚΑ είναι οι συγγενείς καρδιοπάθειες, συμπεριλαμβάνοντας αριστεροδεξιές επικοινωνίες, βαλβιδικές παθήσεις, CoA και σύμπλοκες καρδιοπάθειες. Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων θα πρέπει επίσης να αποκλειστούν. Οι επίκτητες καρδιοπάθειες και οι μυοκαρδιοπάθειες όπως η μυοκαρδίτιδα και η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια αποτελούν πιθανότερες διαγνώσεις μετά το πρώτο έτος ζωής. Η μέτρηση της ΑΠ και η ψηλάφηση των μηριαίων αρτηριών οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της παιδιατρικής εξέτασης κατά τη διερεύνηση των αιτιών ΚΑ στον παραπάνω πληθυσμό.

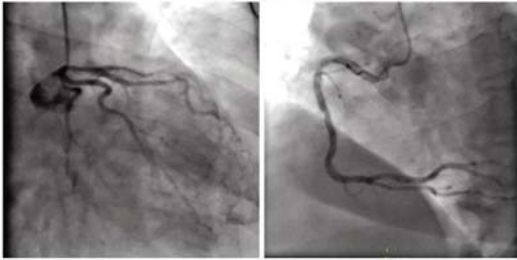
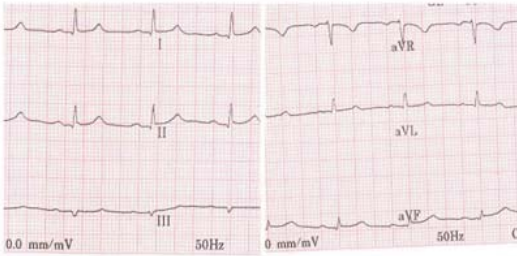
**AA127 | Μια ασυνήθης αιτία ανάσπασης του διαστήματος ST**  
**E. Τάτσης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>2</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>, Α. Βάρσος<sup>1</sup>,  
Α. Παπάς<sup>1</sup>, Β. Νταρούις<sup>3</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

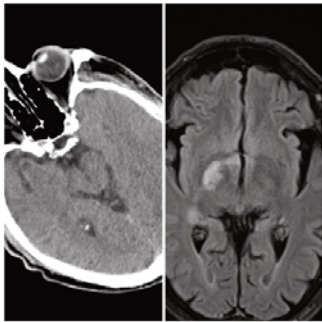
<sup>2</sup> Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η αξιολόγηση ενός ασθενούς με συγκοπτικό επεισόδιο περιλαμβάνει αρχικά την προσεκτική λήψη ιστορικού, την ολοκληρωμένη φυσική εξέταση καθώς και τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος επιφανείας 12 απαγωγών. Σκοπός της παρουσίασης του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να αναδείξει τον καιρίο ρόλο που μπορεί να διαδραματίζουν η διενέργεια στεφανιογραφικού ελέγχου και απεικονιστικών εξετάσεων σε ασθενείς

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

που παρουσιάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με ανάσπαση του διαστήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Υλικό/Μέθοδος: Άνδρας 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και δυσλιπιδαιμίας προσήλθε στο ΤΕΠ, λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης φέροντας συνοδό κάκωση κεφαλής, χωρίς πρόδρομα συμπτώματα. Κατά την παρουσία του στο ΤΕΠ ήταν αιμοδυναμικά σταθερός. (ΑΠ: 135/75 mmHg, 70 σφύξεις/λεπτό, SpO<sub>2</sub>: 96%, χωρίς ορθοστατική υπόταση, ενώ ανέφερε ήπια υπαισθησία του αριστερού άνω άκρο. Αποτελέσματα: Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις με ανάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές II, III, AvF και εστάλη πλήρης εργα-

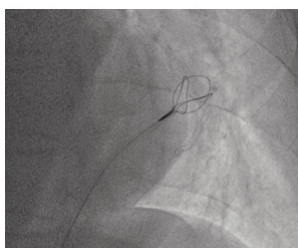


στηριακός έλεγχος με τις τιμές των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης να είναι παθολογικές. Έγινε στεφανιογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις, ενώ το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε καλή συνολική συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε υπέρπυκνη απεικόνιση του M1 κλάδου της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Ετέθη holter ρυθμού 24ώρου (χωρίς καταγραφή αρρυθμιών), υπέρηχος καρωτιδίων (χωρίς παθολογικά ευρήματα) και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εμφάνισε επεισόδιο ημιπληγίας στο αριστερό άνω και κάτω άκρο με τις ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις να παραμένουν. Διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκε-

φάλου η οποία ανέδειξε πρόσφατη ισχαιμική αλλοίωση θέτοντας την διάγνωση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο και μεταφέρθηκε ειδικό κέντρο αποκατάστασης. Συμπεράσματα: Υπάρχουν αρκετές καταστάσεις (εκτός καρδιαγγειακών νοσημάτων) όπως για παράδειγμα η πνευμονική εμβολή, η υπαραχνοειδής αιμορραγία, η οξεία παγκρεατίτιδα, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η ρήξη οισοφάγου που μπορούν να μιμηθούν ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος, ενώ σπάνια ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνδέεται με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις ανάσπασης του διαστήματος ST. Στην επιβεβαίωση ή όχι της διάγνωσης καίριο ρόλο διαδραματίζει ο στεφανιογραφικός έλεγχος. Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση δεν ταιριάζει με τα ηλεκτροκαρδιογραφικά και κλινικά κριτήρια.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA128 | ΟΞΕΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ (STENT) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΔΕΞΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ (RCA)****Π. Βαρελάς<sup>1</sup>, Κ. Μανουσόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Φιλίππου<sup>1</sup>, Δ. Καρελάς<sup>1</sup>, Π. Σιλιόγκας<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η μετανάστευση της μεταλλικής ενδοστεφανιαίας πρόθεσης (stent) αποτελεί μια πολύ σπάνια επιπλοκή της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) και είναι δυνητικά θανάσιμη λόγω στεφανιαίας ή συστηματικής εμβολής. Η επίπτωση κυμαίνεται μεταξύ 0,32% - 8,3%. Υλικά και μέθοδος: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό προγραμματισμένης διενέργειας PCI σε ασθενή με χρόνια ολική απόφραξη στο αιμοδυναμικό μας εργαστήριο. Από το ατομικό αναμνηστικό παρουσιάζει στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης. Η αρτηριακή πρόσβαση διενεργήθηκε μέσω της δεξιάς και της αριστερής κερκιδικής αρτηρίας. Μετά από την διάνοιξη της χρόνιας ολικής απόφραξης ορθόδρομα με την έκπτυξη μπαλονιών, και κατά την τοποθέτηση stent, παρατηρήθηκε αποκόλληση του stent από το μπαλόνι του, εντός του σύρματος αγγειοπλαστικής. Ακολούθως έγινε προσπάθεια απόσυρσης του stent εντός του οδηγού καθετήρα με τη χρήση μπαλονιών μικρής διαμέτρου (1mm και 1,5mm) χωρίς όμως επιτυχία. Στη συνέχεια με χρήση μπαλονιού 2mm έγινε νέα προσπάθεια απόσυρσης του stent, το οποίο ήταν μερικώς εκπτυγμένο, με αποτέλεσμα την παραμόρφωση του stent εγγύς και τη μη είσοδό του εντός του οδηγού καθετήρα. Η χρήση δύο συρμάτων αγγειοπλαστικής με σκοπό τη παγίδευση του stent ήταν επίσης ανεπιτυχής. Η επόμενη αγγειογραφική καταγραφή ανέδειξε απουσία του stent εντός της RCA και μετακίνησή του στην κατιούσα αορτή. Παρακεντήθηκε η αριστερή μηριαία αρτηρία, και με τη χρήση ειδικού καθετήρα-παγίδας (snare), έγινε δέσμευση του μετατοπισμένου stent και κατά την απόσυρση, το stent καθλώθηκε στην υποδόρια περιοχή. Ακολούθησε επιτυχής αγγειοχειρουργική εξαίρεση του stent. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός με τεγγχειρητικά και μεταγγίστηκε με δύο μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών και έλαβε αντιβιοτική αγωγή. Σε δεύτερο χρόνο έγινε νέος προγραμματισμός της επέμβασης διάνοιξης της χρόνιας ολικής απόφραξης στην RCA, η οποία και ήταν επιτυχής. Αποτελέσματα: Ο ασθενής επανεξετάστηκε στο ιατρείο και ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, με υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς αλλαγές, και με ανεπίπλεκτο τραύμα στην αριστερή μηροβουβωνική χώρα. Συμπεράσματα: Η μετανάστευση του stent είναι μια σπάνια επιπλοκή και παρατηρείται κυρίως σε βλάβες με γνώνιση και αγγεία με ασβέστωση. Έχει περιγραφεί επίσης κατά τη χορήγηση ενδοστεφανιαίων αγγειοδιασταλτικών. Αποτελεί δυνητικά θανάσιμη επιπλοκή λόγω του κινδύνου εμβολής, χρειάζεται ειτοιμότητα για άμεση παρέμβαση, και πιθανή χρήση του ειδικού καθετήρα snare.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

AA129 | **Κακοήθειες του θύμου με περικαρδιακή και αμφοτερόπλευρη πλευριτική συλλογή ως πρώτη εκδήλωση: παρουσίαση περιστατικού**  
**Χ. Ζούμπα<sup>1</sup>, Χ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Αλμπαραζί<sup>1</sup>, Β. Βασιλακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Οι κακοήθειες του θύμου, που περιλαμβάνουν τον καρκίνο του θύμου και το διηθητικό θύμωμα, είναι σπάνιοι όγκοι που εκδηλώνονται με μη ειδικά συμπτώματα ή αποτελούν τυχαία απεικονιστικά ευρήματα σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, δυσχεραίνοντας την πρώιμη διάγνωση. Η περικαρδιακή συλλογή είναι ασυνήθιστη πρώτη εκδήλωση τους που εμφανίζεται σε περίπου 20% των ασθενών. Σκοπός: Η παρουσία ενός ιδιαίτερου περιστατικού εξεργασίας του θύμου με πρώτη εκδήλωση μεγάλη αιμορραγική περικαρδιακή και αμφοτερόπλευρη πλευριτική συλλογή, η παράθεση των απεικονιστικών ευρημάτων, της πορεία της νόσου, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της πρόγνωσης. Υλικά - Μέθοδος: Άνδρας 69 ετών, παχύσαρκος, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενης αδυναμίας, σταδιακά επιδεινούμενης δύσπνοιας και κόπωσης κατά την βάδιση από μηνός και επιγαστραλγίας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει αρτηριακή υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή. Από την κλινική εξέταση παρατηρείται υποξυγοναιμία SpO<sub>2</sub>= 92% και σιγή αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις βάσεις άμφω. Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται τα ευρήματα από τον ακτινολογικό έλεγχο, τον υπέρηχο καρδιάς (σημαντική ποσότητα περικαρδιακού υγρού κυκλοτερώς 2,7cm συμμετρικά, με επηρεασμένη διαστολική λειτουργία E/E' =12, IVC= 26mm, <0% διακύμανση) και της αξονικής τομογραφίας θώρακος (εξεργασία του θύμου 7,7 X 4,4cm με λοβωτό περίγραμμα και ανομοιογενή πρόσληψη σκιαγραφικού, σε επαφή με το περικάρδιο και το αορτικό τόξο). Επιπλέον, παρατίθεται συνοπτικά η θεραπευτική αντιμετώπιση και πορεία της νόσου, με παράλληλη αναφορά στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Συμπεράσματα: Οι κακοήθειες του θύμου με εκτεταμένη περικαρδιακή και πλευριτική συλλογή είναι εξαιρετικά σπάνιες, με λίγα καταγεγραμμένα περιστατικά στη βιβλιογραφία και με ανεπαρκή δεδομένα σχετικά με την προτιμώμενη θεραπευτική προσέγγιση. Περαιτέρω πληροφορίες από παρόμοιες αναφορές περιπτώσεων θα συμβάλουν στα δεδομένα σχετικά με την κλινική συμπεριφορά αυτών των όγκων.

AA130 | **Κοιλιακή αρρυθμιογένεση προκαλούμενη από χορήγηση προγεστερόνης**  
**Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>,  
Ε. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Σ. Κουκιάς<sup>1</sup>, Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>,  
Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>,  
Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ζ. Καλλινίκου<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η προγεστερόνη είναι ενδογενής στεροειδής ορμόνη που παράγεται από τις ωοθήκες κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και την κύηση. Ευοδώνει την προσκόλληση κι ανάπτυξη του εμβρύου στο ενδομήτριο και η εξωγενής χορήγηση αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας τόσο της φυσικής όσο και της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ωστόσο, η ύπαρξη αυξημένων συγκεντρώσεων προκαλούν αύξηση των καρδιακών παλμών καθώς και του όγκου



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

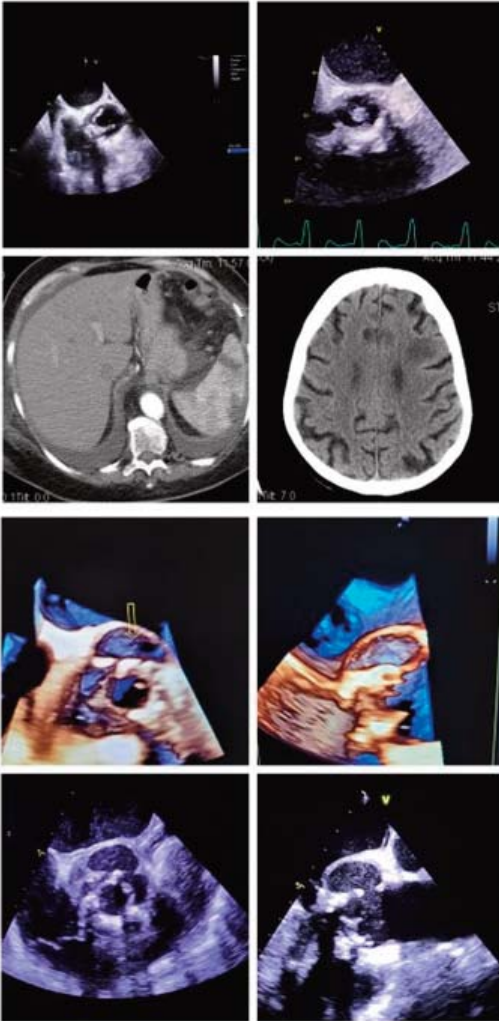
παλμού. Πολλά ερωτήματα προκύπτουν σχετικά με τη συσχέτιση της ορμόνης με την πρόκληση ανεπιθύμητης αρρυθμιογένεσης, ιδίως κοιλιακής. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 39 ετών, στην όγδοη εβδομάδα κύησης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών από ημερών. Στο ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς σημειώθηκε πιθανό αντιφωσολιπιδικό σύνδρομο υπό διερεύνηση. Η ασθενής ελάμβανε, έπειτα από σύσταση των ειδικών, οιστραδιόλη και αυξημένες ποσοτήτες προγεστερόνης, από του στόματος κι ενδοκοιλικά. Αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη κατά την προσέλευση, με άρρυθμους καρδιακούς τόνους κατά την κλινική εξέταση. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνονται πολλές κοιλιακές έκτακτες συστολές, μονόμορφες, μεμονωμένες και σε μορφή διδυμίας. Οπότε η ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική κλινική για παρακολούθηση και διερεύνηση. Αποτελέσματα: Στα πλαίσια διερεύνησης διενεργήθηκε συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση 24ώρου με Holter ρυθμού, από το οποίο διαπιστώθηκαν 24.448 κοιλιακές συστολές εντός 24 ωρών, μίας μορφολογίας, κυρίως σε επεισόδια διδυμίας και τριδυμίας. Υπερηχοκαρδιογράφημα με καλή συστολική λειτουργικότητα, αμφικολπική διάταση, μικρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς, μικρού προς μετρίου βαθμού ανεπάρκεια τριγλώχινος, ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος και μικρού βαθμού πνευμονική υπέρταση. Διενεργήθη ακόμη δοκιμασία κοπώσεως με τροποποιημένο πρωτόκολλο, όπου σημειώθηκε ήπια υποχώρηση εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας κατά το 2ο στάδιο δοκιμασίας και δε σημειώθηκαν ευρήματα ισχαιμίας μυοκαρδίου μέχρι το επιτευχθέν έργο. Σε συνεργασία με τον θεράποντα Γυναικόλογο της ασθενούς έγινε προσπάθεια σταδιακής μείωσης των προσλαμβανόμενων δόσεων προγεστερόνης. Πράγματι ο αριθμός των κοιλιακών εκτάκτων συστολών μειώθηκε ορατά (10.500/24ωρο) και η ασθενής ανέφερε βελτίωση της κλινικής της εικόνας, χωρίς κλινικό σύμπτωμα. Συμπεράσματα: Η αναγνώριση και θεραπεία της κοιλιακής αρρυθμιογένεσης αποτελεί πρόκληση, ιδιαίτερα σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, με πρόσληψη φαρμακευτικής αγωγής που μπορεί να ενοχοποιηθεί για τη γένεση ή την επίταση αυτής. Απαιτείται συχνά η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων για το σχεδιασμό της ασφαλέστερης και αποτελεσματικότερης στρατηγικής αντιμετώπισης.

**AA131 | Αυτόματη παροχέτευση παραβαλβιδικού αποστήματος στα πλαίσια λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας**

**Δ. Αφενδούλης<sup>1</sup>, Μ. Αμπελιώτης<sup>1</sup>, Σ. Βουγαζιάνος<sup>1</sup>, Π. Βουτας<sup>1</sup>,  
Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Ι. Σταυρινούδης<sup>1</sup>, Α. Παρασκευά<sup>1</sup>, Ν. Παπαγιάννης<sup>1</sup>,  
Ν. Σμυρνιούδης<sup>1</sup>, Α. Καρτάλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ “ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ” ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ενδοκαρδίτιδας προσθετικής αορτικής βαλβίδας, με παρουσία παραβαλβιδικού αποστήματος, και ρήξη-αυτόματη παροχέτευση αυτού στα πλαίσια της προσεκτικής παρακολούθησης και αναμονής. Παρουσίαση περιστατικού: Μια 72χρονη ασθενής με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη υποβλήθηκε σε αντικατάσταση μιας βαριά ασβεστοποιημένης δίπτυχης αορτικής βαλβίδας με βιοπροσθετική βαλβίδα. Η ασθενής δυο μήνες μετά την επέμβαση παρουσίαζε δεκατική πυρετική κίνηση με αρνητικό τον βασικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Λόγω της πρόσφατης αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας λήφθηκαν

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

σε αιμοκαλλιέργειών που ανέδειξαν βακτηριαμία με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακική και διοισοφαγική υπερηχογραφική μελέτη της καρδιάς και απεικονίστηκαν εκπλαστήσεις στην αορτική βαλβίδα με ήπια ανεπάρκεια και χωρίς στενωτική συμπεριφορά της βαλβίδας. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, άνω κάτω κοιλίας και εγκεφάλου, η οποία απεικόνιζε εγκεφαλικά, σπηττικά και ηπατικά σπηττικά έμβολα και έτσι επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Έγινε έναρξη αγωγής με φλουκλοσακιλλίνη/γενταμικίνη/ριφαμπικίνη, υπο λοιμωξιολογική παρακολούθηση. Στη δεύτερη εβδομάδα αγωγής, η ασθενής παρουσίασε διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής και υπεβλήθη σε νέα διοισοφαγική μελέτη που ανέδειξε απόστημα στην περιοχή της μη στεφανιαίας πτυχής της αορτικής βαλβίδας. Η ασθενής ολοκλήρωσε 6 εβδομάδες φαρμακευτικής αγωγής με κλινική βελτίωση, υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής. Ένα νέο διοισοφάγιο υπερηχογράφημα απεικόνισε εξάλειψη των εκπλαστήσεων, και το παραβαλβιδικό απόστημα απεικονίστηκε με παχιά τοιχώματα. Πραγματοποιήθηκε PET-CT με απεικόνιση της φλεγμονής παραβαλβιδικά, και λόγω της εντόπισης του αποστήματος, η ασθενής έπρεπε να υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση Bentall με βαλβιδοφόρο μόσχευμα. Λόγω του υψηλού καρδιοχειρουργικού κινδύνου (Euroscore-11%) στα πλαίσια της ομάδας καρδιάς αποφασίσθηκε προσέγγιση παρακολούθησης, με μετάθεση της επέμβασης σε δεύτερο χρόνο. Η ασθενής συνέχισε αντιβιοτική αγωγή από του στόματος, και κατά το follow-up 3 εβδομάδες

αργότερα παρατηρήθηκε αυτόματη ρήξη και παροχέτευση του αποστήματος με καλή κλινική κατάσταση της ασθενούς. Η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική οκτώ μήνες μετά σε πολύ καλή κλινική κατάσταση. Η τοπικά μη ελεγχόμενη φλεγμονή με σχηματισμό παραβαλβιδικού αποστήματος στα πλαίσια λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας αποτελεί ένδειξη για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Ωστόσο, σε επιλεγμένα περιστατικά υψηλού χειρουργικού κινδύνου χωρίς αιμοδυναμική επιβάρυνση, η προσέγγιση προσεκτικής παρακολούθησης αναμονής σε συνδυασμό με συνέχιση της αντιβιοτικής αγωγής μπορεί να αποτελεί μια λύση ανάγκης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA132 | Σπασμός στεφανιαίων αγγείων. Σπάνια εκδήλωση ενός σπάνιου νοσήματος****Β. Καλογερά<sup>1</sup>, Β.Χ. Μυστακίδη<sup>1</sup>, Ι. Γαλαμάς<sup>1</sup>, Σ.Μ. Κυβέλου<sup>1</sup>,  
Α. Αναστασιού<sup>1</sup>, Θ. Λύτρα<sup>1</sup>, Κ. Καλογεράς<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>,  
Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Ο σπασμός των στεφανιαίων αγγείων εκδηλώνεται συχνά υπό την επίδραση ενός εκλυτικού παράγοντα, όπως το ψύχος, η συναισθηματική φόρτιση, το κάπνισμα ή η χρήση κοκαΐνης. Αντιμετωπίζεται συνήθως με την αποφυγή αυτών και την χρήση αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων. Παρουσιάζεται σπάνιο περιστατικό με υποτροπιάζοντα επεισόδια σπασμού παρά τη συνήθη διαχείριση. Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 48 ετών, άρρεν, εισήχθη λόγω εμπύρετου, βήχα και διαρροιών από δεκαήμερου. Παράλληλα ανέφερε θωρακικού άλγους από ημέρας χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Ένα μήνα πριν την εισαγωγή πραγματοποιήθηκε νοσηλεία λόγω οξείας στεφανιαίου συνδρόμου με αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα (LAD), ενώ λόγω υποτροπής θωρακικού άλγους ακολούθησε νέα στεφανιογραφία με εικόνα σπασμού περιφερικότερα της στεφανιαίας ενδοπρόθεσης (stent) στον LAD. Εξήλθε με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, στατίνη, νιτρώδη και αναστολέα ασβεστίου (διλτιαζέμη). Το ατομικό του αναμνηστικό περιλαμβάνει επιπλέον σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα με πολλαπλές νοσηλείες λόγω λοιμώξεων αναπνευστικού, αλλεργική ρινίτιδα, ρινικούς πολύποδες και χολοκυστεκτομή. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλές τιμές λευκών αιμοσφαιρίων, ηωσινόφιλων, c- αντιδρώσας πρωτεΐνης και τροπονίνης. Διάχυτα διηθήματα παρουσιάστηκαν στην αξονική θώρακος, τα οποία ερμηνεύτηκαν ως λοίμωξη αναπνευστικού. Στο υπέρηχο καρδιάς η αριστερή κοιλία παρουσίαζε φυσιολογική συσταλτικότητα χωρίς τμηματικές υποκινησίες, ενώ δεν καταγράφηκε άλλο αξιοσημείωτο εύρημα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε βατό stent σε LAD και περιφερικότερα αυτού εκ νέου σπασμό με στένωση ~95 %, παρά τη συνέχιση αγγειοδια-

σταλτικής αγωγής. Ο σπασμός λύθηκε πλήρως μετά την ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρωδών. Δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στις άλλες στεφανιαίες αρτηρίες και αποφασίστηκε αύξηση δόσης της διλτιαζέμης. Αποτελέσματα: Λόγω μη βελ-



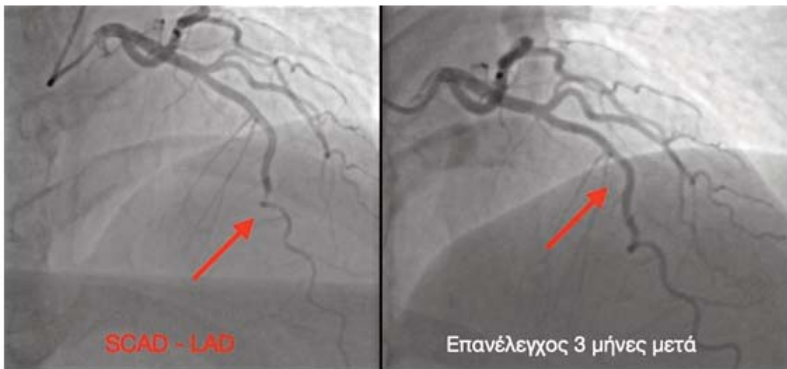
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

τίωσης των συμπτωμάτων ακολούθησε εκτεταμένη διερεύνηση με ανάδειξη υψηλού τίτλου ρευματοειδή παράγοντα (PF). Οι υψηλές τιμές ηωσινόφιλων και RF σε συνδυασμό με το σοβαρό άσθμα, τους ρινικούς πολύποδες, τη προσβολή του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού και του καρδιαγγειακού συστήματος έθεσαν τη διάγνωση της ηωσινοφιλικής κοκκιωματώδους πολυαγγειίτιδας (EGPA). Τέθηκε σε κορτιζόνη και κυκλοφωσφαμίδη με άμεση ύφεση των συμπτωμάτων, ενώ έκτοτε δεν έχει παρουσιάσει νέο επεισόδιο σπασμού. Συμπεράσματα: Η EGPA είναι ένα σπάνιο νόσημα που δύναται να προσβάλει αγγεία μικρού και μεσαίου μεγέθους. Στο καρδιαγγειακό σύστημα μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο, μυοκαρδίτιδα, αρρυθμίες και εξαιρετικά σπάνια σπασμό στεφανιαίων αγγείων. Σε ασθενείς με υποτροπή σπασμού η επιπρόσθετη διερεύνηση πιθανού υποκείμενου νοσήματος είναι απαραίτητη για την οριστική θεραπεία αυτού.

**AA133 | Σύνδρομο Takotsubo ή αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίων αρτηριών;  
Γ. Ματθαίου<sup>1</sup>, Ε. Σ. Μαυρουδέας<sup>1</sup>, Ν. Λαζίλι<sup>1</sup>, Δ. Νικητόπουλος<sup>1</sup>,  
Α. Λιόδη<sup>1</sup>, Α. Καλλένου<sup>1</sup>, Α. Τσαντούλας<sup>1</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Χ. Μαντής<sup>1</sup>,  
Ν. Καυκάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο Takotsubo (TTS) και ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίων αρτηριών (SCAD), ειδικά του άνω τμήματος του προσθίου κατιόντα κλάδου, αποτελούν δύο διαφορετικές οντότητες που προσβάλλουν την κορυφή της αριστερής κοιλίας. Σε αυτό το περιστατικό παρουσιάζουμε έναν ασθενή με SCAD αλλά διαγνωστικά σημεία ύποπτα για μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo, κάτι που εγείρει την υποψία συνύπαρξης των δύο παθήσεων. Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 45 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους από τριώρου με αντανάκλαση στη ράχη, έπειτα από έντονη συναισθηματική φόρτιση. Από το ΗΚΓ εισαγωγής παρατηρήθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός με βαθιά αρνητικά T στο πρόσθιο τοίχωμα ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ήπια αύξηση της Hs-Troponin. Από τον υπέρηχο καρδιάς παρατηρήθηκε EF:40% με ακινησία κορυφής - κορυ-



φαίου πρόσθιου ΜΚΔ με μορφολογία apical ballooning. Λόγω των παραπάνω ευρημάτων ετέθη η υποψία συνδρόμου Takotsubo. Ταυτόχρονα διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

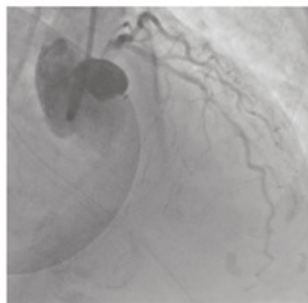
που ανέδειξε αυτόματο διαχωρισμό τύπου IIa στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου με επέκταση έως την περιφέρεια του αγγείου ,με διατήρηση ωστόσο ροής TIMI III. Δεν επιχειρήθηκαν τεχνικές ενδαγγειακής απεικόνισης λόγω του κινδύνου επιδείνωσης του διαχωρισμού με επακόλουθη απόφραξη. Λήψη Απόφασης: Η ασθενής, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετωπίστηκε συντηρητικά , χωρίς τοποθέτηση stent. Έλαβε φαρμακευτική αγωγή με μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, β-αναστολέα (βισοπρολόλη 5mg x 1) , ΑΜΕΑ(ραμιπρίλη 2,5mg x 1) και ατορβαστατίνη (20mg x 1). Τρεις μήνες αργότερα σε επανέλεγχο με εκ νέου στεφανιογραφικό έλεγχο παρατηρήθηκε πλήρης επούλωση του διαχωρισμού ενώ σε επαναληπτικό υπέρηχο καρδιάς παρατηρήθηκε πλήρης ανάκτηση της συστολικής λειτουργικότητας αριστεράς κοιλίας. Συμπεράσματα: Στην περίπτωση μας παρουσιάζουμε μία νέα γυναίκα με υπερηχογραφικά ευρήματα συνδρόμου Takotsubo , αγγειογραφικά ευρήματα SCAD και ήπια αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης ,με πλήρη επούλωση του διαχωρισμού και αποκατάσταση της λειτουργικότητας αριστερής κοιλίας σε επανέλεγχο. Προκύπτει λοιπόν το ερώτημα εάν αποτελεί μία περίπτωση συνύπαρξης των δύο οντοτήτων , κάτι το οποίο έχει αναφερθεί βιβλιογραφικά σε ελάχιστα case reports.

#### AA134 | **High-risk NSTEMI, νόσος στελέχους και γήρας: Όταν η τεχνολογία δίνει λύση στο αδιέξοδο**

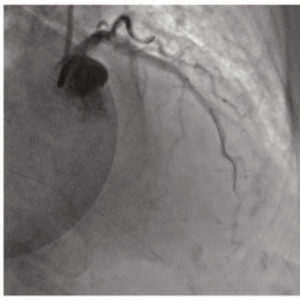
**Δ. Τζάλας<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Α. Γιακουμή<sup>1</sup>,  
Χ. Αρμονής<sup>1</sup>, Η. Ν. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Θεοτοκάς<sup>1</sup>, Λ. Παππάς<sup>1</sup>,  
Δ. Σταλίκας<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ** Οι ασθενείς με high risk NSTEMI σε έδαφος σύμπλοκης στεφανιαίας νόσου αποτελούν μια ομάδα που απαιτεί προσεκτική προσέγγιση. Όταν δε οι ασθενείς είναι ηλικιωμένοι και προσέρχονται με εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας, η πρόγνωση είναι δυσμενής, και λόγω αυξημένου κινδύνου πολλές φορές προτείνεται η συντηρητική αντιμετώπιση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού high risk NSTEMI σε ηλικιωμένη ασθενή με κριτική νόσο στελέχους η οποία αντιμετωπίστηκε με χρήση Rotablator. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Πρόκειται για ασθενή 93 ετών με ιστορικό προσφάτως διαγνωσθείσας στεφανιαίας νόσου με ασβεστωμένη κριτική (90%) στομακική νόσο στελέχους, σοβαρές ασβεστωμένες βλάβες LAD και ενδιάμεση βλάβη εγγύς LCx (εικόνα 1) για την οποία είχε συσταθεί συντηρητική αντιμετώπιση η οποία προσήλθε λόγω δύσπνοιας με συνοδό θωρακικό άλγος. Από το ΗΚΓ αναδείχθηκε εικόνα υπενδοκάρδιας ισχαιμίας με ανάσπαση του



Εικόνα 1: Σοβαρές βλάβες στελέχους και προσθίου κατιόντα.



Εικόνα 2: Πολύ καλό αποτέλεσμα μετά την εμφύτευση 4 DES σε LM προς LAD.

σθείσας στεφανιαίας νόσου με ασβεστωμένη κριτική (90%) στομακική νόσο στελέχους, σοβαρές ασβεστωμένες βλάβες LAD και ενδιάμεση βλάβη εγγύς LCx (εικόνα 1) για την οποία είχε συσταθεί συντηρητική αντιμετώπιση η οποία προσήλθε λόγω δύσπνοιας με συνοδό θωρακικό άλγος. Από το ΗΚΓ αναδείχθηκε εικόνα υπενδοκάρδιας ισχαιμίας με ανάσπαση του

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

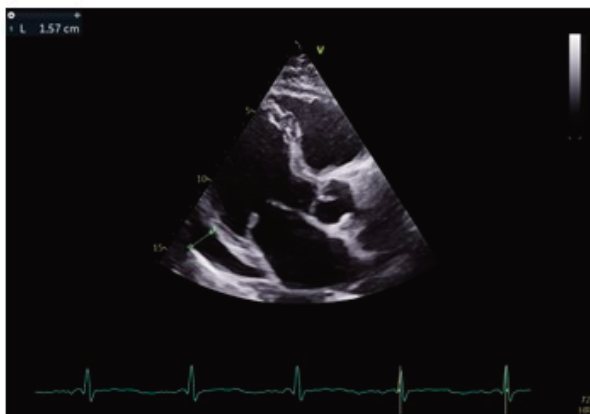
ΣΤστην ανR και κατάσπαση του ΣΤστις λοιπές απαγωγές, ενώ η ασθενής παρουσίαζε εικόνα κάμψης (Kilip III). Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε ΚΕ-40% με υποκινησία προσθίου τοιχώματος. Οι τιμές της τροπονίνης ήταν αυξημένες. Η ασθενής εισήχθη στη μονάδα εμφραγμάτων ως high risk NSTEMI και λόγω μη ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή και αναπνευστικής ανεπάρκειας διασωληνώθηκε. Παρά την προσδευτική αποσυμφόρησή της, με τη διακοπή της καταστολής παρουσίαζε ταχύπνοια, υπέρταση και ταχυκαρδία, σημεία σοβαρής ισχαιμίας, οπότε αποφασίσθηκε η επεμβατική αντιμετώπιση. Λόγω της σοβαρά ασβεστωμένης βλάβης σε LM, αποφασίσθηκε η χρήση Rotablator. Μετά από 4 runs επετεύχθη διέλευση του burr από τη βλάβη του LM η οποία παρουσίαζε έντονη αντίσταση. Διενεργήθηκαν προδιαστολές με σταδιακά αυξανόμενο μέγεθος μπαλονιών και ακολούθησε εμφύτευση 3 DES σε LM προς LAD με άριστο αποτέλεσμα, ενώ δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές. (εικόνα 2) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Μετά την αγγειοπλαστική, η ασθενής παρουσίασε βελτίωση της κλινικής της εικόνας, με βελτίωση των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, του κλάσματος εξωθήσεως και πτώση των τιμών τροπονίνης, ενώ κατέστη δυνατή και η αποσωλήνωσή της. Ελάβε εξιτήριο 7 ημέρες μετά όντας ασυμπτωματική. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η διαχείριση των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και σύμπλοκη στεφανιαία νόσο, ειδικά σε προχωρημένη ηλικία παρουσιάζει σαφείς δυσκολίες. Η προσεκτική προσέγγιση, ο προεπεμβατικός σχεδιασμός και οι νέες τεχνολογίες αντιμετώπισης του αθηρωματικού φορτίου καθιστούν εφικτή την επεμβατική αντιμετώπιση σε αυτούς τους ασθενείς, στους οποίους η συντηρητική αντιμετώπιση δεν αποτελεί αποδεκτή λύση λόγω της σοβαρής κατάστασης.

#### AA135 | **Ιατρογενής περικαρδίτιδα ως σπάνια επιπλοκή μετά από διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων**

**Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Α. Νερατζούλης<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Ζ. Καλλινίκου<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού άνδρα με κλινική εικόνα οξείας μετατραυματικής περικαρδίτιδας μετά από διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Υλικά και Μέθοδος/ Αποτελέσματα: Πρόκειται για άνδρα 72 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος πνευριτικού τύπου άλγος επιδεινούμενο σε ύπτια θέση. Την ίδια ημέρα είχε υποβληθεί προγραμματισμένα σε πρωτογενή ανεπίπλεκτη αγγειοπλαστική της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και του 1ου διαγωνίου κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας με τη συμπτωματολογία του να άρχεται και να επιτείνεται σταδιακά έξι ώρες μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης. Συνοδά ανέφερε αίσθημα ζάλης και εμφάνιση συγκοπτικού επεισοδίου σε όρθια θέση. Αρχικά εμφάνιζε χαμηλή τιμή αρτηριακής πίεσης ενώ στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής σημειώθηκαν μη ειδικές διαταραχές επαναπόλωσης στις κατωτεροπλάγιες απαγωγές. Το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε μικρή κυκλοτερή περικαρδιακή συλλογή περί τα 8mm με συνολικά καλή συστολική λειτουργικότητα

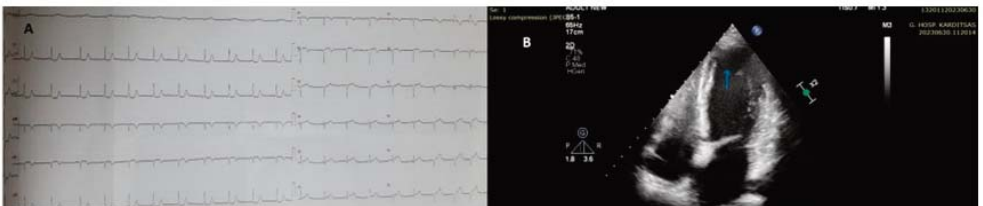
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

αριστερής κοιλίας, χωρίς εικόνα αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Υπεβλήθη σε αξονική άνω-κάτω κοιλίας που επιβεβαίωσε την παρουσία μικρής περικαρδιακής συλλογής χωρίς εξαγγείωση σκιαγραφικού στον περικαρδιακό χώρο, χωρίς εικόνα οξέος αορτικού συνδρόμου ενώ από το πνευμονικό παρέγχυμα εμφάνιζε αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα ως επί πνευμονίας εξ εισροφήσεως. Εντός του πρώτου 24ώρου νοσηλείας εμφάνισε εμπύρετο με συνοδό αποκορεσμό και αιμοδυναμική αστάθεια που αποδόθηκε στη λοίμωξη αναπνευστικού καθώς και στην μικρή αλλά ταχεία αύξηση του περικαρδιακού υγρού. Σε διαδοχικά ηλεκτροκαρδιογραφήματα εμφάνισε κατάσπαση του P-R διαστήματος με συνοδό ανάσπαση του S-T διαστήματος στις απαγωγές II,III,aVL, V4-V6. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκε αύξηση δεικτών φλεγμονής καθώς και της τροπονίνης. Τέθηκε σε αγωγή με υψηλές δόσεις ακετυλοσαλικυλικού οξέος συνδυαστικά με κολχικίνη. Ο ασθενής σταδιακά

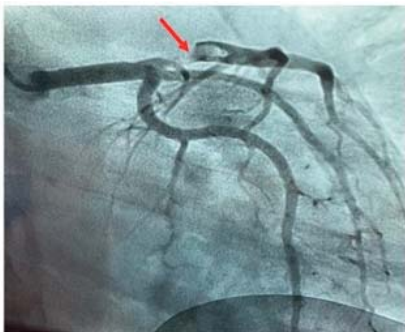
εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με αποκλιμάκωση τελικά της αγωγής σε από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη. Συμπεράσματα: Η μετα-τραυματική περικαρδίτιδα (μετά από στεφανιογραφία ή μετά από τοποθέτηση εμφυτεύσιμης καρδιακής συσκευής) αποτελεί ένα ανοσο-φλεγμονώδες σύνδρομο οφειλόμενο σε τραυματισμό των μεσοθηλιακών κυττάρων και εξαγγείωση αίματος στην περικαρδιακή κοιλότητα. Η κλινική εικόνα ποικίλλει από ανεπίπλεκτη περικαρδίτιδα έως μεγάλη περικαρδιακή/ πλευριτική συλλογή με επακόλουθη αιμοδυναμική επιβάρυνση. Η εμφάνιση του μετά από διαδερμική αγγειοπλαστική είναι σπάνια με εκτιμώμενη επίπτωση έως 0,2%. Η διάγνωση τίθεται εξ αποκλεισμού, βάση της κλινικής εικόνας, της συμπτωματολογίας και του ιστορικού πρόσφατης παρέμβασης στα στεφανιαία αγγεία. Η χορήγηση ιβουπροφαίνης συνδυαστικά με κολχικίνη αποτελούν την πρώτη γραμμή θεραπείας ενώ το ποσοστό υποτροπής μετά από κατάλληλη θεραπεία ανέρχεται στο 10-15%.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA136 | Αυτόματος διαχωρισμός στεφαναϊάς αρτηρίας: σπάνια αιτία οξέος στεφαναϊού συνδρόμου****Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Μ. Καλαθάρης<sup>1</sup>, Α. Καλέση<sup>2</sup>, Ν. Κάσιμος<sup>2</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Ο αυτόματος διαχωρισμός στεφαναϊών αρτηριών ορίζεται ως η μη-τραυματική, μη-ιατρογενής διάτρηση του τοιχώματος στεφαναϊάς αρτηρίας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ψευδοαυλού και ενδοτοίχωματικού αιματώματος, λόγω διαχωρισμού του έσω από τον μέσο χιτώνα από άγνωστης αιτιολογίας αιμορραγία των μικρών αγγείων (vasa vasorum). Ο ψευδοαυλός είναι ικανός να συμπιέσει τον αληθή αυλό και να προκαλέσει οξύ στεφαναϊό σύνδρομο (ΟΣΣ). Αποτελεί κλινική οντότητα, που ενώ στο παρελθόν θεωρούνταν ιδιαίτερως σπάνια αιτία ΟΣΣ, πλέον διαγιγνώσκεται ολοένα και συχνότερα. Αφορά ως επί το πλείστον (>90%) σε γυναίκες νεαρής ή μέσης ηλικίας <5 ετών και στα αίτια ανήκουν έντονη σωματική και ψυχική καταπόνηση, το τρίτο τρίμηνο της κύησης και οι πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, ενώ έχουν ενοχοποιηθεί η ινομυώδης δυσπλασία και νοσήματα συνδετικού ιστού. Υλικό/Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με αυτόματο διαχωρισμό στεφαναϊάς αρτηρίας ως αιτία ΟΣΣ. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα 35 ετών, λεχλώδα, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και πρόσφατο φυσιολογικό τοκετό προ 15 ημερών, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενη οπισθοστερνικό άλγος συνεχούς χαρακτήρα από εξαώρου που αφύπνισε την ασθενή. Η ασθενής αναφέρει ήπια ενόχληση στην προκάρδια χώρα μικρής διάρκειας προ δεκαήμερου με αυτόματη ύφεση του άλγους. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου ήταν φλεβοκομβικός ρυθμός με ήπια ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές V2-V6, ενώ ο μυοκαρδιακός βιοχημικός έλεγχος ήταν θετικός για ισχαιμία μυοκαρδίου. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (ΤΤΕ) διαπιστώθηκε ακινησία κορυφής της αριστερής κοιλίας, με επηρεασμένη συστολική απόδοση. Η ασθενής διεκομίσθη επειγόντως στο πλησιέστερο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφικό έλεγχο, όπου ανευρέθη διαχωρισμός προσθίου κατιόντα κλάδου (LAD) και διενεργήθηκε αγγειοπλαστική. Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του αυτόματου διαχωρισμού είναι συνήθως συντηρητική με έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής του ΟΣΣ, καθώς επουλώνεται σε>% των περιπτώσεων. Απαραίτητη κρίνεται η παρακολούθηση του ασθενούς τα πρώτα εικοσιτετράωρα λόγω εμφάνισης επιπλοκών. Όμως σε ένα μικρό ποσοστό, περίπου 7.5%, ο διαχωρισμός επεκτείνεται στις πρώτες μέρες οπότε αν συνεχίζεται η ισχαιμία, υπάρ-

**Εικόνα 1:** Α. ΗΚΓ της ασθενούς Β. ΤΤΕ: Ακινησία κορυφής (βέλος)



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Εικόνα 2: Στεφανιογραφία. Διαχωρισμός του εγγύς τμήματος του LAD με παρουσία ενδοαυλικού θρόμβου (βέλος)

χει αιμοδυναμική αστάθεια ή ο διαχωρισμός αφορά στο στέλεχος, συνιστάται άμεση επαναγγείωση.

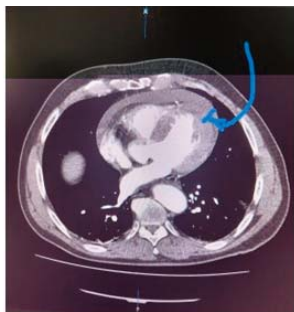
#### AA137 | **Ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα ανιούσης αορτής σε ασθενή με θωρακικό άλγος και περικαρδιακή συλλογή**

**Ν. Καραμπέτσου<sup>1</sup>, Α. Μακρής<sup>1</sup>, Λ. Σεβδυνίδης<sup>1</sup>, Π. Ματσούκης<sup>1</sup>, Δ. Ρούσος<sup>1</sup>, Α. Καραμέτος<sup>2</sup>, Σ. Ζωνίτσα<sup>2</sup>, Γ. Μπιμπής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ

**Εισαγωγή/σκοπός.** Τα οξέα αορτικά σύνδρομα αποτελούν τρεις διαφορετικές παθήσεις της θωρακικής αορτής (οξεία αορτικός διαχωρισμός, ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα, οξύ διατριπυματολογία. οι οποίες χαρακτηρίζονται από κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό και συμπτωματολογία. Το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα προκαλείται από τη ρήξη των vasa vasorum (αγγεία των αγγείων) και το σχηματισμό θρόμβου εντός του μέσου χιτώνα της αορτής. Αποτελεί το 15% των παθήσεων αυτών. Η συνηθέστερη εντόπιση του είναι η κατιούσα θωρακική αορτή ακολουθούμενη από την ανιούσα και το αορτικό τόξο. Η ευαισθησία του διαθωρακικού υπερήχου δεν ξεπερνά το 40%, ενώ η συνύπαρξη περικαρδιακής συλλογής ανιχνεύεται στο 60% των ασθενών αυτών. Η παρούσα παρουσίαση αφορά σε περιστατικό που προσήλθε με θωρακικό άλγος και περικαρδιακή συλλογή. Υλικό και μέθοδος. Ασθενής, άρρεν 65 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αργους λόγω οξέος θωρακικού άλγους. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν καρδιακοί τόνοι S1/S2 ευκρινείς, ψηλαφητές σφύξεις αμφοτερόπλευρα, αρτηριακή πίεση 110/60 mmHg. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα αναδείχθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις, ενώ από τον υπέρηχο καρδιάς εικόνα συγκεντρικής υπερτροφίας αριστερής κοιλίας με κλάσμα εξώθησης 65 %, διάταση ανιούσης αορτής 47 mm και μέτρια κυκλοτερής περικαρδιακή συλλογή μέγιστης διαμέτρου 1,2 εκατοστών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παθολογικά αυξημένη ήταν η τιμή d-dimers= 929 ng/ml. Άμεσα τέθηκε η υποψία οξέος αορτικού συνδρόμου και ο ασθενής μεταφέρθηκε για επείγουσα αξονική αγγειογραφία θωρακικής αορτής. Αποτελέσματα. Από την αξονική αγγειογραφία αναδείχθηκε ανευρυσματική διάταση ανιούσας αορτής (4,7 εκατοστά) χωρίς

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

εικόνα διαχωρισμού. Παρατηρήθηκε πάχυνση τοιχώματος του περιφερικού άκρου της ανιούσας θωρακικής αορτής εκτεινόμενη στο αρχικό τμήμα του αορτικού τόξου με πυκνότητα αίματος ως επί ενδοτοιχωματικού αιματώματος. Αναδείχθηκε, επίσης, περικαρδιακή συλλογή με πυκνότητα αίματος. Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση, όπου διενεργήθηκε

χειρουργείο αντικατάστασης ανιούσας αορτής με συνθετικό μόσχευμα. Συμπεράσματα. Συμπερασματικά, το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα αποτελεί μία σπάνια μορφή οξέος αορτικού συνδρόμου. Η διάγνυσή του αποτελεί πρόκληση ιδιαίτερος σε ασθενείς που εμφανίζουν διάταση ανιούσας αορτής και προσέρχονται με θωρακικό άλγος. Απαιτείται στενή συνεργασία μεταξύ καρδιολόγου και ακτινολόγου για την έγκαιρη διάγνωση και καρδιοχειρουργική παρέμβαση.

#### AA138 | Κορυφαία υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια με ενδοκαρδιακές επικοινωνίες

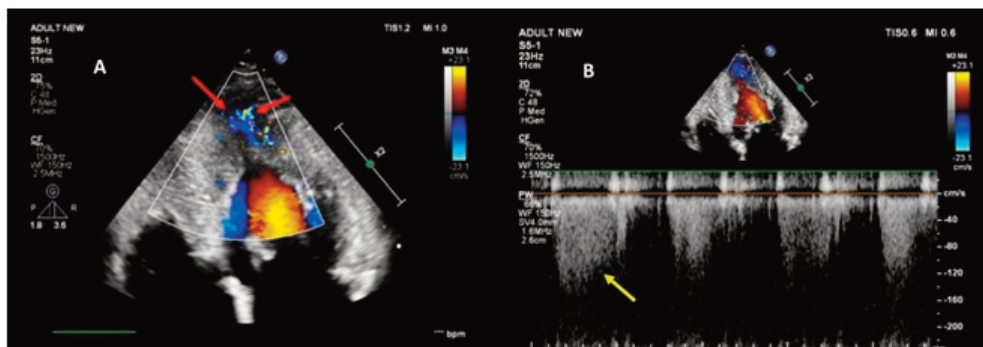
**Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Ν. Λάμα<sup>2</sup>, Ν. Μίαρης<sup>3</sup>, Ν. Κάσιμος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> Μόναδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

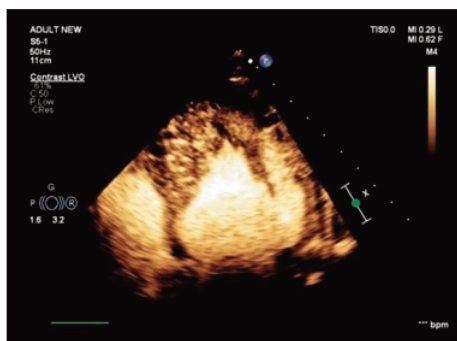
<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η παρουσία επικοινωνιών μεταξύ στεφανιαίων αρτηριών και καρδιακών κοιλοτήτων είναι αρκετά σπάνια, καθώς ανέρχεται σε 0,002% του γενικού πληθυσμού. Αφορά συνήθως την επικοινωνία της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με τις δεξιές καρδιακές κοιλοότητες, ενώ στο 20% των περιπτώσεων συνυπάρχουν άλλες καρδιακές ανωμαλίες, όπως ατρησία της αορτικής ή πνευμονικής αρτηρίας και ανοικτός βοτάλλειος πόρος. Η συνύπαρξη κορυφαίας υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας και ενδοκαρδιακών επικοινωνιών της αριστερής κοιλίας αποτελεί μια σπάνια οντότητα με λίγα καταγεγραμμένα περιστατικά παγκοσμίως. Η παθογένεση αφορά είτε την αυξημένη αγγειογένεση και ίνωση που παρατηρείται στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είτε την αντιδραστική υπερτροφία των τοιχωμάτων σε χρόνια φόρτιση όγκου λόγω της επικοινωνίας μεταξύ κοιλίας-στεφανιαίων αρτηριών. Μέθοδος/ υλικό: Παρουσίαση περιστατικού κορυφαίας υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας με παρουσία ενδοκαρδιακών επικοινωνιών (φίστουλες) αριστερής κοιλίας. Αποτελέσματα: Πρόκειται για άνδρα 85 ετών, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτώμενος αίσθημα αδυναμίας και καταβολής από ημε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Εικόνα 1:** Ηχοκαρδιογραφική μελέτη **A.** Τυπική κορυφαία υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια με παρουσία πολλαπλών ενδοκαρδιακών ροών (κόκκινα βέλη) **B.** Διαστολικό σήμα Doppler των ενδοκαρδιακών ροών (κίτρινο βέλος)

ρών. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται χρόνια κολπική μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση και αρχόμενη άνοια. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κολπική μαρμαρυγή με βαθιά αρνητικά κύματα T στις προκάρδιες απαγωγές, για το οποίο παραπέμφθηκε για καρδιολογικό έλεγχο. Ο ασθενής κλινικά ήταν πλήρως ασυμπτωματικός εκ του καρδιαγγειακού και ο μυοκαρδιακός βιοχημικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα παρουσίαζε εικόνα κορυφαίας υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, ενώ από τον έλεγχο Doppler απεικονίστηκαν ενδοκαρδιακές ροές εντός της αριστερής κοιλίας παράλληλα προς το επικάρδιο, οι οποίες παρατηρούνταν κατά την διαστολή. Για καλύτερη απεικόνιση της αριστερής κοιλίας διενεργήθηκε ηχοκαρδιογραφία αντίθεσης. Λόγω προχωρημένης ηλικίας και λοιπών συνοδών προβλημάτων υγείας δεν ήταν δυνατό να διενεργηθεί περαιτέρω έλεγχος. Συμπεράσματα: Οι ασθενείς είναι συνήθως ασυμπτωματικοί και η συνύπαρξη αυτών των δύο νοσημάτων ανευρίσκεται σε τυχαίους ελέγχους ή εμφανίζονται με συμπτώματα στηθάγχης λόγω φαινομένου υποκλοπής της ροής των στεφανιαίων αρτηριών. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα θέτει υψηλή υποψία της νόσου, ενώ ο καρδιακός καθετηριασμός αναδεικνύει την επικοινωνία μεταξύ αρτηριών και κοιλιάς και την συνύπαρξη ή όχι επικαρδιακής στεφανιαίας νόσου ή άλλων ανώμαλων ροών. Η μαγνητική καρδιάς συνεισφέρει στην ταυτοποίηση της μυοκαρδιοπάθειας, ενώ η θεραπεία παραμένει συντηρητική.



**Εικόνα 2.** Ηχοκαρδιογραφία αντίθεσης: Επιβεβαιώνεται η ύπαρξη κορυφαίας υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

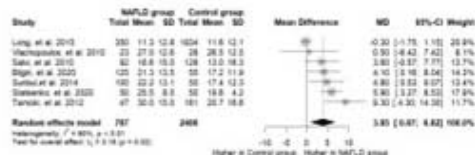
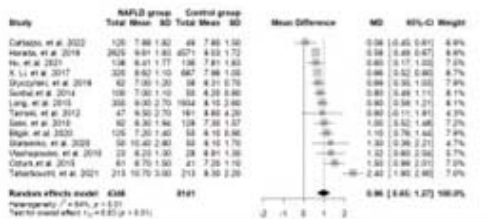
Προληπτική καρδιολογία

Πρόεδροι: **Χ. Μιχαλακάς** (Αθήνα), **Μ. Νικολάου** (Αθήνα)  
Chairpersons: **Ch. Mihalakakis** (Athens), **M. Nikolaou** (Athens)

**AA139 | Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της σχέσης της μη-αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος με την αρτηριακή σκληρία**  
**Α. Παννακόδημος<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Π. Παντελίδης<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>2</sup>, Α. Γκολιοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ζακυνθινός<sup>1</sup>, Ε. Κόρακας<sup>3</sup>, Φ. Χουζούρη<sup>1</sup>, Β. Καλογερά<sup>1</sup>, Ε. Κασσή<sup>4</sup>, Β. Λαμπαδιάρη<sup>5</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>5</sup>, Γ. Σιάτσος<sup>1</sup>**

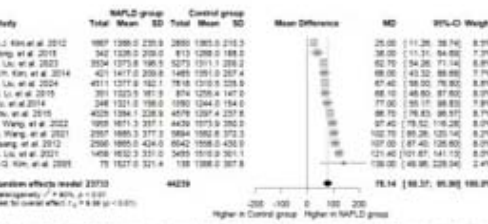
- <sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- <sup>2</sup> Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- <sup>3</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ "Αττικών", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- <sup>4</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- <sup>5</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ «Αττικών», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η μη-αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD), γνωστή πλέον ως στεατωτική ηπατική νόσος σχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία (MASLD), έχει συσχε-



**Επίγραμμα 1.** Σύστηματική ανασκόπηση: 14 άρθρα που αποδόσαν την καλύτερη τιμή των δεδομένων PWW σε ασθενείς πάσχοντες από NAFLD σε σχέση με γενική σκληρία. NAFLD με μέσοιστες τιμές διάφορες του βάρους, MD: μέση διαφορά, CI: διάστημα εμπιστοσύνης, SD: τυπική απόκλιση, PWW: ποσοστό στεφανιαίας κίχας.

**Επίγραμμα 2.** Σύστηματική ανασκόπηση: 7 άρθρα που αποδόσαν την καλύτερη τιμή της διάσης σκληρίας του στεφανιαίου αγγείου (MD) σε ασθενείς πάσχοντες από NAFLD σε σχέση με γενική σκληρία. NAFLD με μέσοιστες τιμές διάφορες του βάρους, MD: μέση διαφορά, CI: διάστημα εμπιστοσύνης, SD: τυπική απόκλιση.



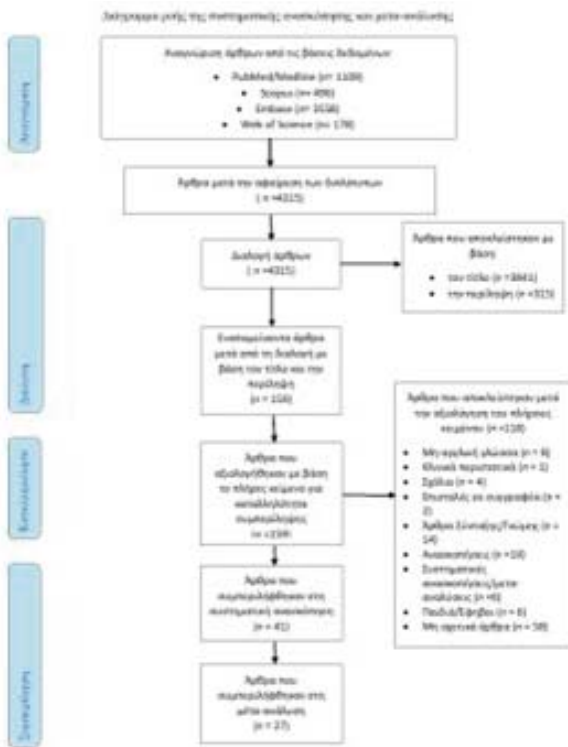
**Επίγραμμα 3.** Σύστηματική ανασκόπηση: 13 άρθρα που αποδόσαν την καλύτερη τιμή PWW διαφορετικών ομάδων σε ασθενείς πάσχοντες από NAFLD σε σχέση με γενική σκληρία. NAFLD με μέσοιστες τιμές διάφορες του βάρους, MD: μέση διαφορά, CI: διάστημα εμπιστοσύνης, SD: τυπική απόκλιση, PWW: ποσοστό στεφανιαίας κίχας.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά επιπέδων της σκληρίας του ήπατος ανά NAFLD ανά φύλο\*

Κατηγορία	N	MD (Range)	95% CI	p-value	I <sup>2</sup> (p-value)
<b>Διάσημη μέση σκληρία</b>					
Παράγοντες	7	1.14	[0.58-1.89]	0.21	63% (<0.001)
Χωρίς παράγοντες	7	0.70	[0.30-1.11]		78% (<0.001)
<b>Περιοχή</b>					
Ανατολική	6	1.16	[0.61-1.89]	0.22	63% (<0.001)
Παραπλησσιακή	6	0.70	[0.47-1.09]		54% (<0.001)
<b>Επίπεδο Δοσοδομίας Καρδιοπαθείας</b>					
Χωρίς παθήσεις	7	0.60	[0.28-1.04]		68% (<0.001)
Μέτρια	5	1.03	[0.41-1.64]	0.06	66% (<0.001)
Σεβήρα παθήσεις	7	0.70	[0.28-1.14]		23% (<0.001)
<b>Ποσοστά σκληρίας</b>					
10-20 mg/dL	7	0.66	[0.38-1.04]	0.18	54% (<0.001)
>20 mg/dL	5	1.30	[0.40-2.13]		63% (<0.001)
<b>Επίπεδο Δοσοδομίας Καρδιοπαθείας</b>					
10-20 mg/dL	7	0.60	[0.31-1.12]	0.61	68% (<0.001)
>20 mg/dL	5	1.15	[0.19-2.13]		54% (<0.001)
<b>Κατανομή Καρδιοπαθείας (βάρη)</b>					
10-20 mg/dL	7	1.04	[0.61-1.47]	0.14	68% (<0.001)
>20 mg/dL	6	0.60	[0.22-1.05]		78% (<0.001)
<b>Ποσοστά σκληρίας</b>					
10-20 mg/dL	6	0.60	[0.31-1.05]	0.16	64% (<0.001)
>20 mg/dL	6	1.17	[0.28-2.10]		64% (<0.001)

MD: μέση διαφορά, CI: διάστημα εμπιστοσύνης, SD: τυπική απόκλιση, PWW: ποσοστό στεφανιαίας κίχας.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024



τισθεί πρόσφατα με την αρτηριοσκληρυνση. Ο σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της NAFLD και της αρτηριακής σκληρίας. **Μέθοδος:** Η βιβλιογραφική αναζήτηση διενεργήθηκε μέχρι τον Απρίλιο του 2024 χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων των PubMed/ωMedline, Scopus, Embase και Web of Science. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμπεριλήφθηκαν όλες οι μελέτες παρατήρησης οι οποίες συνέκριναν δείκτες αρτηριακής σκληρίας μεταξύ ενηλίκων ασθενών που έπασχαν από NAFLD και υγιών μαρτύρων. Η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV) και ο δείκτης ενίσχυσης του αορτικού σφυγμικού κύματος (AIx) χρησιμοποιήθηκαν ως κύριοι δείκτες αρτηριακής σκληρίας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μέσες διαφορές (MDs) με τα σχετιζόμενα 95% διαστήματα αξιοπιστίας (95% CI), χρησιμοποιώντας το random-effects μοντέλο για τον υπολογισμό τους. **Αποτελέσματα:** Στη συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 41 έρευνες που αφορούσαν σε σύνολο

79,251 ασθενείς πάσχοντες από NAFLD και 146,376 υγιείς μάρτυρες. Σε μετα-ανάλυση 14 ερευνών, οι ασθενείς που έπασχαν από NAFLD βρέθηκε να έχουν αυξημένη καρωτιδο-μηνιαία PWV (cfPWV) (MD: 0.96 m/s, 95% CI 0.65-1.27 m/s, p<0.001) σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Παρομοίως, σε μετα-ανάλυση 13 και 7 ερευνών αντίστοιχα, υπολογίσθηκε ότι οι ασθενείς με NAFLD είχαν αυξημένες μετρήσεις ταχύτητας σφυγμικού κύματος μεταξύ βραχιονίου-σφυρών (baPWV) (MD: 78.14 cm/s, 95% CI 60.37-95.90, p<0.001) και AIx σε σχέση με τους μάρτυρες (MD: 3.85%, 95%CI 0.87-6.82, p=0.0195). Σε επιμέρους ανάλυση και μετα-παλινδρόμηση που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της ετερογένειας των ερευνών, οι τιμές της cfPWV στους ασθενείς δεν επηρεάζονταν στατιστικά σημαντικά (p>0.05) από τον τρόπο διάγνωσης της νόσου, την προερχόμενη ήπειρο των ασθενών, το δείκτη μάζας σώματος, τη συστολική αρτηριακή πίεση, τις τιμές της υψηλής και χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης, τριγλυκεριδίων, γλυκόζης νηστείας και την ηλικία. **Συμπεράσματα:** Η συγκεκριμένη μετα-ανάλυση ανέδειξε την θετική συσχέτιση μεταξύ NAFLD και αρτηριακής σκληρίας και επιπλέον έδειξε ότι η σχέση αυτή δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, η παχυσαρκία, τα επίπεδα λιπιδίων και η ηλικία. Τα δεδομένα αυτά τονίζουν το σημαντικό ρόλο της NAFLD στην αρτηριοσκληρυνση.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

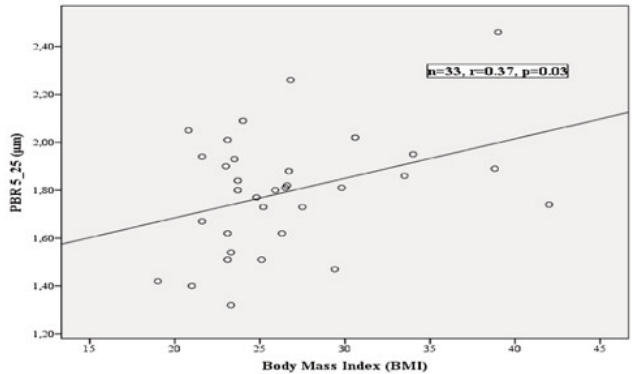
AA141 | **Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση και τη λειτουργικότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα σε άνδρες και γυναίκες κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή**

**Ε. Τριανταφυλλίδη<sup>1</sup>, Ε. Ντρετσιου<sup>1</sup>, Δ. Μπενάς<sup>1</sup>, Γ. Παυλίδης<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Α. Αττιλάκος<sup>1</sup>, Ε. Ηλιοδρομίτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η εμφάνιση παχυσαρκίας, αρτηριακής υπέρτασης και αυξημένης αορτικής σκληρίας σε νεαρούς υγιείς ενήλικες αντιπροσωπεύουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου για απώτερα καρδιαγγειακά συμβάντα. Η ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα (EG), ως μέρος του ενδοθηλίου, παίζει ζωτικό ρόλο στην αγγειακή διαπερατότητα, φλεγμονή και ελαστικότητα και επακόλουθα στην καρδιαγγειακή νόσο. Μελετήσαμε την συσχέτιση της παχυσαρκίας με

Relationship of PBR 5-25 with BMI in young males 17-26 years old



την αρτηριακή υπέρταση και την ακεραιότητα του EG σε νεαρούς ενήλικες. Μέθοδος: Ένας πληθυσμός 65 υγιών νεαρών ενηλίκων, 17-26 ετών, αξιολογήθηκε ως προς την παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου [παχυσαρκία, συστολική (SBP) και διαστολική (DBP) αρτηριακή πίεση, αορτική σκληρία (PWV)] και την ακεραιότητα του EG. Οι αυξημένες τιμές της περιοχής διάχυσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων στα υπογλώσσια αρτηρίδια εύρους 5-25µm (PBR 5-25) με τη χρήση της Sideview Darkfield απεικόνισης (Microscan, Glycocheck) μετρήθηκαν ως ένας μη επεμβατικός και ακριβής δείκτης του μειωμένου πάχους του EG. Αποτελέσματα: Ο συνολικός πληθυσμός διαιρέθηκε βάσει φύλου σε Ομάδα Α (άρρνες, n=33, 20+2 έτη, BMI=27+5) και Ομάδα Β (θήλεα, n=32, 20+2 έτη, BMI=24+4). Διαπιστώθηκε ότι οι νεαροί άνδρες εμφάνιζαν αυξημένες τιμές BMI (27+5 έναντι 24+4, p=0.01), SBP (124+9 έναντι 111+8, p<0.001), PWV (8+1 έναντι 7+1 m/sec, p=0.001) and μειωμένο PBR 5-25 (1.79 έναντι 1.97 µm, p=0.002) συγκρινόμενοι με τις νεαρές γυναίκες. Επιπρόσθετα, το BMI συσχετιζονταν με τα επίπεδα PBR 5-25 (r=0.37, p=0.03) στους νεαρούς άνδρες και την ηλικία (r=0.51, p=0.003) και την SBP (r=0.54, p=0.002) στις νεαρές γυναίκες. Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία (νεαροί άνδρες) και τη συστολική αρτηριακή πίεση (νεαρές γυναίκες). Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν την διάσταση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ήδη από την νεαρή ενήλικη ζωή μεταξύ ανδρών και γυναικών πιθανά λόγω των ορμονικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024AA142 | **Πρότυπα και συνήθειες σωματικής άσκησης μεταξύ των μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών**

**A. Λυσάνδρου<sup>1</sup>, Γ. Ζακυνθινός<sup>1</sup>, Γ. Μαρίνος<sup>2</sup>, Δ. Λαμπρινός<sup>3</sup>, Σ. Λάμψας<sup>1</sup>, I. Γαλαμάς<sup>1</sup>, Π. Παντελίδης<sup>1</sup>, Α. Γκολιοπούλου<sup>1</sup>, Μ.Ι. Γουναρίδη<sup>1</sup>, Α. Αναστασίου<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Β. Καλογερά<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ<sup>ο</sup> Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην συμβουλευτική των ασθενών τους ώστε να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες τρόπου ζωής. Μελετήσαμε τις συνήθειες άσκησης των ιατρών, σύμφωνα με τις συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας του 2020. Μέθοδοι: Συγχρονική μελέτη 742 μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ). Το όργανο της μελέτης ήταν ένα ερωτηματολόγιο διερεύνησης των συνθηθειών άσκησης των ιατρών, των βασικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της υποδομής εργασίας [Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ή Ιδιωτικός τομέας (ΙΤ)]. Τα άτομα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τη συμμόρφωσή τους με τις οδηγίες της ESC: 1. Μέτριας έντασης άσκησης αντοχής  $\geq 150$  λεπτά ανά εβδομάδα (Ομάδα Α), 2. Μέτριας έντασης άσκησης αντοχής  $< 0$  λεπτά ανά εβδομάδα (Ομάδα Β). Αποτελέσματα: Ο προτεινόμενος στόχος άσκησης ανά εβδομάδα επιτυγχάνεται από το 53,4% των μελών του ΙΣΑ, με εκτιμώμενο μέσο χρόνο άσκησης αντοχής  $240 \pm 285$  λεπτά. Μεταξύ της Ομάδας Α και της Ομάδας Β δεν υπήρχε διαφορά στην ηλικία ( $50 \pm 12$  έτη έναντι  $50 \pm 13$  ετών,  $p=0,73$ ), ενώ υπήρξε σημαντική διαφορά στον επιπολασμό του ανδρικού φύλου (58% έναντι 43%,  $p < 0,001$ ), στον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ( $24,7 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup> έναντι  $26,2 \pm 4,7$  kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ), στις καπνιστικές συνήθειες (17,4% έναντι 23,5%,  $p=0,04$ ), στην ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη (6,6% έναντι 11,8%,  $p=0,01$ ) και στη χρήση φορητών συσκευών καταγραφής δραστηριότητας (45,2% έναντι 29,8%,  $p < 0,001$ ). Στην ομάδα Α κατηγοριοποιούνται περισσότεροι ιατροί ΙΤ σε σχέση με ιατρούς ΕΣΥ ( $p=0,008$ ) (Σχήμα 1). Δεν υπήρχε διαφορά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση ή των αριθμό παιδιών ανά οικογένεια. Επιπρόσθετα, ακόμη και μετά την προσαρμογή για τους προαναφερθέντες συγχυτικούς παράγοντες, υπήρχε σημαντική υποεκπροσώπηση των ιατρών ΕΣΥ στην Ομάδα Α ή αλλιώς οι ιατροί ΕΣΥ έχουν 33% μει-

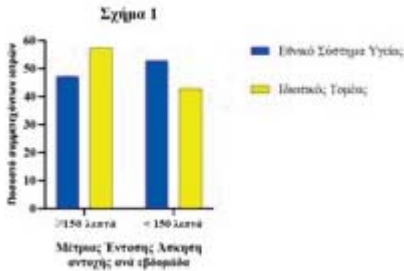
**Πίνακας 1.** Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για την συμμόρφωση με τις συστάσεις τακτικής σωματικής άσκησης των κατευθυντήριων οδηγιών της ESC

	Δόγας πιθανότητας	95% διαστήματα εμπιστοσύνης		Τιμή p
		Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο	
Ηλικία, έτη	1.010	0.997	1.024	0.127
Φύλο (άνρυν)	0.399	0.286	0.558	<0.001
ΔΜΣ, kg/m <sup>2</sup>	0.882	0.845	0.920	<0.001
Σακχαρώδης διαβήτης	1.832	1.041	3.223	0.036
Κάπνισμα	1.480	1.011	2.165	0.044
Χρήση φορητών συσκευών καταγραφής	0.471	0.340	0.651	<0.001
Ιατροί ΕΣΥ	0.676	0.484	0.943	0.021

Στις κατηγορίες μεταβλητής, οι κατηγορίες αναφοράς τίθενται το γυναικείο φύλο, οι διαβητικοί συμμετέχοντες, οι ενεργοί καπνιστές, οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούν φορητές συσκευές καταγραφής και οι συμμετέχοντες που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα.

\*95% διαστήματα εμπιστοσύνης παράγονται

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας-σώματος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

ωμένη πιθανότητα επίτευξης της συνιστώμενης άσκησης ανά εβδομάδα (Odds Ratio: 0,676, 95%CI 0,484, 0,943,  $p=0,02$ ) (Πίνακας 1). Συμπέρασμα: Ένα σημαντικό ποσοστό των μελών του ΙΣΑ ακολουθεί τις συστάσεις της ESC για τον ελάχιστο χρόνο άσκησης ανά εβδομάδα. Οι ιατροί του ΙΣΑ που εργάζονται στο ΕΣΥ είναι λιγότερο πιθανοί να επιτύχουν τη συνιστώμενη εβδομαδιαία άσκηση. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης των στρατηγικών πρόληψης στον ΙΣΑ.

**AA143 | Αποτελέσματα παρακολούθησης ασθενών με ΣΔ-2 και καρδιαγγειακά νοσήματα από ιατρεία «Καρδιάς και Σακχαρώδη Διαβήτη»**  
**Β. Τσίγκου<sup>1</sup>, Ο. Κατσαρού<sup>1</sup>, Β. Καλογερά<sup>1</sup>, Ε. Κόρακας<sup>2</sup>, Κ. Μπαλαμπάνης<sup>2</sup>, Ε. Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, Γ.Α. Παπαμικρούλης<sup>1</sup>, Ι. Τζίμα<sup>1</sup>, Α. Αναστασίου<sup>1</sup>, Σ. Σαράντος<sup>1</sup>, Β. Λαμπαδιάρη<sup>2</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

<sup>2</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Μονάδα Έρευνας-Διαβητολογικό Κέντρο, ΠΓΝΑ «Αττικών»

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) έχουν σύνθετες ιατρικές ανάγκες και παρουσιάζουν αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα. Παρόλα αυτά, σημαντικό ποσοστό των ασθενών υπό αντιδιαβητική αγωγή δεν έχει βέλτιστη ρύθμιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σύμφωνα με τους στόχους των κατευθυντήριων οδηγιών. Παρουσιάζουμε τα δεδομένα λειτουργίας του Ιατρείου «Καρδιάς και Σακχαρώδη Διαβήτη» τρίτοβάθμιου νοσοκομείου. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη καταγραφής ασθενών με ΣΔ2 που παρακολουθούνται σε Ιατρείο «Καρδιάς και Σακχαρώδους Διαβήτη», κατά το έτος 2023. Στην αρχική επίσκεψη κάθε ασθενούς έγινε εκτίμηση του SCORE2 Diabetes και αξιολογήθηκε ο καρδιαγγειακός κίνδυνος, καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, των παραγόντων κινδύνου, των εργασθηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, της φαρμακευτικής αγωγής και συνταγογράφηση ανάλογα με τις ιατρικές ενδείξεις και σε κάθε επόμενη επίσκεψη σημειώθηκαν οι αλλαγές και τα αποτελέσματα της θεραπείας. Αποτελέσματα: Στην (Εικόνα 1 - πίνακας 1) παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού κατά την αρχική επίσκεψη (88% βρισκονταν ήδη υπό αγωγή για ΣΔ2). Μετά από κατάλληλη θεραπεία [διάμεση διάρκεια: 5 μήνες (2.6 ως 10)] αυξήθηκε η χρήση των υπολιπιδαιμικών παραγόντων (στατίνη- $p=0.028$ , φιμπράτη- $p<0.001$ , εζετιμίμητη- $p=0.001$ ) και αντι-διαβητικών παραγόντων [μετφορμίνη ( $p=0.019$ ), sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors, SGLT2i, ( $p=0.005$ ), glucagon-like peptide-1 receptor agonists, GLP-1RA ( $p=0.027$ )] (Εικόνα 1 - πίνακας 2). Ο στόχος  $LDL<5mg/dl$  επετεύχθη για το 64% των ασθενών με πολύ υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην (Εικόνα 2 - πίνακας 3) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την έναρξη SGLT2i, GLP1-RA ή του συνδυασμού τους στις καρδιομεταβολικές παραμέτρους που ανέ-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Πίνακας 1:** Χαρακτηριστικά του πληθυσμού κατά την αρχική επίσκεψη (ασθενείς με ΣΔ2)

Υπό αγωγή για ΣΔ2 κατά την αρχική εκτίμηση (%)	88
Ηλικία (έτη)	65 ± 10
Φύλο (% αρσενικό)	82
ΔΜΣ (kg m <sup>2</sup> )	32.5 ± 6.4
Κάτωμα (τάρα-στο παρελθόν ποτά, %)	32/35/33
Διάρκεια ΣΔ2 (έτη)	8 (3.3, 13.8)
SCORE2 Diabetes (από υψηλό κίνδυνου υψηλό κίνδυνου ματρίου κινδύνου)	73/23/3
Υπέρταση (%)	82
Διαβητοπάθεια (%)	91
Οργανωτικό κεντρικό ΣΝ/ΣΔ (%)	18/27
ΣΝ (%)	41
Ιστορικό OEM (%)	24
ΚΑ (HFzEF HFmrEF HFpEF, %)	18 / 9 / 15
LEAD (%)	9
Στένωση καρτιδίων (%)	9
ΧΝΑ (%)	12
ΧΑΠ (%)	38
ΚΜ (%)	18
Κακοήθεια (%)	12
Διαβόλες ήττα (%)	32
Άλλη στατική (%)	82
Φυματίες (%)	12
Εξέτιμηση (%)	32
Ινσουλίνη (%)	24
Μετρορμίνη (%)	71
GLP-1 RA (%)	24
DPP4i (%)	38
SGLT2i (%)	29
Σουλφονυλορικές (%)	12

**Πίνακας 2:** Χαρακτηριστικά ασθενών κατά την αρχική εκτίμηση και στην επίσκεψη επανελέγξου

Variables	First visit	Follow-up visit	p-value
ΔΜΣ (kg m <sup>2</sup> )	32.4 ± 6.6	30.8 ± 6.5	0.001 *
Βάρος (kg)	94.3 ± 19	89.8 ± 19	0.002 *
ΣΑΠ (mmHg)	132.8 ± 16	127 ± 18.6	0.061
ΔΑΠ (mmHg)	79.9 ± 11.3	78.7 ± 8.2	0.582
HR (bpm)	74.9 ± 10.4	77.4 ± 12.5	0.179
Γλυκόζη νηστείας (mg/dl)	172.6 ± 77.8	135.9 ± 50.4	0.057
HbA1c (%)	7.3 ± 1.3	6.56 ± 0.87	< 0.001 *
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.03 ± 0.61	1.03 ± 0.48	0.987
GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	85.65 ± 32.2	80.6 ± 31.9	0.324
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	162.4 ± 50.5	117.08 ± 27.6	< 0.001 *
HDL (mg/dl)	37.9 ± 8.1	38.06 ± 6.98	0.913
LDL (mg/dl)	82.7 ± 31.6	54.6 ± 25.7	< 0.001 *
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	213 ± 214.8	127.3 ± 52.4	0.060
Στατίνη (%)	82	97	0.028 *
Φυμαρίνη (%)	12	15	< 0.001 *
Εξέτιμηση (%)	32	62	0.001 *
Ινσουλίνη (%)	24	23.5	< 0.001 *
Μετροπρίνη (%)	71	85.3	0.019 *
GLP-1 RA (%)	24	67.6	0.027 *
DPP4i (%)	38	17.6	0.012 *
SGLT2i (%)	29	64.7	0.005 *
Σουλφονυλορικές (%)	12	2.9	0.711

BMI: Body mass index; SBP: Systolic blood pressure; DBP: Diastolic blood pressure; HR: Heart rate; HbA1c: glycated hemoglobin; GFR: Glomerular filtration rate; GLP-1: Glucagon-like peptide-1; DPP4i: dipeptidyl peptidase 4 inhibitors; SGLT2: Sodium-glucose co-transporter 2; HDL: High density lipoprotein; LDL: Low density lipoprotein  
 (\*) Displays significant differences.

δείξαν σημαντική μείωση του ΔΜΣ, του ΣΒ, της HbA1c, με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων [μείωση κατά 2.26 kg/m<sup>2</sup> (p=0.018), 6.67 kg (p=0.016) και 1.08% (p=0.002), αντίστοιχα]. Συμπεράσματα: Η παρακολούθηση των ασθενών με ΣΔ2 στα εξειδικευμένα ιατρεία Καρδιάς και Σακχαρώδους Διαβήτη εξασφαλίζει την κατάλληλη χορήγηση νεότερων αντιδιαβητικών θεραπειών με τεκμηριωμένο καρδιαγγειακό όφελος (SGLT2i και GLP1-RA) που μπορεί να επιτύχει σημαντικό κάρδιο-μεταβολικό όφελος.

**Πίνακας 3:** Αποτελέσματα από την έναρξη SGLT2i, GLP-1RA ή του συνδυασμού τους στις καρδιομεταβολικές παραμέτρους

Μετοφραγές	SGLT2i YES GLP1 NO	GLP1 YES SGLT2i NO	BOTH YES
ΔΜΣ (kg/m <sup>2</sup> )	- 0.019 ± 1.06 (p=0.967)	-2.29 ± 2.49 (p=0.035 *)	- 2.26 ± 2.8 (p=0.018 *)
Βάρος (kg)	0.2 ± 3.4 (p=0.89)	-6.2 ± 6.36 (p=0.028 *)	- 6.67 ± 8.6 (p=0.016 *)
HbA1c (%)	0.056 ± 0.65 (p=0.894)	-0.36 ± 0.51 (p=0.105)	- 1.08 ± 0.96 (p=0.002 *)
Κρεατινίνη (mg/dl)	-0.26 ± 0.57 (p=0.515)	0.092 ± 0.14 (p=0.167)	0.01 ± 0.23 (p=0.869)
GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	-1.6 ± 27.56 (p=0.929)	-14.8 ± 19.34 (p=0.119)	0.57 ± 24.98 (p=0.947)
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	-23.5 ± 3.54 (p=0.067)	-39.1 ± 51.3 (p=0.090 *)	- 54.4 ± 54.39 (p=0.005 *)
HDL (mg/dl)	1.67 ± 5.51 (p=0.652)	-2.14 ± 7.4 (p=0.472)	0.13 ± 5.51 (p=0.939)
LDL (mg/dl)	1.73 ± 43.4 (p=0.951)	-28 ± 44.8 (p=0.149)	- 35.72 ± 19.91 (p<0.001 *)
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	-92 ± 239.6 (p=0.574)	-35 ± 68.2 (p=0.223)	- 130.3 ± 272.2 (p=0.144)

BMI: Body mass index; DBP: Diastolic blood pressure; HR: Heart rate; HbA1c: glycated hemoglobin; GLP-1 a: Glucagon-like peptide-1 agonist; GFR: Glomerular filtration rate; HDL: High density lipoprotein; LDL: Low density lipoprotein; SBP: Systolic blood pressure; SGLT2i: Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor  
 (\*) Displays significant associations.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

AA144 | **Το αμυλοειδές βήτα 1-40 σχετίζεται με την ηχοδιαύγεια του καρωτιδικού τοιχώματος και τη σύσταση της αθηρωματικής πλάκας**  
**Δ. Δελιαλγής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>1</sup>, Λ. Αγγελιδάκης<sup>1</sup>, Ε. Αίβαλιώτη<sup>1</sup>,  
 Γ. Μαυραγάνης<sup>1</sup>, S. Tual-Chalot<sup>2</sup>, K. Sorona<sup>3</sup>, Δ. Μπαπατσιάς<sup>1</sup>,  
 Ε. Μανέτα<sup>1</sup>, Ρ. Πάτρας<sup>1</sup>, Δ. Ελευθερίου<sup>1</sup>, Χ. Κωνσταντάκη<sup>1</sup>,  
 Μ. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Δ. Τσιλιμίγκρας<sup>4</sup>, Γ. Γαρούφος<sup>4</sup>, Φ. Σιγάλα<sup>4</sup>,  
 Κ. Stellos<sup>3</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

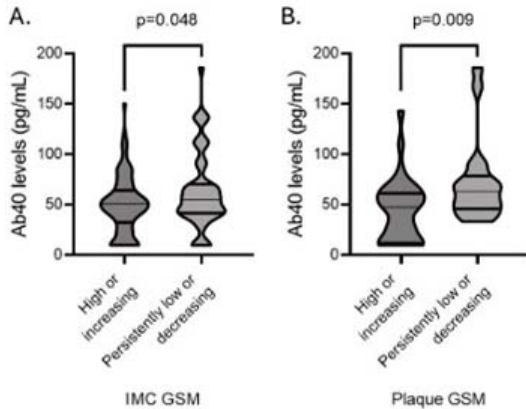
<sup>2</sup> Vascular Biology and Medicine Theme, University of Newcastle, UK,

<sup>3</sup> University of Heidelberg, Heidelberg, Germany,

<sup>4</sup> Α' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ

**Εισαγωγή / Σκοπός:** Το κυκλοφορούν αμυλοειδές-β 1-40 (Ab40), ένα προ-φλεγμονώδες και αθηρογόνο πεπτιδίο, και συγκεντρώνει χαρακτηριστικά προγονωστικού βιοδείκτη για την αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Με σκοπό την διερεύνηση μηχανισμών που συνδέουν το Αβ40 με τα καρδιαγγειακά συμβάματα, αξιολογήσαμε τη συσχέτιση των κυκλοφορούντων επιπέδων Ab40 με χαρακτηριστικά του τοιχώματος της καρωτίδας που συνδέονται με ευάλωτη αθηρωματική πλάκα στο γενικό πληθυσμό και με τη σύσταση της αθηρωματικής πλάκας σε ιστοπαθολογικό υλικό από ενδαρτηρεκτομή. Μέθοδοι: Συμπεριλή-

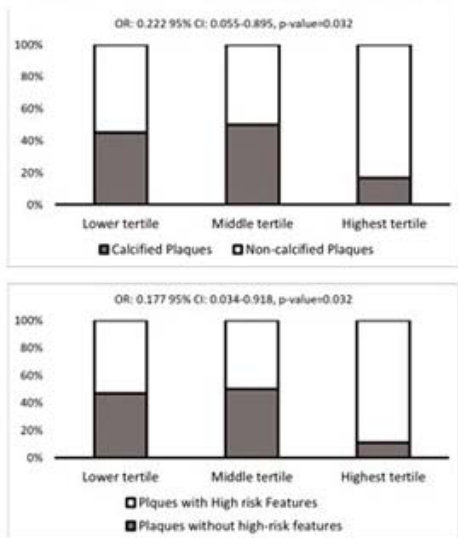
**Σχήμα 1.** Violin plots των διαφορών του IMT-GSM και plaque-GSM ανάμεσα στα τριτημόρια του Ab40. Οι τιμές P προέρχονται από το independent samples Mann-Whitney συγκρίνοντας τις τιμές του GSM μεταξύ του υψηλότερου έναντι του μεσίου και του χαμηλότερου τριτημορίου των επιπέδων του Ab40. Ab40: Amyloid-beta 1-40, GSM: grey scale median, IMC: Intima-media complex.



φθηκαν 2 κοορτές στις οποίες μετρήθηκαν τα επίπεδα του Ab40 στο πλάσμα. Κοορτή 1. Σε διαδοχικά προσληφθέντα άτομα χωρίς ΚΑΝ (n=342, Athens cardiometabolic cohort) αξιολογήθηκε η αθηροσκλήρωση των καρωτίδων με υπερηχογράφημα και η ηχογένεια του καρωτιδικού τοιχώματος με τη χρήση ειδικού λογισμικού (AMSnv3.03). Αξιολογήθηκαν οι διαβαθμίσεις του γκρι (gray-scale median (GSM)) του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα (IMT) και των αθηρωματικών πλακών (plaque) (κύρια τελικά σημεία της μελέτης) σε δύο χρονικές στιγμές (διάμεση παρακολούθηση 35.5 μήνες). Χαμηλές τιμές GSM σχετίζονται με περισσότερο ευάλωτα χαρακτηριστικά και καρδιαγγειακά συμβάματα. Κοορτή 2. Σε n=56 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή, αναλύθηκαν τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της αθηρωματικής πλάκας. Αποτελέσματα: Κοορτή 1. Το Ab40 συσχετίστηκε με χαμηλότερο IMT-GSM και plaque-GSM (OR=2.54 95%CI: 1.35, 4.79, p=0.004 για το IMT-GSM and

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Σχήμα 2.** Ποσοστό των ασθενών με Α. Αποτετανωμένες πλάκες and Β. Πλάκες χωρίς χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου ανάλογα με τα τριτημόρια των επιπέδων του Ab40. Οι τιμές P-values προέρχονται από λογιστική πιθανοδότηση (υψηλότερο έναντι vs χαμηλότερων τριτημορίων επιπέδων Ab40).



λού κινδύνου (11.1% έναντι 41.4%,  $p=0.047$ ,  $OR=0.177$ , 95% CI: 0.034/0.918,  $p=0.039$ ). Όλες οι συγκρίσεις αφορούν το υψηλότερο έναντι των χαμηλότερων τριτημορίων Ab40. Συμπεράσμα: Τα επίπεδα του Ab40 στο πλάσμα, σχετίζονται με υπερηχογραφικούς και ιστολογικούς δείκτες της σύστασης του καρωτιδικού τοιχώματος σε ευρύ φάσμα αθηροσκληρωτικών βλαβών, από το μη στενωτικό αρτηριακό τοίχωμα μέχρι τις σοβαρά στενωτικές πλάκες. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν προηγούμενα πειραματικά ευρήματα σε ζωικά μοντέλα που συνδέουν το Ab40 με την ευπάθεια της πλάκας, μεσολαβώντας ενδεχομένως στην γνωστή συσχέτισή του με μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα.

$OR= 4.78$  95% CI: 1.69, 13.52,  $p=0.025$  για το plaque-GSM) και μεγαλύτερο εμβαδόν πλάκας μετά από προσαρμογή για τους κλασικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (TRFs) ( $p<0.01$ ). Το αυξημένο Ab40 συσχετίστηκε επίσης με μειωμένο ή σταθερά χαμηλό GSM ( $OR=2.78$  95%CI: 1.46/3.68,  $p=0.002$  για IMT-GSM και  $OR=4.50$  95% CI 1.63/12.44,  $p=0.004$ , για plaque-GSM) και με μεγαλύτερη αύξηση στο εμβαδό της πλάκας μετά από προσαρμογή για τους TRFs ( $P<0.01$ ). Κοορτή 2. Το Ab40 στο υψηλότερο τριτημόριο είχε χαμηλότερη επίπτωση

αποτετανωμένων πλακών (16.7% έναντι 47.8%,  $p=0.039$ ,  $OR=0.222$  95% CI: 0.055/0.895,  $p=0.034$ ) και χαμηλότερη επίπτωση πλακών χωρίς χαρακτηριστικά υψη-

## AA145 | Κοινωνικό-δημογραφικοί προσδιοριστές των διαχρονικών μεταβολών στα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας δείγματος του αστικού ελληνικού πληθυσμού: επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

**N. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>2</sup>, Γ. Αρναούτης<sup>2</sup>, Ε. Δαμίγου<sup>2</sup>, Θ. Τσιαμπαλής<sup>2</sup>, Κ. Τάμπαλης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο,

<sup>2</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

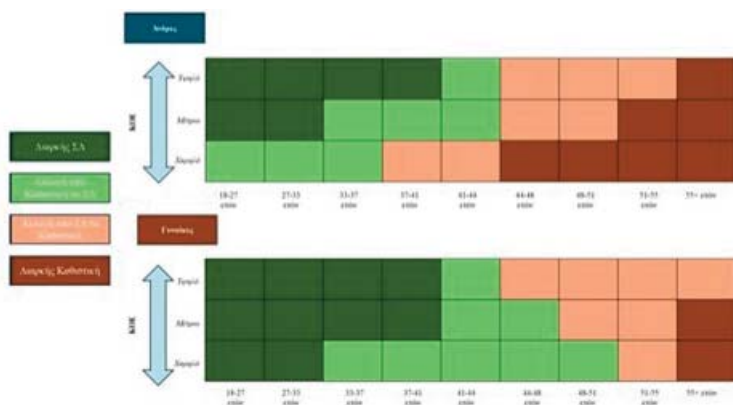
**ΠΕΡΙΛΗΨΗ Εισαγωγή:** Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι τάσεις στα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και οι συσχετίσεις αυτών με παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε δείγμα του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Μεθοδολογία: Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε δεδομένα από 987 άνδρες και 1.001 γυναίκες (45±12 ετών) που συμμετείχαν στην επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ. Τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης (2001-2002) και σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους (2006, 2012 και 2022). Ορίστηκαν τέσσερις τροχιές σωματικής δραστηριότητας σύμφωνα με την παρακολούθηση των συμμετεχόντων, δηλαδή, αυτοί που ήταν σωματικά δραστήριοι/μη δραστήριοι σε όλη την περίοδο παρακολούθησης και αυτοί που άλλαξαν επίπεδο σωματικής δραστηριότητας.

**Αποτελέσματα:**

Κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης 2002-2022, το 54% των συμμετεχόντων ταξινομήθηκαν ως μη σωματικά δραστήριοι, το 38% ως σωματικά δραστήριοι από μη δραστήριοι, το 5% ως μη σωματικά δραστήριοι από δραστήριοι, και μόνο το 3% των ανδρών και των γυναικών παρέμειναν σωματικά δραστήριοι. Οι συμμετέχοντες που ήταν σταθερά μη δραστήριοι ήταν από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ( $p=0,002$ ), ενώ η μετάβαση στη σωματική δραστηριότητα συσχετίστηκε με το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο και τον έγγαμο βίο ( $p<0,001$ ). Συμπε-



**Σχήμα 1.** Κατανομή της κατάστασης σωματικής δραστηριότητας σε κάθε χρονική στιγμή των επανελέγχων, ανά φύλο των συμμετεχόντων. Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Σχήμα 2.** Τροχιές της σωματικής δραστηριότητας σε άνδρες και γυναίκες, διαστρωμένες με βάση την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και την ηλικία τους. Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

ράσματα: Οι παρεμβάσεις για τη διατήρηση τακτικής σωματικής δραστηριότητας σε όλη τη διάρκεια της ζωής πρέπει να είναι στοχευμένες, και να λαμβάνουν υπόψη και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ατόμων.

**AA146 | Γνώση των Κατευθυντήριων Οδηγιών για την Άσκηση μεταξύ Ιατρών Διαφόρων Ειδικοτήτων στα Μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών**  
**Γ. Ε. Ζακυνθινός<sup>1</sup>, Α. Λυσάνδρου<sup>1</sup>, Ι. Παλαμάς<sup>1</sup>, Σ. Λάμπας<sup>1</sup>, Γ. Μαρίνος<sup>2</sup>, Ι. Τζίμα<sup>1</sup>, Α. Μαραθωνίτης<sup>1</sup>, Α. Αναστασίου<sup>1</sup>, Μ. Ι. Γουναρίδη<sup>1</sup>, Β. Μυστακίδη<sup>1</sup>, Δ. Λαμπρινός<sup>3</sup>, Ε. Κατσιάνος<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>**

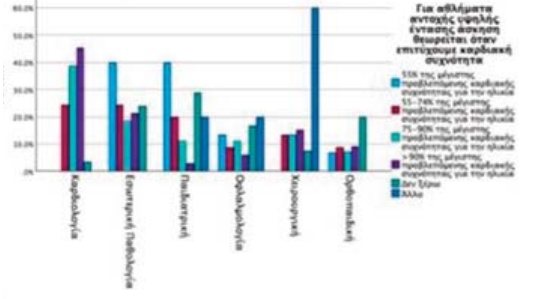
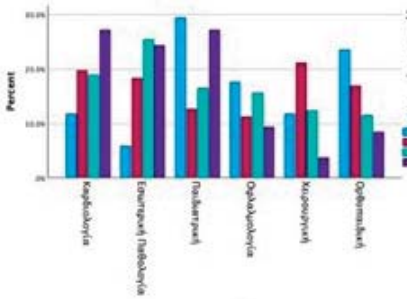
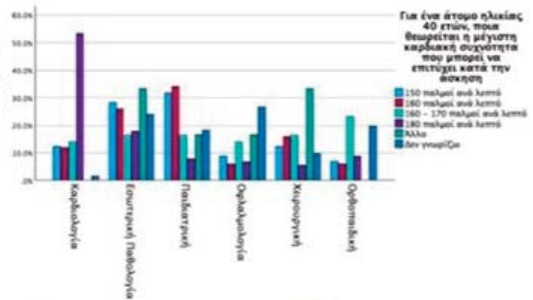
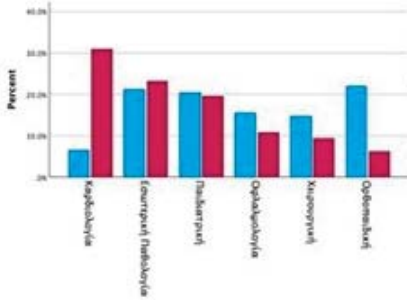
<sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι ιατροί συχνά χρειάζεται να ενημερώσουν τους εξεταζόμενους σχετικά με την αθλητική δραστηριότητα. Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC) και το Αμερικανικό Κολλέγιο Αθλητρικής έχει εκδώσει συστάσεις για το χρόνο και την ένταση της άσκησης. Μελετήσαμε τη γνώση των ιατρών αναφορικά με αυτές τις οδηγίες. Σχεδιασμός και Μέθοδος της Μελέτης: Αυτή η μελέτη περιλάμβανε 742 γιατρούς του Ιατρικού συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ). Το εργαλείο της μελέτης ήταν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης. Οι οδηγίες συστήνουν τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα άσκησης μέτριας έντασης σε όλους τους υγιείς ενήλικες, ορίζουν ως μέγιστο στόχο της καρδιακής συχνότητας τον τύπο 220-(την ηλικία) και

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024



Σχήμα 1

Σχήμα 2

ορίζουν ότι στην υψηλής έντασης άσκηση αντοχής πρέπει να τίθεται ο στόχος του 75-90% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας. Οι ιατροί ρωτήθηκαν στοχευμένα για τις παραπάνω οδηγίες και γενικά αν θεωρούν ότι γνωρίζουν τις συστάσεις για την άσκηση σε υγιείς ενήλικες. Αποτελέσματα: Στη μελέτη έλαβαν μέρος ιατροί 41 ειδικοτήτων μέσης ηλικία 50±13 έτη. Το 56% ειδικότητας παθολογικού τομέα, το 32% χειρουργικού τομέα, το 9% εργαστηριακού τομέα και 3% ιατροί που ανήκαν στον τομέα ψυχικής υγείας. Το σύνολο των ιατρών θεωρούσε ότι είναι ευεργετική για την υγεία η άσκηση (99%) και συστήνουν στους ασθενείς του να αυξήσουν τη σωματική δραστηριότητα (97%). Από τους συμμετέχοντες ιατρούς η πλειοψηφία ήταν εσωτερικής παθολογίας (9,6%), καρδιολογίας (9,2%), παιδιατρικής (8,5%), οφθαλμολογίας (5,4%), ορθοπαιδικής και τραυματολογίας (5,3%) και γενικής χειρουργικής (4,9%). Κατά προσωπική δήλωση το μεγαλύτερο ποσοστό γνώσης για τις οδηγίες για την άσκηση είχαν οι καρδιολόγοι, με ποσοστό 60% και το μικρότερο οι ορθοπαιδικοί με ποσοστό 12% (p<0,001) (Σχήμα 1). Περισσότεροι καρδιολόγοι (43%) και παιδίατροι (46%) απάντησαν σωστά για την ιδανική εβδομαδιαία διάρκεια άσκησης (p<0,01) (Σχήμα 1), περισσότεροι καρδιολόγοι (71%) απάντησαν σωστά για τον στόχο της καρδιακής συχνότητας στη μέγιστη άσκηση (Σχήμα 2). Οι καρδιολόγοι σε μεγαλύτερο ποσοστό, 55% απάντησαν σωστά για το ποια καρδιακή συχνότητα είναι ο στόχος σε αθλήματα αντοχής, υψηλής έντασης (Σχήμα 2). Συμπερασματικά: Η πλειοψηφία των ιατρών θεωρεί ευεργετική την άσκηση και τη συστήνουν. Μεταξύ των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων οι καρδιολόγοι φάνηκε να είναι πιο εξοι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

κίωμένοι με τους στόχους όσον αφορά την ένταση, και τη διάρκεια άσκησης αν και σε κάποιες περιπτώσεις τα ποσοστά σωστών απαντήσεων ήταν περίπου στο 50%.

### AA147 | Η ενίσχυση της αντιδιαβητικής αγωγής με νεότερους αντιδιαβητικούς παράγοντες βελτιώνει το θρομβωτικό προφίλ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

**Ε. Μπλέτσα<sup>1</sup>, Π. Σταμπούλογλου<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>3</sup>, Σ. Π. Λόντου<sup>3</sup>, Β. Τσίγκου<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>4</sup>, Ε. Κασσή<sup>5</sup>, Α. Θανοπούλου<sup>6</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>3</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>7</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ιπποκράτειο", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Α' Πανεπιστημιακή Προταϊδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>6</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ιπποκράτειο", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

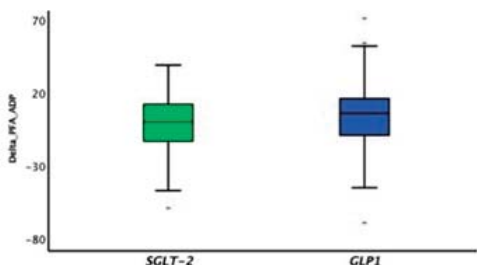
<sup>7</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>8</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ

Υπάρχουσα γνώση: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για θρομβωτικά επεισόδια. Η αιμοπεταλιακή λειτουργία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της προθρομβωτικής κατάστασης σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Σκοπός: Ο σκοπός της υπάρχουσας ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης των νεότερων αντιδιαβητικών παραγόντων στην αιμοπεταλιακή λειτουργία ανά-

μεσα σε ασθενείς με ΣΔτ2. Υλικά και μέθοδοι: Στην μελέτη συμμετείχαν 136 ασθενείς με ΣΔτ2 υπό σταθερή αντιδιαβητική αγωγή, οι οποίοι, ωστόσο, δεν είχαν επιτύχει τους θεραπευτικούς στόχους. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, λαμβάνοντας έναν επιπρόσθετο αντιδιαβητικό παράγοντα, ώστε να βελτιστοποιήσουν τον γλυκαιμικό τους έλεγχο; είτε GLP-1 αγωνιστές (n=73) ή SGLT-2 αναστολείς (n=63). Η αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων μετρήθηκε με το PFA-200 κολλαγόνο/ADP (c-ADP) και το κολλαγόνο/επινεφρίνη (c-EPI). Η γλυκοζυλιωμένη

**Σχήμα 1.** Οι διαφορές στη μεταβολή των τιμών c-ADP μεταξύ των αρχικών μετρήσεων και 3 μήνες μετά την ενστατικοποίηση του σχήματος με GLP-1 αγωνιστές και SGLT-2 αναστολείς



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

αιμοσφαιρίνη (hbA1c), καθώς και ο χρόνος κλεισίματος για το c-ADP and το c-EPI υπολογίστηκαν στις αρχικές μετρήσεις και 3 μήνες μετά την εντατικοποίηση του σχήματος. Αποτελέσματα: Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων της μελέτης, όσον αφορά τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου (ηλικία, φύλο, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα) ή τις τιμές των hbA1c, c-ADP, και c-EPI στις αρχικές μετρήσεις ( $p=NS$  για όλους). Όλες οι ομάδες πέτυχαν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο όσον αφορά τις τιμές hbA1c μεταξύ της βασικής μέτρησης και της 3-μήνης παρακολούθησης; για τους GLP-1 αγωνιστές:  $1.9\pm 0.7\%$  και για τους SGLT-2 αναστολείς:  $1.0\pm 0.9\%$  ( $p<0.001$  για όλες τις ομάδες). Μετά από την 3-μήνη εντατικοποίηση της θεραπείας, οι διαφορές στη μεταβολή των τιμών c-ADP ήταν 8,39 ( $p=0.025$ ) στην ομάδα των GLP-1 αγωνιστών και -5,61 ( $p=0.06$ ) στην ομάδα των SGLT-2 αναστολέων, όπως παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στις τιμές του c-EPI σε καμία από τις δύο ομάδες. Συμπεράσματα: Οι νεότεροι αντιδιαβητικοί παράγοντες, και κυρίως οι GLP-1 αγωνιστές φαίνεται να επιδρούν ευεργετικά στην αιμοπεταλιακή λειτουργία, και συνεπώς στο θρομβωτικό προφίλ των ασθενών με ΣΔτ2. Αυτό το εύρημα αποδίδεται στην σημαντική βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, που επιτυγχάνεται με τους νεότερους αντιδιαβητικούς παράγοντες, και μπορεί εν μέρη να εξηγήσει τα καρδιοπροστατευτικά ευρήματα των μεγάλων τυχαίοποιημένων κλινικών μελετών. Η επίδραση των νέων αντιδιαβητικών στην αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων -καθώς και οι τυχόν διακριτές ιδιότητες κάθε κατηγορίας- χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

**AA148 | Precision in Prediction: Leveraging Pre-Implantation Clinical Parameters with AI Models for Individualized Risk Assessment of Left Bundle Branch Block post Transcatheter Aortic Valve Implantation****V. Cheilas<sup>1</sup>, G. Filandrianos, I. Kosmas<sup>1</sup>, A. Martinos<sup>1</sup>, A. Kostopoulou<sup>1</sup>, G. Chatzigeorgiou<sup>2</sup>, M. Efremidis<sup>1</sup>, I. Iakovou<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Background and aims:** Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) has revolutionized the treatment of aortic stenosis, particularly in the elderly. While its clinical efficacy is well-established, the emergence of new-onset left bundle branch block (LBBB) post-TAVI raises significant concerns. This study aims to investigate pre-implantation based predictive models for new-onset LBBB after TAVR, utilizing both conventional machine learning algorithms and Large Language Models (LLMs). Methods: Among 1113 patients who had undergone TAVR for symptomatic severe aortic stenosis in a timespan of 15 years, we analyzed 469 patients after excluding patients with pre-existing LBBB, pacing rhythm before the indexed hospitalization for TAVR and patients for whom at least one of the parameters we investigated was not accessible or available for examination. Clinical parameters, including valve type, size, patient demographics, and pre-implantation conditions, were analyzed. Various machine learning algorithms were employed to predict the occurrence of LBBB post-TAVR based only on pre-implantation data. The dataset was split into training and testing sets, and algorithms were evaluated based



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

on accuracy, precision, and F1 score. Due to the dataset's small sample LLM's (Large Language Models) were also deployed and comparative assessment was carried out. Results: New-onset persistent LBBB occurred in 15.29% patients after TAVR. Among conventional machine learning algorithms XGBoost was superior both in accuracy and precision. The LLMs exhibited promising performance, with GPT4 outperforming GPT3.5. In particular, the Chain of Thought (CoT) approach demonstrated superior predictive abilities for LBBB post-TAVR compared to Few-Shot and conventional algorithms. Conclusions: In conclusion, the current study establishes a predictive model leveraging pre-implantation parameters to anticipate the occurrence of new-onset left bundle branch block (LBBB) post-Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). <http://spock.deep.islab.ntua.gr:9000/>

### AA149 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΥΠΟΤΥΠΟΥ-2 ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

**Κ. Κατωγιάννης<sup>1</sup>, Α. Κουντούρη<sup>1</sup>, Γ. Παυλίδης<sup>1</sup>, Ι. Θυμής<sup>1</sup>, Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>, Ε. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Κατσανάκη<sup>1</sup>, Γ. Κωστέλλη<sup>1</sup>, Β. Λαμπαδιάρη<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός/εισαγωγή:** Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) παρουσιάζουν ενδείξεις αγγειακής και ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας νωρίτερα σε σύγκριση με υγιή άτομα. Τα δεδομένα ως τώρα δείχνουν ότι οι αναστολείς ΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΥΠΟΤΥΠΟΥ-2 (SGLT-2i) έχουν ευεργετική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Διερευνήσαμε τις επιδράσεις της νταπαγλιφλοζίνης στην ενδοθηλιακή και καρδιαγγειακή λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ1. Μέθοδοι: Εξετάσαμε συνολικά 40 ασθενείς με ΣΔ1 και γλυκαιμικό έλεγχο που έλαβαν θεραπεία με ινσουλίνη και έλαβαν νταπαγλιφλοζίνη (n=20) ή εντατικοποίηση της θεραπείας με ινσουλίνη (n=20) (ομάδα ελέγχου). Μετρήσαμε κατά την έναρξη και δώδεκα μήνες μετά τη θεραπεία: α) Ταχύτητα παλμού καρωτίδας-μηριαίου κύματος (PWV-Complior; ALAM Medical) β) Κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP) γ) 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) και δ) συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με χρήση ηχωκαρδιογραφίας παραμόρφωσης. Αποτελέσματα: Πριν την παρέμβαση, οι ασθενείς των δύο ομάδων είχαν παρόμοια ηλικία, φύλο, HbA1c και δείκτες ενδοθηλιακής και καρδιαγγειακής λειτουργίας (p>0,05). Μετά από

	Dapagliflozin (n=20)				Controls (n=20)			
	baseline	12 months	p	Δ%	baseline	12 months	p	Δ%
PBR 5-25, μm	2.04±0.25	1.73±0.23	0.018	-16%	2.03±0.25	2.04±0.24	0.626	0.4
PWV, m/sec	10.62±2.78	9.63±2.31	0.015	-9.3	10.52±2.45	10.37±2.33	0.435	-1
cSBP, mmHg	126±15	118±13	0.035	-6	125±15	122±12	0.389	-2
GLS, %	-19.54±1.67	-20.32±1.47	0.032	4	-19.62±1.41	-19.55±1.72	0.543	-1

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

12 μήνες θεραπείας, οι ασθενείς που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη εμφάνισαν βελτίωση στο PBR5-25 (-16%,  $p < 0,05$ ), στο PWV (-9,3%,  $p < 0,05$ ), στο cSBP (-6%,  $p < 0,05$ ) και σε GLS (+4%,  $P < 0,05$ ) σε σύγκριση με την αρχική τιμή. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στο PBR5-25, στο PWV, στο cSBP και στο GLS μετά την εντατικοποίηση της θεραπείας με ινσουλίνη (PBR5-25: +0,4%, PWV: -1%, cSBP: -2%, GLS: -1% στους 4 μήνες,  $P > 0,05$ ), παρά την παρόμοια μείωση της HbA1c (Πίνακας 1). Οι αλλαγές του PBR μετά από θεραπεία ενός έτους με δαπαγλιφλοζίνη συσχετίστηκαν με ταυτόχρονη μείωση του PWV και της cSBP ( $P < 0,05$ ). Συμπεράσματα: Δώδεκα μήνες θεραπεία με νταπαγλιφλοζίνη βελτιώνει τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα και την καρδιαγγειακή λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ1, ανεξάρτητα από τον γλυκαιμικό έλεγχο.

**AA150 | Ο διαμεσολαβητικός ρόλος του επαρκούς ύπνου στη σχέση μεταξύ της Μεσογειακής Διατροφής και των καρδιαγγειακών παθήσεων**  
**E. Δαμίγου<sup>1</sup>, E. Μιχαηλίδης<sup>2</sup>, A. Σοφινιδής<sup>2</sup>, X. Σουσουήνης<sup>2</sup>, A. Σκανδάλης<sup>2</sup>, N. Σίνου<sup>2</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>3</sup>, X. Βαφία<sup>1</sup>, E. Κραββαρίτης<sup>4</sup>, X. Χρυσόχου<sup>2</sup>, K. Τσιούφης<sup>2</sup>, E. Λυμπερόπουλος<sup>4</sup>, Π. Σφηκάκης<sup>4</sup>, X. Πίτσαβος<sup>2</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα,

<sup>4</sup> Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Τα τελευταία 50 χρόνια, το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη σχέση ύπνου και υγείας έχει αυξηθεί. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των συνηθειών ύπνου (π.χ., διάρκεια ύπνου και ποιότητα ύπνου) και καρδιαγγειακής νόσου δεν έχει γίνει καλά κατανοητή. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ελεγχθεί ο πιθανός τροποποιητικός ρόλος της διάρκειας του ύπνου στη συσχέτιση μεταξύ της τήρησης του Μεσογειακού τύπου διατροφής και του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη περιλάμβανε  $n=313$  ενήλικες Έλληνες (57% άνδρες, μέση ηλικία  $\pm$  τυπική Απόκλιση (TA):  $44 \pm 14$  έτη), οι οποίοι ήταν αρχικά ελεύθεροι καρδιαγγειακής νόσου, και είχαν διαθέσιμες πληροφορίες κατά την περίοδο 2002-2022, για τη Μεσογειακή διατροφή, τη συχνότητα ύπνου και την επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου. Η καρδιαγγειακή νόσος κατά την 20ετή παρακολούθηση ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD-10. Οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν μέσω ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου συχνότητας τροφής. Η προσκόλληση στον Μεσογειακό τύπο διατροφής αξιολογήθηκε μέσω του MedDietScore (εύρος: 0-55). Οι συνήθειες ύπνου κατηγοριοποιήθηκαν ως ανεπαρκής και επαρκής διάρκεια ύπνου ( $< \text{ή} \geq 7$  ώρες/ημέρα, αντίστοιχα) και αξιολογήθηκαν μέσω ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της 20ετούς παρακολούθησης, περίπου το 31,6% των συμμετεχόντων ( $n=99$ ) ανέπτυξαν ένα συμβάν καρδιαγγειακής νόσου. Οι συμμετέχοντες αφιέρωναν κατά μέσο όρο  $\pm$  TA:  $6,3 \pm 1,2$  ώρες/ημέρα στον ύπνο. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (δηλαδή, 57,5%) ανέφερε ανε-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

παρκείς συνήθειες ύπνου (δηλαδή, <7 ώρες ύπνου/ημέρα). Σε πολυ-προσαρμοσμένη ανάλυση, η προσκόλληση στον Μεσογειακό τύπο διατροφής συσχετίστηκε αντιστρόφως με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου [Σχετικός Κίνδυνος-ΣΚ ανά 1/55 στο MedDietScore: 0,80, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης-ΔΕ: 0,65, 0,98]. Ωστόσο, παρατηρήθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της διάρκειας ύπνου και του MedDietScore ( $p$ -value<0,001). Σε επακόλουθη ανάλυση υποομάδων, η προστατευτική συσχέτιση μεταξύ της τήρησης του Μεσογειακού τύπου διατροφής και του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου παρατηρήθηκε μόνο σε συμμετέχοντες που είχαν επαρκή ύπνο, δηλαδή> ώρες/ημέρα [ΣΚ: 0,80, 95%ΔΕ: 0,65, 0,98]. Συμπεράσματα: Επομένως, η διάρκεια του ύπνου θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος του τρόπου ζωής ενός ατόμου, μαζί με τις διατροφικές και άλλες συνήθειες, έτσι ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί πιο αποτελεσματική αξιολόγηση του κινδύνου για μελλοντικά συμβάντα καρδιαγγειακής νόσου.

### AA151 | Χρήση Φορητών Συσκευών Παρακολούθησης Δραστηριότητας (wearables) και Συνήθειες Άσκησης στα Μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών

**Γ. Ε. Ζακυνθινός<sup>1</sup>, Α. Λυσάνδρου<sup>1</sup>, Σ. Λάμπσας<sup>1</sup>, Γ. Μαρίνος<sup>2</sup>, Δ. Λαμπρινός<sup>3</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Σ. Σαράντος<sup>1</sup>, Μ. Ι. Γουναρίδη<sup>1</sup>, Α. Γκολιοπούλου<sup>1</sup>, Π. Παντελίδης<sup>1</sup>, Π. Θεοφίλης<sup>4</sup>, Α. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ι. Παλαμάς<sup>1</sup>, Ο. Κατσαρού<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

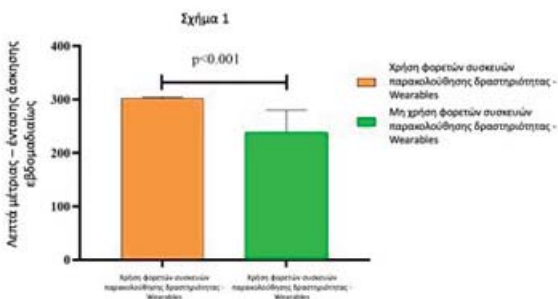
<sup>2</sup> Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>4</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Οι φορητές συσκευές παρακολούθησης δραστηριότητας - Wearable Activity Trackers (WAT), παρέχουν πληροφορίες για τα επίπεδα δραστηριότητας. Μελέτησαμε την επίδραση της χρήσης WAT στις συνήθειες άσκησης των ιατρών. Σχεδιασμός και Μέθοδος της

Μελέτης: Αυτή η μελέτη περιλάμβανε 742 γιατρούς του Ιατρικού συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ). Το εργαλείο της μελέτης ήταν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης για να αξιολογήσει τη χρήση των WAT από τους ιατρούς, τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, την ειδικότητα και τις συνήθειες φυσικής άσκησης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) συνιστούν τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα άσκησης



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

μέτριας έντασης σε όλους τους υγιείς ενήλικες. Τα άτομα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τη χρήση ή μη των WAT στην καθημερινή τους ζωή: 1. Καθημερινή χρήση WAT (Ομάδα Α)· 2. Μη τακτική ή καθόλου χρήση WAT (Ομάδα Β). Αποτελέσματα: Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού των ιατρών της μελέτης χρησιμοποιεί καθημερινά WAT (38%). Μεταξύ της Ομάδας Α και της Ομάδας Β δεν υπήρχε διαφορά στην ηλικία ( $49 \pm 12$  έτη έναντι  $51 \pm 13$  έτη,  $p=0.07$ ), το φύλο (51% έναντι 49%,  $p=0.08$ ) και τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ( $25.7 \pm 4.6$  kg/m<sup>2</sup> έναντι  $25.2 \pm 4.1$  kg/m<sup>2</sup>,  $p=0.11$ ). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορά στον μέσο χρόνο προπόνησης αντοχής μεταξύ της Ομάδας Α και της Ομάδας Β ( $301 \pm 304$  λεπτά έναντι  $209 \pm 268$  λεπτά,  $p < 0.001$ ) (Εικόνα 1) και στο ποσοστό των ιατρών που ακολουθούν τις Συστάσεις της ESC για εβδομαδιαία άσκηση (63.5% έναντι 47.2%,  $p < 0.001$ ). Επιπλέον, οι περισσότεροι ιατροί που χρησιμοποιούν WAT δήλωσαν ότι γνώριζαν τις Κατευθυντήριες Γραμμές της ESC για τη συνιστάμενη εβδομαδιαία άσκηση αντοχής (59% έναντι 47%,  $p < 0.001$ ) και οι περισσότεροι από αυτούς εφαρμόζουν δίαιτα για να χάσουν βάρος (36% έναντι 29%,  $p=0.04$ ). Τέλος, τα WAT χρησιμοποιούνται κυρίως από 4 βασικές ειδικότητες: Καρδιολογία (47%), Ενδοκρινολογία (44%), Χειρουργική (35%) και Εσωτερική Παθολογία (25%), με τους καρδιολόγους να αναφέρουν την υψηλότερη χρήση ( $p=0.045$ ). Συμπερασματικά: Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την ευρεία υιοθέτηση των WAT μεταξύ των ιατρών. Οι ιατροί που χρησιμοποιούν WAT παρουσίασαν αυξημένο χρόνο προπόνησης αντοχής, μεγαλύτερη γνώση των Κατευθυντήριων Γραμμών της ESC για άσκηση και υψηλότερη τάση να εφαρμόζουν δίαιτα για απώλεια βάρους σε σύγκριση με εκείνους που δεν τα χρησιμοποιούν.

#### AA152 | **Απόλυτοι Θεραπευτικοί Στόχοι για την LDL-C στους Ηλικιωμένους: Δεδομένα από το Ιατρείο "65+"**

**Δ. Αναγνώστου<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, Κ. Σπυριδάκη<sup>1</sup>, Ν. Θεοδωράκης<sup>1</sup>,  
Χ. Χήτας<sup>1</sup>, Β. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Ε. Γουρζουλίδου<sup>1</sup>, Σ. Αθηναίου<sup>1</sup>, Ι. Νέλλα<sup>1</sup>,  
Α. Σπαθάρα<sup>1</sup>, Ζ. Κόλλια<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Γ. Τριανταφύλλη<sup>1</sup>,  
Γ. Βαμβάκου<sup>1</sup>, Μ. Νικολάου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι στόχοι για την LDL χοληστερόλη (LDL-C) είναι καλά καθορισμένοι για άτομα με εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (AKN). Ωστόσο, οι στόχοι για ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς AKN είναι λιγότερο σαφείς. Στην παρούσα εργασία, εκτιμήθηκε ο επιπολασμός των ηλικιωμένων ασθενών που πληρούν θεραπευτικούς στόχους για την LDL-C και εξετάστηκαν συσχετίσεις με κλινικές και δημογραφικές παραμέτρους. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συνεχής δειγματοληψία 215 ασθενών που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο "65+". Κατόπιν πραγματοποιήθηκε λογαριθμική ανάλυση χρησιμοποιώντας τη δυαδική μεταβλητή της επίτευξης ή μη απόλυτων επιπέδων LDL-C εντός στόχου ως εξαρτώμενη μεταβλητή. Για πρωτογενή πρόληψη στους ασθενείς άνω των 70, χρησιμοποιήθηκε ο «εύλογος» στόχος LCL-C <0 mg/dL, σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες για την πρόληψη της AKN του 2021. Για τις υπόλοιπες ομάδες, οι στόχοι που χρησιμοποιήθηκαν κα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

θορίζονται με ισχυρότερες συστάσεις στις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Αποτελέσματα: Εξαιρώντας 13 ασθενείς λόγω ελλειπών δεδομένων, από συνολικά 202 ασθενείς, οι 88 (44%) ήταν άντρες και οι 114 (56%) γυναίκες με μέση ηλικία 76 έτη ( $\pm 7.5$ ). Ο στόχος για 159 ασθενείς (78,7%) ήταν η πρωτογενής πρόληψη της AKN ενώ

Πίνακας 1.

Παράμετρος	Σχετικός Λόγος (OR)	2.5% Διάστημα εμπιστοσύνης	97.5% Διάστημα εμπιστοσύνης	Τιμή σημαντικότητας (P-value)
Φύλο	0.6444	0.3159	1.2948	0.22014
Ηλικία	1.1166	1.0595	1.1822	0.0000722
Στεφανιαία νόσος	0.0844	0.0257	0.2444	0.0000146
Υπέρταση	1.9710	0.9642	4.1112	0.06545
Διαβήτης	1.5117	0.7363	3.1171	0.25968
Ενεργός καπνιστής	1.4801	0.5541	3.9024	0.43258
Συμμόρφωση (Morisky)	1.0594	0.8493	1.3338	0.61394
Τρέχουσα θεραπεία με στατίνη	0.0936	0.0371	0.2155	0.000000111

για 44 (21,3%) η δευτερογενής. Θεραπεία με στατίνη ελάμβαναν ήδη 78 ασθενείς (39%). Συνολικά 77 ασθενείς (38%) είχαν επιτύχει τους στόχους για την LDL-C. Η μεγαλύτερη ηλικία ( $OR = 1.12$ ) παρουσίασε θετική συσχέτιση με αυτό. Η παρουσία στεφανιαίας νόσου ( $\Sigma N$ ) ( $OR = 0.08$ ), και η τρέχουσα θεραπεία με στατίνη ( $OR = 0.09$ ) παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση. Οι επιδράσεις του φύλου, της παρουσίας διαβήτη, υπέρτασης, και η συμμόρφωση στην αγωγή, όπως εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Morisky, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Λιγότερο από τους μισούς ηλικιωμένους ασθενείς πληρούσαν θεραπευτικούς στόχους για την LDL-C. Για να αυξηθεί το ποσοστό αυτό, απαιτείται καλύτερος καθορισμών στόχων για πρωτογενή πρόληψη, ιδίως στους άνω των 70, και καλύτερη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για δευτερογενή πρόληψη.

### AA153 | Υπερηχογραφική αξιολόγηση με χρήση του VEXUS score σε ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση

**Ε. Τζατζάκη<sup>1</sup>, Μ. Χρονάκη<sup>1</sup>, Κ. Κολώνια<sup>1</sup>, Μ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Ελαιόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Βλαχοδημήτρης<sup>1</sup>, Γ. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Μ. Πανουτσπούλου<sup>1</sup>, Θ. Σουλελέ<sup>1</sup>, Θ. Πιτσόλης<sup>1</sup>, Κ. Κολοβού<sup>1</sup>, Σ. Δημόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο - καρδιοχειρουργική ΜΕΘ

**Εισαγωγή - σκοπός της μελέτης** Στις σύγχρονες μονάδες προτείνονται συνδυασμένοι μέθοδοι για την εκτίμηση της σπλαγχνικής συμφόρησης και διαχείρισης των ασθενών. Το VEXUS score εκτιμά τη σοβαρότητα της φλεβικής συμφόρησης μέσω εκτίμησης της κάτω κοιλίας φλέβας, του ήπατος και των νεφρών. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα δεδομένα ασθενών της καρδιοχειρουργικής μονάδας του αξιολογήθηκαν με VEXUS score. **Υλικό και Μέθοδος** Στη μελέτη συμμετείχαν 53 ασθενείς (25 γυναίκες /28 άντρες) με μέση ηλικία  $72 \pm 7$  έτη, που νοσηλεύτηκαν στην καρδιοχειρουργική μονάδα από τον Σεπτέμβριο έως τον Δεκέμβριο του 2023. Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με VEXUS score και ταξινομήθη-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

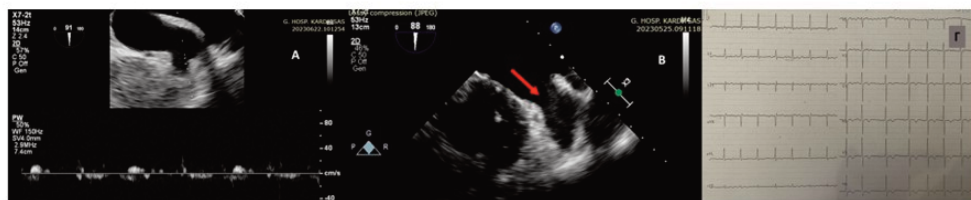
Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών ανάλογα με την κατηγορία VExUS και συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων.

	VExUS 1 (n=25)	VExUS 2 (n=14)	VExUS 3 (n=14)	p-value 1 VS 2	p-value 1 VS 3	p-value 2 VS 3
Άντρες	13 (52%)	6 (42.9%)	9 (64.3%)	0.521	0.521	0.521
Γυναίκες	12 (48%)	8 (57.1%)	5 (35.7%)			
Ηλικία	69.1±7.4	74.9±5.9	74.2±4.8	0.027	0.055	0.962
Χρόνος μηχανικού αερισμού (h)	17±12.2	17.1±9.5	19.1±18.6	1	0.889	0.920
Κεντρική φλεβική πίεση (mmHg)	12.2±3	12.8±3.6	14.4±3.3	0.861	0.129	0.389
Συστολική πίεση δεξιάς κοιλίας (mmHg)	35.6±7.7	40.6±10.1	40.7±5.3	0.375	0.391	1
Διάμετρος κάτω κοιλίας φλέβας (mm)	20±2.1	21.8±2.8	22.3±1.7	0.051	0.009	0.823
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.44±0.41	1.39±0.43	1.45±0.57	0.934	0.999	0.938

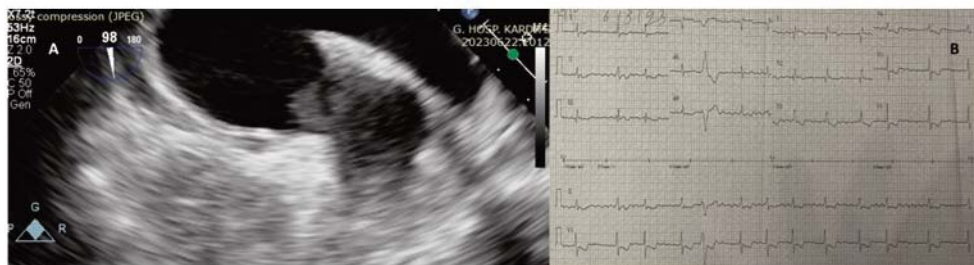
καν σε τρεις ομάδες ανάλογα με τον βαθμό σπλαγγχνικής συμφόρησης. Σε κάθε ομάδα ακολούθησε πλήρης καταγραφή του ιστορικού, του χρόνου εξωσωματικής κυκλοφορίας, του χρόνου παραμονής στον μηχανικό αερισμό και της νεφρικής λειτουργίας όπως αυτή εκτιμάται από τα επίπεδα της κρεατινίνης. Αποτελέσματα Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το VEXUS score, η πρώτη ομάδα περιελάμβανε 25 ασθενείς, η δεύτερη ομάδα 14 ασθενείς και η τρίτη ομάδα 14 ασθενείς. Τα αποτελέσματα από τις μετρήσεις των διαφόρων μεταβλητών για κάθε ομάδα, όπως επίσης και οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων φαίνονται στον Πίνακα 1. Οι ασθενείς με VEXUS score 1 έχουν μικρότερη διάμετρο κάτω κοιλίας φλέβας σε σχέση με τους ασθενείς με VEXUS score 3 (20 vs 22.3 mm,  $p=0.009$ ), ενώ η διαφορά με τους ασθενείς με VEXUS score 2 είναι στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας (20 vs 21.8 mm,  $p=0.051$ ). Οι ασθενείς με υψηλό vexus score, ανεξάρτητα από τη διάμετρο της κάτω κοιλίας φλέβας και την τιμή της κεντρικής φλεβικής πίεσης, τέθηκαν σε ενδοφλέβια διουρητική αγωγή με στόχο αρνητικό ισοζύγιο. Συμπέρασμα Το VEXUS score περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Beaubien -Soulligny et al. 2020 σε μία post-hoc ανάλυση που συσχέτισε υπερηχογραφικές παραμέτρους με το κίνδυνο ανάπτυξης οξείας νεφρικής βλάβης σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς. Το πρωτόκολλο στηρίζεται στην αξιολόγηση τεσσάρων βασικών παραμέτρων, της διαμέτρου της κάτω κοιλίας φλέβας, των ηπατικών φλεβών, της πυλαίας φλέβας και των νεφρικών φλεβών. Το vexus score στοχεύει σε μία πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της σπλαγγχνικής συμφόρησης, που οδηγεί σε πιο αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών στις καρδιοχειρουργικές μονάδες.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA154 | Περιστατικά με θρόμβο εν τω γεννάσθαι στο ωτίο του αριστερού κόλπου υπό NOACs****Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>,  
Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Μ. Καρακώστα<sup>2</sup>, Α. Καλέση<sup>2</sup>, Ν. Κάσινος<sup>2</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>,  
Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η παρουσία θρόμβου στον αριστερό κόλπο και στο ωτίο του, παρά την βέλτιστη αντιπηκτική αγωγή, μπορεί να ανιχνευθεί με τη βοήθεια διοισοφαγίου υπερηχογραφίας (ΤΟΕ) σε περίπου 3% των ασθενών που λαμβάνουν μη-ανταγωνιστές βιταμίνης Κ. Ωστόσο δεν έχει παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό εμφάνιση θρόμβου μεταξύ ριβαροξαμπάνης, απιξαμπάνης και νταμπιγκαντράνης. Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του είναι το CHA2DS2-VASc score > και η παχυσαρκία. Υλικά/ Μέθοδος: Παρουσιάζονται 3 περιστατικά της κλινικής μας με ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) υπό 3 διαφορετικά νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά με ανεύρεση θρόμβου εν τω γεννάσθαι στο ωτίο αριστερού κόλπου. Αποτελέσματα: Το πρώτο περιστατικό αφορά σε άντρα 71 ετών, με ιστορικό αγνώστου ενάρξεως ΚΜ υπό ριβαροξαμπάνη των 20 mg από μηνός, ο οποίος προσήλθε προγραμματισμένα για συγχρονισμένη ηλεκτρική καρδιομετατροπή. Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε άντρα 52 ετών, με ατομικό αναμνηστικό παροξυσμικής ΚΜ υπό νταμπιγκαντράνη των 150 mg και διατακτικού τύπου μυοκαρδιοπάθειας σε έδαφος παρελθούσας μυοκαρδίτιδας, ο οποίος νοσηλεύθηκε στην κλινική μας λόγω ΚΜ αγνώστου ενάρξεως και απορρόθμισης καρδιακής ανεπάρκειας. Το τελευταίο περιστατικό αφορά σε γυναίκα 71 ετών, με ατομικό ιστορικό χρόνιας ΚΜ υπό απιξαμπάνη



**Εικόνα 1:** 1<sup>ο</sup> περιστατικό. Α. Χαμηλές ταχύτητες εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου Β. Θρόμβος εν τω γεννάσθαι (βέλος) σε ΤΟΕ Γ. ΗΚΓ: ΚΜ



**Εικόνα 2:** 2<sup>ο</sup> περιστατικό. Α. Θρόμβος εν τω γεννάσθαι (βέλος) σε ΤΟΕ Β. ΗΚΓ: ΚΜ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

των 5 mg, δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης, η οποία νοσηλεύτηκε στην κλινική μας για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και υποβλήθηκε σε TOE για εκτίμηση μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Και στις τρεις περιπτώσεις αναδείχθηκε στο TOE η παρουσία θρόμβου εν τω γεννάσθαι εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου με χαμηλές ταχύτητες κίνησης. Συμπεράσματα: Αν και πολλοί παράγοντες κινδύνου θρομβοεμβολής είναι καλά καθορισμένοι, ο σχηματισμός θρόμβου ή αυτόματης ηχοαντίθεσης στον αριστερό κόλπο παραμένει αινιγματικός και προκαλεί σύγχυση. Ο αποκλεισμός του θρόμβου είναι εξαιρετικά σημαντικός όσον αφορά στην προγραμματισμένη ανάταξη φλεβοκομβικού ρυθμού. Τα δεδομένα σχετικά με τη διενέργεια TOE πριν από την καρδιομετατροπή είναι ασαφή, με την επιστημονική κοινότητα να προσανατολίζεται στη σύσταση για TOE στην ομάδα υψηλού θρομβωτικού κινδύνου ανεξάρτητα της λήψης αντιπηκτικής θεραπείας προκειμένου να μειωθούν τα καρδιοεμβολικά συμβάματα.

#### AA155 | **Εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με συμπτώματα μακροχρόνιου COVID-19**

**Α. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ε. Παπαθεοδώρου<sup>1</sup>, Ο. Κολτσιδά<sup>2</sup>, Κ. Τσιάκος<sup>2</sup>,  
Σ. Σβεντζούρη<sup>3</sup>, Σ. Θωμοπούλου<sup>4</sup>, Π. Γεωργιάδου<sup>5</sup>, Ε. Νύκταρη<sup>6</sup>,  
Μ. Κουτελού<sup>7</sup>, Α. Δρίτσας<sup>4</sup>, Μ. Ευφραιμίδης<sup>8</sup>, Α. Ράπτη<sup>2</sup>, Α. Αναστασάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ, 2Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ,

<sup>3</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ,

<sup>4</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ,

<sup>5</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ,

<sup>6</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ,

<sup>7</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,

<sup>8</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

**Εισαγωγή/ Σκοπός** Ενδείξεις μυοκαρδιακής βλάβης, όπως αυξημένα επίπεδα τροπονίνη και παθολογικά ευρήματα στην μαγνητική τομογραφία καρδιάς (όπως μυοκαρδιακό οίδημα και ίνωση) εμφανίζονται σε 20-60% των ασθενών μετά τη νόσηση με COVID-19, ενώ 5-10% των ασθενών με μακροχρόνιο COVID αναφέρει καρδιολογικά συμπτώματα. Επιπλέον, καρδιολογικές επιπλοκές ανευρίσκονται κατά τη νεκροτομή σε >% των θανόντων από SARS-CoV-2. Εντούτοις, οι μακροχρόνιες επιπτώσεις του COVID-19 στην καρδιά δεν έχουν σαφώς διευκρινιστεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εκτενής καρδιολογικός έλεγχος ασθενών που αναφέρουν συμπτώματα μακροχρόνιου COVID, 3 μήνες μετά από εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη και ο εντοπισμός πιθανής καρδιολογικής συμμετοχής. Μέθοδος Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης με πρωτογενές καταληκτικό σημείο τον εντοπισμό καρδιακής παθολογίας σε ασθενείς με συμπτώματα μακροχρόνιου COVID 3 μήνες μετά την οξεία νόσηση. Ο έλεγχος των ασθενών περιέλαβε εργαστηριακές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα, καρδιοαναπνευστική κόπωση, holter ρυθμού



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

24ωρου και μαγνητική τομογραφία καρδιάς, ενώ εντάχθηκαν ασθενείς που είχαν είτε νοσηλευτεί είτε όχι. Ασθενείς με προ-υπάρχουσες καρδιακές παθήσεις αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Αποτελέσματα Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 54 ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί με πνευμονία από SARS-CoV-2 (διάρκεια νοσηλείας 11.6±4.3 ημέρες, 28% με σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας) και 30 ασθενείς που δεν έχρηζαν νοσηλείας. Η μέση ηλικία ήταν 53.6±5.6 έτη, 70% ήταν άρρενες και 28% καπνιστές. Σε 22% των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί ανευρέθηκε καρδιακή ανεπάρκεια, έναντι 20% των μη νοσηλευθέντων, ενώ αρρυθμίες παρουσίασαν το 17% των νοσηλευθέντων έναντι του 27% των μη νοσηλευθέντων ασθενών. Μη ισχαιμικό τύπου ίνωση

εντοπίστηκε στη μαγνητική καρδιάς σε 61% των νοσηλευθέντων έναντι 54.5% των μη. Το συχνότερο πρότυπο ήταν υποεπικαρδιακή ίνωση στο κατώτερο και κατωτεροπλάγιο τοίχωμα. Συνολικά, σε 54% των νοσηλευθέντων ασθενών έναντι 60% των μη, εντοπίστηκε καρδιολογική παθολογία 3 μήνες μετά την οξεία νόσηση με COVID-19. Τα κυριότερα καταληκτικά σημεία παρουσιάζονται στον Πίνακα. Συμπεράσματα Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς που εμφανίζονται με συμπτώματα μακροχρόνιου COVID-19 3 μήνες μετά την οξεία νόσηση, ανεξάρτητα από τον αν χρειάστηκε αρχικά να νοσηλευτούν, ανευρίσκονται κλινικές ή παρακλινικές ενδείξεις καρδιακής παθολογίας.

**Πίνακας.** Κυριότερα καταληκτικά σημεία μελέτης εκτίμησης της καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς (νοσηλευθέντες και μη κατά την οξεία φάση) με συμπτώματα μακροχρόνιου COVID-19.

	Σύνολο ασθενών N=84	Νοσηλευθέντες ασθενείς N=54	Μη νοσηλευθέντες ασθενείς N=30
<b>Συμπτώματα</b>			
Δύσπνοια	46 (55)	36 (67)	10 (33)
Κόπωση	41(49)	33 (61)	8 (27)
Αίσθημα παλμών	30 (36)	19 (35)	11 (37)
Στηθάση	19 (23)	15 (28)	4 (13)
ΗΚΓ αλλοιώσεις	36 (43)	23 (43)	13 (43)
<b>Καρδιακή ανεπάρκεια</b>	18 (21)	12 (22)	6 (20)
Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξόθωσης	2 (2)	1 (2)	1 (3)
Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια με ηπίας μειωμένο κλάσμα εξόθωσης	4 (5)	2 (4)	2 (7)
Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξόθωσης	10 (12)	8 (15)	2 (7)
Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια	2 (2)	1 (2)	1 (3)
<b>Μυοκαρδιοπάθεια</b>	7 (8)	3 (6)	4 (13)
<b>MINOCA</b>	2 (2)	1 (2)	1 (3)
<b>Αρρυθμίες</b>	17 (20)	9 (17)	8 (27)
<b>Μη ελεγχόμενη αρτηριακή υπέρταση</b>	1 (1)	1 (2)	0 (0)
<b>Μη ισχαιμικό πρότυπο ίνωσης (n=40)</b>	23 (58)	11 (61)	12 (55)
<5%	16 (40)	8 (44)	8 (36)
5-10%	3 (8)	2 (11)	1 (5)
>10%	4 (10)	1 (6)	3 (14)
<b>Ισχαιμικό</b>	1 (1)	0 (0)	1 (2)
<b>Στατικό</b>	9 (23)	5 (28)	4 (18)
<b>Δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής κόπωσης</b>	60 (71)	36 (67)	24 (80)
Peak VO <sub>2</sub> (ml/kg/min)	88.1 ± 9.8	91.2 ± 7.9	84.9 ± 11.6
Peak VO <sub>2</sub> <80% του προβλεπόμενου	16 (19)	9 (17)	7 (23)
Peak VO <sub>2</sub> <70% του προβλεπόμενου	4 (5)	2 (4)	2 (7)
VE/VCO <sub>2</sub>	31.1 ± 2.6	31.6 ± 2.5	30.6 ± 4.8
VE/VCO <sub>2</sub> ≥35	13 (15)	8 (23)	5 (17)
Peak VO <sub>2</sub> <80% or VE/VCO <sub>2</sub> ≥35	27 (32)	17 (31)	10 (33)

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ή n (%).

ΗΚΓ: ηλεκτροκαρδιογράφημα; MINOCA: myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries/έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών; VE: ventilation/απαιτούμενος όγκος αέρα; VCO<sub>2</sub>: carbon dioxide production/αποβολή διοξειδίου του άνθρακα; VO<sub>2</sub>: oxygen consumption/κατανάλωση οξυγόνου.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

AA156 | **Παράλληλη βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας με την απώλεια βάρους μετά από ενίσχυση της αντιδιαβητικής αγωγής με νεώτερους παράγοντες σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2**  
**Π. Σταμπούλογλου<sup>1</sup>, Ε. Μπλέτσα<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Ο. Κατσαρού<sup>1</sup>, Β. Τσίγκου<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>2</sup>, Ε. Κόρακας<sup>2</sup>, Β. Λαμπαδιάρη<sup>2</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>3</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>4</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>4</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσοç<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

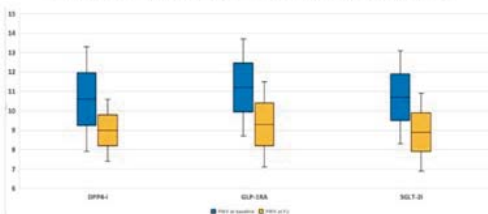
<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

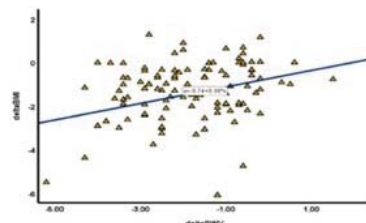
<sup>4</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Υπάρχουσα γνώση: Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη για την εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης αρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), ενώ η διαχείριση του βάρους παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του γλυκαιμικού ελέγχου και στην πρόληψη των επιπλοκών σε αυτούς τους ασθενείς. Σκοπός: Η διερεύνηση των ενδεχόμενων επιδράσεων των νεώτερων αντιδιαβητικών παραγόντων στην αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με ΣΔτ2 καθώς και των πιθανών συσχετίσεων με τη μεταβολική κατάστασή του βάσει του σωματικού βάρους πριν αλλά και 3 μήνες μετά την εντατικοποίηση της θεραπείας. Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν 118 διαδοχικοί ασθενείς υπό σταθερή αντιδιαβητική αγωγή. Υπό τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού έγινε προσθήκη στο αντιδιαβητικό σχήμα τους ενός ενόσιου παράγοντα: είτε αναστολέα DPP-4i (n=19), είτε GLP-1 αγωνιστή (n=50) ή SGLT-2 αναστολέα (n=49). Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) καθώς και η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) ως βιοδείκτης της ακαμψίας των αρτηριών μετρήθηκαν τόσο στην αρχή όσο και 3 μήνες μετά την εντατικοποίηση της θεραπείας. Αποτελέσματα: Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων της μελέτης όσον αφορά το φύλο, την ηλικία και άλλους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου ή τις τιμές του PWV και του ΔΜΣ κατά την έναρξή τους (p=NS για όλα). Ωστόσο μετά από 3 μήνες όλες οι ομάδες πέτυχαν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο όσον αφορά τις τιμές της γλυκοζηλωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν οι εξής μεταβολές των τιμών: από  $7.4 \pm 1.2\%$  σε  $7.4 \pm 1.2\%$  στην ομάδα των DPP4 αναστολέων (p<0.001 για όλα), από  $8.6 \pm 0.7\%$  σε  $6.7 \pm 0.8\%$

Σχήμα 1: Διαφορές στις τιμές του PWV σε ασθενείς με ΣΔτ2 μετά από 3 μήνες εντατικοποίησης της αγωγής με τους νεώτερους αντιδιαβητικούς παράγοντες



Σχήμα 2: Θετική συσχέτιση μεταξύ της διαφοράς της μεταβολής των τιμών του PWV και του BMI από την αρχική εκτίμηση μέχρι την επανεκτίμηση έπειτα από 3 μήνες



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

στην ομάδα των GLP-1 αγωνιστών ( $p=0.07$ ) και από  $7.7\pm 1.1\%$  σε  $6.7\pm 0.7\%$  στην ομάδα των SGLT-2 αναστολέων ( $p<0.001$ ). όσον αφορά το δείκτη του PWV μειώθηκε από  $10.6\pm 2.7$  σε  $9.0\pm 1.6$  m/sec ( $p=0.001$ ) στην ομάδα των DPP-4 αναστολέων, από  $11.2\pm 2.5$  σε  $9.3\pm 2.2$  m/sec ( $p<0.001$ ) στην ομάδα των GLP-1 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. Όσον αφορά τον ΔΜΣ, παρατηρήθηκε επίσης μείωση των τιμών μεταξύ των ομάδων από την αρχή έως την παρακολούθηση: από  $27.4\pm 5.3$  σε  $26.1\pm 5.0$  kg/m<sup>2</sup> για την ομάδα των DPP-4 αναστολέων, από  $33.6\pm 4.9$  σε  $31.5\pm 4.6$  kg/m<sup>2</sup> για την ομάδα των GLP-1R αγωνιστών και από  $31.8\pm 5.5$  σε  $30.5\pm 5.6$  kg/m<sup>2</sup> για την ομάδα των SGLT-2 αναστολέων ( $p<0.001$  για όλα). Επιπλέον, στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης των τιμών του PWV και του ΔΜΣ μετά από 3 μήνες από την έναρξη της θεραπείας ( $\rho=0.247$ ,  $p=0.007$ ) (Σχήμα 2). Συμπέρασμα: Η εντατικοποίηση της θεραπείας του διαβήτη με GLP-1 αγωνιστές, SGLT-2 αναστολείς ή DPP-4 αναστολείς βελτίωσε την αρτηριακή σκληρία, όπως εκτιμήθηκε μέσω του PWV αλλά και μείωσε το ΔΜΣ, ενώ υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ βελτίωσης που παρατηρήθηκε τόσο στην κατάσταση του σωματικού βάρους όσο και στο PWV.

**AA157 | Καρδιολογική εξέταση αθλητών σε μη ιατρικό περιβάλλον και η εμπειρία του προγράμματος Cardiac Risk in the Young (CRY)****Δ. Γιαννόγλου<sup>1</sup>, Ι. Μπικάκης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> 424 ΓΣΝΕ<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η διερεύνηση της σημασίας να γίνεται προληπτικός καρδιολογικός έλεγχος αθλητών σε οποιοδήποτε βολικό μέρος, χωρίς να είναι αυτό απαραίτητα χώρος ιατρείου ή νοσοκομείου. Υλικό/Μέθοδος: Το πρόγραμμα Cardiac Risk in the Young (CRY) που λειτουργεί στη Μεγάλη Βρετανία σχεδόν 20 χρόνια, έχει εξετάσει 286.000 νέους από 14 μέχρι 35 ετών, σε χώρους από σχολεία μέχρι πολιτιστικά κέντρα. Χρησιμοποιώντας ένα έμπειρο επιτελείο ιατρών, νοσηλευτών, τεχνικών και διοικητικών, το CRY ελέγχει τους νέους με τη βοήθεια του ιστορικού, του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και, αν χρειαστεί, του υπερήχου καρδιάς. Αποτελέσματα: Το πρόγραμμα έχει καταφέρει να αποκαλύψει πληθώρα καρδιακών παθήσεων δυνητικά επικίνδυνων για τη ζωή, και να μειώσει στο ελάχιστο τους θανάτους κατά τη διάρκεια της άθλησης. Στην Ελλάδα, ο αντίστοιχος καρδιολογικός έλεγχος που έχει γίνει υποχρεωτικός, περιλαμβάνει επιπλέον κλινική εξέταση (ακρόαση) και μπορεί να σταθεί άνετα σε παρόμοιους χώρους Συμπεράσματα: Ο χώρος όπου γίνεται η εξέταση-προληπτικός έλεγχος των νέων και των αθλητών δεν χρειάζεται να αποτελεί εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο. Μπορεί να στελεχωθεί από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να επιτευχθεί άριστο αποτέλεσμα με ασφάλεια και σεβασμό προς τον εξεταζόμενο.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA158 | ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ****Α. Καρκαμάνης<sup>1</sup>, Γ. Μπούρας<sup>1</sup>, Δ. Τσουνής<sup>1</sup>, Α. Ιωαννίδης<sup>2</sup>, Ν. Παπαιωάννου<sup>3</sup>, Φ. Σκουφής<sup>1</sup>, Α. Παπαναστασίου<sup>1</sup>, Σ. Παπαιωάννου<sup>4</sup>, Δ. Καλπάκος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑΣ,<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>4</sup> Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΚΟΠΟΣ Ο Σακχαρώδης Διαβήτης και η Αρτηριακή Υπέρταση αποτελούν δύο από τις συνηθέστερες παθήσεις που συνδέονται με την παχυσαρκία, την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Η παχυσαρκία είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας κινδύνου για την αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του προδιαβήτη. Ο στόχος μας ήταν να μελετηθεί η αντίσταση στην ινσουλίνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 120 παχύσαρκοι ( $\Delta\text{M}\Sigma > 30$ , 57% άνδρες), χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), εξωτερικοί ασθενείς και μελετήθηκαν συγκριτικά με 80 παχύσαρκους, υπερτασικούς ασθενείς ( $\Delta\text{M}\Sigma > 30$ , 56% άνδρες), χωρίς ΣΔ. Ως δείκτης αντίστασης στην ινσουλίνη χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης IR-HOMA (Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance Index). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Οι υπερτασικοί και παχύσαρκοι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική αύξηση του δείκτη IR-HOMA (5,17 έναντι 3,2 με  $p=0,022$ ), καθώς και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας, ινσουλίνης και HBA1c, σε αντίθεση με τους παχύσαρκους νορμοτασικούς ασθενείς. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η υπέρταση σε παχύσαρκους ασθενείς ενδέχεται να αποτελεί ακόμη έναν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση ΣΔ.

**AA159 | Καταγραφή του επιπέδου εγγραματοσύνης υγείας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις και τους φροντιστές τους στην Ελλάδα στα πλαίσια προγράμματος εκπαίδευσης ασθενών****Κ. Μπακογιάννης<sup>1</sup>, Χ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Θεοφιλογιαννάκος<sup>1</sup>, Α. Αντωνιάδης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Μητσιάδης<sup>1</sup>, Σ. Τζήκας<sup>1</sup>, Ε. Παγκουρέλιας<sup>1</sup>, Δ. Ντέλιος<sup>1</sup>, Μ. Μαυρουδή<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Ι. Αλευρούδης<sup>1</sup>, Ε. Στρατή<sup>1</sup>, Β. Βασιλικός<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (ΚΑΠ) αποτελούν κύρια αιτία θνητότητας παγκοσμίως. Η βελτίωση της εγγραματοσύνης υγείας (ΕΥ) συνδέεται με καλύτερη διαχείριση των παθήσεων και ευεργετικά αποτελέσματα για τη δημόσια υγεία. Το CardioSchool είναι ένα καινοτόμο πρόγραμμα που αποσκοπεί στην ενίσχυση της κατανόησης των ασθενών και των φροντιστών τους γύρω από τις ΚΑΠ, τη σημασία της πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

θεραπευτικής διαχείρισης. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση των επιπέδων ΕΥ σε ασθενείς με ΚΑΠ και φροντιστές τους, παρέχοντας πληροφορίες για τη βελτίωση του σχεδιασμού του προγράμματος CardioSchool. Υλικό και Μέθοδοι Η ΕΥ αξιολογήθηκε ανώνυμα στους συμμετέχοντες του CardioSchool χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο Εγγραματοσύνης Υγείας HLS-EU-Q16. Το ερωτηματολόγιο αυτό διακρίνει τρεις τομείς ΕΥ (υγειονομική φροντίδα, πρόληψη νόσων, προαγωγή υγείας) και τέσσερις υποκατηγορίες διαχείρισης πληροφοριών (πρόσβαση, κατανόηση, αξιολόγηση, εφαρμογή). Μελετήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των υποκατηγοριών της ΕΥ και των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων χρησιμοποιώντας τον συντελεστή βαθμίδας Spearman ( $p \leq 0.05$ ). Αποτελέσματα Στην ανάλυση περιλήφθηκαν 42 ερωτηθέντες (32 ασθενείς με ΚΑΠ και 10 φροντιστές). Το 68% των συμμετεχόντων (μέση ηλικία  $64.7 \pm 10.4$  έτη, 65% άνδρες) είχε στεφανιαία νόσο, 30% καρδιακή ανεπάρκεια και 48% κολπική μαρμαρυγή, ενώ το 70% ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν. Το 72% των ερωτηθέντων αξιολογήθηκε με επαρκή ΕΥ. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής αξιολόγησης της ΕΥ και των τομέων και υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου ( $p < 0.05$ ). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ΕΥ και χαρακτηριστικών όπως ηλικία και φύλο. Το αυξημένο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με καλύτερες απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και την αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία ( $p < 0.05$ ). Συμπέρασμα Τα προκαταρκτικά ευρήματα δείχνουν αποδεκτά επίπεδα ΕΥ στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, η εθελοντική συμμετοχή, ο περιορισμένος αριθμός δείγματος και το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν περιορισμούς της μελέτης. Η αρχική ανάλυση υπογραμμίζει την ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού προγραμμάτων όπως το CardioSchool, με συμπερίληψη διαφόρων κοινωνικών ομάδων, για αποτελεσματική ενίσχυση της ΕΥ σε καρδιαγγειακούς ασθενείς και τους φροντιστές τους.

**Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση & Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομα II**

Πρόεδροι: **I. Καραντουμάνης** (Εδεσσα), **Δ. Λεμπιδάκης** (Ηράκλειο)

Chairpersons: **I. Karantoumanis** (Edessa), **D. Lempidakis** (Heraklion)

**AA160 | ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Φ. Κ. Σταμάτης<sup>1</sup>, Ε. Δ. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Καρούσος<sup>1</sup>,**

**Α. Παπανικολοπούλου<sup>1</sup>, Β. Αντωνογιαννάκη<sup>1</sup>, Σ. Μ. Κυβέλου<sup>1</sup>,**

**Κ. Συρίγος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός** Η σύγχρονη αντινεοπλασματική αγωγή ενώ αυξάνει την επιβίωση των ογκολογικών ασθενών συσχετίζεται με ικανά ποσοστά καρδιοτοξικότητας. Η επίπτωση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων σε αυτούς τους ασθενείς δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Πραγματοποιήσαμε αναδρομική μελέτη για να προσδιορίσουμε τη συχνότητα εμφάνισης των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων καθώς και την παροχή επεμβατικής θεραπείας, με

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

εκτίμηση της καρδιαγγειακής θνητότητας σε ασθενείς με καρκίνο και έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI), χωρίς ανάσπαση ST (NSTEMI) και ασταθή στηθάγχη (UA) Μέθοδοι Συλλέξαμε δεδομένα από τα ιατρικά αρχεία και το ηλεκτρονικό σύστημα πληροφοριών του νοσοκομείου Σωτηρία σχετικά με όλες τις παραπομπές ογκολογικών ασθενών για οξεία στεφανιαία σύνδρομα που πραγματοποιήθηκαν τον Δεκέμβριο του 2010, 2015 και 2023 και συγκρίναμε τα στοιχεία. Αποτελέσματα Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα στους ογκολογικούς ασθενείς αποτελούν συχνή νοσολογική έκφραση και βαίνουν συνεχώς αυξανόμενα σε ορίζοντα 13 ετών. (3,4%, 7,2 % και 10,6 % -  $p=0,015$ ). Οι ασθενείς είχαν λάβει θεραπεία με 5-φθοριουρακίλη (40%) παράγωγα πλατινίας (26%), μπερβασιζουμάμητη (30%), ανοσοθεραπεία (4%) και ακτινοθεραπεία (10%) Όταν ελήφθησαν υπ' όψιν οι ασθενείς με STEMI, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού αυτών των ασθενών (1,8% vs 3,3% vs 8,7%;  $p<0,001$ ) με τάση μείωσης του αριθμού των ασθενών με NSTEMI (17,8%, 16,3% και 15,8 %;  $p= 0,324$ ) και των ασθενών με ασταθή στηθάγχη (15,2%, 14,9% και 13,2%;  $p= 0,54$ ). Η διαδερμική επεμβατική θεραπεία αυξήθηκε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου (7,5 έναντι 22,8 έναντι 57,8%,  $p<0,01$ ), ενώ η χρήση ισοτρούπων παρουσίασε μη σημαντική αύξηση (6,8% έναντι 7,7% έναντι 7,8%,  $p= 0,36$ ). Ωστόσο, η διάρκεια παραμονής στη Μονάδα Εμφραγμάτων μειώθηκε σημαντικά (60 h vs 45h vs 20h;  $p= <0,001$ ), καθώς και η καρδιαγγειακή θνησιμότητα (13,6% vs 7,2 % vs 1,5 %;  $p= <0,001$ ). Συμπεράσμα Διαχρονικά, παρατηρείται σημαντική αύξηση του αριθμού των ογκολογικών ασθενών με STEMI καθώς και αύξηση των στεφανιαίων επεμβάσεων, γεγονός που υποδηλώνει αυξανόμενη καρδιοτοξικότητα της ογκολογικής θεραπείας. Αντιθέτως η καρδιαγγειακή θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά αναδεικνύοντας την καλύτερη προσφορά και έκβαση της επεμβατικής θεραπείας στον πληθυσμό αυτό.

**AA161 | STEMI Κατωτέρου Τοιχώματος: Τα φαινόμενα καμιά φορά απατούν... Χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotablation) μέσα από DES κατά την πρωτογενή αγγειοπλαστική σε απροσπέλαστη βλάβη στα μπαλόνια με τη βοήθεια καθετήρα προέκτασης**  
**Φ. Τουλγαρίδης<sup>1</sup>, Σ. Τζώρτζης<sup>1</sup>, Κ. Σάσσαλος<sup>1</sup>, Ν. Καρανικόλας<sup>1</sup>,  
 Ι. Καντζής<sup>1</sup>, Θ. Ρούτουλας<sup>1</sup>, Ι. Ανδρέου<sup>1</sup>, Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>,  
 Ν. Καβουκίδης<sup>1</sup>, Δ. Καραγεώργου<sup>1</sup>, Ν. Τσιάμης<sup>1</sup>, Ι. Μαυρογένης<sup>1</sup>,  
 Γ. Τριάντης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Είναι ευρέως γνωστό ότι κατά τη διενέργεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής (pPCI) ακολουθείται η στρατηγική που οδηγεί στη συντομότερη επαναγγείωση της ένοχης βλάβης διαδερμικά, καθώς μειώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο η απώλεια μυοκαρδιακής μάζας, επηρεάζοντας σημαντικά την πρόγνωση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτό επιτυγχάνεται μετά από επιτυχή έκπτυξη των απαραίτητων ενδοπροθέσεων 3ης γενιάς (DES) ώστε να αποκατασταθεί ροή TIMI III στην περιφέρεια του αγγείου-στόχου ακολουθώντας απλές τεχνικές. Σπάνια ωστόσο, είναι υποχρεωτική η χρησιμοποίηση πιο πολύπλοκων τεχνικών και υλικών αγγειοπλαστικής κατά τη διάρκεια της pPCI. Υλικό και μέ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

θοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό άνδρα ασθενή 65 ετών, με STEMI κατωτέρου τοιχώματος στην οποία ακολουθήθηκε διακεκρικδική προσπέλαση και εισόδος οδηγού καθετήρα JR-4 (6F) στην Δεξιά Στεφανιαία Αρτηρία (RCA), η οποία ήταν το ένοχο αγγείο. Προηγουμένως δεν είχαν αναδειχθεί σοβαρές στενώσεις στο αριστερό στεφανιαίο δίκτυο. Μετά την επιτυχή έλευση του οδηγού σύρματος στην περιφέρεια της RCA, ανεδείχθη ολική θρομβωτική απόφραξη στην εγγύτητα της (RCA) και δεύτερη σοβαρή, προϋπάρχουσα στένωση στη συμβολή μέσου/άπω τμήματος. Αποτελέσματα: Μετά την προδιαστολή με μπαλόνι της εγγύς βλάβης, υπήρχε δυσκολία στην προώθηση μπαλονιών ακόμα και των μικρότερων διαμετρημάτων στη βλάβη της περιφέρειας. Έγιναν διαδοχικές προσπάθειες, αλλά η βλάβη ήταν μη προσπελάσιμη από μπαλόνι (balloon uncrossable). Στην ανωτέρω δυσκολία προστέθηκε και ο μη εκλεκτικός καθετηριασμός του στομίου λόγω έκτοπης έκφυσης της RCA, που οδηγούσε συχνά σε απώλεια της θέσης του σύρματος. Διεπεμβατικά αποφασίστηκε η rPCI στην ένοχη βλάβη εγγύς και η χρήση καθετήρα προέκτασης (guide extension) για την ενίσχυση της υποστήριξης. Κρίθηκε αναγκαίο να γίνει στην ίδια συνεδρία προετοιμασία της balloon uncrossable βλάβης περιφερικά. Μέσω του guide extension έγινε προώθηση σύρματος περιτροφικής αθηρεκτομής στην περιφέρεια και τελικώς επιτυχής προετοιμασία της επασβεστωμένης βλάβης- σεβόμενη τα struts του εγγύς DES- με 4 ελεύσεις του rotablation και εναπόθεση ενός DES με άριστο τελικό αποτέλεσμα. Συμπεράσματα: Η επαναγγείωση της ένοχης αρτηρίας σε περιπτώσεις STEMI πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Όταν επιλέγεται η διαδερμική οδός, συνηθέστερα περιλαμβάνει τη χρήση μεθόδων που δεν χρησιμοποιούνται σε σύμπλοκες αγγειοπλαστικές. Σε κάποια περιστατικά ωστόσο είναι αναγκαίο να ακολουθηθούν πιο σύμπλοκες τεχνικές σε βλάβες που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη προσέγγιση, ενίοτε απαιτώντας τη περιστροφική αθηρεκτομή κατά την πρωτογενή αγγειοπλαστική.

**AA162 | Σύμπλοκες βλάβες στο αιμοδυναμικό εργαστήριο: Χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotational Atherectomy/Rotablation) μέσα από ιατρογενή διαχωρισμό σε balloon uncrossable βλάβη του LAD**  
**Φ. Τουλγαρίδης<sup>1</sup>, Κ. Σάσσαλος<sup>1</sup>, Θ. Ρούτουλας<sup>1</sup>, Ν. Καρανικόλας<sup>1</sup>,  
Ι. Καντζής<sup>1</sup>, Σ. Τζώρτζης<sup>1</sup>, Ι. Ανδρέου<sup>1</sup>, Γ. Τριάντης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Με την εξέλιξη των τεχνικών και των διαθέσιμων μέσων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, επιτυγχάνεται η επαναϊμάτωση σε ιδιαίτερα σύμπλοκες βλάβες των επικαρδιακών στεφανιαίων αγγείων. Βασικό ρόλο, ειδικά στις επασβεστωμένες βλάβες-που δεν επιτρέπουν τη διέλευση υλικών όπως τα μπαλόνια (balloon uncrossable lesions)-διαδραματίζει εδώ και χρόνια η περιστροφική αθηρεκτομή (rotational atherectomy/rotablation). Ένας δυνητικός κίνδυνος, όταν ακολουθούμε την ανωτέρω τεχνική, είναι ο διαχωρισμός του αγγείου στο επίπεδο της σοβαρής στένωσης, ιδίως αν συνυπάρχει ελίκωση, γεγονός που μπορεί να περιπλέξει την επεμβατική διαχείριση του περιστατικού. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζεται άρρεν ασθενής 77 ετών, που προσήλθε για προγραμματισμένη διαδερμική επαναγγείωση του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LAD) με rotablation στο εγγύς και μέσο τμήμα, λόγω επασβεστωμένης βλάβης-απροσπέλαστης σε όλα τα μπαλόνια. Μετά την επι-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

τυχή προώθηση του ειδικού οδηγού σύρματος περιστροφικής αθηρεκτομής στην περιφέρεια του LAD, έγιναν 2 αρχικές διελεύσεις (polishing rounds) της ελαίας (burr). Κατά την αγγειογραφική εκτίμηση του αποτελέσματος, διαπιστώθηκε ευμεγέθης επιμήκης διαχωρισμός στο σημείο της σοβαρή στένωσης, που επηρέαζε την περιφερική ροή του LAD. Αποτελέσματα: Αποφασίστηκε η ad Hoc αγγειοπλαστική (PCI) στον LAD, δεδομένου ότι το σύρμα ήταν στην περιφέρεια του LAD και στην περιοχή του διαχωρισμού ο αυλός του αγγείου συνέχιζε να μην επιτρέπει την έλευση αναγκαίων υλικών αγγειοπλαστικής. Στοχεύοντας στην αποκατάσταση ροής TIMI III στην περιφέρεια του LAD, η διάνοιξη της υφολικής και επασβεστωμένης βλάβης ήταν κρίσιμο να προετοιμαστεί, τροποποιώντας το φορτίο ασβεστίου στον έσω χιτώνα. Για το λόγο αυτό έγιναν άλλες 3 ελεύσεις περιστροφικής αθηρεκτομής με την ελαία να διέρχεται μέσω του οδηγού σύρματος εντός του αληθιού αυλού, όπως εκ των υστέρων επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά με χρήση ενδοστεφανιαίου υπερήχου (IVUS). Ακολούθησε επιτυχής εμφύτευση 2 εν σειρά ενδοπροθέσεων (DES), με πολύ καλό τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Συμπεράσματα: Η αγγειοπλαστική βλαβών με υψηλό φορτίο ασβεστίου μέσω της περιστροφικής αθηρεκτομής είναι μια αξιόπιστη και χρήσιμη προσέγγιση βλαβών που απαιτούν τεχνικές τροποποίησης του ασβεστίου. Η διενέργειά της βέβαια σε κάποιες περιπτώσεις, όπως σε μεγάλη γωνίωση του αγγείου-στόχου, εγκυμονεί κινδύνους (ρήξη ή διαχωρισμό του αγγείου, παγίδευση της ελαίας κ.ά.). Σε ορισμένες περιπτώσεις bailout-τεχνικές, όπως το rotablation μέσω του αληθιού αυλού στο περιστατικό μας, μπορούν να δώσουν τη λύση.

### AA163 | **Διπλή έκφυση περισπόμενης αρτηρίας σε νέο ασθενή με πλάγιο STEMI. ποιο είναι το ένοχο αγγείο;**

**N. Κασιόλλης<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>,  
N. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>,  
N. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσιάζουμε μια σπάνια περίπτωση ασθενή με πλάγιο STEMI, όπου κατά την επείγουσα στεφανιογραφία ανέδειξε μια σπάνια ανωμαλία διπλής έκφυσης περισπόμενης αρτηρίας ( Twin LCx ). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας ασθενής 39 ετών καπνιστής προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους από ώρα. Κατόπιν ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων πλαιγίου STEMI και αδρής υπερηχοκαρδιογραφικής εκτίμησης με ευρήματα υποκινησίας κορυφής και πλαιγίου τοιχώματος, ο ασθενής μεταφέρθηκε για επείγουσα στεφανιογραφία. Εκ των αγγειογραφικών ευρημάτων παρατηρείται φυσιολογική έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας ( RCA ) από τον δεξιό κόλπο του Valsava καθώς επίσης και ανώμαλη έκφυση περισπόμενης αρτηρία ( RCx ) από το εγγύς τμήμα της RCA (Εικόνα 1 ). Ο καθετηριασμός του αριστερού συστήματος ανέδειξε την φυσιολογική έκφυση προσθίου κατιόντα κλάδου ( LAD ), της περισπόμενης αρτηρίας ( LCx ) παρουσία 70% στένωσης στο εγγύς τμήμα και στομακιά απόφραξη ενδιάμεσου κλάδου ( RAMUS ) ( Εικόνα 2 ). Ακολούθησε πλήρης διαδερμική επαναγγείωση (PCI) της ένοχης βλάβης (PCI->RAMUS ) και της LCx. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ενδιαφέρον του παρόντος περιστατικού εστιάζεται σε 2 ση-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

μεία: Αρχικά, ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε μια σπάνια περίπτωση Twin LCx. Ωστόσο, κανένα από τα δύο δεν ήταν το ένοχο αγγείο του πλαγίου STEMI. Δεύτερον, το ένοχο αγγείο (RAMUS) αποτελείται από δύο κλάδους που πορεύονται στο πλάγιο τοίχωμα και στο χείλος της καρδιάς, εξηγώντας την προαναφερθείσα υποκινησία του πλαγίου τοιχώματος και της κορυφής (Εικόνα 3). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλινική μας περίπτωση επισημαίνει την συνεκτίμηση ηλεκτροκαρδιογραφικών και υπερηχοκαρδιογραφικών ευρημάτων στο STEMI σε περιπτώσεις που η αγγειογραφική εικόνα προβληματίζει. Κατά συνέπεια στην περίπτωση μας, ο RAMUS συμπεριφέρθηκε τόσο ως αμβλύς επιχείλιος της LCx όσο και σαν πρώτος διαγώνιος του LAD.

**AA164 | Συμπλήρωμα Διατροφής με Ελαιόλαδο εμπλουτισμένο με ολεωρωπαϊνή, υδροξυυροσόλη και ολεοκανθάλη βελτιώνει την καρδιακή και αγγειακή λειτουργία σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο: μια διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό σκεύασμα μελέτη**

**Κ. Κατωγιάννης<sup>1</sup>, Γ. Παυλίδης<sup>1</sup>, Ι. Θύμης<sup>1</sup>, Γ. Κωστέλλη<sup>1</sup>, Μ. Τσουμάνη<sup>1</sup>, Χ. Χανιά<sup>1</sup>, Α. Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Λ. Σκαλτσούνης<sup>3</sup>, Ε. Ηλιοδρομίτης<sup>1</sup>, Ι. Τσέτη<sup>4</sup>, Ι. Ανδρέαδου<sup>5</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Laboratory of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens,

<sup>3</sup> Division of Pharmacognosy and Natural Products Chemistry, Department of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens,

<sup>4</sup> Uni-Pharma S.A., Athens, Greece <sup>5</sup>Laboratory of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens

**Εισαγωγή:** Σε πρόσφατη μελέτη δείξαμε ότι η χορήγηση συμπληρώματος ελαιολάδου εμπλουτισμένου με ΗΤ (olivomed), μειώνει το οξειδωτικό στρες και φλεγμονώδεις βιοδείκτες, βελτιώνει την ενδοθηλιακή και αρτηριακή λειτουργία και διευκολύνει τη διαστολική λει-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Πίνακας 1. Σύγκριση αγγειακών δεικτών στη γραμμική βύσση, ύστερα από 1 μήνα λήψης του συμπληρώματος πλούσιου σε OL, HT, και OC (Olivomed SMART) και ύστερα από 1 μήνα λήψης του εικονικού φαρμάκου.

	Γραμμική βύσσης	Olivomed SMART	Εικονικό φάρμακο	p*	p#
PWV (m/sec)	12.7 ± 1.3	12.1 ± 1.4	12.5 ± 1.2	0.034*	0.214
Aix (%)	13.1 ± 24.4	23.1 ± 9.9	32.3 ± 34.9	0.195	0.104
cSBP (mmHg)	125.5 ± 19.5	122.4 ± 18.1	124.2 ± 17.1	0.430	0.697
cDBP (mmHg)	77.2 ± 12.5	76.1 ± 9.1	78.1 ± 11.9	0.716	0.588
cPP (mmHg)	48.5 ± 15.4	46.7 ± 15.7	47.8 ± 14.9	0.189	0.443
PBR <sub>5-25</sub> (µm)	2.34 ± 0.16	2.33 ± 0.19	2.37 ± 0.17	0.865	0.521
PBR <sub>5-9</sub> (µm)	1.26 ± 0.13	1.30 ± 0.16	1.33 ± 0.13	0.404	0.141
PBR <sub>10-19</sub> (µm)	2.48 ± 0.18	2.48 ± 0.21	2.51 ± 0.15	1.000	0.633
PBR <sub>20-25</sub> (µm)	3.09 ± 0.34	2.93 ± 0.24	3.07 ± 0.29	0.028*	0.801
brSBP (mmHg)	127.4 ± 23.4	126.1 ± 22.4	125.1 ± 19.1	0.752	0.545
brDBP (mmHg)	71.3 ± 12.9	70.4 ± 13.9	72.5 ± 16.1	0.794	0.714
FMD (%)	3.22 ± 1.75	5.90 ± 2.47	3.08 ± 1.08	<0.001****	0.591
CFR	2.45 ± 0.46	2.73 ± 0.50	2.43 ± 0.47	<0.001****	0.717

\* Σύγκριση Olivomed SMART – Γραμμική βύσση

# Σύγκριση εικονικού φαρμάκου - Γραμμική βύσση

Aix: Augmentation Index (δείκτης ενίσχυσης του σφυγμικού κύματος); brDBP: brachial diastolic blood pressure (βραχιόνια διαστολική αρτηριακή πίεση); brSBP: brachial systolic blood pressure (βραχιόνια συστολική αρτηριακή πίεση); CFR: Coronary Flow Reserve (εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κοπόνητα); cSBP: central systolic blood pressure (Κεντρική Συστολική Αρτηριακή Πίεση); cDBP: central diastolic blood pressure (Κεντρική Διαστολική Αρτηριακή Πίεση); cPP: central pulse pressure (κεντρική πίεση παλμού); [FMD: flow-mediated dilation (ενδοθηλιακή/επιδερμική αγγειοδιαστολή της βραχιόνιας αρτηρίας); PBR<sub>5-25</sub> (µm): perfused boundary region of the sublingual arterial microvessels ranged from 5 to 25 µm (παραγή δοθείσης των τριχοειδών που σχετίζεται αντίστροφα με το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στα υπογλώσσια αρτηρίδια (εύρος 5–25 µm); PWV: Pulse Wave Velocity (ταχύτητα κύματος παλμού).

τουργία της αριστερής κοιλίας, μετά από σύντομη περίοδο θεραπείας, σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα. Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη, βασιζόμενοι στα προαναφερθέντα δεδομένα, υποθέσαμε ότι η χορήγηση ενός από του στόματος συμπληρώματος Olivomed SMART που περιέχει εκχύλισμα ελαιολάδου εμπλουτισμένου με ολευρωπαϊνή (OL), υδροξυτυροσόλη (HT) και ολεοκανθάλη (OLEO) μπορεί να μειώσει το οξειδωτικό φορτίο και να βελτιώσει περαιτέρω τους καρδιακούς και αγγειακούς δείκτες σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα. Μέθοδος: Έτσι, σε μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, διασταυρούμενη, διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, κλινική δοκιμή, τυχαιοποιήσαμε 15 ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα σε ένα από του στόματος συμπλήρωμα εκχυλίσματος ελαιολάδου εμπλουτισμένο με OL, HT και OLEO OL:HT:OC 2:1:3 ή εικονικό φάρμακο για ένα μήνα και αξιολογήσαμε την ενδοθηλιακή λειτουργία, την ακεραιότητα γλυκοκάλυκα, τις αρτηριακές ελαστικές ιδιότητες, την εφεδρεία ροής στεφανιαίας αρτηρίας, την καρδιακή λειτουργία καθώς και το οξειδωτικό στρες κατά την έναρξη και μετά τη θεραπεία. Μετρήσαμε πριν τη θεραπεία, ένα μήνα μετά τη χρήση του εικονικού σκευάσματος και ένα μήνα με τη χορήγηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Πίνακας 2. Σύγκριση ηχοκαρδιογραφικών δεικτών στη γραμμή βάσης, ύστερα από 1 μήνα λήψης του συμπληρώματος πλοσάσι ος OL, HT, και OC (Olivomed SMART) και ύστερα από 1 μήνα λήψης του εικονικού φαρμάκου.

	Γραμμή βάσης	Olivomed SMART	Εικονικό φάρμακο	p*	p#
LVEDV (ml)	108.5 ± 31.8	105.1 ± 32.1	111.6 ± 33.6	0.492	0.375
LVESV (ml)	52.6 ± 19.7	53.8 ± 20.1	51.8 ± 19.8	0.522	0.430
LVEDD (mm)	49.8 ± 5.9	47.6 ± 7.1	48.3 ± 6.2	0.373	0.680
LVESD (mm)	36.8 ± 8.4	35.4 ± 8.8	36.1 ± 8.2	0.218	0.800
EF (%)	57.4 ± 22.1	56.9 ± 21.3	55.8 ± 20.3	0.669	0.727
LVMi (g/m <sup>2</sup> )	82.6 ± 25.8	83.6 ± 27.1	84.5 ± 24.5	0.727	0.823
IVSd (mm)	9.4 ± 1.5	9.5 ± 1.6	9.4 ± 1.4	0.843	0.952
PWd (mm)	8.8 ± 1.4	9.1 ± 1.5	8.9 ± 1.4	0.654	0.783
RWT	0.32 ± 0.06	0.33 ± 0.06	0.33 ± 0.07	0.411	0.758
LAd (mm)	42.5 ± 5.6	43.8 ± 4.9	43.4 ± 5.4	0.198	0.305
LA ESV BP index (ml/m <sup>2</sup> )	33.7 ± 10.6	33.3 ± 11.9	33.8 ± 12.1	0.953	0.797
E (cm/sec)	68.5 ± 14.5	72.1 ± 15.7	74.5 ± 16.5	0.431	0.272

συμπληρώματος ελιάς με OL:HT:OC 2:1:3 : α) 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), δείκτης αντιστρόφως σχετιζόμενος με το πάχος του γλυκοκάλυκα, β) την ενδοθηλιοεξαρθώμενη αγγειοδιαστολή (FMD) της βραχιονίου αρτηρίας γ) την εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα (CFR) με ηχοκαρδιογράφημα Doppler, δ) την ταχύτητα του κύματος παλμού (PWV), την κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP) ε) τη συγκέντρωση Μαλονοδιαλδεΰδης (MDA), ενός δείκτη οξειδωτικού στρες. Αποτελέσματα: Φαίνεται ότι η χορήγηση του συμπληρώματος διατροφής Olivomed SMART βελτιώνει σημαντικά τους αγγειακούς δείκτες FMD και CFR σε σύγκριση με τη γραμμή βάσης, ενώ καμία μεταβολή δεν επάγεται από τη χορήγηση του εικονικού φαρμάκου (Πίνακας 1). Το Olivomed SMART βελτιώνει τη διαστολική λειτουργία, όπως φαίνεται από τις βελτιωμένες τιμές E', E/e', DT, LVGLS. Κατά τη χορήγηση του εικονικού φαρμάκου δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές, με εξαίρεση μια μείωση στην παράμετρο LVGLS. Ωστόσο το μεμονωμένο αυτό εύρημα δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως επίδραση του εικονικού φαρμάκου στη μυοκαρδιακή λειτουργία καθώς κανένας άλλος δείκτης δεν υποδηλώνει κάποια διαφορά σε σύγκριση με τη γραμμή βάσης (Πίνακας 2). Η χορήγηση του συμπληρώματος διατροφής Olivomed SMART μείωσε σημαντικά τα επίπεδα του δείκτη οξειδωτικού στρες MDA καθώς και της οξειδωμένης μορφής της LDL χοληστερόλης στον ορό σε σύγκριση με τη γραμμή βάσης. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές μετά από τη χορήγηση του εικονικού φαρμάκου (πίνακας 3). Αν συγκρίνουμε τη δράση που είχε το Olivomed και το Olivomed SMART στους κυριότερους αγγειακούς, ηχοκαρδιακούς και βιοχημικούς δείκτες σε σχέση με τις βασικές τιμές των παραμέτρων πριν την έναρξη της αγωγής, προκύπτει ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 4). Παρατηρούμε σημαντική μεταβολή

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

A (cm/sec)	77.2 ± 13.5	72.4 ± 17.8	75.3 ± 15.5	0.245	0.332
DT (msec)	185.4 ± 65.3	156.8 ± 63.1	174.9 ± 58.6	0.020*	0.592
E' average (cm/sec)	8.4 ± 2.8	9.8 ± 1.8	9.1 ± 2.1	0.032*	0.165
E/e'	8.4 ± 2.7	7.1 ± 2.1	8.1 ± 2.3	0.040*	0.421
LVGLS (%)	-17.3 ± 3.2	-18.1 ± 2.7	-17.7 ± 2.4	0.004**	0.031*

\*Σύγκριση Olivomed SMART – Γραμμής βάσης

# Σύγκριση εικονικού φαρμάκου - Γραμμής βάσης

LVEDV: Left Ventricular End Diastolic Volume (τέλο-διαστολικός όγκος αριστερής κοιλίας), LVESV: Left Ventricular End Systolic Volume (τέλο-συστολικός όγκος αριστερής κοιλίας), LVEDd: Left Ventricular End-Diastolic Diameter (τέλο-διαστολική διάμετρος αριστερής κοιλίας), LVESD: Left Ventricular End-Systolic diameter (τέλο-συστολική διάμετρος αριστερής κοιλίας), EF: Ejection Fraction (κλάσμα εκρήξης), LVMI: Left Ventricular Mass Index (δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας), IVSD: Interventricular septum thickness at end diastole (Πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος στο τέλος της διαστολής), PWd: Posterior wall thickness at end diastole (Πάχος οπίσθιου τοιχώματος στο τέλος της διαστολής), RWT: Relative Wall Thickness (σχετικό πάχος τοιχωμάτων), LAD: Left Atrial Diameter (Διάμετρος αριστερού κόλπου), LAESV BP index: Left Atrial End-Systolic Volume Index (Δείκτης τελικού συστολικού όγκου αριστερού κόλπου), DT: Deceleration time (Χρόνος επιβράδυνσης της ροής κατά τη φάση της παθητικής πλήρωσης της διαστολής), TDI: Tissue Doppler Imaging (απεικόνιση ιστικών κυμάτων Doppler), e': average lateral and septal velocity of mitral annulus (μέση ιστική ταχύτητα του μετροειδικού δακτύλιου κατά τη φάση της παθητικής πλήρωσης της διαστολής), E: early mitral inflow velocity by Doppler (ταχύτητα ροής δια της μετροειδούς στην πρώιμη φάση της διαστολής), A: late mitral inflow velocity during atrial contraction (ταχύτητα ροής δια της μετροειδούς στην τελευταία φάση της συστολής, υπό τη δράση του ατμού ενδοαριστερής κοιλίας) LVMI & Left Ventricular End-Diastolic Volume (τελικός όγκος αριστερής κοιλίας)

Πίνακας 3. Σύγκριση βιοχημικών παραμέτρων στη γραμμή βάσης, ύστερα από 1 μήνα λήψης του συμπληρώματος πλούσιου σε OL, HT, και OC (Olivomed SMART) και ύστερα από 1 μήνα λήψης του εικονικού φαρμάκου.

	Γραμμή βάσης	Olivomed SMART	Εικονικό φάρμακο	p*	p#
CRP (mg/L)	3.23 ± 1.81	1.96 ± 1.78	2.81 ± 1.77	0.038	0.571
PCSK9 (ng/mL)	239.2 ± 25.3	165.2 ± 21.3	205.7 ± 24.3	0.024	0.135
OxLDL (ng/mL)	162.7 ± 36.5	146.9 ± 41.1	158.4 ± 38.3	0.011*	0.784
MDA (mmol/lit)	1.62 ± 0.35	1.41 ± 0.38	1.48 ± 0.42	0.046*	0.132
IL-6 (pg/mL)	5.67 ± 5.03	5.62 ± 5.17	4.86 ± 4.88	0.936	0.200
3-NT (ng/mL)	32.7 ± 6.8	35.1 ± 7.2	32.2 ± 6.9	0.167	0.486
Lp(a) (mg/dL)	3.27 ± 1.5	3.11 ± 1.54	3.16 ± 1.48	0.506	0.277

\*Σύγκριση Olivomed SMART – Γραμμής βάσης

# Σύγκριση εικονικού φαρμάκου - Γραμμής βάσης

CRP: C-Reactive Protein (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη), PCSK9: Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 (Προπρωτεϊνική Κοιλιόπρωτεση Σουμπτυλίνη/Κεξίνη τύπου 9), OxLDL: Oxidized Low-Density Lipoprotein (Οξειδωμένη Αποπρωτεΐνη Χαμηλής Πυκνότητας), MDA: malondialdehyde (Μηλονική διαλδεΐδη), IL-6: Interleukin-6 (ιντερλευκίνη-6), 3-NT: 3-Nitrotyrosine (3-Νιτροτυροσίνη) LP-a: lipoprotein-a (λιποπρωτεΐνη-α)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

Πίνακας 4. Σύγκριση μεταβολής αγγειακών, ηχωκαρδιακών και βιοχημικών δεικτών μετά τη χορήγηση σκευάσματος Olivomed και Olivomed SMART για ένα μήνα.

ΜΕΤΑΒΟΛΗ	Olivomed	Olivomed SMART	p
PWV (m/sec)	-0.31±0.25	-0.32±0.27	0.799
CFR	0.21±0.18	0.31±0.14	0.035*
FMD (%)	2.58±1.45	2.68±1.51	0.935
PBR <sub>5-25</sub> (μm)	-0.14±0.12	-0.06±0.14	0.204
PBR <sub>20-25</sub> (μm)	-0.09±0.19	-0.16±0.23	0.045*
e' average (cm/sec)	1.11±2.25	1.17±2.43	0.553
E/e'	-1.2±0.05	-1.3±0.03	0.645
LVGLS (%)	-0.34±0.65	-0.74±0.76	0.041*
PCSK9 (ng/mL)	-75.4 ± 21.4	-82.3 ± 16.2	0.038*
OxLDL (ng/mL)	-14.2 ± 13.4	-21.3 ± 11.2	0.025*
MDA (mmol/lit)	-0.37± 0.93	-0.26 ± 0.37	0.211

μετά τη χορήγηση Olivomed SMART στις τιμές της επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και στην ακεραιότητα του γλυκοκάλυκα όσον αφορά τα αγγεία με εύρος 20-25 μm. Επίσης, φαίνεται πιο μεγάλη μείωση μετά τη χορήγηση Olivomed SMART σε σχέση με το Olivomed στις τιμές της συγκέντρωσης του PCSK9 στον ορό, της οξειδωμένης LDL (ox-LDL) και της Μηλονικής διαλδεϋδης (MDA). Συμπέρασμα: Η χορήγηση συμπληρώματος ελαιολάδου εμπλουτισμένου με OL, HT, και OLEO (Olivomed SMART) μειώνει το οξειδωτικό στρες και έτσι βελτιώνει τόσο την ενδοθηλιακή λειτουργία όσο και την αγγειακή λειτουργία των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτό οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομο. Συνολικά από τη σύγκριση Olivomed και Olivomed SMART προκύπτει ότι οι ευεργετικές δράσεις στις ιδιότητες των αγγείων και τις καρδιάς φαίνεται να οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη δράση της HT, ενώ το νεότερο συνδυαστικό σκεύασμα φαίνεται να επιφέρει επιπλέον όφελος, στην ενδοθηλιακή λειτουργία των αρτηριδίων, στη λειτουργία των στεφανιαίων αρτηριών και στη μυοκαρδιακή παραμόρφωση, μέσω της μείωσης του οξειδωτικού στρες.

#### AA165 | ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΛΟΓΟΙ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

**Χ. Κωφός<sup>1</sup>, Α. Παπάζογλου<sup>2</sup>, Π. Σταχτέας<sup>1</sup>, Α. Νασουφίδου<sup>1</sup>, Α. Σαμαράς<sup>1</sup>, Π. Μπούτος<sup>1</sup>, Γ. Βούλγαρης<sup>1</sup>, Β. Φυντανίδου<sup>3</sup>, Ε. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Γ. Κασίμης<sup>1</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, 3Τμήμα Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, 54636 Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

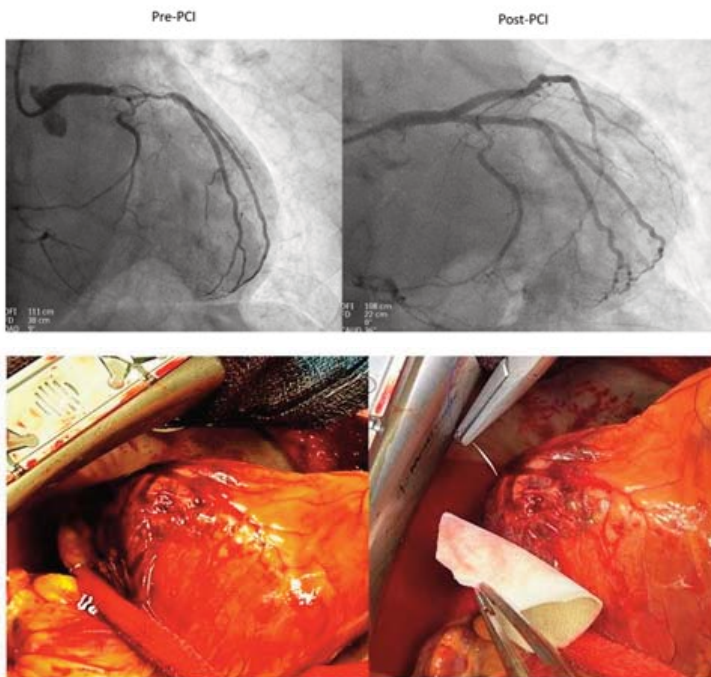
**Εισαγωγή/Σκοπός:** Αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον τίθεται σήμερα στους αιματολογικοί βιοδείκτες για την αξιολόγηση της συστηματικής φλεγμονής και της ανοσολογικής απόκρισης σε καρδιολογικούς ασθενείς. Ειδικοί δείκτες όπως ο λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα (neutrophil-to-lymphocyte ratio, NLR) και ο λόγος λεμφοκυττάρων προς μονοκύτταρα (lymphocyte-to-monocyte ratio, LMR) φαίνονται υποσχόμενοι στην προσφορά προγνωστικών πληροφοριών. Η αύξηση του NLR έχει συσχετιστεί με αυξημένη φλεγμονή και χειρότερη καρδιαγγειακή έκβαση, ενώ η μείωση του LMR υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα μονοκυττάρων και συσχετίζεται με πτωχότερη πρόγνωση. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η συσχέτιση αυτών των βιοδεικτών με τη θνητότητα ασθενών νοσηλευόμενων για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Υλικό και Μέθοδος: Για τους σκοπούς της μελέτης, μελετήσαμε αναδρομικά μια ομάδα διαδοχικά νοσηλευόμενων ασθενών με ΟΣΣ, που προσήλθαν στη Β΄ Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν.Θ Ιπποκρατείου από το 2018 μέχρι το 2021. Το μελετούμενο αποτέλεσμα έκβασης ήταν η θνητότητα από κάθε αιτία. Αναπτύχθηκε εξειδικευμένο πολυπαραγοντικό μοντέλο για την αξιολόγηση της ανεξάρτητης προγνωστικής αξίας των NLR και LMR σταθμίζοντας την αλληλεπίδραση με άλλους κλινικούς και δημογραφικούς συγχυτικούς παράγοντες. Οι βέλτιστες διακριτικές τιμές υπολογίστηκαν με βάση τον δείκτη Youden 's. Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 955 ασθενείς (27.8% γυναίκες) με μέση ηλικία τα  $64.7 \pm 13.1$  έτη. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 2 ετών, 170 άτομα (17.8%) απεβίωσαν. Οι δείκτες NLR και LMR είχαν σημαντική συσχέτιση με τη θνητότητα από κάθε αιτία μονοπαραγοντικά (OR=1.11, 95% CI 1.07-1.15,  $p<0.001$  για τον πρώτο και OR=0.82, 95% CI 0.69-0.99,  $p=0.03$  για τον δεύτερο), αλλά και πολυπαραγοντικά. Συγκεκριμένα, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο, αυξανόμενος NLR συσχετίστηκε ανεξάρτητα με 9% αυξημένο κίνδυνο θνητότητας (adjusted OR=1.09, 95% CI 1.05-1.14,  $p<0.001$ ) ενώ αυξανόμενος LMR συσχετίστηκε επίσης ανεξάρτητα με 24% μειωμένο κίνδυνο θνητότητας (adjusted OR= 0.76, 95% CI 0.62-0.94,  $p=0.01$ ). Για το NLR η βέλτιστη cut-off τιμή ήταν το 6.23 και για το LMR ήταν το 2.53. Συμπεράσματα: Η μελέτη μας αποδεικνύει ότι οι λόγοι NLR και LMR είναι πιθανοί προγνωστικοί βιοδείκτες, χρήσιμοι για την πρόβλεψη της εξω-νοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς με ΟΣΣ. Η ενσωμάτωση αυτών στην κλινική πρακτική θα μπορούσε να ενισχύσει τη διαστρωμάτωση κινδύνου και να βοηθήσει στην καθοδήγηση των θεραπευτικών αποφάσεων, βελτιώνοντας ενδεχομένως τη διαχείριση και την έκβαση των ασθενών με ΟΣΣ.

## AA166 | Σύμπλοκη αγγειοπλαστική στελέχους σε STEMI με απρόβλεπτη εξέλιξη Α. Κολιαστάσης<sup>1</sup>, Π. Ξαπλαντέρης<sup>2</sup>, Q. de Hemptinne<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> CHU Saint-Pierre, Brussels, Belgium

Ασθενής 80 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξέως οπισθοστερνικού άλγους από 3 ώρου σταδιακά επιδεινούμενο. Από το ιστορικό του παρουσίαζε αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή με ολμεσαρτάνη 40mg ημερησίως και δυσλιπιδαιμία υπό ατορβαστατίνη 20mg ημερησίως. Τα ζωτικά του σημεία ήταν φυσιολογικά (ΑΠ: 125/90mmHg, SpO<sub>2</sub>: 96%) πλην ταχυκαρδίας στις 100 σφύξεις/λεπτό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε διάχυτες ανασπάσεις του διαστήματος ST στις απαγωγές V2-V6, aVL με κα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

τοπτρικές κατασπάσεις στις απαγωγές II, III, aVF ενδεικτικά οξέως στεφανιαίου συνδρόμου με ανάσπαση διαστήματος ST (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI). Ο παρά τη κλίνη υπέρηχος καρδιάς έδειξε διάχυτη υποκινησία αριστερής κοιλίας με ακινησία κορυφής και εκτιμώμενο κλάσμα εξωθήσεως 25-30%. Έγινε φόρτιση με 250mg ασπιρίνη ενδοφλεβίως, 180mg τικαγρελόρη από του στόματος και 5000 μονάδες ηπαρίνη ενδοφλεβίως και οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Η στεφανιο-

γραφία έδειξε στένωση 99% στο διχασμό του στελέχους με επέκταση στην περισιτωμένη (left circumflex: LCx) κυρίως, προκαλώντας εγγύς στένωση ως 90% και προς τον πρόσθιο κατιόντα (left anterior descending: LAD) ο οποίος παρουσίαζε στενώσεις ως τη μεσότητα ως 80%. Επίσης παρατηρήθηκε ολική απόφραξη του οπισθίου κατιόντος κλάδου που λάμβανε παράπλευρη αιμάτωση από την αριστερή στεφανιαία αρτηρία (Εικόνα 1). Βάσει της κλινικής εικόνας, υπέρηχου και καρδιογραφήματος η ένοχη βλάβη ήταν το στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Δεδομένης της ηλικίας του ασθενή, της έντονης κλινικής εικόνας και της σημαντικής καθυστέρησης στην επαναιμάτωση αν επιλεγόταν η αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αποφασίστηκε η διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής στελέχους. Επρόκειτο για σύμπλοκη στένωση σύμφωνα με τη μελέτη DEFINITION 2 (μήκος στένωσης πλευρικού κλάδου > 5mm με στένωση > 50%) με ταξινόμηση κατά Medina 1,1,1 άρα ενδείκνυται η στρατηγική με 2 stents. Επίσης, η παράπλευρη αιμάτωση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας γινόταν από την περισιτωμένη αρτηρία. Παρόλο που στο θρομβωτικό περιβάλλον ενός STEMI οι τεχνικές διχασμών πρέπει κατά το δυνατό να αποφεύγονται, στην προκειμένη περίπτωση έπρεπε να διατηρηθεί βαθιά η περισιτωμένη καθ' όλους τους χειρισμούς. Η μόνη τεχνική που επιτρέπει αγγειοπλαστική και «ασφάλιση» του πλευρικού κλάδου (LCx) με διατήρηση πρόσβασης (σύρματος αγγειοπλαστικής) στον κύριο κλάδο (LAD) είναι το DK Crush (double kissing crush). Υποανάλυση της μελέτης DK crush II έδειξε ότι είναι εφικτή και ασφαλής η τεχνική σε STEMI, ενώ αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξε μελέτη από Assal et al. Η επέμβαση ξεκίνησε με την

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

διέλευση συρμάτων αγγειοπλαστικής (Boston Scientific Marvel wire) σε LCx και LAD. Ακολούθησε προδιάταση των δύο αγγείων με μπαλόνια 2.0mm και 3.0mm και τοποθέτηση stent Synergy 3.5x32mm στην LCx με ελάχιστη προβολή στο στέλεχος, ενώ μπαλόνι 3.0mm ήταν χωρίς διαστολή στον LAD. Εκπτύχθηκε το stent σε LCx και έγινε crush με το μπαλόνι 3.0mm του LAD και έπειτα νέο crush εγγύτερα με τεχνική POT (proximal optimization technique) crush με μπαλόνι NC (non-compliant) 4.0mm. Αφού έγινε νέα διέλευση στην LCx διαμέσου του stent και αφαίρεση του εγκλωβισμένου σύρματος (jailed) έγινε το πρώτο kissing balloon με μπαλόνια 3.5mm. Έπειτα τοποθετήθηκε stent Synergy 3.5x38mm από το στέλεχος ως τη μεσότητα του LAD και έγινε POT στο στέλεχος με μπαλόνι NC 4.5mm. Νέα διέλευση σύρματος στην LCx, αφαίρεση του εγκλωβισμένου και δεύτερο kissing balloon με μπαλόνια 3.5mm. Τελικό POT στο στελεχος με μπαλόνι NC 4.5mm . Το τελικό αποτέλεσμα ήταν άριστο με ροή TIMI III σε όλα τα αγγεία, χωρίς υπολειπόμενη στένωση και με διατηρημένο το παράπλευρο δίκτυο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (Εικόνα 1). Ο ασθενής βελτιώθηκε άμεσα κλινικά με ύφεση του πόνου και άρση των αναστάσεων. Οδηγήθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για συνέχιση νοσηλείας υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και τικαγρελόρη. Σε 5 ώρες ο ασθενής έγινε αιμοδυναμικά ασταθής και υπέρηχος έδειξε σημαντική περικαρδιακή συλλογή που οδήγησε σε επιπωματισμό. Έγινε επείγουσα περικαρδιοκέντηση που οδήγησε σε σταθεροποίηση, αλλά το υγρό ήταν σαφώς αιμορραγικό με χρώμα αρτηριακής προέλευσης. Πιο λεπτομερής υπέρηχος έδειξε ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας και ο ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο (Εικόνα 2). Έγινε επιδιόρθωση με ραφές και τοποθέτηση εμβολώματος και ο ασθενής οδηγήθηκε ξανά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η διακοπή της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής ήταν αδύνατη, αλλά η σοβαρότητα του χειρουργείου και της κατάστασης απαιτούσε καλύτερο έλεγχο αυτής οπότε αποφασίστηκε διακοπή της τικαγρελόρης και αλλαγή σε ενδοφλέβια έγχυση καγκρελόρης βάσει δημοσιευμένου πρωτοκόλλου συνδυαστικά με ασπιρίνη. Έλαβε τον συνδυασμό αυτό για 5 ημέρες οπότε και χορηγήθηκε κλοπιδογρέλη από του στόματος. Εξήλθε στις 10 ημέρες με συνδυασμό ασπιρίνης/κλοπιδογρέλης σε καλή γενική κατάσταση. Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει ότι ενώ σε πρωτογενείς αγγειοπλαστικές ζητούμε την πιο γρήγορη και απλή λύση, ενίοτε αναγκαζόμαστε να εφαρμόσουμε σύμπλοκες τεχνικές όπως αυτή του DK crush. Οι τεχνικές αυτές απαιτούν γνώση των όλων βημάτων και των απαιτούμενων χειρισμών, ενώ ιδίως όταν εμπλέκεται το στέλεχος συστήνεται με ισχυρή σύσταση η ενδαγγειακή απεικόνιση. Επιπλέον, αν και οι μηχανικές επιπλοκές του εμφράγματος έχουν μειωθεί σημαντικά στην εποχή μας, δε θα πρέπει να αγνοούνται ακόμα και σε γρήγορη προσέλευση των ασθενών.

#### AA167 | **Νόσος στελέχους και σακχαρώδης διαβήτης. διεπιστημονική προσέγγιση**

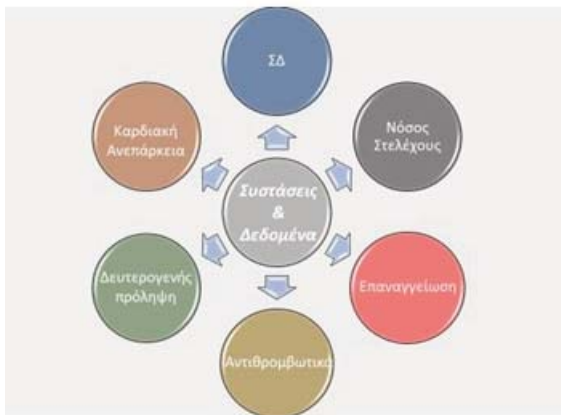
**Ν. Κατσιλής<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Η. Καστής<sup>1</sup>, Α. Ε. Καλέση<sup>1</sup>,  
Μ. Καρακώστα<sup>1</sup>, Ν. Καραμηνάς<sup>1</sup>, Β. Γαρδικιώτη<sup>1</sup>, Χ. Καψοκόλη<sup>1</sup>,  
Π. Σκάντζικας<sup>1</sup>, Ν. Αρνάς<sup>1</sup>, Α. Βασιλειάδου<sup>1</sup>, Ν. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>,  
Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>,  
Α. Θεοδόσης-Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, με πλειονότητα αυτών την σύμπλοκη στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, στα πλαίσια επαναγγείωσης νόσου στελέχους και ΣΔ σαφείς συστάσεις - οδηγίες δεν υπάρχουν, παρά μόνο δεδομένα. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η συνοπτική και κωδικοποιημένη παρουσίαση της πρώιμης κατηγοριοποίησης, της διαχείρισης και των θεραπευτικών στόχων ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθείσα νόσο στελέχους και ΣΔ με την μορφή κλινικού περιστατικού, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας ασθενής 65 ετών με ΣΔ και ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό παραπέμπεται στην κλινική μας προς διερεύνηση ασταθούς στηθάγχης. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σημαντική νόσο στελέχους. Κατόπιν διαβούλευσης της ομάδας καρδιάς αποφασίστηκε η διαδερμική επαναμάτωση. Ανασκοπώντας το περιστατικό διαπιστώθηκε η πλημελής κατηγοριοποίηση του προ της εμφάνισης των συμπτωμάτων σύμφωνα με τον καρδιαγγειακό του κίνδυνο και η μακροχρόνια αδυναμία επίτευξης των θεραπευτικών στόχων (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, λιπιδαιμικό προφίλ, στόχοι αρτηριακής πίεσης, γενικές συστάσεις τρόπου ζωής). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το προαναφερθέν σύνηθες περιστατικό της καθημερινής κλινικής πράξης αποτελεί μια ευκαιρία για συνοπτική παρουσίαση και συζήτηση τόσο της διαχείρισης της επαναμάτωσης ασθενών με ΣΔ και νόσο στελέχους όσο και του καθορισμού των μετέπειτα στόχων των παραγόντων κινδύνου. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαχρονικά, μετά την έκδοση νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών απαιτείται χρόνος και επιμονή για να επιτευχθεί η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη με στόχο την βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών. Η βέλτιστη επιλογή επαναγγείωσης σε έδαφος νόσου στελέχους και ΣΔ αποτελεί ήδη πεδίο μελέτης και διερεύνησης εδώ και δεκαετίες. Η συζήτηση οδηγιών και δεδομένων μέσα από κλινικά περιστατικά αποτελεί ένα σημαντικό μέσο προώθησής τους στην ιατρική κοινότητα.

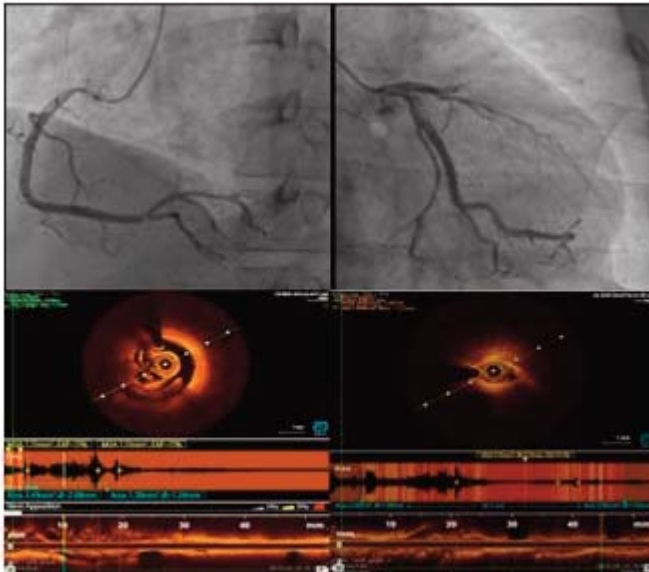
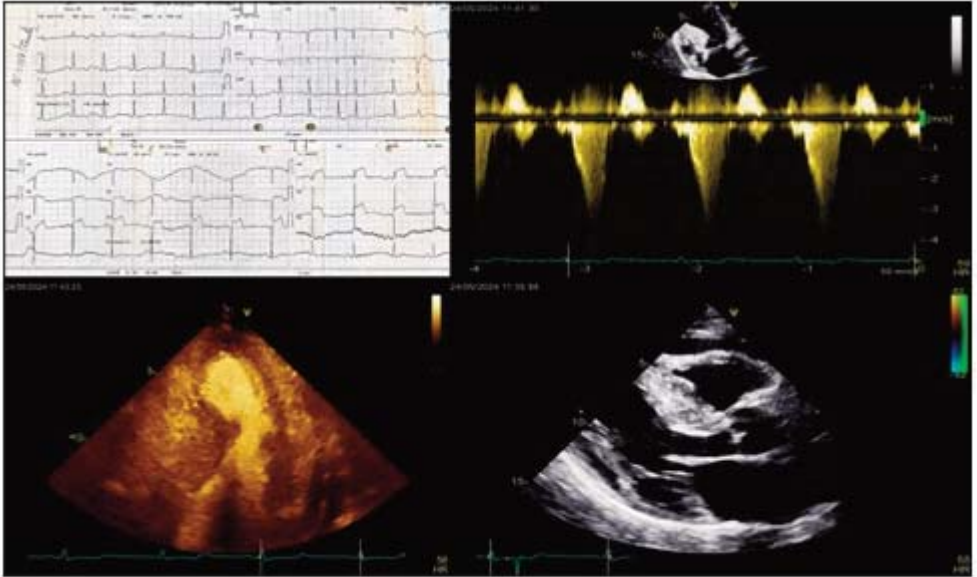


**AA168 | Πρόσθιο έμφραγμα σε άνδρα ασθενή με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, αληθή πολυκυτταραιμία και φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία**

**Π. Κουβάτσος<sup>1</sup>, Κ. Παμπόρης<sup>1</sup>, Ε. Βενιέρη<sup>1</sup>, Α. Πασχάλης<sup>1</sup>, Π. Στουγιάννος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί μια υπερεπείγουσα κατάσταση για έναν ασθενή ειδικότερα δε εάν αφορά την ταυτόχρονη απόφραξη 2 στεφανιαίων

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

αρτηριών. Η παρουσία υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας με απόφραξη του χώρου εξόδου (HCOM), αληθούς πολυκυτταραιμίας (PV) και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (PAF) αυξάνουν κατακόρυφα τον καρδιαγγειακό και θρομβοεμβολικό κίνδυνο. Υλικό και Μέθοδος Άνδρας 47 ετών με γνωστό ιστορικό HOCM ,PV υπό αγωγή ,Ισχαιμικού ΑΕΕ και PAF προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος θωρακικό άλγος από 3 ημέρου με επιδεινούμενο χαρακτήρα από 12 ώρου ύστερα από λήψη ΜΣΑΦ. Κατόπιν κλινικών, ηλεκτροκαρδιογραφικών και υπερηχογραφικών εξετάσεων, εισήχθη άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

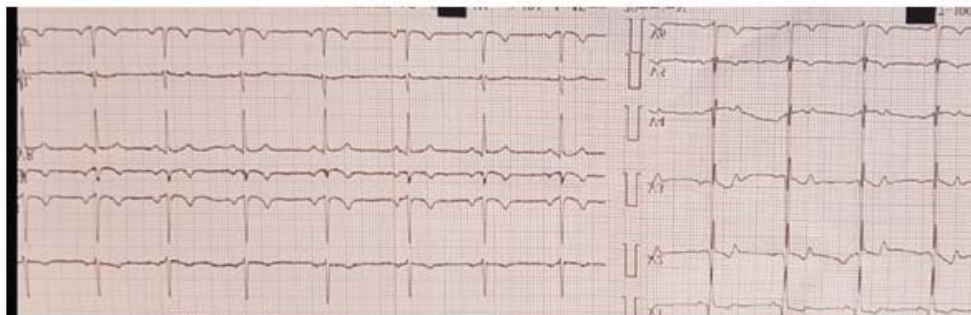
ως πρόσθιο STEMI .Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε παρουσία πλήρους απόφραξης του LAD ενώ εντός της RCA παρατηρήθηκαν κοντά στην έκφυση αλλά και περιφερικότερα αυτής, κινητά κυκλοτερή ελλείματα πλήρωσης σκιαγράφησης που έδωσαν αρχικά την εικόνα ενδοαυλικών θρόμβων οπότε και διενεργήθηκε επιτυχής διάνοιξη του LAD με μπαλόνι και τεθήκε σε iv IIbIIIa. Την 4 ημέρα νοσηλείας από τον νέο στεφανιογραφικό έλεγχο και την χρήση OCT δεν διαπιστώθηκε σοβαρή στεφανιαία νόσος ή εξελκωμένη αθηρωματική πλάκα οπότε και τέθηκε με βεβαιότητα η διάγνωση της θρομβοεμβολής των στεφανιαίων αρτηριών. Αποτελέσματα Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό ταυτόχρονης θρομβοεμβολής 2 στεφανιαίων αρτηριών μετά από λήψη ΜΣΑΦ και συγκεκριμένα ετορικοξίμπης που παρουσιάστηκε στα επείγοντα με αιμοδυναμική αστάθεια και πρόσθιο εκτεταμένο STEMI. Ως πιθανό αίτιο θρομβοεμβολής πιθανολογούμε τη λήψη ΜΣΑΦ στο ούτως η άλως αυξημένο θρομβωτικό κίνδυνο που ενείχε ο ασθενής, λόγω της HCOM και της PV .Ο ασθενής κατά την νοσηλεία του εμφάνισε εντυπωσιακή κλινική, υπερηχογραφική και εργαστηριακή βελτίωση και εξήλθε της κλινικής μας με οδηγίες Συμπεράσματα Τα ΜΣΑΦ αυξάνουν τα καρδιαγγειακά συμβάματα και θα πρέπει να δίνονται με προσοχή σε όλους τους ασθενείς και ειδικότερα σε ομάδες ατόμων με μεγάλο θρομβοεμβολικό κίνδυνο.

**AA169 | ΣΥΝΔΡΟΜΟ WELLENS: ΕΝΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΑΛΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΓΓΕΙΟΥ**

**N. Κατσιίλλης<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Α. Αρχοντίκης<sup>1</sup>, Α. Βασιλειάδου<sup>1</sup>,  
N. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>,  
Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό αυτόματου διαχωρισμού (SCAD) σε νέο ασθενή, που προσήλθε στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα Wellens Type A. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας ασθενής 38 ετών με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους από ώρας. Κατόπιν ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων Wellens Type A, ο ασθενής μεταφέρθηκε για



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

επείγουσα στεφανιογραφία. Εκ των αγγειογραφικών ευρημάτων, αρχικά απεικονίστηκε πλήρης απόφραξη στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου. Ωστόσο, μετά την προδιαστολή με μπαλόνι, τη χρήση νιτροδών και την απόσυρση του οδηγού σύρματος από την περιφέρεια του αγγείου, διαπιστώθηκε ότι η αιτιολογία της απόφραξης ήταν SCAD type 2. Ο ασθενής τέθηκε σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (DAPT) για ένα μήνα και εν συνεχεία μονή (SAPT) εφόρου ζωής, με μπισοπρολόλη και επιθετική αντιυπερτασική αγωγή. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ενδιαφέρον του παρόντος περιστατικού εστιάζεται τόσο στη σπάνια ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα όσο και στον υποκείμενο μηχανισμό που την προκάλεσε. Η διαχείριση των ασθενών με SCAD δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένη και απαιτείται εξατομίκευση καθώς διαφέρει ο μηχανισμός πρόκλησης μεταξύ των ασθενών. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλινική μας περίπτωση επισημαίνει την αξία ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων ισοδύναμων STEMI. Η πιθανή διάγνωση του SCAD θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλους τους νέους ασθενείς με προκάρδιο άλγος χωρίς εμφανείς παράγοντες κινδύνου.



**AA170 | Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης ως βραχυπρόθεσμος και μακροπρόθεσμος προγνωστικός δείκτης καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Δεδομένα καταγραφής μελέτης παρατήρησης 3 ετών**

**A. Κουμελλη<sup>1</sup>, K. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, E. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, K. Παππέλης<sup>2</sup>, A. Σακαλίδης<sup>1</sup>, I. Λεοντίνης<sup>1</sup>, I. Ανδρικού<sup>1</sup>, E. Μαντά<sup>1</sup>, N. Κακούρη<sup>1</sup>, X. Φραγκούλης<sup>1</sup>, M. Καριώρη<sup>1</sup>, I. Λιατάκης<sup>1</sup>, A. Κασιακόγιας<sup>1</sup>, K. Δημητριάδης<sup>1</sup>, K. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ Β' ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Ο σφυροβραχιόνιος αρτηριακός δείκτης πίεσης (ΣΒΔ, ankle-brachial pressure index-ABI) αποτελεί αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο ενδεικτικό της περιφερικής αγγειακής νόσου. Επιπρόσθετα αποτελεί δείκτη αθηρωσκλήρωσης και προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακών συμβαμάτων ακόμα και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με περιφερική αγγειοπάθεια. Στη διεθνή βιβλιογραφία είναι ελλιπή τα δεδομένα σε σχέση με την προγνωστική αξία του ΣΒΔ στον ειδικό πληθυσμό των νοσηλευόμενων ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Υλικό και μέθοδος Παρουσιάζονται δεδομένα 441 ασθενών (79,4% άνδρες, μέση ηλικία 62 έτη, 67,6% υπέρτασικοί, 29,7% διαβητικοί) οι οποίοι μελετήθηκαν στο πλαίσιο μίας μονοκεντρικής μελέτης παρακολούθησης ασθενών που νοσηλεύθηκαν βάση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

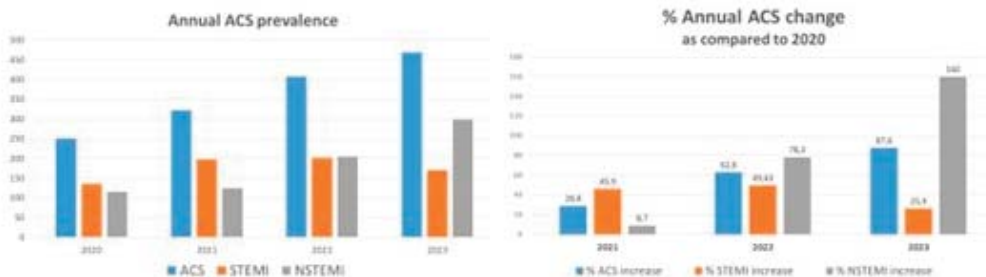
κατευθυντήριων οδηγιών με OEM διάρκειας 3 ετών. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα. Μετρήθηκε ο ΣΒΔ με πιστοποιημένη συσκευή μέτρησης του ABPI MD, MESI®. Παθολογική τιμή του ΣΒΔ ορίστηκε τιμή < 0,9. Ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο ορίστηκε το σύμπλοκο θανάτου και καρδιαγγειακού θανάτου καθώς και μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα όπως απορρυθμισμένη καρδιακή ανεπάρκεια, νέο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κακοήθης αρρυθμία, κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρου και οξεία νεφρική βλάβη. Αποτελέσματα Η μέση τιμή του ΣΒΔ στον πληθυσμό της μελέτης υπολογίστηκε στο 1,1 (IQR: 1.00 to 1.18). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση ο ΣΒΔ αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για σύμπλοκο καταληκτικό σημείο εντός της νοσηλείας. Ασθενείς με παθολογικό ΣΒΔ εμφάνισαν τριπλάσιο κίνδυνο για ενδονοσοκομειακά συμβάντα [HR 2.93, 95% CI: 1.48-5.81, p=0.002]. Τέλος ο ΣΒΔ διατήρησε την προγνωστική του αξία σε σχέση με την μακροπρόθεσμη ολική θνησιμότητα ανεξάρτητως του ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος και επιπέδων LDL χοληστερόλης. [HR 2.88, 95% CI: 1.53 - 5.42, p=0.001] Συμπεράσματα Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με OEM παθολογικές τιμές ΣΒΔ συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων εντός της νοσηλείας. Ο παθολογικός ΣΒΔ σχετίζεται ανεξάρτητα με αυξημένη μακροπρόθεσμη θνησιμότητα. Επομένως, η χρήση ενός αναίμακτου εργαλείου ενδέχεται να βοηθήσει στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών υψηλού κινδύνου.

### AA171 | **The prevalence of Acute Coronary Syndromes in the post Covid-19 era; Observational data from a tertiary Primary PCI center**

**G. Millioros<sup>1</sup>, D. Papoutsis<sup>1</sup>, M. Tselegkidou<sup>1</sup>, A. Katsianis<sup>1</sup>, E. Sertedaki<sup>1</sup>, A. Mpalaska<sup>1</sup>, N. Aggelis<sup>1</sup>, P. Nastatos<sup>1</sup>, G. Velissaris<sup>1</sup>, M. Athanasiou<sup>1</sup>, K. Sotiropoulos<sup>1</sup>, S. Chatzidou<sup>1</sup>, A. Ntalianis<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Background:** A significant decrease of hospitalizations for Acute Coronary Syndromes (ACS) was worldwide observed during covid-19 pandemic. Special public restrictions and lockdowns as well as hospital overloading with covid-19 cases may have discouraged patients with ACS to seek for help and access emergency room for consultation. At present, there is no robust ob-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

servational data reported regarding the current prevalence of ACS, in the post covid-19 era. Methods: We conducted a retrospective single center analysis of all comers with ACS presented in a Greek tertiary Primary PCI center during and post covid-19 pandemic. We systematically recorded all admissions and referrals of patients with ACS submitted to an invasive coronary angiography in our institution from March 2020 till March 2024. Annual prevalence of ACS (both STEMI and NSTEMI) in our hospital was then calculated. Results: As compared to the first year of the pandemic a gradual and significant increase of ACS was observed. The mean annual rate of increase was -29% which was principally driven by NSTEMI increase (Figure 1). For STEMI, a comparable annual increase of about 50% was found during 2021 and 2022 with a sharp decrease by 50% in 2023 as compared to 2021/2022. Interestingly, after a negligible increase of NSTEMI by -10% in 2021, a dramatic rise in 2022 (80%) and especially in 2023 (160%) was noticed (Figure 2). Conclusions: Our study shows elegantly a significant increase of ACS (both STEMI and NSTEMI) in the post covid-19 era. Further investigations to fully elucidate the etiology of our findings are warranted.

AA172 | **Μέγιστη Κατανάλωση Οξυγόνου (max VO<sub>2</sub>) και άλλοι Καρδιοαναπνευστικοί Δείκτες κατά την διάρκεια 6-λεπτης Άσκησης Ανεβοκατεβάσματος ενός σκαλιού: προτυποποίηση ενός παλαιού Πρωτοκόλλου Άσκησης (Master test) για την ανίχνευση ισχαιμίας μυοκαρδίου**

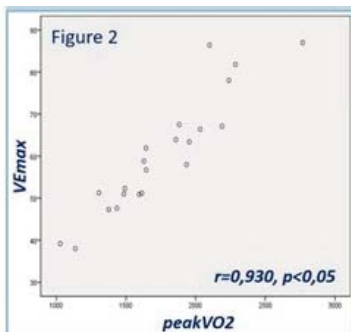
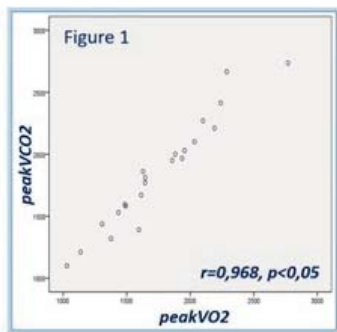
**Η. Καραμπίνος<sup>1</sup>, Γ. Χρυσοχεράκης<sup>2</sup>, Π. Κωστάκη<sup>1</sup>, Κ. Ζαγορίδης<sup>3</sup>, Κ. Καραμπίνος<sup>4</sup>, Ε. Γιαννούλης<sup>1</sup>, Α. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Χ. Παπαγόρας<sup>2</sup>, Ε. Ζαχαριάδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> Ιδιωτικό Ιατρείο Δράμα, 46ετής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Το ανεβοκατέβασμα σκάλας ήταν από τις πρώτες μορφές άσκησης, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την ηλεκτροκαρδιογραφική ανίχνευση ισχαιμίας μυοκαρδίου (Stress test κατά Master). Η μέτρηση της Μέγιστης Κατανάλωσης Οξυγόνου (max VO<sub>2</sub>) και άλλων καρδιοαναπνευστικών δεικτών κατά την διάρκεια άσκησης αποτελεί θέσφατο ως μεθοδολογία για την αξιολόγηση του επιπέδου της άσκησης. Το ανεβοκατέβασμα σκάλας δεν έχει μελετηθεί από άποψη καρδιοαναπνευστικών δεικτών. Σκοπός : Η μέτρηση καρδιοαναπνευστικών και μεταβολικών παραμέτρων κατά την διάρκεια ενός νέου πρωτοκόλλου 6-λεπτης Άσκησης Ανεβοκατεβάσματος Ενός Σκαλιού Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο υγιείς εθελοντές. Το πρωτόκολλο άσκησης περιελάμβανε το ανεβοκατέβασμα ενός σκαλιού ύψους 23 εκ. με ρυθμό τουλάχιστον 20 σκαλιά/λεπτό για 6 λεπτά και 3-λεπτη περίοδο ανάληψης. Λαμβάνετο συνεχές Ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών και γίνονταν μέτρηση ροής εισπνεόμενου οξυγόνου και εκπνεόμενου διοξειδίου του άνθρακα (VCO<sub>2</sub>), μέσω ενός εφαρμοσμένου συστήματος καρδιοαναπνευστικής άσκησης το οποίο είχε προηγουμένως ισοβαθμονομηθεί. Κριτήρια επίτευξης maxVO<sub>2</sub> ήταν είτε η επίτευξη αναπνευστικού ισοδύναμου RQ >1 ή η επίτευξη>% της προβλεπόμενης για την ηλικία του ατόμου καρδιακής συχνότητας (ΚΣ>90%).Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 22 υγιείς εθελοντές (13 άνδρες και

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

9 γυναίκες) ηλικίας 38,64±6,22 ετών. Όλοι οι εξεταζόμενοι πέτυχαν RQ>1, όμως μόνο 7 πέτυχαν ΚΣ>90% (mean value 84,53%±8,54%). Η δοκιμασία ήταν αρνητική για ισχαιμία του μυοκαρδίου με ηλεκτροκαρδιογραφικά και κλινικά κριτήρια σε όλους τους ασθενείς. Οι εξεταζόμενοι ανεβοκατέ-

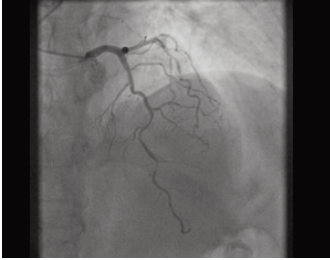
βηκαν 158,27±21,76 φορές το ύψους 23 εκ σκαλί, παράγοντας έργο 177,54±31,06 Joules/σκαλί και συνολικό έργο 27800±6960 Joules, με ισχύ 77,22±19,33Watts. Το maxVO2 μετρήθηκε 1756±414,67 ml/min (21,75 ±2,97 ml/kg/min), το οποίο αντιπροσωπεύει το 65,42%±14,83% του προβλεπόμενου maxVO2 και ισοδυναμεί με 6,21±0,85 METS. Το VCO2 στην κορύφωση της άσκησης μετρήθηκε 1846,22±443,50 ml/min, ενώ ο αναερόβιος ουδός (AT) επιτεύχθηκε στο 57,29±14,50% του προβλεπόμενου maxVO2. Για κάθε maxVO2 1ml/min παράγεται μηχανικό έργο 0,06±0,008 Joules. Το maxVO2 συχετίσθηκε στατιστικώς σημαντικά (p<0.05) με το μέγιστο VCO2 (Εικόνα 1), τον AT, τον μέγιστο κατά λεπτό αερισμό (max VE) (Εικόνα 2), τον μέγιστο ολικό αναπνεόμενο όγκο (maxVT), τον λόγο του νεκρού χώρου προς τον ολικό αναπνεόμενο όγκο (VD/VT) και το παραγόμενο συνολικό μηχανικό έργο. Συμπεράσματα: Η 6-λεπτη Άσκηση Ανεβοκατεβάσματος Ενός Σκαλιού αποτελεί δοκιμασία άσκησης ικανή φόρτισης, κατά την οποία επιφέρεται ικανός ρυθμός κατανάλωσης ενέργειας μεγαλύτερος από 6,2 METS. Δεδομένου του φθηνότερου εξοπλισμού και του μικρότερου απαιτούμενου χώρου, το συγκεκριμένο πρωτόκολλο θα μπορούσε να εφαρμοσθεί για την ανίχνευση ισχαιμίας μυοκαρδίου, ακόμη και μέσω ηχωκαρδιογραφικής απεικόνισης στην κορύφωση της άσκησης (δυναμική ηχωκαρδιογραφία).

### AA173 | Η εμφάνιση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης σε ασθενή με έμφραγμα του μυοκαρδίου που λαμβάνει SGLT2i

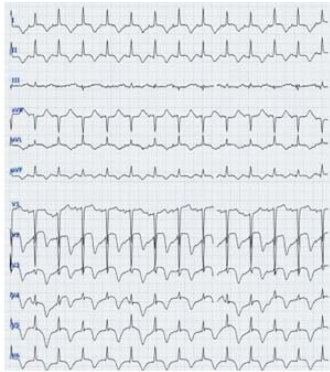
**Π. Μανιφάβα<sup>1</sup>, Γ. Τουρνάς<sup>1</sup>, Α. Δημούλα<sup>1</sup>, Μ. Ε. Τσελεγκίδη<sup>1</sup>, Ρ. Πάτρας<sup>1</sup>, Π. Ναστάτος<sup>1</sup>, Ε. Σερτεδάκη<sup>1</sup>, Δ. Δελιαλης<sup>1</sup>, Ε. Τσαγαλου<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Οι αναστολείς συμμεταφορέα νατρίου- γλυκόζης 2 (SGLT2i) βελτιώνουν την καρδιαγγειακή έκβαση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ωστόσο, είναι υπό μελέτη. Η χρήση τους συνδέεται με την εμφάνιση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης, που μπορεί να αποτελέσει μια δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Εικόνα 1 Υφολική απόφραξη LAD**



**Εικόνα 2 Ηλεκτροκαρδιογράφημα κατά το επεισόδιο της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης**

Περίληψη Περιστατικού Μια 65χρονη γυναίκα διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου προς αντιμετώπιση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάρσπαση του ST διαστήματος (STEMI). Υπεβλήθη επιτυχώς σε πρωτογενή αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Κατά την εισαγωγή της, εμφάνιζε κλάσμα εξώθησης 40% και σημεία συμφόρησης με αυξημένη πίεση στην πνευμονική αρτηρία, υποξυγοναιμία και δύσπνοια. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση διουρητικών και ετέθη σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ραμπριλίλη, μετοπρολόλη, επλερενόνη, ινσουλίνη glargine και παντοπραζόλη. Λάμβανε ήδη εμπλαγλιφλοζίνη κατά του ΣΔ II, η οποία δεν διεκόπη μετά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Η πορεία της ήταν ανεπίπλεκη, ώσπου την 3η ημέρα της νοσηλείας, εμφάνισε οξέως δύσπνοια και τάση προς έμετο. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε ανάρσπαση του διαστήματος ST με βαθιά αρνητικά κύματα T στις απαγωγές V1-V5. Τα αέρια αίματος αποκάλυψαν μεταβολική οξέωση με pH 7,04, lactate 2,2 mmol/l, γλυκόζη 210mg/dl, HCO<sub>3</sub> 3mmol/l, Χάσμα ανιόντων 27,6 mmol/l, ενώ οι κετόνες αίματος διαπιστώθηκαν εξαιρετικά αυξημένες (6 mmol/l). Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας I εμφάνιζε πτωτική τάση. Το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξε νέες διαταραχές. Ετέθη η υποψία της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης και η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση υγρών και ινσουλίνης ενδοφλεβίως. Έπειτα από λίγες ώρες η συμπτωματολογία απέδραμε και αποκαταστάθηκαν η μεταβολική οξέωση και οι διαταραχές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Διεκόπη η χορήγηση εμπλαγλιφλοζίνης και έλαβε εξιτήριο με οδηγία να λαμβάνει ινσουλίνη. Συμπέρασμα Παρά τα πιθανά οφέλη σε ασθενείς με έμφραγμα

του μυοκαρδίου- περιορισμός της έκτασης του εμφράγματος, μείωση της αναδιαμόρφωσης και βελτίωση της συσταλτικότητας αριστερής κοιλίας- η χορήγηση SGLT2i στην οξεία φάση του εμφράγματος συνδέεται με την εμφάνιση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης, που δεν εμφανίζεται με την τυπική εικόνα της διαβητικής κετοξέωσης, καθυστερώντας τη διάγνωση και αποτελώντας μια δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή, εφόσον δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και κατάλληλα.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024**AA174 | Στεφανιαία νόσος και Μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος: συμπορευόμενες νοσολογίες.****Ε. Αντωνίου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η μη αλκοολική νόσος του ήπατος σχετίζεται με την στεφανιαία νόσο καθώς διαθέτουν κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Η δυσλιπιδαιμία και ιδιαίτερα η ετερογένεια των κυκλοφορούντων μορίων χοληστερόλης, που χαρακτηρίζει τη μη αλκοολική διήθηση του ήπατος, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Η μη αλκοολική διήθηση του ήπατος μέσω της λιποτοξικότητας επάγει την φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει το ενδοθήλιο των αγγείων και συμβάλλει στην προοδευτική δυσλειτουργία του και στην πιθανή ρήξη της αθηρωματικής πλάκας. Υλικό και μέθοδος Μετά από αναζήτηση άρθρων σχετικών με την συνύπαρξη μη αλκοολικής λιπώδης διήθησης του ήπατος και στεφανιαίας νόσου στη βάση δεδομένων pubmed, επιλέχθηκαν 9 αποτελέσματα. Αποτελέσματα Βασικό ρόλο στην παθολογία των οξείων στεφανιαίων συνδρόμων κατέχει η αυξημένη τάση για δημιουργία θρόμβων και η ανεπαρκής ινοδόλυση. Η μη αλκοολική διήθηση του ήπατος χαρακτηρίζεται από μία προθρομβωτική κατάσταση λόγω μειωμένης ινοδόλυσης. Η ανεπαρκής ινοδόλυση οφείλεται στα υψηλά επίπεδα PAI-1 που επάγουν την δημιουργία θρόμβου. Ειδικά σε κίρρωτικούς ασθενείς μεταβολικής αιτιολογίας το ποσοστό στεφανιαίας νόσου ήταν 21,6%, ενώ σε κίρρωτικούς ασθενείς λόγω ιογενούς συνδρομής ή αιθυλικής αιτιολογίας, το ποσοστό της στεφανιαίας νόσου ήταν 5%. Επιπλέον, όταν συνυπάρχουν μεταβολική λιπώδης διήθηση του ήπατος και στεφανιαία νόσος, παρατηρείτε πιο πολύπλοκη μορφολογία βλαβών. Συνήθως ανευρίσκονται πάνω από 3 στεφανιαίες αρτηρίες με σημαντική στένωση και οι αθηρωματικές πλάκες είναι ασταθείς και πιο ευάλωτες στην ρήξη. Η μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος χαρακτηρίζεται από υπερδυναμική κυκλοφορία λόγω των αυξημένων περιφερικών αντιστάσεων, αυξάνοντας την καρδιακή παροχή. Ως αποτέλεσμα, προκύπτει αρχικά διαστολική και μετέπειτα συστολική δυσλειτουργία. Συμπεράσματα Σε κίρρωτικούς ασθενείς μεταβολικής αιτιολογίας το ποσοστό στεφανιαίας νόσου ήταν 21,6%. Όταν συνυπάρχουν μεταβολική λιπώδης διήθηση του ήπατος και στεφανιαία νόσος, παρατηρείται πολυπλοκότερη μορφολογία βλαβών και ασταθέστερες αθηρωματικές πλάκες.

**AA175 | ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»****Δ. Βολιώτης<sup>1</sup>, Α. Αρχιπωβα<sup>1</sup>, Σ. Τζήκας<sup>1</sup>, Α. Μωυσιάδου<sup>1</sup>,  
Χ. Τσαβούσογλου<sup>1</sup>, Σ. Βεργόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Μητσιαδής<sup>1</sup>, Γ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>,  
Γ. Κασίμης<sup>2</sup>, Χ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>2</sup>, Β. Βασιλικός<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / FRIDAY, NOVEMBER 1<sup>st</sup> 2024

**Εισαγωγή - Σκοπός** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσει το αποτέλεσμα της ίδρυσης του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», και τη συσχέτιση των προσωπικών παραγόντων κινδύνου με την έκβαση και διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) στο χρονικό διάστημα πριν και μετά την λειτουργία του εργαστηρίου. Υλικό και Μέθοδος Πρόκειται για μία μονοκεντρική, αναδρομική μελέτη κοόρτης, ασθενών του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» που διαγνώστηκαν με STEMI σε ημέρα γενικής εφημερίας. Η σύγκριση αφορά στις χρονικές περιόδους Σεπτέμβριος 2021- Σεπτέμβριος 2022 (Περίοδος 1), όπου η θεραπεία εκλογής ήταν η επαναιμάτωση με την τεχνική της θρομβόλυσης ή η μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο για τη διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, και Ιανουάριος 2023- Δεκέμβριος 2023 (Περίοδος 2), όπου η πρωτογενής αγγειοπλαστική γινόταν άμεσα και ενδονοσοκομειακά. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την συνδυαστική αξιοποίηση τόσο των ηλεκτρονικών αρχείων όσο και των έντυπων φακέλων των ασθενών. Κριτήρια σύγκρισης των ασθενών αποτελούν η εντόπιση του εμφράγματος, η υπεύθυνη αγγειακή βλάβη, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, η εκάστοτε θεραπεία εκλογής (ανά περίοδο) και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Αποτελέσματα Στην Περίοδο 1 νοσηλεύτηκαν 82 ασθενείς με STEMI (60 άνδρες, 22 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 62 έτη και στα δύο φύλα. Στην Περίοδο 2 νοσηλεύτηκαν 106 ασθενείς με STEMI (85 άνδρες 21 γυναίκες) με μέση ηλικία 60 στους άνδρες και 67 στις γυναίκες. Κύριος παράγοντας κινδύνου αναδείχθηκε η Αρτηριακή Υπέρταση στην 1η Περίοδο σε ποσοστό 28% και το Κάπνισμα στη 2η Περίοδο σε ποσοστό 45%. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της συχνότητας όλων των παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς της 2ης Περιόδου. Τέλος, ο διάμεσος χρόνος αγγειοπλαστικής από την εισαγωγή ήταν 1,5 ώρα, με την εισαγωγή να απέχει κατά μέσο όρο 8,3 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων στη 1η Περίοδο και 15,8 ώρες στη 2η Περίοδο. Συμπεράσματα Η ίδρυση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» επέτρεψε την άμεση ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των STEMI εμφραγμάτων. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα, εφόσον στη 2η Περίοδο προσήλθαν ασθενείς με πιο επιβαρυσμένο ιστορικό και καθυστερημένα σε σχέση με την εμφάνιση των συμπτωμάτων τους, επιδεινώνοντας την πρόγνωση. Συμπερασματικά, η ευαισθητοποίηση των ασθενών για την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της έκβασης.

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
ΣΑΒΒΑΤΟ  
2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024**

---

**E-POSTERS  
SATURDAY,  
NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**

**Ανάρτηση: 09:00 - 18:00**

**Post: 09:00 - 18:00**

**Παρουσίαση 15:00 - 16:00**

**Presentation: 15:00 - 16:00**

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II**Πρόεδροι: **A. Κόρδαλης** (Αθήνα), **E. Καλλέργης** (Ηράκλειο)Chairpersons: **A. Kordalis** (Athens), **E. Kallergis** (Heraklion)**AA176 | Η ηλικία και τα επίπεδα κρεατινίνης ως προγνωστικοί δείκτες ανταπόκρισης στη CRT****A. Σαπλαούρας<sup>1</sup>, Γ. Μπαζούκης<sup>2</sup>, Π. Μιλιλής<sup>1</sup>, Θ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>,  
O. Καρική<sup>1</sup>, A. Μπατσούλη<sup>3</sup>, Π. Νιάρχου<sup>3</sup>, Γ. Σιδηρόπουλος<sup>4</sup>,  
Σ. Ξυδώνας<sup>5</sup>, Θ. Καραμήτσος<sup>6</sup>, Χ. Παπαδόπουλος<sup>7</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>8</sup>,  
Κ. Λέτσας<sup>1</sup>, Μ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης,<sup>2</sup> Γ.Ν.Λάρνακας, Καρδιολογική κλινική,<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός, Καρδιολογική κλινική,<sup>4</sup> Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Γ. Παπανικολάου, Καρδιολογική κλινική,<sup>5</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης,<sup>6</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

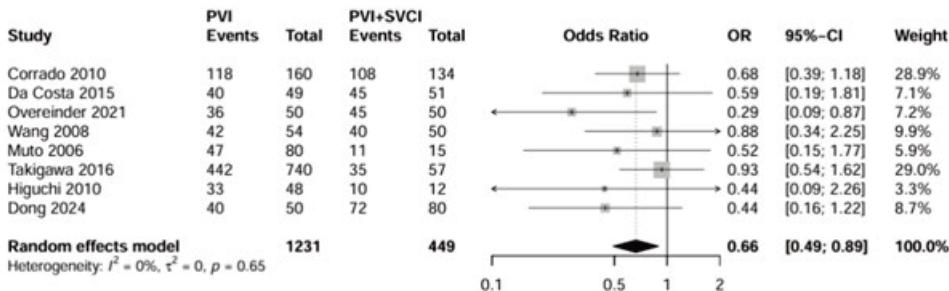
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>7</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,<sup>8</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) αποτελεί θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ισχαιμικής ή μη αιτιολογίας) και κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF)  $\leq 35$  % που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Ωστόσο, έως και το 30% των ασθενών δεν έχουν καμία ανταπόκριση στη CRT. Η μελέτη μας είχε ως στόχο να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ διαφορετικών αιματολογικών και βιοχημικών δεικτών και την ανταπόκριση στη CRT. Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν διαδοχικοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λόγω ισχαιμικής ή διατατικής μυοκαρδιοπάθειας που παραπέμφθηκαν στο νοσοκομείο μας για εμφύτευση CRT από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Νοέμβριο του 2023. Η ανταπόκριση στη CRT ορίστηκε ως αύξηση του LVEF  $\geq 10$  % ή μείωση του τελικού συστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας (LVESV)  $\geq 15$  % σε έξι μήνες παρακολούθησης. Αποτελέσματα: Συνολικά 48 ασθενείς (μέση ηλικία:  $66,2 \pm 9,5$  έτη, 81,3 % άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Από αυτούς τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, 29 (60,4 %) είχαν ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και 19 (39,6 %) είχαν διατατική μυοκαρδιοπάθεια. Στους έξι μήνες παρακολούθησης, 37 ασθενείς (77,1 %) είχαν ανταποκριθεί σε CRT. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ηλικία ( $p$ value = 0,03) και τα επίπεδα κρεατινίνης ( $p$ value = 0,02) ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της ανταπόκρισης στη CRT. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αιματολογικών δεικτών (λευκά αιμοσφαίρια, ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα, αιμοπετάλια, αναλογία ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα, πλάτος κατανομής ερυθρών αιμοσφαιρίων) και απόκρισης CRT. Συμπεράσματα: Η ηλικία ( $p$ value = 0,03) και τα επίπεδα κρεατινίνης ( $p$ value = 0,02) ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της ανταπόκρισης στη CRT και έτσι μπορούν να χρησιμεύσουν ως μέσο παρακολούθησης ασθενών με CRT.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024
**AA177 | Η συμπληρωματική απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας επί την παρουσία δυναμικών μειώνει τα ποσοστά υποτροπής μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής**
**Δ. Τσιαχρής<sup>1</sup>, Μ. Μπότης<sup>1</sup>, Ι. Δουνδουλάκης<sup>1</sup>, Χ. Κ. Αντωνίου<sup>1</sup>,  
Α. Κορδάλης<sup>1</sup>, Γ. Δεληγιάννης<sup>1</sup>, Σ. Σουλαϊδόπουλος<sup>1</sup>, Α. Λαϊνά<sup>1</sup>,  
Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η απομόνωση των πνευμονικών φλεβών είναι ο πρωταρχικός στόχος στην κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής. Ωστόσο, επιπρόσθετες εστίες φαίνεται να συμμετέχουν στην έναρξη και την διατήρηση της αρρυθμίας. Μεγάλο ποσοστό αυτών των εστιών εντοπίζεται στην άνω κοίλη φλέβα. Στόχος την μελέτη ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ηλεκτρικής απομόνωσης της άνω κοίλης φλέβας, επιπρόσθετα της απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών. Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση των βάσεων MEDLINE, CENTRAL και EMBASE. Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν μελέτες κόρτης με ομάδα ελέγχου ή τυχαίοποιημένες μελέτες, με σύγκριση ασθενών που υποβάλλονταν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών αποκλειστικά και ασθενών που υποβάλλονταν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και επιπρόσθετα σε απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας. Τα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν υποτροπή κολπικής ταχυκαρδίας, ανάγκη καρδιομετατροπής, ανάγκη νοσηλείας και θνητότητα οποιασδήποτε αιτιολογίας. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 8 μελέτες με 1.680 ασθενείς. Ο συνδυασμός απομόνωσης άνω κοίλης φλέβας και πνευμονικών φλεβών ήταν πιο αποτελεσματικός από την μεμονωμένη απομόνωση των πνευμονικών φλεβών (Risk Ratio = 0.66, 95% Confidence Interval, 0.49- 0.89), όσον αφορά την υποτροπή κολπικής ταχυκαρδίας. Σε υπο-ανάλυση των στρατηγικών απομόνωσης της άνω κοίλης φλέβας, η εμπειρική απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας, οριζόμενη ως κατάλυση επί παρουσίας δυναμικών, ήταν αποτελεσματική (Risk Ratio = 0.87, 95% Confidence Interval, 0.75-1.00, p = 0.05). Η απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας, κατόπιν πυροδότησης κολπικής μαρμαρυγής από την συγκεκριμένη εστία με έγχυση ισοπροτενερόλης ή ταχεία κολπική βηματοδότηση, δεν βελτίωσε την έκβαση (Risk Ratio = 0.67, 95% Confidence Interval, 0.37-1.19). Συμπεράσματα: Η συμπληρωματική απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας επί την παρουσία δυναμικών μειώνει τα ποσοστά υποτροπής κολπικής αρρυθμίας, σε κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής. Η στρατηγική είναι αποτελεσματικότερη όταν διενεργείται επί παρουσίας δυναμικών στην άνω κοίλη φλέβα.

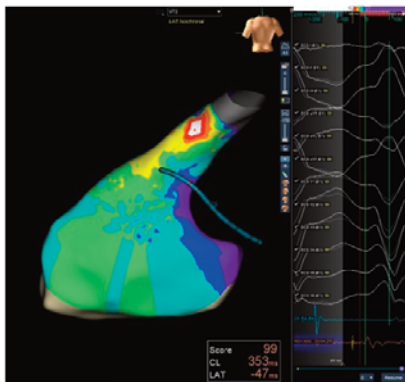


ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA178 | Προγνωστική αξία των παραμέτρων του κύματος P για την αναγνώριση των περιοχών χαμηλών δυναμικών του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή****A. Μπατσούλη<sup>1</sup>, A. Μεγαρισιώτου<sup>1</sup>, Σ. Ξυθώνας<sup>1</sup>,****Π. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, A. Λυκούδης<sup>1</sup>, K. Αργυρόπουλος<sup>1</sup>,****M. Μαμαλουκάκη<sup>1</sup>, Δ. Ελευθερίου<sup>1</sup>, A. Ταλφανίδου<sup>1</sup>, B. Γεωργιάδου<sup>1</sup>,****A. Συλιάρης<sup>1</sup>, Δ. Μανωλάτος<sup>1</sup>, I. Λιατάκης<sup>1</sup>, Σ. Φωτάκης<sup>1</sup>, E. Πράππα<sup>1</sup>,****A. Τρίκας<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Οι περιοχές χαμηλών δυναμικών (ΠΧΔ) στο ενδοκάρδιο του αριστερού κόλπου, που αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της κατατάξης της κολλικής μαρμαρυγής (ΚΜ), χρησιμοποιούνται συχνά ως δείκτης που υποδηλώνει την ύπαρξη ίνωσης του αριστερού κόλπου. Οι παράμετροι του κύματος P (ΠΚΡ), όπως το δυναμικό του κύματος P και η περιοχή του κύματος P, έχουν δείξει ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ΚΜ. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση συγκεκριμένων ΠΚΡ και του ποσοστού των ΠΧΔ του αριστερού κόλπου είναι περιορισμένα. Σκοπός μας ήταν να δειξουμε τη συσχέτιση μεταξύ περιοχών χαμηλών δυναμικών και παραμέτρων του κύματος P [ α) διακολλικός αποκλεισμός (ΔΑ), β) τελική δύναμη κύματος P στην απαγωγή V1 (ΤΔΚΡV1), γ) διασπορά κύματος P (P wave dispersion)]. Υλικό και μέθοδος Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών με ραδιοσυχνότητες (ΑΠΦΡ) για παροξυσμική ή εμμένουσα ΚΜ. Κατασκευάστηκε χάρτης υψηλής πυκνότητας 3D διπολικής τάσης 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. Οι διάρκειες του κύματος P μετρήθηκε χειροκίνητα από δύο ανεξάρτητους ιατρούς του τμήματός μας. Η ΤΔΚΡV1 υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας τη διάρκεια της τελικής δύναμης, μετρούμενη σε δευτερόλεπτα, με το πλάτος μετρούμενο σε χιλιοστά. Μια ΤΔΚΡV1  $> 0,03$  mm x s ορίστηκε ως παθολογική. Η διασπορά κύματος P ορίστηκε ως η διαφορά μεταξύ της μέγιστης και της ελάχιστης διάρκειας του κύματος P στο ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών. Συγκρίναμε τις ΠΚΡ σε ασθενείς με ΚΜ με ΠΧΔ  $< 5\%$  και ΠΧΔ  $> 5\%$ . Αποτελέσματα Στην ανάλυσή μας συμπεριλήφθηκαν πενήντα εννέα (59) ασθενείς [(ηλικία:  $60,3 \pm 7,7$  έτη; 34 άνδρες (57,6%)]. Δεκαοχτώ ασθενείς (32; 54%) έπασχαν από παροξυσμική ΚΜ. Τριάντα οκτώ (38) ασθενείς είχαν ΠΧΔ  $> 5\%$ . Δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφορές στους ΔΑ ( $p=0,76$ ), ΤΔΚΡV1 ( $p=0,93$ ), και διασπορά κύματος P ( $p=0,13$ ), μεταξύ ασθενών με ΠΧΔ  $< 5\%$  και ασθενών με ΠΧΔ  $> 5\%$ . Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις ΠΧΔ και ΠΚΡ μεταξύ ασθενών με παροξυσμική και εμμένουσα ΚΜ. Συμπεράσματα Οι ΔΑ, ΤΔΚΡV1, και το κύμα P απέτυχαν να προβλέψουν την παρουσία ΠΧΔ σε ασθενείς με ΚΜ που υποβλήθηκαν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών με ραδιοσυχνότητες.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024AA179 | **Ασθενής με πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας****Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>, Φ. Τουλαγρίδης<sup>1</sup>, Β. Ταφραλή<sup>1</sup>, Δ. Καλαϊτζίδης<sup>1</sup>, Ε. Μπάλλας<sup>1</sup>, Γ. Τσιτσινάκης<sup>1</sup>, Χ. Τούντας<sup>1</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

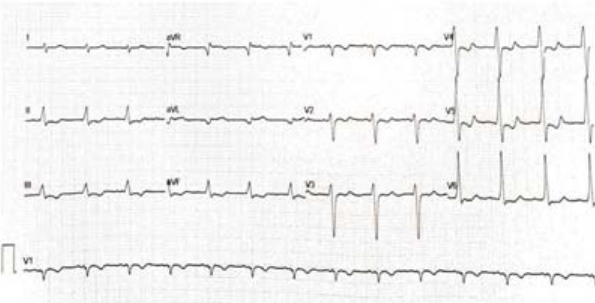
**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ιδιοπαθής κοιλιακή ταχυκαρδία (IVT) αποτελεί το 10% των συνολικών Κοιλιακών Ταχυκαρδιών (VTs). 70% από τις IVTs προέρχονται από το χώρο εξόδου Δεξιάς Κοιλίας (RVOT). Οι IVTs από τον RVOT παρατηρούνται σε ασθενείς χωρίς δομική νόσο του μυοκαρδίου (SHD), ηλεκτρικά νοσήματα, μεταβολικές ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό άντρα ασθενή 65 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, καρκίνου προστάτη υπό χημειοθεραπεία, ο οποίος προσήλθε προσκομίζοντας 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική (ΗΚΓ) παρακολούθηση με καταγραφή 9 επεισοδίων μη εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας (ns-VT). Από το οικογενειακό του ιστορικό δεν αναφέρεται ιστορικό αφνίδιου καρδιακού θανάτου και γνωστής SHD. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο δεν ανεδείχθη παθολογία και ως εκ τούτου ο ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση. Αποτελέσματα: Από την 24ωρη ΗΚΓ καταγραφή ανευρέθηκε ρυθμική ταχυκαρδία με ευρέα QRS, με μήκος κύκλου 280 milisec. Στο ΗΚΓ επιφανείας διαπιστώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγιμότητας και χωρίς οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα από το οποίο δεν τεκμηριώθηκε οξεία παθολογία. Βάσει των προσφάτων κατευθυντηρίων οδηγιών για τις Κοιλιακές Αρρυθμίες 2022 (ESC Guidelines VA 2022), στα πλαίσια της διερεύνησης της VT οφείλεται να αποκλεισθεί η πιθανότητα SHD. Ως εκ τούτου, ο γενόμενος στεφανιογραφικός έλεγχος δεν κατέδειξε σημαντικές στενώσεις επικαρδιακών αγγείων. Ακολούθως, υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) η οποία δεν ανέδειξε ούτε ίνωση, ούτε όψιμη ενίσχυση του γαδολίνιου. Κατά τη νοσηλεία του στην Καρδιολογική Εντατική Μονάδα, παρουσίασε αυξημένο αρρυθμολογικό φορτίο υπό βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή με β αναστολέα και κλάσης 3 αντιαρρυθμικό και κατεγράφη σε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών νέο επεισόδιο ns-VT με συχνότητα 180-200bpm και μήκος κύκλου 280-300milisec. Η ns-VT είχε κατώτερο άξονα, LBBB και ζώνη μετάπτωσης V3-V4. Έγινε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη με πρωτόκολλο πρόκλησης κοιλιακής ταχυκαρδίας, κατά την οποία εμφανίσθηκε μονόμορφη VT, όμοια με το αρχικό ΗΚΓ και ανευρέθηκε πρωιμότητα στο οπίσθιο τοίχωμα του RVOT. Τελικώς, πραγματοποιήθηκε επιτυχής κατάλυση με υψίσυχο ρεύμα της IVT από τον RVOT. Συμπεράσματα: Η οριστική διάγνωση της IVT αποτελεί πολλές φορές πρόκληση στα πλαίσια της καθημερινής κλινικής πράξης. Στο περιστατικό μας τονίζεται η σημασία της ολοκληρωμένης διερεύνησης και αξιοποίησης όλων των διαθέσιμων πόρων ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου ακολουθώντας τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες με στόχο την διαφοροδιάγνωση των VTs.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA180 | Τοξικότητα από Φλεκαϊνίδη – Διάγνωση και αντιμετώπιση μιας επείγουσας κατάστασης****Π. Ευθυμίου<sup>1</sup>, Α. Παννηκουρίδης<sup>1</sup>, Κ. Ελίνα<sup>1</sup>, Κ. Μυριανθόπουλος<sup>1</sup>,  
Θ. Χριστοφίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπαζούκης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΝΑΚΑΣ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η φλεκαϊνίδη είναι αντιαρρυθμικό φάρμακο της κατηγορίας Ic που χρησιμοποιείται κυρίως στην αντιμετώπιση των υπερκοιλιακών αρρυθμιών σε ασθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια. Παρουσιάζει προαρρυθμική δράση και στενό θεραπευτικό εύρος με την θνησιμότητα σε περιπτώσεις τοξικότητας να φτάνει το 22%. Η διάγνωση της τοξικότητας αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό και στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό λήψης της φλεκαϊνίδης, την κλινική εικόνα και στα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας ανάρτησης είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης τοξικότητας από φλεκαϊνίδη καθώς και του τρόπου αντιμετώπισης της. ΜΕΘΟΔΟΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 49 ετών παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη αίσθημα δύσπνοιας και γενικευμένη αδυναμία. Από το ιστορικό μεταξύ άλλων αναφέρεται λήψη φλεκαϊνίδης 100mg TDS παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής. Η ασθενής κατά την εξέταση ήταν

απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή και αερομετρικά επαρκής. Στο ΗΚΓ διαπιστώθηκε ρυθμική ταχυκαρδία με διευρυσμένα QRS με συχνότητα μεταξύ 100-130bpm (Εικόνα 1). Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (Creatinine: 1,8mg/dl) καθώς και υπονατρίαμια (Na: 115mmol/L). Χορηγήθηκαν αργά ενδοφλεβίως 300mg αμιωδαρόνης με βελτίωση των ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων. Συγκεκριμένα, το επαναληπτικό καρδιογράφημα ανέδειξε κολπική μαρμαρυγή με συχνότητα 60bpm και στενά QRS συμπλέγματα (Εικόνα 2). Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος που απέκλεισε την παρουσία πνευμονικής εμβολής και στεφανιογρα-





ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

φία που απέκλεισε σημαντικές στενώσεις στα στεφανιαία αγγεία. Λόγω του ιστορικού λήψης φλεκαϊνίδης, της παρουσίας υπονατριάμιας, οξεία νεφρικής βλάβης καθώς και των ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση της τοξικότητας από φλεκαϊνίδα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση της τοξικότητας από φλεκαϊνίδα αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό καθώς δεν υπάρχουν παθολογικά κλινικά ευρήματα. Η τοξικότητα από φλεκαϊνίδα θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση ασθενών που λαμβάνουν φλεκαϊνίδα και παρουσιάζονται με ταχυκαρδία με ευρέα QRS συμπλέγματα. Στην παρούσα φάση δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη διαχείριση της τοξικότητας από φλεκαϊνίδα. Τα υπάρχοντα δεδομένα προτείνουν τη χορήγηση διττανθρακικών, γαλακτώματος λιπιδίων καθώς και τη χορήγηση αμιωδαρόνης ή λιδοκαΐνης στην περίπτωση ταχυαρρυθμιών.

**AA181 | Άγχος και κατάθλιψη σε Έλληνες ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδιστή που δεν είχαν εκφόρτιση κατά τη διάρκεια δωδεκάμηνης παρακολούθησης μετά την εμφύτευση****Σ. Πλακούτση<sup>1</sup>, Ε. Φλώρου<sup>1</sup>, Δ. Σφαιρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μπεχλιούλης<sup>2</sup>, Κ. Ζέκιος<sup>1</sup>, Π. Κοραντζόπουλος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός Οι εμφυτεύσιμοι απινιδιστές (ICDs) μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, ιδίως μετά από απινιδωτική εκφόρτιση. Ανησυχία προκαλεί και ο φόβος πιθανής εκφόρτισης ή εμφάνισης επιπλοκών. Από την άλλη μεριά, η παρουσία ICD δημιουργεί συχνά αίσθημα ασφάλειας στους λήπτες. Επιπρόσθετα, φαίνεται να υπάρχουν κοινωνικές, γεωγραφικές και εθνολογικές διαφορές στις ψυχολογικές επιπτώσεις των ICDs. Όσον αφορά τους δείκτες άγχους και κατάθλιψης, υπάρχουν ετερογενή δεδομένα από διαφορετικούς πληθυσμούς ενώ είναι περιορισμένα τα δεδομένα σχετικά με τη χρονική τους διακύμανση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραμέτρων ψυχολογικής κατάστασης Ελλήνων ασθενών με ICD, προ της εμφύτευσης, 6 και 12 μήνες μετά. Μέθοδοι Στρατολογήθηκαν ενήλικοι ασθενείς που έλαβαν ICD χωρίς δυνατότητα καρδιακού επανασυσγχρονισμού. Αποκλείστηκαν ασθενείς με πρόσφορη ή απρόσφορη εκφόρτιση κατά τη διάρκεια της 12μηνης παρακολούθησης και ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ή άλλες χρόνιες ασθένειες. Καταγράφηκαν κλινικές, εργαστηριακές, ηλεκτροκαρδιογραφικές και ηχωκαρδιογραφικές παράμετροι. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες Ελληνικές εκδόσεις των καθιερωμένων ερωτηματολογίων-σκορ: GAD-7 για το άγχος και PHQ-9 για την κατάθλιψη. Η χρονική μεταβολή των σκορ μελετήθηκε με το μη παραμετρικό τεστ Friedman. Οι συσχετίσεις των σκορ με άλλες παραμέτρους ελέγχθηκαν με το τεστ Spearman. Η σύγκριση των σκορ μεταξύ διαφορετικών υποομάδων έγινε με το τεστ Mann-Whitney U. Αποτελέσματα Περιλήφθηκαν 90 ασθενείς (64 [55-70] ετών, 90% άνδρες). Σημειωτέο, 2 ασθενείς απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της 12μηνης παρακολούθησης. Το PHQ-9 σκορ προ της εμφύτευσης ήταν 5 [3-11.25], στους 6 μήνες ήταν 1.5 [0.5-2.5] και στους 12 μήνες ήταν 1 [0.25-2];  $p < 0.01$ . Το GAD-7 σκορ προ της εμφύτευσης ήταν 5 [2-9.25], στους 6 μήνες ήταν 2 [1-3] και στους 12 μήνες ήταν 1 [0.5-2.5];  $p < 0.01$ . Επιπρόσθετα, προ της εμφύτευσης, 41% των ασθενών

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ών είχαν PHQ-9 σκορ <5, δηλαδή ήπια κατάθλιψη, ενώ 46% των ασθενών είχαν GAD-7 σκορ <5, δηλαδή ήπιο άγχος. Οι βασικές τιμές των PHQ-9 και GAD-7 σκορ δεν είχαν συσχέτιση με καμία κλινική ή εργαστηριακή παράμετρο. Συμπεράσματα Ο επιπολασμός άγχους και κατάθλιψης σε Έλληνες ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση ICD είναι χαμηλός. Επιπρόσθετα, οι δείκτες άγχους και κατάθλιψης βελτιώνονται σημαντικά κατά τη 12μηνη περίοδο παρακολούθησης μετά την εμφύτευση σε ασθενείς που δε βιώνουν απινιδωτικές εκφορτίσεις.

**AA182 | Θρόμβος ωτίου αριστερού κόλπου σε ασθενείς με εμμένουσα κοιλική μαρμαρυγή παρά την λήψη αντιπηκτικών. Ποια η συχνότητα;**  
**Π. Θεοδωρίδου<sup>1</sup>, Κ. Σαμαρά<sup>1</sup>, Δ. Κοσμίδης<sup>1</sup>, Δ. Βατίτσας<sup>1</sup>, Ε. Λιόση<sup>1</sup>, Ε. Σωτήρογλου<sup>1</sup>, Χ. Στεφανίδης<sup>1</sup>, Χ. Χατζηελευθερίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η ανάταξη πρώτου επεισοδίου κοιλικής μαρμαρυγής (ΚΜ) προϋποθέτει την έναρξη των συμπτωμάτων εντός 48 ωρών, ειδάλλως προγραμματίζεται σε δεύτερο χρόνο μετά από χορήγηση αντιπηκτικών για τουλάχιστον 3 εβδομάδες. Έτσι, μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων από θρόμβο σχηματιζόμενο εντός των καρδιακών κοιλοτήτων. Το ωτίο του αριστερού κόλπου αποτελεί τη συχνότερη εντόπιση σε ασθενείς με ΚΜ μη βαλβιδικής αιτιολογίας. Η ηλεκτρική ανάταξη αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολής. Παρόλα αυτά, δεν συστήνεται η διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος για τον αποκλεισμό της παρουσίας ενδοκαρδιακού θρόμβου εφόσον τηρηθεί το χρονικό πρωτόκολλο λήψης αντιπηκτικών. Σκοπός μας είναι να καταγράψουμε και να συγκρίνουμε χαρακτηριστικά ασθενών που εμφάνισαν θρόμβο παρά την λήψη αντιπηκτικών από το στόμα. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε 11 ασθενείς με ΚΜ που προσήλθαν με συμπτώματα διάρκειας >ωρών. Σε αυτούς δόθηκαν νεότερα αντιπηκτικά από το στόμα και προγραμματίστηκε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα σε ένα μήνα, προ της ηλεκτρικής ανάταξης. Η επιλογή του αντιπηκτικού ήταν τυχαία και σε πλήρη δόση, σύμφωνα με τα κριτήρια προσαρμογής δοσολογίας για το καθένα. Αποτελέσματα: Θρόμβος στο ωτίο του αριστερού κόλπου απεικονίστηκε σε 3 από τα παραπάνω περιστατικά. Συγκρίνοντας κλινικά και υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά όλων των συμμετεχόντων, προέκυψε ότι ο καθένας από αυτούς είχε κάποιο στοιχείο υψηλής θρομβογένεσης. Ο πρώτος, παρά τον υπολογισμό ενός χαμηλού CHA2DS2VASC score=2, διαγνώστηκε με καρδιακή αμυλοειδωση από τρανσθυρετίνη. Ο δεύτερος, με CHA2DS2VASC score=6, έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αιτιολογίας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) και αυξημένο μέγεθος αριστερού κόλπου. Η τελευταία ασθενής παρουσίαζε ήπια διάταση του αριστερού κόλπου με CHA2DS2-VASC score =8 και διατηρημένο ΚΕ. Οι λοιποί χαρακτηρίζονταν από CHA2DS2VASC score <6 με ήπια διάταση αριστερού κόλπου και διατηρημένο ΚΕ. Συμπεράσματα: Λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών δεν μπορεί να προκύψει κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σχετικά με την ανάγκη διενέργειας διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος προ της ηλεκτρικής ανάταξης ΚΜ. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν ότι ασθενείς με χαμηλό ΚΕ και υψηλό CHA2DS2VASC score έχουν περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης θρόμβου. Παράλληλα, η καρδιακή αμυλοειδωση αποτελεί τόσο με αυξημένο θρομβοεμβολικό

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

κίνδυνο που χρήζει αντιπηκτικής αγωγής ανεξαρτήτως CHA2DS2VASc score, ενώ συστήνεται πάντα διοισοφάγειο υπερηχογράφημα προ της ηλεκτρικής ανάταξης. Περισσότερα δεδομένα απαιτούνται για την θέση του διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος στον αποκλεισμό παρουσίας θρόμβου στην ΚΜ.

**AA183 | Άγχος και κατάθλιψη σε Έλληνες ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και συσκευή καρδιακού επανασυγχρονισμού που δεν είχαν εκφόρτιση κατά τη διάρκεια δωδεκάμηνης παρακολούθησης μετά την εμφύτευση**

**Ε. Φλώρου<sup>1</sup>, Σ. Πλακούτση<sup>1</sup>, Δ. Σφαιρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μπεχλιούλης<sup>2</sup>, Κ. Ζέκιος<sup>1</sup>, Π. Κοραντζόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή / Σκοπός** Η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Όμως, η χορήγηση ή ο φόβος εκφόρτισης από συσκευές με δυνατότητα απινίδωσης (CRTDs) αλλά και ο φόβος επιπλοκών επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση. Όσον αφορά τους δείκτες άγχους και κατάθλιψης, υπάρχουν ετερογενή δεδομένα από διαφορετικούς πληθυσμούς ενώ η χρονική τους διακύμανση δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση παραμέτρων ψυχολογικής κατάστασης Ελλήνων ασθενών με CRT, προ της εμφύτευσης, 6 και 12 μήνες μετά. Μέθοδοι Στρατολογήθηκαν ενήλικοι ασθενείς με HFrEF που έλαβαν CRT. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ή άλλες χρόνιες ασθένειες και αυτοί που είχαν πρόσφορη ή απρόσφορη εκφόρτιση. Καταγράφηκαν κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι ενώ χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες Ελληνικές εκδόσεις των καθιερωμένων ερωτηματολογίων-σκορ: Minnesota Living with Heart Failure (MLHF) για ποιότητα ζωής, GAD-7 για άγχος και PHQ-9 για κατάθλιψη. Η χρονική μεταβολή των σκορ μελετήθηκε με το μη παραμετρικό τεστ Friedman. Οι συσχετίσεις των σκορ με άλλες παραμέτρους ελέγχθηκαν με το τεστ Spearman. Αποτελέσματα Περιλήφθηκαν 97 ασθενείς (72 [64-76.5] ετών, 76% άνδρες, 82 CRTD/15 CRTP, 53 μη-ισχαιμική/44 ισχαιμική καρδιομυοπάθεια). Απεβίωσαν συνολικά 6 ασθενείς. Το MLHF σκορ προ της εμφύτευσης ήταν 37 [20-56], στους 6 μήνες 1 [0-8] και στους 12 μήνες 0.5 [0-10];  $p < 0.01$ . Το βασικό PHQ-9 ήταν 9 [3.75-14.25], στους 6 μήνες 0.5 [0-2] και στους 12 μήνες 0.25 [0-1.5];  $p < 0.01$ . Το βασικό GAD-7 σκορ ήταν 8 [2-16], στους 6 μήνες 0.5 [0-2] και στους 12 μήνες 0.5 [0-2.5];  $p < 0.01$ . Προ της εμφύτευσης, 29% είχαν PHQ-9 σκορ  $< 5$  (ελάχιστη κατάθλιψη) και 35% GAD-7 σκορ  $< 5$  (ελάχιστο άγχος). Οι βασικές τιμές των PHQ-9 και GAD-7 σκορ δεν είχαν συσχέτιση με καμία βασική κλινική ή εργαστηριακή παράμετρο. Φάνηκε όμως συσχέτιση μεταξύ των βασικών τιμών των PHQ-9 και GAD-7 με τη βασική τιμή του MLHF ( $p < 0.01$ ). Συμπεράσματα Σε Έλληνες ασθενείς με HFrEF πριν λάβουν CRT το ποσοστό της κατάθλιψης ήταν 71% και του άγχους 65%, καταστάσεις σχετιζόμενες με επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής, του άγχους και την κατάθλιψη βελτιώθηκαν σημαντικά στη 12μηνη περίοδο παρακολούθησης σε ασθενείς που δε βίωσαν απινιδωτικές εκφορτίσεις.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**AA184 | Αρρυθμιολογικά ευρήματα 24ωρης καταγραφής ρυθμού σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση**  
**N. Ιωακειμίδης<sup>1</sup>, Α. Ηλιάδου<sup>1</sup>, Ι. Τζιώκα<sup>2</sup>, Μ. Σκουλαροπούλου<sup>2</sup>, Α. Ευαγγέλου<sup>2</sup>, Δ. Βαλασιάδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Καρδιολογική Κλινική,

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

**Σκοπός:** Η καταγραφή των αρρυθμιολογικών συμβάντων σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας. Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη εντάχθηκε το σύνολο των 31 ασθενών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας υπό χρόνια εξωνεφρική κάθαρση λόγω ΧΝΝ. Το σύνολο των ασθενών υποβάλλεται σε 3 συνεδρίες εβδομαδιαίως, διάρκειας 4 ωρών έκαστη. Τοποθετήθηκε καταγραφέας ρυθμού (holter) πριν την έναρξη της συνεδρίας για 24 ώρες. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο SPSS 25. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 10 γυναίκες (32,3%) και 21 άνδρες (67,7%) ασθενείς, με μέση ηλικία 68,8 έτη (εύρος 47 - 95 έτη). Το 19,4% των ασθενών σημείωσε από γνωστή στεφανιαία νόσο. Το σύνολο των 31 ασθενών σημείωσε τόσο κολπικές έκτακτες συστολές με μέση τιμή 153 PACs/24h (εύρος 3 - 1056 PACs/24h) όσο και κοιλιακές έκτακτες συστολές με μέση τιμή 258 PVCs/24h (εύρος 2 - 2.536 PVCs/24h). Το 83,9% των ασθενών σημείωσε μονοεστιακές PACs. Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία σημειώθηκε στο 16,1% των ασθενών και παροξυσμική Afib στο 9,7%. Το 80,6% των ασθενών εμφάνισε μονοεστιακές PVCs, το 25,8% κοιλιακή διδυμία, το 29% ζεύγη PVCs, το 19,4% τριπλέτες PVCs ενώ στο 12,9% καταγράφηκε μη-εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία. Κλινικά αξιοσημείωτη βραδυαρρυθμία σημειώθηκε στο 16,1% των ασθενών. Το 75% των ασθενών που σημείωσαν μη-εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία έπασχαν από γνωστή στεφανιαία νόσο, στατιστικά σημαντικά περισσότεροι συγκριτικά με τους ασθενείς ελεύθερους νόσου ( $\chi^2=9,11$ ,  $p=0,016$ ). Τέλος, το 60% των ασθενών που σημείωσαν σημαντική βραδυαρρυθμία έπασχαν από γνωστή στεφανιαία νόσο, στατιστικά σημαντικά περισσότεροι συγκριτικά με τους ασθενείς ελεύθερους νόσου ( $\chi^2=6,31$ ,  $p=0,038$ ). Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΧΝΝ υπό εξωνεφρική κάθαρση σημειώνουν εκτεταμένο φάσμα αρρυθμιολογικών συμβάντων ενώ επιμελή παρακολούθηση χρήζουν εκείνοι που πάσχουν από γνωστή στεφανιαία νόσο λόγω καταγραφής μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας αλλά και κλινικά σημαντικών βραδυαρρυθμιών.

**AA185 | Εμφύτευση βηματοδότη σε ασθενή με εμμένουσα άνω κοίλη φλέβα**  
**K. Πολυμερόπουλος<sup>1</sup>, Π. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Α. Σταυράτη<sup>1</sup>, Μ. Σιάρκος<sup>1</sup>, Σ. Αλ Καγιέτ<sup>1</sup>, Γ. Σιδηρόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Ζαρίφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

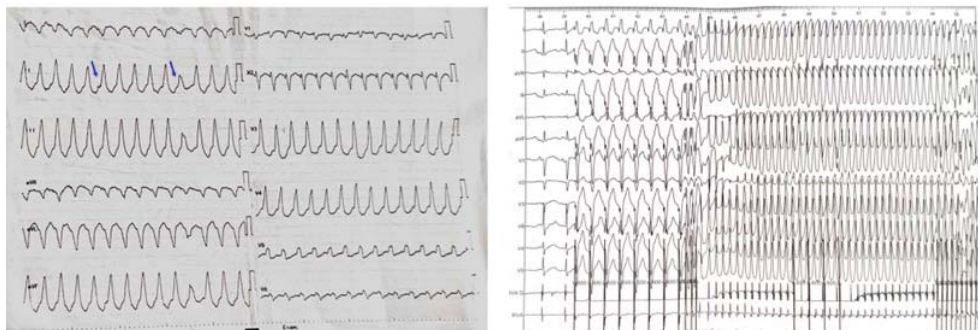
**Εισαγωγή:** Η παρουσία Εμμένουσας Άνω Κοίλης Φλέβας (Persistent Left Superior Vena Cava-PLSVC) αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία του θωρακικού φλεβικού συστήματος (0,3-0,5%), ενώ παρατηρείται στο 0,47% των ασθενών με εμφύτευση διαφλέβιας συσκευής διαχείρισης ρυθμού (Cardiac Implantable Electronic Device-CIED). Στην πλειοψηφία (80-90%) η PLSVC συνυπάρχει με δεξιά άνω κοίλη φλέβα. Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 79 ετών

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

υποβλήθηκε σε διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI-Valve in Valve). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής εμφάνιζε κοιλική μαρμαρυγή με αποκλεισμό δεξιού σκέλους. Τη 3η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσίασε συγκοπικά επεισόδια, με καταγραφή στο Holter ρυθμού παύσεων μεγαλύτερων των 6 δευτερολέπτων, οπότε αποφασίστηκε η εμφύτευση μόνιμου VVIR βηματοδότη. Στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο, μετά την παρακέντηση της αριστερής υποκλειδίου διαπιστώθηκε ανώμαλη πορεία του οδηγού σύρματος προς τα αριστερά της σπονδυλικής στήλης, με τη διενέργεια της φλεβογραφίας να αποκαλύπτει την παρουσία PLSVC, με εκβολή στον στεφανιαίο κόλπο, χωρίς επικοινωνία με τη δεξιά άνω κοίλη. Με δεδομένη την παρουσία προσωρινού βηματοδότη μέσω της δεξιάς υποκλειδίου, κρίθηκε απαραίτητο η εμφύτευση να γίνει από αριστερά μέσω της εμμένουσας άνω κοίλης. Η εμφύτευση του ηλεκτροδίου κατέστη δυνατή, μετά από τροποποίηση του οδηγού στυλεού του κοιλιακού ηλεκτροδίου, δημιουργώντας δύο νέες καμπύλες, μία αρχική στο κεντρικό άκρο του περιφερικότερου τριτημορίου, με ευρεία καμπύλη τύπου J και στο περιφερικό άκρο δεύτερη καμπύλη, με οξεία γωνία 90ο κάθετα στον άξονα της προηγούμενης. Συμπέρασμα: Η εμφύτευση CIEDs σε ασθενείς με PLSVC, αν και σπάνια, αποτελεί πρόκληση, με τη διαδικασία να απαιτεί τροποποιήσεις των υλικών και ιδιαίτερους χειρισμούς, λόγω της ανώμαλης πορείας του φλεβικού δικτύου.

**AA186 | Ο ρόλος της ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης στην οριστική διάγνωση και θεραπεία ταχυκαρδίας με ευρέα QRS****Χ. Θεοχάρη<sup>1</sup>, Γ. Τσιτσινάκης<sup>1</sup>, Α. Κακκάβας<sup>1</sup>, Β. Ταφραλή<sup>1</sup>,  
I. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Α. Ρωμηού<sup>1</sup>, Γ. Αρματάς<sup>1</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας εμφανίζουν συχνά κακοήθειες κοιλιακές αρρυθμίες. Τα ευρήματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και της ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία αυτών των αρρυθμιών. Παρουσίαση περιστατικού Ασθενής 80 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και χειρουργηθέντος ανευρύσματος ανιούσας αορτής, παραπέμφθηκε από Κέντρο Υγείας όπου μετέβη λόγω δύσπνοιας από ωρών και αισθήματος παλμών. Ο ασθενής αναφέρει παρόμοια συμπτώματα τις προηγούμενες ημέρες τα οποία υφέθηκαν άνευ αγωγής. Στο Κέντρο Υγείας διαπιστώθηκε ταχυκαρδία η οποία αντιμετωπίστηκε φαρμακευτικά ως υπερκοιλιακή ταχυκαρδία με χορήγηση ενδοφλεβίως αδενosίνης χωρίς ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Στο καρδιολογικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας, από το ΗΚΓ επιφανείας διαπιστώθηκε ταχυκαρδία με ευρέα QRS, 160 bpm. Παθολογικό εύρημα υπέρ κοιλιακής ταχυκαρδίας αποτέλεσε μία κοιλιακή συστολή εκ συγχωνεύσεως καθώς και ο κοιλιοκοιλιακός διαχωρισμός που διαπιστώθηκε (μπλε βέλη, Εικόνα 1). Το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας 35-40%, καθώς και υποκινησία βασικών τμημάτων, κορυφαίου μεσοκοιλιακού διαφράγματος και κορυφαίου προσθιο-πλαγίου τοιχώματος. Ο ασθενής ανατάχθηκε φαρμακευτικά σε φλεβοκομβικό ρυθμό με ενδοφλέβια αγωγή με αμιωδαρόνη και μαγνήσιο και αγωγή από του στόματος με μετοπρολόλη. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (μέγιστης διάρκειας έως 4 sec). Επίσης εμφάνισε αρκετές μο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

νήρεις κοιλιακές έκτακτες συστολές. Διενεργήθηκε στεφανιογραφία στην οποία δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές στενώσεις παρά μόνο μία εστιακή στένωση 40-50% στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, κατά την οποία, έπειτα από προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση με χορήγηση τριπλών έκτακτων κοιλιακών συστολών (PCL: 600 ms, S1S2: 280 ms, S1S2: 250ms, S1S2: 200ms), ο ασθενής εμφάνισε μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (Εικόνα 2). Κατόπιν τούτου, έγινε εμφύτευση απινιδωτή. Συμπεράσματα Το περιστατικό αυτό καταδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης στη διάγνωση και θεραπεία ασθενών με επεισόδια κακοήθους κοιλιακής αρρυθμίας σε έδαφος δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη επιβεβαίωσε την ηλεκτροκαρδιογραφική διάγνωση και οδήγησε στην εμφύτευση απινιδωτή στον συγκεκριμένο ασθενή.

### AA187 | Το ηλεκτροκαρδιογραφικό πρότυπο RV1SI στην αμφικοιλιακή βηματοδότηση ως προγνωστικός δείκτης ανταπόκρισης στη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT)

**Α. Σαπλαούρας<sup>1</sup>, Α. Μπατσούλη<sup>2</sup>, Π. Μιλιής<sup>1</sup>, Θ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπαζούκης<sup>3</sup>, Ο. Καρίκη<sup>1</sup>, Π. Νιάρχου<sup>2</sup>, Γ. Σιδηρόπουλος<sup>5</sup>, Σ. Ξυδώνας<sup>6</sup>, Φ. Τουλαγρίδης<sup>7</sup>, Θ. Καραμήτσος<sup>8</sup>, Χ. Παπαδόπουλος<sup>9</sup>, Ν. Φραγκάκης<sup>10</sup>, Μ. Εφραιμίδης<sup>1</sup>, Κ. Λέτσας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης,

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός, Καρδιολογική κλινική,

<sup>3</sup> Γ.Ν.Λάρνακας, Καρδιολογική κλινική,

<sup>4</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>5</sup> Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Γ. Παπανικολάου, Καρδιολογική κλινική,

<sup>6</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης,

<sup>7</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>8</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>9</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,

<sup>10</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**Εισαγωγή:** Η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) αποτελεί μία από τις θεραπευτικές εκλογής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, αποκλεισμό του αριστερού σκέλους (LBBB) και κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας (LVEF) <5%. Ωστόσο μόνο το 30-40% των ασθενών εμφανίζει ανταπόκριση στη CRT. Η μελέτη μας είχε ως στόχο να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ του ηλεκτροκαρδιογραφικού προτύπου RV1SI και την ανταπόκριση στη CRT. Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 48 διαδοχικοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λόγω ισχαιμικής ή μη μυοκαρδιοπάθειας που παραπέμφθηκαν στο νοσοκομείο μας για εμφύτευση CRT από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Νοέμβριο του 2023. Το ΗΚΓ 12 απαγωγών μετά την εμφύτευση που δείχνει υψηλό κύμα R στην απαγωγή V1  $\geq 4$  mm και κυρίαρχο αρνητικό κύμα S (κύμα S) στην απαγωγή I (μοτίβο RV1SI) έχει θεωρηθεί ως δείκτης βέλτιστου επανασυγχρονισμού μετά από CRT. Η ανταπόκριση στη CRT ορίστηκε ως αύξηση του LVEF  $\geq 10$  % ή μείωση του τελικού συστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας (LVESV)  $\geq 15$  % σε έξι μήνες παρακολούθησης. Οι 48 ασθενείς της μελέτης με βάσει το ΗΚΓ 12 απαγωγών χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση το θετικό πρότυπο RV1SI (Ομάδα I) ή αρνητικό RV1SI (Ομάδα II). Αποτελέσματα: Στους έξι μήνες παρακολούθησης, 37 ασθενείς (77,1%) είχαν ανταποκριθεί σε CRT. Η αξιολόγηση του ΗΚΓ μετά τη CRT 48 ασθενών αποκάλυψε 19 (39,58%) στην Ομάδα I και 29 (60,42%) στην Ομάδα II. Από τους 29 ασθενείς της Ομάδας II, 19 (65,51%) ήταν ανταποκρινόμενοι και από τους 19 ασθενείς της Ομάδας I, 18 (94,73%) ήταν ανταποκρινόμενοι (p-value= 0,0185). Βρέθηκε ότι οι ασθενείς της Ομάδας I εμφάνισαν καλύτερη ανταπόκριση στην CRT σε σύγκριση με την Ομάδα II σε σχέση με τη βελτίωση των ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων. Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με θετικό πρότυπο RV1SI στο ΗΚΓ 12 απαγωγών μετά την εμφύτευση εμφάνισαν καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού σε σχέση με τους ασθενείς με αρνητικό πρότυπο.

**AA188 | Η χρήση της ιβουτιλίδης σε συνδυασμό με θειικό μαγνήσιο για τη φαρμακευτική ανάταξη ασθενών με κολπική μαρμαρυγή μετά από αποτυχημένη χρήση αμιωδαρόνης: αποτελεσματικότητα και ασφάλεια**  
**E. Στεργιανός<sup>1</sup>, Σ. Δαφνής<sup>1</sup>, Α. Πικάση<sup>1</sup>, Κ. Πλατανιάς<sup>1</sup>, Κ. Τόλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η ιβουτιλίδη αποτελεί ένα αντιαρρυθμικό τάξης III, το οποίο έχει μελετηθεί για την φαρμακευτική ανάταξη του κολπικού πτερυγισμού με αποτελεσματικότητα 63-73%, και λιγότερο για την ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), με ποσοστό επιτυχίας 31-51%. Βασικοί περιορισμοί στη χρήση της αποτελούν τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας σε ΚΜ και η προαρρυθμική της δράση. Η παρούσα μελέτη διερευνά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ιβουτιλίδης σε συνδυασμό με ενδοφλέβιο θειικό μαγνήσιο σε ασθενείς με ΚΜ που έχουν λάβει αμιωδαρόνη χωρίς επιτυχία στην ίδια νοσηλεία. Υλικά και Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 35 ασθενείς με ΚΜ που κρίθηκαν κατάλληλοι για φαρμακευτική ανάταξη. Για την εισαγωγή στη μελέτη, οι ασθενείς θα έπρεπε να έχουν κλάσμα εξώθησης >%, ενώ το QTc διάστημα να είναι φυσιολογικό. Χορηγήθηκε 0.1mg ιβουτιλίδης ενδοφλεβίως (ΕΦ) με επανάληψη της ίδιας δόσης σε 10 λεπτά αν ο ασθενής δεν είχε ανατάξει σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Προ και μετά της ιβουτιλίδης χορηγήθηκαν 2.5g θειικού μαγνησίου ΕΦ,

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

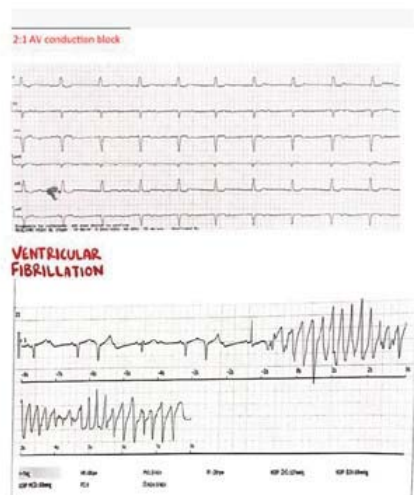
ενώ το διάστημα QT μετρήθηκε την 1 η , την 6 η και την 24 η ώρα μετά την χορήγηση της ιβουτιλίδης. Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών, το 60% ήταν άντρες, ενώ το 88,2% παρουσίαζε παροξυσμική ΚΜ. Η αποτελεσματικότητα της ιβουτιλίδης ήταν 88,6% με μέσο όρο χρόνου ανάταξης τα 118 λεπτά(Εύρος 2-900min). Οι ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ ήταν πιο πιθανό να ανατάξουν στην περίοδο παρακολούθησης σε σύγκριση με αυτούς με εμμένουσα ΚΜ ( $p=0.01$ ), ενώ η αυξημένη διάμετρος του αριστερού κόλπου συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα ανάταξης ( $p=0.04$ ). Στο 42.1 % του δείγματος το διάστημα QTc είχε επιστρέψει στο φυσιολογικό την 6 η ώρα μετά τη χορήγηση της ιβουτιλίδης, ενώ την 24 η ώρα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 66,7%. Το 50% των ασθενών παρουσίασε κάποια μορφή αρρυθμίας, με πιο συχνές τις έκτακτες κοιλιακές συστολές (50%), ακολουθούμενες από έκτακτες υπερκοιλιακές συστολές (14,3%) και μονόμορφη μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία(10,7%). Δεν παρατηρήθηκαν επεισόδια πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας. Συμπέρασμα: Η αποτελεσματικότητα της ιβουτιλίδης σε περιπτώσεις ασθενών που έλαβα ναμνωδαρόνη ανεπιτυχώς είναι σημαντικά υψηλότερη από αυτή που αναγράφεται στη βιβλιογραφία για την ανάταξη της ΚΜ. Ο συνδυασμός με θεϊκό μαγνήσιο φαίνεται πως μειώνει την πιθανότητα επικίνδυνων αρρυθμιών.

### AA189 | ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ - ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΟΠΩΣ Η ΠΟΛΥΜΟΡΦΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ (TORSADES DE POINTES)

**N. Lazili<sup>1</sup>, Δ. Νικητόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μαντής<sup>1</sup>, Α. Τσαντούλας<sup>1</sup>, Σ. Μαυρουδέας<sup>1</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Α. Λιόδη<sup>1</sup>, Γ. Ματθαίουπουλος<sup>1</sup>, Ν. Καυκάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ** Γυναίκα 80 ετών με ατομικό ιστορικό καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση. Από τη λεπτομερή λήψη ιστορικού δεν ελάμβανε β αναστολέα .-προσήλθε στο Τεπ καρδιολογικής κλινικής λόγω αναφερομένης κόπωσης και αδυναμίας με συνοδό αίσθημα δύσπνοιας από 3 ημερών.-Το ΗΚΓ εισαγωγής ανέδειξε Υψηλού βαθμού AV block με 2:1 αγωγή .-Από τον εργαστηριακό έλεγχο χωρίς αυξημένους δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης .-Το triplex καρδιάς στα ΤΕΠ ανέδειξε EF=45%, αμφικολπική διάταση, χωρίς σημαντικές βαλβιδοπάθειες .Η ασθενής άμεσα εισήχθη στη καρδιολογική μονάδα για παρακολούθηση και περαιτέρω αντιμετώπιση .Λίγη ώρα μετά την εισαγωγή της εμφάνισε επεισόδιο πολυμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας που προκαλείται από βραδυκαρδία έγιναν θωρακικές συμπίεσεις και υποβλήθηκε





**ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**

σε απινίδωση βάση πρωτόκολλο ACLS και επέστρεψε σε αυτόματη κυκλοφορία ,της χορηγήθηκε IV magnesium bolus και ετέθη άμεσα προσωρινός βηματοδότης με στόχο καρδιακό ρυθμό στα90 bpm. Το επόμενο 24ωρο έγινε εμφύτευση μόνιμου. βηματοδότη και η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή χωρίς περαιτέρω επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας και έλαβε εξιτήριο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η βραδυκαρδία είναι γνωστό ότι προκαλεί επιμήκυνση του διαστήματος QTc .Η επίμονη βραδυκαρδία και lhigh grade atrioventricular (AV) block μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη prolonged QTc interval με κίνδυνο απειλητική για τηζωή κοιλιακή ταχυκαρδία. Torsades De Pointes που προκαλεί βραδυκαρδία έχει περιγραφεί οτι μπορεί συνδέεται με καταστάσεις όπως φαρμακευτικής αιτιολογίας atrioventricular(AV) block,συμπαθητικομμητικό, υποθυρεοειδισμός. Η περίπτωση μας παρουσιάζει ασθενή με επίμονη φλεβοκομβική βραδυκαρδία με lhigh grade AV block που οδηγεί σε επίμονο συνδρομο μακρού QT χωρίς καμιά αναστρέψιμη αιτιολογία που οδήγησε σε TdP.

**Επεμβατική καρδιολογία II**

Πρόεδρος: **M. Παπαφακλής** (Πάτρα), **A. Καρανάσος** (Πάτρα)

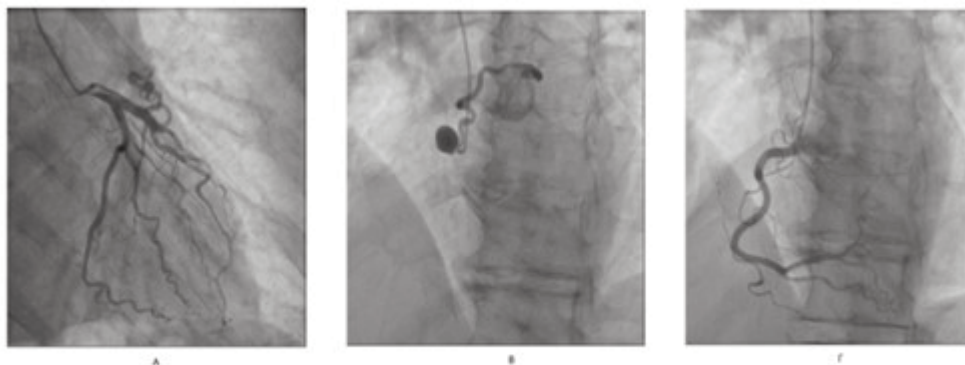
Chairperson: **M. Papafaklis** (Patra), **A. Karanassos** (Patra)

**AA190 | Παρουσία 2 αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών των στεφανιαίων αρτηριών στον ίδιο ασθενή**

**A. Μακριδάκης<sup>1</sup>, Δ. Τασούλας<sup>1</sup>, Σ. Ψυχάρη<sup>1</sup>, N. Μακριδάκης<sup>1</sup>, A. Κωτσάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ  
B' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ** Οι αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες (FISTULAS) των στεφανιαίων αρτηριών είναι σπάνιες ανωμαλίες των στεφανιαίων που συνήθως είναι ασυμπτωματικές και ανιχνεύονται τυχαία σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Οι μικρές fistulas συνήθως δεν χρειάζονται συγκεκριμένη αντιμετώπιση, ενώ οι μεγαλύτερες μπορούν να δημιουργήσουν κλινική συμπτωματολογία και να χρειασθεί να συγκλεισθούν.Η διόρθωση μπορεί να γίνει διαδερμικά ή χειρουργικά, συχνά είναι σύμπλοκη- απαιτητική και μπορεί να συνοδεύεται από επιπλοκές όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εμβολή, κ.τ.λ. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Παρουσιάζεται περίπτωση άνδρα 65 ετών με συμπτωματολογία στηθαγχοειδούς άλγους και ήπιες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις πτώσης του διαστήματος ST στις απαγωγές του προσθίου τοιχώματος. Η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε προγραμματισμένο στεφανιογραφικό έλεγχο. Αποτελέσματα Η στεφανιογραφία ανέδειξε 2 αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες των στεφανιαίων αρτηριών: 1) Ευμεγέθους Fistula στο πρώτο τριτημόριο του προσθίου κατιόντος, επικοινωνούσα με την πνευμονική αρτηρία. Ο πρόσθιος κατιών είναι αγγείο χωρίς αθηρωμάτωση Εικόνα 1 Α. 2) Fistula από την περιοχή του δεξιού κόλπου του Valsalva, εγγύς του στομίου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, με αρχικό ευμέγεθες ανεύρυσμα, που καταλήγει στην πνευμονική αρτηρία, χωρίς σύνδεση με την RCA, Εικόνα 1B. 3) Δεξιά στεφανιαία αρτηρία φυσιολογικής μορφολογίας, Εικόνα 1 Γ.-Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με την διενέργεια αξονικής στεφα-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ΕΙΚΟΝΑ 1



ΕΙΚΟΝΑ 2

εικόνας. Η παρουσία 2 αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών στον ίδιο ασθενή είναι σπάνιο φαινό-

νογραφία. Απεικονίστηκαν οι 2 αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες από τον πρόσθιο κατιόντα και από τον ΔΕ κόλπο του Valsalva προς την Πνευμονική αρτηρία. Εικόνα ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με φαρμακευτική αγωγή (ασπιρίνη και β-αποκλειστή) με υποχώρηση των συμπτωμάτων και βελτίωση της κλινικής

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

## AA191 | Σύγκριση δεικτών ηρεμίας και υπεραϊμίας: Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων;

**Ε. Σιδεράς, Χ. Μάρακας<sup>1</sup>, Ε. Κλάδου<sup>1</sup>, Ε. Σκαλίδης<sup>1</sup>, Σ. Πετούσης<sup>1</sup>, Ε. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Δ. Λεμπιδάκης<sup>1</sup>, Ε. Μαντζορογιώργου<sup>2</sup>, Θ. Πατερομιχελάκης<sup>1</sup>, Β. Παπακώστα<sup>1</sup>, Δ. Ανδριάνης<sup>1</sup>, Α. Ηλιάκη<sup>1</sup>, Ε. Μανουσάκης<sup>1</sup>, Γ. Κοχιαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Χαμηλός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR-Fractional Flow Reserve) και η στιγμιαία εφεδρεία ροής (iFR-instantaneous wave-free ratio) είναι δυο καθιερωμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται ευρέως στα αιμοδυναμικά εργαστήρια, προκειμένου να αξιολογηθεί η σοβαρότητα των ενδιάμεσων στενώσεων που βρίσκονται στο στεφανιογραφικό έλεγχο. Είναι γνωστό από μεγάλες μελέτες ότι οι επεμβάσεις επαναγγείωσης ήταν λιγότερες στις γυναίκες από ότι στους άνδρες μετά από υπολογισμό της κλασματικής εφεδρείας ροής. Τα στοιχεία είναι περιορισμένα στο εάν οι τιμές και τα αποτελέσματα του FFR και του iFR ποικίλουν σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών. Σκοπός Στόχος της μελέτης ήταν να συγκρίνει τις μετρήσεις FFR και iFR μεταξύ των δύο φύλων και να αναδείξει πιθανές διαφορές.Υλικά και Μέθοδος Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 133 ασθενείς , που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Από αυτούς οι άνδρες ήταν οι 113 και οι γυναίκες ήταν 20 . Οι μετρήσεις έγιναν με Volcano Pressure Wire. Σε όλες τις βλάβες εκτιμήθηκε το FFR και IFR. Αποτελέσματα Οι τιμές iFR ήταν υψηλότερες στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (0,90±0,05 vs 0,90±0,06 p=0,8605) [t(131)=0.1761] . Αντίθετα οι τιμές του FFR δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 2 φύλων (0,84±0,05 vs 0,81±0,06 p= 0,0980) [t(131)=1.667]. Η συσχέτιση μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν ισχυρή τόσο στους άντρες (r=0,75, p<0.0001), και λιγότερο ισχυρή στις γυναίκες (r=0,54, p<0.013). Συμπεράσματα Οι τιμές του iFR δε διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στα 2 φύλα. Αντίθετα οι τιμές του FFR είναι υψηλότερες (οριακά μη σημαντικές) στις γυναίκες στον ίδιο πληθυσμό. Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν μεγαλύτερη ασυμφωνία μεταξύ FFR και iFR στις γυναίκες.

## AA192 | Επίδραση της διακαθετηριακής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας στη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας. Μακροχρόνια παρακολούθηση

**Θ. Λύτρα<sup>1</sup>, Κ. Καλογεράς<sup>1</sup>, Θ. Αναστασίου<sup>1</sup>, Β. Χατζούλα<sup>1</sup>, Α. Χαλδούπης<sup>1</sup>, Μ. Α. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>, Ε. Βαβουρανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η διακαθετηριακή αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας (TAVI) αποτελεί κύρια θεραπεία της συμπτωματικής σοβαρού βαθμού στένωσης αορτικής βαλβίδας σε

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μακροπρόθεσμη επίδραση της TAVI στη μεταβολή του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕ) σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας. Υλικό/Μέθοδος Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε TAVI από το 2008 έως το 2021 σε ένα κέντρο και χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες με βάση το ΚΕ προεπεμβατικά (Ομάδα Α: ΚΕ $\geq$ 50%, Ομάδα Β: ΚΕ 40-50%, Ομάδα Γ: ΚΕ <40%). Μελετήθηκε η μεταβολή του ΚΕ στους 6, 12 και 24 μήνες συγκριτικά με προεπεμβατικά, όπως επίσης και η ανάλυση επιβίωσης των ασθενών με ΚΕ>40% και ΚΕ $\leq$ 40%. Αποτελέσματα Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς (μέση ηλικία 80 $\pm$ 7 έτη, 63% άνδρες). Στην ομάδα Α (58 ασθενείς) η μέση προεπεμβατική τιμή του ΚΕ ήταν 55.81 $\pm$ 5.04% χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή σε όλες τις χρονικές περιόδους παρακολούθησης (6μήνες ΚΕ=55.88 $\pm$ 5.36%,  $p$ = 0.56), (12μήνες ΚΕ=55.54 $\pm$ 6.08%,  $p$ =0.63) και (24μήνες ΚΕ=54.78 $\pm$ 4.74%,  $p$ =0.47). Στην ομάδα Β (33 ασθενείς), η μέση τιμή ΚΕ προ της επέμβασης ήταν 43.48 $\pm$ 3.18% με στατιστικά σημαντική μεταβολή συγκριτικά με αυτή σε όλες τις χρονικές περιόδους παρακολούθησης (6μήνες ΚΕ=49.27 $\pm$ 7.78%,  $p$ =0.001), (12μήνες ΚΕ=48.09 $\pm$ 8.43%,  $p$ =0.013), (24μήνες ΚΕ=50 $\pm$ 7.9%,  $p$ =0.002). Στην ομάδα Γ (9 ασθενείς, η προεπεμβατική τιμή του ΚΕ ήταν 33.13 $\pm$ 3.72% και στατιστικά σημαντική μεταβολή διαπιστώθηκε στους 6 και 12 μήνες (6μήνες ΚΕ=44.29 $\pm$ 3.72%,  $p$ = 0.012), (12μήνες ΚΕ=44.29 $\pm$ 7.86%,  $p$ =0.019) και (24μήνες ΚΕ=40 $\pm$ 14.14%,  $p$ =0.213). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 55.1 $\pm$ 33 μήνες και συνολικά απεβίωσαν 25 ασθενείς (25%). Μεταξύ αυτών με προεπεμβατική τιμή ΚΕ>40%, απεβίωσαν 17 άτομα, ενώ μεταξύ αυτών με ΚΕ=< 40% 8 άτομα (ποσοστό επιβίωσης 70.2% και 75.8% αντίστοιχα,  $p$ =0.18). Συμπεράσματα Η διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας αποτελεί πρόκληση για τους ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Η TAVI σχετίζεται με άμεση βελτίωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας, η οποία φαίνεται να διατηρείται και στην μακροπρόθεσμη παρακολούθηση.

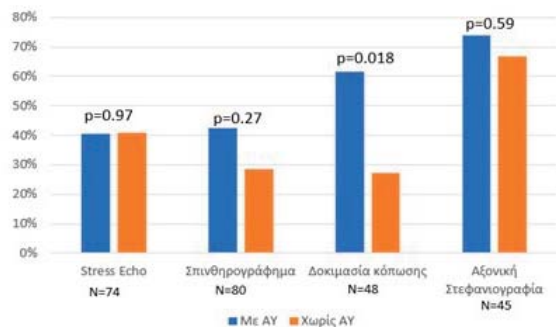
### AA193 | Η επίδραση της αρτηριακής υπέρτασης στον αναιμάκτο έλεγχο μυοκαρδιακής ισχαιμίας και πιθανή συσχέτιση της με την τελική αγγειογραφική εντόπιση της στεφανιαίας νόσου

**Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Ν. Κατσιλλής<sup>1</sup>, Τ. Τζινιέρης<sup>1</sup>, Ν. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Σε ασθενείς με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), ορισμένες φορές η παρουσία ισχαιμίας κατά τον αναιμάκτο έλεγχο οφείλεται στην ελικοειδή μορφολογία των στεφανιαίων αρτηριών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση ασθενών με ή χωρίς ιστορικό ΑΥ αναφορικά με τη συσχέτιση των μεθόδων ισχαιμίας και μη επεμβατικής απεικόνισης με τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Υλικό/μέθοδος Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό ΑΥ, οι οποίοι υποβλήθηκαν προγραμματισμένα σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Τζανείου από τον 1/2024 έως τον 5/2024 έπειτα από παραιομπί λόγω θετικής δοκιμασίας κόπωσης, ελέγχου ισχαιμίας ή αξονικής στεφανιογρα-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

φίας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε αναλόγως με την κατανομή των δεδομένων των μεταβλητών, οπότε και διενεργήθηκαν τα ανάλογα τεστ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως  $p < 0.05$ . Αποτελέσματα Στη μελέτη συμμετείχαν 223 ασθενείς εκ των οποίων ιστορικό ΑΥ είχαν οι 151 (67.7%) [μέση ηλικία 66.1 έτη ( $\pm 9.4$ ), 115 (76.2%) άντρες], ενώ οι ασθενείς χωρίς ΑΥ ήταν 72 [51 (70.8%) ήταν άντρες] και είχαν μέση ηλικία 63.7 έτη ( $\pm 9.6$ ). Οι ασθενείς με ιστορικό ΑΥ έπα-

σαν πιο συχνά από δυσλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη, ενώ δε φάνηκε να υπάρχει διαφορά στα λοιπά βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 1). Στο σύνολο, τα ευρήματα του στεφανιογραφικού ελέγχου συγκριτικά τα δεδομένα από τις απεικονιστικές μεθόδους δε φάνηκε να έχουν διαφορά στους ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό ΑΥ [συσχέτιση σε  $n=75/151$  (49.7%) έναντι 29/72 (40.3%) αντίστοιχα,  $p=0.19$ ]. Αυτό αφορούσε τους ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό ΑΥ που είχαν παραπεμφθεί λόγω θετικού stress echo (συσχέτιση με στεφανιογραφικό έλεγχο 40.4% (21/52) έναντι 40.9% (9/22) αντίστοιχα,  $p=0.97$ ) ή θετικού σπινθηρογραφήματος [42.4% (25/59) έναντι 28.6% (6/21) αντίστοιχα,  $p=0.27$ ]. Αντίθετα, σε ασθενείς που είχαν παραπεμφθεί λόγω θετικής δοκιμασίας κόπωσης υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συσχέτιση με τα ευρήματα της στεφανιογραφίας σε ασθενείς με ιστορικό ΑΥ ( $n=26$ ) σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ΑΥ ( $n=22$ ) (61.5% έναντι 27.3% αντίστοιχα,  $p=0.018$ ). Τέλος, δεν υπήρχε διαφορά στους ασθενείς που παραπέμφθηκαν λόγω θετικής αξονικής στεφανιογραφίας με ( $n=27$ ) ή χωρίς ΑΥ ( $n=18$ ) (συσχέτιση 74.1% έναντι 66.7% αντίστοιχα,  $p=0.59$ ). Συμπεράσματα Το ιστορικό ΑΥ δεν επιδρούσε στη συσχέτιση του  $n$   $v$   $a$   $i$   $m$   $a$   $c$   $t$   $o$   $u$  ελέγχου ισχαιμίας με τα ευρήματα του στεφανιογραφικού ελέγχου. Διαφορά παρατηρήθηκε μόνο όταν η παραπομπή αφορούσε θετική δοκιμασία κόπωσης.

	Ασθενείς χωρίς αρτηριακή υπέρταση (n=72)	Ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (n=151)	p-value
Τυπική σθηθάγχη (n %)	13 (18.1%)	26 (17.2%)	$p=0.88$
Κλάσμα εξώθησης % (μέσος $\pm$ τυπική απόκλιση)	56.5 ( $\pm 5.6$ )	56.9 ( $\pm 6.1$ )	$p < 0.001$
Ενεργοί καπνιστές (n %)	33 (45.8%)	52 (34.4%)	$p=0.10$
Δυσλιπιδαιμία (n %)	42 (58.3%)	124 (82.1%)	$P < 0.001$
Γνωστή στεφανιαία νόσος (n %)	14 (19.4%)	45 (29.8%)	$p=0.10$
Σακχαρώδης διαβήτης (n %)	17 (23.6%)	62 (41.1%)	$p=0.01$
Θετικό οικογενειακό ιστορικό (n %)	14 (19.4%)	21 (13.9%)	$p=0.29$
Παχυσαρκία (n %)	12 (16.7%)	29 (19.2%)	$p=0.65$

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

AA194 | **Μελέτη RECALL: Αγγειακή προσπέλαση για καρδιακό καθετηριασμό**  
**Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Παγιάντζα<sup>1</sup>, Σ. Μαρμανίδου<sup>1</sup>, Χ. Γρουτίδου<sup>1</sup>,**  
**Χ. Κιούλη<sup>1</sup>, Σ. Φ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Κακδέρης<sup>1</sup>, Π. Βαζακίδης<sup>1</sup>,**  
**Κ. Τσακίριδης<sup>1</sup>, Σ. Χ. Δάιος<sup>1</sup>, Β. Αναστασίου<sup>1</sup>, Α. Νικητόπουλος<sup>1</sup>,**  
**Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κουπαράνης<sup>1</sup>, Β. Καμπεριδής<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Η ανάλυση της αγγειακής προσπέλασης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτης καταγραφής ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό κατά τα έτη 2019-2024. Στη μελέτη εντάχθηκαν δειγματοληπτικά ενήλικοι ασθενείς και των δύο φύλων που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό (στεφανιογραφία ή/ και αγγειοπλαστική) για οποιαδήποτε ένδειξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 3500 ασθενείς (μέση ηλικία 65 ± 12 έτη), 2640 άνδρες και 860 γυναίκες. Το είδος και τα διάφορα χαρακτηριστικά της αγγειακής προσπέλασης φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα

	Σύνολο ασθενων (n=3500)
Φύλο	Γυναίκες 860 (24,6%) Ανδρες 2640 (75,4%)
Μέση ηλικία	65 ± 12 ετη
Αρχική αρτηριακή προσπέλαση	Κερκιδική 2546 (72,7%) Μηριαία 433 (9,5%) Ωλένια 47 (1,3%) Βραχιόνια 10 (0,3%)  Δεξιά πλευρά 77,2% Αριστερή πλευρά 7,8%
Ανάγκη για αλλαγή προσπέλασης	63 (2,1%)
Ταυτόχρονη διπλή αρτηριακή προσπέλαση	39 (1,3%)
Είδος διπλής αρτηριακής προσπέλασης	Κερκιδική και μηριαία 21 (0,7%) Αμφότερες κερκιδικές 8 (0,03%) Αμφότερες μηριαίες 10 (0,05%)
Ελικωση κερκιδικής αρτηρίας (radial artery loop)	12 (0,4%)
Σπασμός κερκιδικής αρτηρίας	14 (0,5%)
Ελικωση υποκλειδίου αρτηρίας (subclavian loop)	6 (0,2%)

Συμπεράσματα: Η κύρια οδός αγγειακής προσπέλασης για καρδιακό καθετηριασμό ήταν η δεξιά κερκιδική αρτηρία. Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, είτε λόγω ανατομικών παραλλαγών είτε λόγω σπασμού, υπάρχει ανάγκη για αλλαγή της αγγειακής προσπέλασης και στις περιπτώσεις αυτές προτιμήθηκε η μηριαία αρτηρία.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA195 | Περιστατικό υποτροπιάζουσας αγγειοσπαστικής στηθάγχης  
θεραπευθέν με αγγειοπλαστική****Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>, Ε. Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Φ. Τουλγαρίδης<sup>1</sup>, Ι. Μαυρογένης<sup>1</sup>,  
Δ. Καραγεώργου<sup>1</sup>, Β. Ταφραλή<sup>1</sup>, Γ. Αρματάς<sup>1</sup>, Ι. Καντζής<sup>1</sup>, Γ. Τριάντης<sup>1</sup>,  
Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Την τελευταία δεκαετία στην Καρδιολογία αναφέρεται όλο και πιο συχνά μία ετερογενή κατηγορία συμβαμάτων με τον όρο Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries (MINOCA). Αποτελεί μία περίπλοκη κλινική κατάσταση στην παθογένεση της οποίας εμπλέκονται πληθώρα αιτιών. Η παθολογία των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών τόσο μέσω του μηχανισμού του σπασμού, όσο και με τη ρήξη της αθηρωματικής πλάκας κατέχει σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία των MINOCA. **Υλικό και Μέθοδος:** Παρουσιάζεται περιστατικό γυναίκας ασθενούς 72 ετών που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω εμπυρέτου από 10ημέρου με διαλείποντα θωρακικά άλγη. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται Ca πνεύμονα χειρουργηθέν προ 4ετίας χημειοθεραπευθέν (ΧΜΘ) - ακτινοθεραπευθέν (ΑΚΘ) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδειχθήκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και ακροαστικά ευρήματα συμβατά με λοίμωξη αναπνευστικού. Εισήχθη στην πνευμονολογική κλινική όπου και ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή. Αποτελέσματα: Την τρίτη μέρα νοσηλείας, η ασθενής ανέφερε προκάρδιο άλγος με αντανάκλαση στην ράχη και στα άνω άκρα. Εκ του ηλεκτροκαρδιογραφήματος παρουσίασε φλεβοκομβικό ρυθμό και ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές II,III,avF, V4-V6 και κατάσπαση του ST στις απαγωγές I,avL,V2 (ΕΙΚΟΝΑ 1). Υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο ο οποίος ανέδειξε μέτρια στένωση στο εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) και δύο σημαντικές στενώσεις, η μία στο εγγύς τμήμα της περισπωμένης (LCx) και η δεύτερη στην έκφυση του 1ου επιχειλίου κλάδου (OM1). Διενεργήθηκε επιτυχής αγγειοπλαστική των στενώσεων της LCx και του OM1 με εμφύτευση μίας ενδοστεφανιαίας πρόθεσης (stent). Η ασθενής μεταφέρθηκε στην μο-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

νάδα εμφραγμάτων. Την επόμενη μέρα η ασθενής εμφάνισε νέο επεισόδιο προκαρδίου άλγους και όμοια ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα. Μεταφέρθηκε εκ νέου στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφικό έλεγχο, ο οποίος ανέδειξε βατό το stent στην LCx και μέτρια στένωση εγγύς της RCA με έντονη παρουσία σπασμού στο σημείο της στένωσης και λύση αυτού μετά την ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρογλυκερίνης (ΕΙΚΟΝΑ 2). Ετέθη η διάγνωση αγγειοσπαστικής στηθάγχης. Ως εκ τούτου την ένατη μέρα νοσηλείας μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου διενεργήθηκε αγγειοπλαστική στην μέτριας βαρύτητας βλάβη στο εγγύς τμήμα της RCA με εμφύτευση ενός stent. Η ασθενής έκτοτε παρέμεινε ασυμπτωματική, αιμοδυναμικά σταθερή και έλαβε εξιτήριο. Συμπεράσματα: Η εξοικείωση των κλινικών ιατρών με την έννοια των MINOCA είναι αναγκαία στην σύγχρονη καρδιολογία. Η φαρμακευτική αγωγή κατέχει την πρώτη και κύρια θέση στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Παρόλα αυτά όπως είδαμε και στο περιστατικό μας, πέρα από την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αντιμετώπιση η οποία αποτελεί το gold standard, αξίζει να σημειωθεί και η πιθανή σημασία και θέση της ενδοαγγειακής παρέμβασης σε εξατομικευμένες περιπτώσεις.

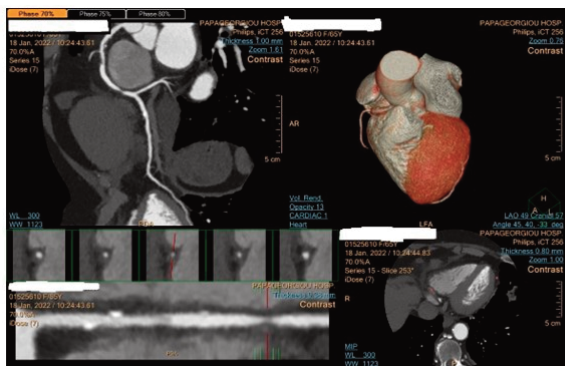
### AA196 | **Μονήρης Δεξιά Στεφανιαία Αρτηρία: Σπάνια αιτία εξωνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής σε γυναίκα ασθενή**

**Κ. Στάμος<sup>1</sup>, Α. Μόσιαλος<sup>1</sup>, Ν. Τσαναξίδης<sup>1</sup>, Ι. Στυλιάδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Μια μονήρης στεφανιαία αρτηρία από τον δεξιό κόλπο του Valsalva είναι μια εξαιρετικά ασυνήθιστη ανατομική παραλλαγή. Αυτή η ανωμαλία, αν και σπάνια, οδήγησε σε ένα απειλητικό για τη ζωή συμβάν με τη μορφή εξωνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής στην ασθενή μας. Η συχνότητα τέτοιων ανωμαλιών υπολογίζεται σε μόλις 0,0008% στο γενικό πληθυσμό. Αν και σπάνια, τα πιθανά καταστροφικά αποτελέσματα στο ενδεχόμενο ενός οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, απαιτεί προσεκτική εξέταση. Υλικό/Μέθοδος Γυναίκα ασθενής 64 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και υπερχοληστερολαιμίας με επεισόδια στηθάγχης τους τελευταίους μήνες εμφάνισε εξωνοσοκομειακή ανακοπή. Μετά από επιτυχή ανάνηψη με απινίδωση (100 joules) από την κινητή μονάδα του ΕΚΑΒ διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο έχοντας πλήρως ανακτήσει τις αισθήσεις της για περαιτέρω αντιμετώπιση. Τόσο το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ηρεμίας όσο και το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν ανέδειξαν αξιοσημείωτες ανωμαλίες. Η ασθενής εισήχθη αμέσως στη μονάδα στεφανιαίας φροντίδας για περαιτέρω αξιολόγηση και διαχείριση. Οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφικό έλεγχο από τον οποίο αναδείχθηκε μονήρης στεφανιαία αρτηρία προερχόμενο από τον δεξιό κόλπο του Valsalva, στην αναμενόμενη θέση του LAD εντοπίστηκε ένα λεπτοφυές αποφραγμένο αγγείο, ενώ από τα λοιπά ευρήματα αναδείχθηκε στένωση 60% με σχηματισμό θρόμβου στο μεσαίο τρίτο του αγγείου, μαζί με επιπλέον 70% στένωση στο τελευταίο τρίτο. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με CT στεφανιογραφία (CTCA). Συγκεκριμένα, η CTCA ανέδειξε υψηλό σκορ ασβεστίου, με τους άνω κλάδους να παρουσιάζουν υπερδιάταση, διευκολύνοντας την αιμάτωση στην πρόσθια και πλάγια όψη της αριστερής κοιλίας. Συζητήθηκε με την ασθενή το ενδεχόμενο καρδιοχειρουργικής παρέμβασης, το οποίο απέρριψε, οδηγήθηκε επομένως ξανά στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για αγγειοπλαστική, με άριστο τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Αποτελέσματα



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

όπως εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή. Η απόφραξη του εγγύς τμήματος μιας τέτοιας αρτηρίας θα μπορούσε να είναι θανατηφόρα, επομένως απαιτείται μια εξαιρετικά προσεκτική προσέγγιση.

Η ασθενής έλαβε εξιτήριο μια εβδομάδα αργότερα και επέστρεψε στις καθημερινές της δραστηριότητες. Ένα χρόνο αργότερα επιβεβαιώθηκε το άριστο αγγειογραφικό αποτελέσματα με επαναληπτική στεφανιογραφία, ενώ η ίδια δεν αναφέρει προκάρδιο άλγος ή ισοδύναμα στηθάγχης. Συμπεράσματα Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία, ιδιαίτερα πρερχόμενη από τον δεξιό κόλπο του Valsalva, είναι εξαιρετικά σπάνια. Η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλλει από ασυμπτωματικά έως απειλητικά για τη ζωή συμβάντα,

**AA197 | Παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας με υπερηχογραφική καθοδήγηση. Μια εύχρηστη και ασφαλής μέθοδος πρόσβασης στην αρτηρία του καρπού όταν η ψηλάφηση είναι ανεπαρκής και όχι μόνο**  
**Χ. Μεμέτ<sup>1</sup>, Σ. Ντούρτσιου<sup>1</sup>, Τ. Απητή<sup>1</sup>, Δ. Διαμαντόπουλος<sup>1</sup>, Α. Διαμαντόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή-σκοπός:** Η κερκιδική αρτηρία αποτελεί μια από τις πιά συχνές οδούς πρόσβασης στο αρτηριακό αίμα. Επιπλέον, στο αιμοδυναμικό εργαστήριο αποτελεί την οδό επιλογής για διαγνωστικές και επεμβατικές πράξεις στα στεφανιαία αγγεία. Η εύρεση και παρακέντηση της γίνεται μέχρι σήμερα με ψηλάφηση του αρτηριακού παλμού. Όμως, οι συχνές αστοχίες οδηγούν σε πολλαπλές τρώσεις του αγγειακού τοιχώματος και σπασμό η/και αιμορραγία. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, όπου ο χειριστής εγκαταλείπει την προσπάθεια και αναζητά άλλη οδό πρόσβασης, π.χ. στην μηριαία αρτηρία. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την εφικτότητα, ακρίβεια και ταχύτητα παρακέντησης της κερκιδικής αρτηρίας με υπερηχογραφική καθοδήγηση. Μέθοδος-αποτελέσματα: Επιλέξαμε συνολικά 15 ασθενείς της κλινικής μας, όπου η κερκιδική αρτηρία ήταν δύσκολα ψηλαφητή, ή είχε προηγηθεί ανεπιτυχής παρακέντηση δια της ψηλάφησης. Στην συνέχεια, με φορητό υπερηχογράφο περιφερικών αγγείων Vscan GE, απεικονίσαμε υπερηχογραφικά την κερκιδική αρτηρία στο άνω τμήμα της χρησιμοποιώντας έγχρωμο doppler. Ακολούθως, έγινε η παρακέντηση υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, χωρίς τοπική αναισθησία. Καταγράφηκε το ποσοστό επιτυχίας, ο χρόνος παρακέντησης, καθώς και ο βαθμός δυσφορίας του ασθενή.

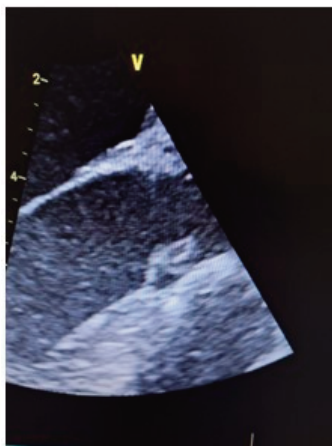
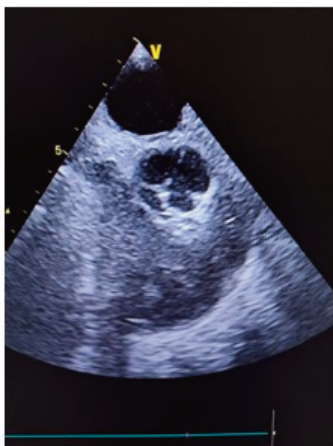


ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Η παρακέντηση ήταν επιτυχής με το πρώτο τρύπημα χωρίς επιπλέον χειρισμούς βελόνας σε 14 ασθενείς, ενώ σε έναν χρειάστηκαν ήπιοι χειρισμοί. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν από καθόλου έως ελάχιστο επίπεδο δυσφορίας. Συμπέρασμα: Η υπερηχογραφική καθοδήγηση κατά την παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας προσφέρει μέγιστο ποσοστό επιτυχίας, ιδίως σε περιπτώσεις όπου η ψηλάφηση του παλμού είναι δύσκολη. Ταυτόχρονα, δίνει χρήσιμες πληροφορίες για την διάμετρο και τη ροή του αγγείου, ενώ εξασφαλίζει ασφάλεια και χαμηλό επίπεδο δυσφορίας για τον ασθενή.

**AA198 | Acute Inferior STEMI in a Young Male with Libman-Sacks Endocarditis****Π. Αρβανιτίδης<sup>1</sup>, Π. Καλαμάτα<sup>1</sup>, Ν. Πλατογιάννης<sup>1</sup>, Δ. Πλατογιάννης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Introduction** Acute myocardial infarction (AMI) in young adults is relatively rare and often associated with unique risk factors and etiologies. This case report details a 33-year-old Caucasian male presenting with an acute inferior ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). The patient's history included smoking, dyslipidemia, increased body mass index (BMI), use of creatine supplements, and a family history of thrombophilia. Despite initial successful revascularization, further investigations revealed lesions consistent with Libman-Sacks endocarditis, raising the possibility of coronary artery embolism as the underlying cause of the myocardial infarction. Case Presentation The patient arrived at the emergency department with acute chest pain that had commenced one and a half hours prior to admission. The pain was intense, with radiation to the left arm and jaw. An electrocardiogram (ECG) performed immediately showed classic signs of an inferior STEMI. Given the acute presentation, the patient was quickly transferred to the catheterization laboratory where angiography identified an occlusion in the right coronary artery, which was successfully revascularized. Post-procedure, a transthoracic echocardiogram (TTE) revealed lesions on the aortic valve causing mild aortic regurgitation. This finding prompted a transesophageal echocardiogram (TEE), which confirmed the presence of valvular lesions. Cardiac MRI was conducted and corroborated the echocardiographic findings. Blood cultures and additional laboratory tests were negative for infection, leading to a provisional diagnosis of Libman-Sacks endocarditis. Screening for thrombophilia and systemic



regurgitation. This finding prompted a transesophageal echocardiogram (TEE), which confirmed the presence of valvular lesions. Cardiac MRI was conducted and corroborated the echocardiographic findings. Blood cultures and additional laboratory tests were negative for infection, leading to a provisional diagnosis of Libman-Sacks endocarditis. Screening for thrombophilia and systemic

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

lupus erythematosus (SLE) was conducted and returned negative. Results The revascularization procedure restored coronary blood flow, stabilizing the patient's condition. Echocardiographic findings of non-infective vegetations on the aortic valve, combined with a negative infectious workup, pointed towards Libman-Sacks endocarditis as the cause. The presence of these lesions, in conjunction with the patient's significant cardiovascular risk factors and family history of thrombophilia, suggested that the myocardial infarction may have resulted from an embolic event originating from the affected valve. The patient was subsequently managed with anticoagulants and antiplatelet therapy, alongside measures to address modifiable risk factors such as smoking cessation and dyslipidemia management. The negative screening results for thrombophilia and SLE indicate this is a rare case of Libman-Sacks endocarditis causing an arterial embolism. Conclusion This case highlights the critical importance of considering non-atherosclerotic causes of myocardial infarction, especially in young patients with multiple risk factors. The diagnosis of Libman-Sacks endocarditis, though rare, should be contemplated in the differential diagnosis when valvular lesions are identified without evidence of infection. Thorough echocardiographic evaluation is essential for accurate diagnosis and appropriate management. This case underscores the need for a multidisciplinary approach to manage complex cases where atypical etiologies may underlie common clinical presentations.

**AA199 | Συνύπαρξη δύο γενετικών ανωμαλιών: Μονήρης στεφανιαία αρτηρία & δίπτυχη αορτική βαλβίδα**

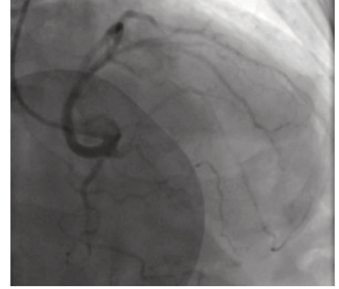
**E. Βασιλειάδου<sup>1</sup>, N. Πλατογιάννης<sup>1</sup>, K. Σπαθούλας<sup>1</sup>, A. Μπαλάνης<sup>1</sup>, N. Κόκκινος<sup>1</sup>, Π. Καλαμάτα<sup>1</sup>, Π. Αρβανιτίδης<sup>1</sup>, M. Λάσχος<sup>1</sup>, B. Λάσχος<sup>1</sup>, N. Μπρέλλας<sup>1</sup>, I. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Δ. Πλατογιάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η συχνότητα εμφάνισης ανωμαλιών των στεφανιαίων αγγείων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφικό έλεγχο κυμαίνεται μεταξύ 0,2% και 1,3%. Η μονήρης στεφανιαία αρτηρία (single coronary artery - SCA) αποτελεί μια σπάνια συγγενή ανωμαλία των στεφανιαίων αγγείων, στην οποία η καρδιά αιματώνεται από μία και μόνο αρτηρία η οποία εκφύεται είτε από το δεξιό είτε από το αριστερό στεφανιαίο κόλπο. Η παρουσία δίπτυχης αορτικής βαλβίδα αποτελεί μία από τις συχνότερες γενετικές δομικές καρδιοπάθειες, με ποσοστό εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό μεταξύ 1-2% και διαλάχει συχνά της διάγνωσης. Μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες γενετικές ανωμαλίες και συνήθως η συμπτωματολογία άρχεται με τη σοβαρή εκφύλιση της βαλβίδας. Μέθοδος Αναφέρομε την περίπτωση μιας ασθενούς 62 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, η οποία παραπέμφθηκε λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας κοπώσεως από εβδομάδων. Διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς από τον θεράποντα ιατρό, όπου αναδείχθηκε δίπτυχη αορτική βαλβίδα με σοβαρού βαθμό περιορισμό της διάνοιξης αυτής. Έγινε σύσταση για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Η ασθενής προσήλθε στην κλινική μας προγραμματισμένα προς την διενέργεια προεγχειρητικής στεφανιογραφίας. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο επιβεβαιώθηκε η παρουσία δίπτυχης αορτικής βαλβίδας με σοβαρού βαθμού ασβέστωση των πτυχών και σοβαρό περιορισμό της διάνοιξης αυτών. Από τον αγγειογραφικό έλεγχο αναδείχθηκε ανατομική παραλλαγή των στεφανιαίων αγγείων, με μονήρη στεφανι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

αία αρτηρία η οποία εκφύεται από το δεξιό στεφανιαίο κόλπο και χορηγεί ένα επίμηκες στέλεχος που διχάζεται στον πρόσθιο κατιόντα και την περισπωμένη αρτηρία, ενώ η δεξιά στεφανιαία αρτηρία αποτελεί υπολειπόμενο αγγείο. Δεν αναδείχθηκαν αγγειογραφικά σημαντικές στενώσεις και η ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση και αντικατάσταση της εκφυλισμένης βαλβίδας. Συμπέρασμα Η παρουσία μονήρους στεφανιαίας αρτηρίας συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια στεφανιο-γραφικού ελέγχου με κλασσική ή αξονική στεφανιογραφία. Συνήθως η παρουσία της γενετικής αυτής ανωμαλίας δεν προκαλεί συμπτωματολογία στους ασθενείς, παρά μόνο εάν τμήμα του στεφανιαίου δικτύου διέρχεται ανάμεσα στην πνευμονική αρτηρία και την αορτή ή υπάρχει συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσος. Η συνύπαρξη της μονήρους στεφανιαίας αρτηρίας με δίπτυχη αορτική βαλβίδα αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση, για την οποία έχουν γίνει μόνο βιβλιογραφικές αναφορές μεμονομένων περιστατικών. Το γεγονός αυτό αξίζει να διερευνηθεί για την πιθανή γενετική βάση των ανωμαλιών αυτών και να μελετηθεί περαιτέρω.



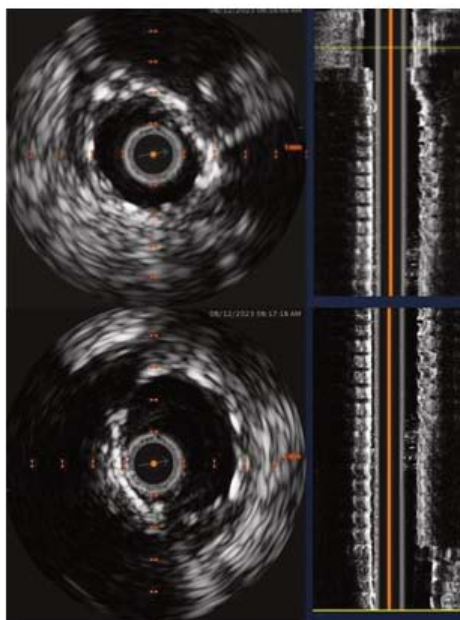
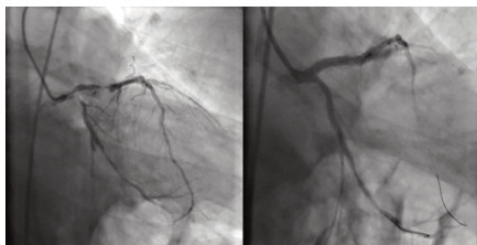
**AA200 | Μελέτη RECALL: Διεπεμβατικές επιπλοκές καρδιακού καθετηριασμού**  
**Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Παγιάντζα<sup>1</sup>, Μ. Μπαντίδος<sup>1</sup>, Μ. Σιτμαλίδου<sup>1</sup>,  
 Ν. Αντωνίου<sup>1</sup>, Χ. Κ. Μπαζάκα<sup>1</sup>, Χ. Κακδέρης<sup>1</sup>, Π. Βαζακίδης<sup>1</sup>,  
 Κ. Τσακίριδης<sup>1</sup>, Κ. Τοπάλογλου<sup>1</sup>, Ε. Μπαλταγιάνη<sup>1</sup>, Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>,  
 Α. Κουπαράνης<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Η ανάλυση των διεπεμβατικών επιπλοκών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό κατά τα έτη 2019-2024. Στη μελέτη εντάχθηκαν δειγματοληπτικά ενήλικοι ασθενείς και των δύο φύλων που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό (στεφανιογραφία ή/ και αγγειοπλαστική) για οποιαδήποτε ένδειξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 3500 ασθενείς (μέση ηλικία 65 ± 12 έτη), 2640 άνδρες και 860 γυναίκες. Συνολικά προέκυψαν 51 (1,4%) διεπεμβατικές επιπλοκές. Αναλυτικά αυτές αφορούσαν διάτρηση στεφανιαίου αγγείου (7, 0,2%), διαχωρισμό στεφανιαίου αγγείου (9, 0,2%), ανάγκη για περικαρδιοκέντηση λόγω αρχόμενου καρδιακού επιπωματισμού (2, 0,06%), καρδιακή ανακοπή και ανάγκη για ΚΑΡΠΑ (10, 0,3%), οποιαδήποτε σοβαρή αρρυθμία (21, 0,6%), ανάγκη για απινίδωση (14, 0,4%), θάνατος (7, 0,2%). Συμπεράσματα: Η συχνότητα των διεπεμβατικών επιπλοκών ήταν ιδιαίτερα χαμηλή και κυμαινόμενη μέσα στα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Η συχνότερη διεπεμβατική επιπλοκή ήταν η εμφάνιση αρρυθμιών, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά χωρίς περαιτέρω επιπτώσεις για τον ασθενή.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA201 | Η χρήση της ενδοαγγειακής λιθοτριψίας (IVL) σε Αγγειοπλαστική δίχασμού στελέχους καθοδηγούμενη από ενδοστεφανιαίο υπέρηχο (IVUS)**  
**Β. Μπελή<sup>1</sup>, Ε. Καλαμπόκη<sup>1</sup>, Π. Οικονόμου<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>1</sup>, Α. Κότσια<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Οι βαριά ασβεστωμένες βλάβες του στελέχους αποτελούν πρόκληση λόγω του υψηλού κινδύνου και χρειάζονται κατάλληλη προετοιμασία πριν την εμφύτευση του stent. Η χρήση του IVL έχει αποδειχθεί ασφαλής σε τέτοιες περιπτώσεις, μειώνοντας την πιθανότητα υπολειμματικής νόσου. Άνδρας 79 ετών με ιστορικό Parkinson προσήλθε λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας από διημέρου. Κατά την προσέλευσή του στα ΤΕΠ ο ασθενής βρισκόταν σε καρδιογενή καταπληξία με ηλεκτροκαρδιογράφημα με βαθιές πτώσεις του ST διαστήματος στις προκάρδιες απαγωγές ενώ η σύντομη υπερηχογραφική του εκτίμηση ανέδειξε σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας με υποκινησίες στο πρόσθιο και προσθιοπλάγιο τοίχωμα. Οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφία όπου ανέδειξε στεφανιαία νόσο στελέχους (90%) και δύο αγγείων (LAD: 90% εγγύς και 80% στη μεσότητα, LCX 90% εγγύς). Ο ασθενής κρίθηκε κατάλληλος για χειρουργική αντιμετώπιση. Λόγω της συμπλοκότητας των βλαβών και της αιμοδυναμικής αστάθειας του ασθενούς εκτιμήθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας πριν την έναρξη της αγγειοπλαστικής. Λόγω μη καλής έκπτυξης των μπαλονιών προδιάτασης στον LAD, κρίθηκε απαραίτητη η χρήση του IVL στον LAD απελευθερώνοντας 100 παλμούς στη μεσότητα (2,5\*12mm) και 50 εγγύς (3\*12mm). Στη συνέχεια έγινε τοποθέτηση stents LM και δίχασμό LAD/LCX με τεχνική mini-crush και στη συνέχεια αξιολογήθηκε το αποτέλεσμα με το IVUS όπου έδειξε μη καλή έκπτυξή τους και ακολούθησε η μεταδιάτασή τους ενώ το τελικό αποτέλεσμα κρίθηκε ικανοποιητικό μετά την απεικόνιση εκ νέου με IVUS. Λόγω της αιμοδυναμικής αστάθειας έγινε μεταφορά του ασθενούς στην στεφανιαία μονάδα και αποδεσμεύτηκε σύντομα το πρώτο εικοσιτετράωρο από την μηχανική υποστήριξη. Το παραπάνω περιστατικό μας δείχνει τη χρησιμότητα του IVL στην προετοιμασία του αγγείου σε σοβαρά ασβεστωμένες βλάβες στελέχους. Η διάσπαση του ασβεστίου που



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

προκαλεί, βελτιώνει την ευενδοτότητα της πλάκας και επιτρέπει τη διάταση του αγγείου σε χαμηλές ατμόσφαιρες αποφεύγοντας επιπλοκές όπως ο διαχωρισμός του. Επιπλέον σε σύγκριση με άλλες τεχνικές έχει πλεονεκτήματα όπως την απλότητα της τεχνικής, την χρήση σε μεγάλης διαμέτρου αγγεία και τα χαμηλά ποσοστά του φαινομένου no-reflow. Ο συνδυασμός του μαζί με τεχνικές ενδοστεφανιαίας απεικόνισης μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αγγειογραφικά αποτελέσματα σύμπλοκων βλαβών διχασμού στελέχους.

## AA202 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΜΕΣΩ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Κ. Παππάς<sup>1</sup>, Γ. Μπούρας<sup>1</sup>, Δ. Τσουνής<sup>1</sup>, Φ. Σκουφής<sup>1</sup>,  
Α. Παπαναστασίου<sup>1</sup>, Α. Ιωαννίδης<sup>2</sup>, Α. Καρκαμάνης<sup>1</sup>, Ν. Παπαιωάννου<sup>3</sup>,  
Κ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Σ. Παπαιωάννου<sup>4</sup>, Δ. Καλπάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑΣ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> Γ.Ν.Θ. "ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ" ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Η συσχέτιση του τρόπου διεξαγωγής του αριστερού καρδιακού καθετηριασμού με πλήθος αιτιολογικών και προδιαθεσικών παραγόντων καθώς και οι επιπτώσεις του, όχι μόνο σε σωματικό, αλλά και σε ψυχικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τον καθιστούν σημαντικό ρυθμιστικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε αυτή τη μέθοδο. ΣΚΟΠΟΣ Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) ασθενών, που υποβάλλονται σε αριστερό καρδιακό καθετηριασμό δια μέσου κερκιδικής και μηριαίας προσπέλασης και η ανάδειξη πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο μεθόδων. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Το δείγμα αποτέλεσαν 95 ασθενείς (81,1% άνδρες) που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία/αγγειοπλαστική. Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο EQ-5D-3L και η κλίμακα πόνου VAS. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Από τους 95 ασθενείς της μελέτης το 74,7% ήταν καπνιστές, το 35,8% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και το 63,2% είχε αρτηριακή υπέρταση. Το επιλεγμένο αγγείο προσπέλασης στο 52,6% ήταν η μηριαία αρτηρία και στο 47,4% η κερκιδική. Οι ασθενείς με μηριαία προσπέλαση, βαθμολογούσαν αρνητικότερα τη διαδικασία στις βαθμονομήσεις της κλίμακας EQ-5D-3L, καθώς και στις παραμέτρους της κινητικότητας ( $p=0,037$ ), της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης ( $p=0,046$ ) και της συνολικής κατάστασης της υγείας τους ( $p<0,001$ ). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το αγγείο προσπέλασης στις άλλες παραμέτρους της κλίμακας, ( $p>0,05$ ). Η κλίμακα πόνου VAS είχε θετική συσχέτιση με τη διάρκεια της επέμβασης ( $p<0,001$ ), με τις ώρες νοσηλείας ( $p=0,0001$ ), καθώς και με την κινητικότητα ( $p=0,037$ ), ενώ είχε αρνητική συσχέτιση με τη συνολική κατάσταση της υγείας ( $p=0,008$ ) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα άτομα που υποβλήθηκαν σε αριστερό καθετηριασμό με κερκιδική προσπέλαση, αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής και είχαν λιγότερες επιπλοκές. Ωστόσο η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών επηρεάζεται και από διάφορους άλλους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, τα συνοδά νοσήματα, ο ΔΜΣ και άλλα. Συνοψίζοντας, η αξιολόγηση της ποιότητα ζωής των ασθενών πρέπει να αποτελεί σημαντικό μέρος της κλινικής πρακτικής.

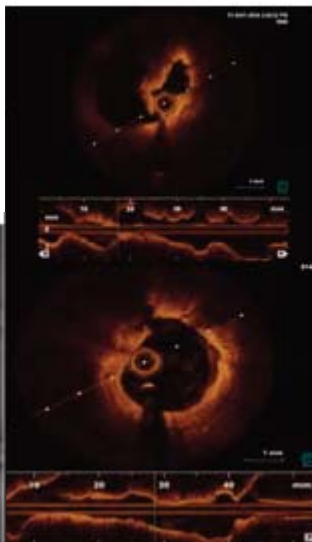
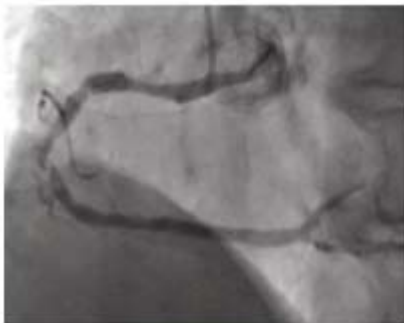
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**AA203 | «RotaTripsy»: Συνδυασμός Περιτροφικής αθηρεκτομής και Ενδαγγειακής Λιθοτριψίας σε έντονα αβεστοποιημένες στεφανιαίες Βλάβες: Παρουσίαση περιστατικού**

**A. Κρόκος<sup>1</sup>, Σ. Καρατασίτσα<sup>1</sup>, Ι. Γιωτοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ζώης<sup>1</sup>, Β. Μπελή<sup>1</sup>,  
A. Κότσια<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>1</sup>**

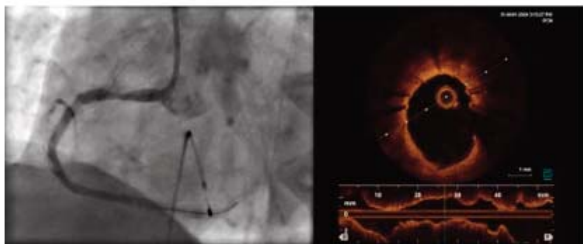
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή** Οι έντονα αβεστοποιημένες στεφανιαίες βλάβες αυξάνουν την πολυπλοκότητα των διαδερμικών στεφανιαίων επεμβάσεων (PCI) και αποτελούν πρόκληση για τους επεμβατικούς καρδιολόγους. Αποτελούν σημαντική αιτία υποέκπτυξης του stent, εμφάνισης επιπλοκών και κακής κλινικής έκβασης. Η χρήση τόσο της περιτροφικής αθηρεκτομής (RA) όσο και της ενδαγγειακής λιθοτριψίας (IVL) - η τεχνική "RotaTripsy" - προσφέρει μια δυνητικά συνεργιστική στρατηγική τροποποίησης του αβεστίου που μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για την αντιμετώπιση τέτοιων βλαβών. Παρουσίαση περιστατικού Άνδρας 76 ετών με πολλαπλές συννοσηρότητες υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία λόγω στηθάγχης προσπαθείας πρόσφατης έναρξης. Διαπιστώθηκε διάχυτη αθηρωματική νόσος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με τοιχωματική ασβέστωση και υφολική απόφραξη στη μεσότητα αυτής. Αρχικά έγινε προσπάθεια διέλευσης της βλάβης με OCT, ανεπιτυχώς λόγω έντονης τοιχωματικής ασβέστωσης του αγγείου. Στην συνέχεια έγινε αντικατάσταση του οδηγού σύρματος με Rota Wire μέσω μικροκαθετήρα. Ακολούθησε προετοιμασία της βλάβης με Rotaburr 1.25mm και στη συνέχεια επιτυχώς έγινε απεικονιστικός έλεγχος με OCT όπου διαπιστώθηκε έντονη επασβέστωση της βλάβης με μεγάλο βάθος και περιφερειακή κατανομή. Ακολούθησε περαιτέρω προετοιμασία της βλάβης με Shockwave 2.5x12mm μπαλόνι και απεικόνιση με OCT. Παρατηρήθηκε μη ικανοποιητική τροποποίηση της επασβέστωσης και ακολούθησε περαιτέρω λιθοτριψία με Shockwave 3.0x12mm. Η βλάβη επανεκτιμήθηκε με OCT όπου παρατηρήθηκαν αρκετές ρωγμές στο ασβέστιο και ακολούθησε διάταση της βλάβης με μπαλόνι NC 3.0x12mm. Στη συνέχεια έγινε τοποθέτηση Stent 3.0x24mm και μεταδιάταση με μπαλόνι NC 3.5x12mm με καλό αγγειογραφικό και OCT αποτέλεσμα. Συμπέρασμα Η τεχνική «RotaTripsy» μπορεί να είναι η θεραπεία εκλογής σε κρίσιμες βλάβες με έντονη βλάση στεφανιαία ασβέστωση και περιφερειακή κατανομή. Η RA και η IVL είναι συμπληρωματικά εργαλεία, καθώς η επιφανειακή τροποποίηση που επιτυγχάνεται με την RA θα μπορούσε να μην είναι αρκετή για την επίτευξη σωστής διά-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

τασης της βλάβης, αλλά επιτρέπει την διέλευση του μπαλονιού IVL που βελτιστοποιεί την προετοιμασία της βλάβης προκαλώντας ρωγμές στη πλάκα ασβεστίου εξασφαλίζοντας τη βέλτιστη έκπτυξη του stent. Οι τεχνικές ενδοστεφανιαίας απεικόνισης είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τον προσδιορισμό του βάθους, της κατανομής του ασβεστίου και τη λήψη αποφάσεων για τη στρατηγική αντιμετώπισης τέτοιων βλαβών.



#### AA204 | **ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ: ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

**Ι. Κυριακούλη<sup>1</sup>, Α. Σακκά<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>2</sup>, Γ. Κουργιαννίδης<sup>1</sup>, Χ. Κωτάκος<sup>1</sup>, Ι. Κοντονασάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Το ανεύρυσμα των στεφανιαίων αρτηριών (Coronary Artery Aneurysm - CAA) αποτελεί μια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από εντοπισμένη διάταση ενός τμήματος των στεφανιαίων αρτηριών που υπερβαίνει κατά 1,5 φορά την διάμετρο των παρακείμενων φυσιολογικών τμημάτων. Κυριότερο αίτιο στους ενήλικες αποτελεί η αθηροσκλήρυνση, μπορεί να είναι συγγενή ή επίκτητα, λόγω τραυματισμού, διαχωρισμού, λοίμωξης ή στο πλαίσιο της νόσου Kawasaki, που αποτελεί τη συχνότερη αιτία στα παιδιά. Με βάση την αιτιολογία και τη συμπτωματολογία η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τη συντηρητική, διαδερμική ή χειρουργική αντιμετώπιση. Ακολούθως παρουσιάζουμε την ενδιαφέρουσα περίπτωση ενός ασυμπτωματικού άνδρα ασθενούς 50 ετών με ανεύρυσμα στελέχους. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Άρρεν 50 ετών καυκάσιος προέλευσης προσήλθε στο νοσοκομείο μας αιτιώμενος προοδευτικά επιδεινούμενη κόπωση και αναφερόμενες μυαλγίες από 5ημέρου. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο αναδείχθηκε υψηλή τιμή CPK (700mg/dl), οπότε αρχικά πραγματοποιήθηκε νευρολογική διερεύνηση για πιθανή μυοπάθεια. Κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε αύξηση στην τιμή της τροπονίνης (TnI 600mg/dl). Διενεργήθηκε αξονική στεφανιογραφία η οποία ανέδειξε ανευρυσματική διάταση του στελέχους έως 6,9 mm. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε διαγνωστική στεφανιαία αγγειογραφία η οποία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της αξονικής αναδεικνύοντας ανευρυσματική διάταση των εκφύσεων του στελέχους. Από τον διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Κατόπιν καρδιοχειρουργικής εκτίμησης αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με αντιαιμοπεταλιακή και αντιλιπιδαιμική φαρμακευτική αγωγή και τακτική καρδιολογική παρακολούθηση ανά εξάμηνο λόγω της επικινδυνότητας πιθανής παρέμβασης στην παρούσα φάση δεδομένου και τους γεγονότος ότι ο ασθενής παρέμενε ελεύθερος συμπτωμάτων. ΣΥΖΗΤΗΣΗ Τα ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών ορίζονται ως η εστιακή διάταση του αυλού των στεφανιαίων αρτηριών που υπερβαίνει τη διάμετρο των παρακείμενων του φυ-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

σιολογικών τμημάτων κατά 50%. Τα CAA εμφανίζονται συχνότερα σε άντρες και με την εντόπισή τους συνήθως σε μια μόνο στεφανιαία αρτηρία. Μεταξύ όλων των στεφανιαίων αρτηριών, τα ανευρύσματα του στελέχους είναι τα πιο σπάνια. Η ανεύρεσή τους στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί τυχαίο εύρημα, ενώ ο καρδιακός καθετηριασμός παραμένει η μέθοδος εκλογής της διάγνωσης. Ανευρύσματα στεφανιαίων αρτηριών (CAA) διαπιστώνονται μόλις σε ποσοστό 0,15 - 4,5% των διεξαγόμενων διαγνωστικών στεφανιογραφιών. Η πρόγνωση ποικίλει με τα θρομβοεμβολικά επεισόδια να προλαμβάνονται με τη λήψη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και τον διαχωρισμό να συμβαίνει κυρίως σε ανευρύσματα τα οποία είναι απότοκα νόσου Kawasaki. Αν και συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικά και καλοήγη με μικρό κίνδυνο ρήξης, μπορεί να προκαλέσουν θρομβοεμβολικά επεισόδια, μυοκαρδιακή ισχαιμία, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, διαχωρισμό ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Συνυπάρχουσα σημαντική αποφρακτική στεφανιαία νόσος στις παρακείμενες στεφανιαίες αρτηρίες παίζει καθοριστικό ρόλο στην απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση. Εξαιτίας της σπανιότητας των CAA και της έλλειψης δεδομένων από τυχαίοποιημένες μελέτες δεν υπάρχει ιδανική θεραπευτική προσέγγιση. Στον ασθενή μας αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση λόγω της απουσίας συμπτωμάτων και της περίπλοκης ανατομίας της βλάβης με σύσταση για τακτική καρδιολογική παρακολούθηση. Ως περιστατικό χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα εντυπωσιακές αγγειογραφικές εικόνες.



ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ1. “Giant coronary artery aneurysm of the left main treated with a covered stent: a case report”, Holvoet W. et al., *European Heart Journal - Case Reports*, 2023, (7) 1-52. “Percutaneous closure of a left main coronary artery aneurysm”, Ungureanu C. et al., *Acta Cardiologica*, 20213. “Surgical exclusion of an idiopathic saccular aneurysm in the left main trunk of the coronary artery”, Tadokoro N. et al., *Surgery Today*, 2021, 51:1464-14704. “Giant left main coronary artery aneurysm: How to deal with it?”, Chiariello G. et al., *Thoracic Cardiovascular Surgery*, 2019;157:e163-65. “Left main coronary artery aneurysm in a young male presenting as acute myocardial infarction—A case report”, Bhalodia D., Aghera V., *IJH Cardiovascular Case Reports (CVCR)*, 2018 S8-S106. “Distal Left Main Coronary Artery Aneurysm Resection”, Vilano N. et al., *The Journal of Texas Heart Institute*, 2018; 45(2):99-1017. “Left Main Coronary Artery Aneurysm”, Doustkami H. et al., *The Journal of Tehran University Heart Center*, 2016; 11(1)41-458. “Surgical Treatment of Left Main Coronary Artery Aneurysm”, Lin T. et al., *Circulation Journal*, 2009; 73: 770-771 9. “Left Main Coronary Artery Aneurysm in Association With Severe Atherosclerosis: A Case Report and Review of the Literature”, Lenihan D. et al., *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis*, 1991, 23:28-31

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024AA205 | **Μελέτη RECALL: Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό**

**Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Παγιάντζα<sup>1</sup>, Α. Μπαρμπαγιάννος<sup>1</sup>, Ι. Κουντουρατζής<sup>1</sup>, Μ. Σαββοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Βακάλου<sup>1</sup>, Δ. Καμπίτση<sup>1</sup>, Σ. Χ. Δάιος<sup>1</sup>, Β. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ε. Πετεινίδου<sup>1</sup>, Α. Νικολαΐδου<sup>1</sup>, Ε. Σταυροπούλου<sup>1</sup>, Θ. Ζέγκος<sup>1</sup>, Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κουπαράνης<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτης καταγραφής ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό κατά τα έτη 2019-2024. Στη μελέτη εντάχθηκαν δειγματοληπτικά ενήλικοι ασθενείς και των δύο φύλων που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό (στεφανιογραφία ή/ και αγγειοπλαστική) για οποιαδήποτε ένδειξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 3500 ασθενείς (μέση ηλικία 65 ± 12 έτη), 2640 άνδρες και 860 γυναίκες. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ταξινομημένα σε διάφορες κατηγορίες, φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Φύλο	Σύνολο ασθενών (n=3500)
Μέση ηλικία	65 ± 12 έτη
Σωματετρικά χαρακτηριστικά	Βάρος 84 ± 17,4 kg Ύψος 171 ± 9,3 cm BMI 28,9 ± 5,3 kg/m <sup>2</sup> BSA 2,0 ± 0,2 m <sup>2</sup>
Κλάση εζώφνης AP κοιλίας (LVEF) (n=180)	35 ± 12%
Ένδειξη καθετηριασμού	ACS 59,5% Non-ACS 40,5%
Ένδειξη καθετηριασμού αναλυτικά	UA 21,6% NSTEMI 20% STEMI 17,9% Σταθση ΣΤΗ 11,8% Καρδιακή ανεπάρκεια 6,7% Βοληδόσταση 7,4% Άλλο (αορτίτιδα κ.λπ.) 7,9%
Αναιμακτός έλεγχος ισχαιμίας πριν τον καθετηριασμό	Ναι 841 (18,3%) Δοκιμασία κόπωσης σε κλιμακωτό τάπητα 83 (2,4%) Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου 395 (11,3%) Αέρινη σπινθηρογραφία 179 (5,1%) Δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία 44 (1,3%)
Γνωστή στεφανιαία νόσος/ καρδιακή επέμβαση	Ναι 1027 (29,3%) Προηγούμενη PCI 719 (20,5%) Προηγούμενη CABG 190 (5,4%) Προσβετική καρδιακή βαλβίδα 32 (1%)
Παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο	Ναι 1620 (46,3%) AV 829 (23,7%) Σα 587 (16,5%) Διαβητοπάθεια 596 (17%) Επένδυση καπνίσματος 597 (17,1%) Πρώην καπνιστής 66 (1,9%) Ουασιενετικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου 143 (4,1%)
Συννοσηρότητες	Κοιλιακή μαρμαρυγή 231 (6,6%) Περικαρδιακή ταρτηρική νόσος 69 (2%) Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 75 (2,1%) Αιφνίδια θάνατος 41 (1,2%) Καρδιακή ανεπάρκεια 270 (7,7%) Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 134 (3,8%) Ιστορικό καρκίνου 67 (1,9%)

Συμπεράσματα: Η κύρια ένδειξη καθετηριασμού ήταν τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα και κυρίως τα STEMI εμφράγματα και η ασταθής στηθάγχη, ενώ από τις εξετάσεις για αναιμακτό έλεγχο ισχαιμίας χρησιμοποιήθηκε κυρίως το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου. Το ένα τρίτο περίπου των ασθενών είχε γνωστή στεφανιαία νόσο με προηγούμενη παρέμβαση και ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου από τον οποίο έπασχαν οι ασθενείς ήταν η αρτηριακή υπέρταση, με τη δυσλιπιδαιμία, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα να ακολουθούν.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**AA206 | Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ θρομβόλυσης και αγγειοπλαστικής ως παράγοντας βατότητας του ένοχου αγγείου.**

**Ο Χρόνος είναι Μυοκάρδιο αλλά και ταυτόχρονα Θρόμβος**

**Γ. Μπουρσούκης<sup>1</sup>, Γ. Χαλικιάς<sup>1</sup>, Μ. Μαλκότς<sup>1</sup>, Γ. Κουτρούλος<sup>1</sup>,**

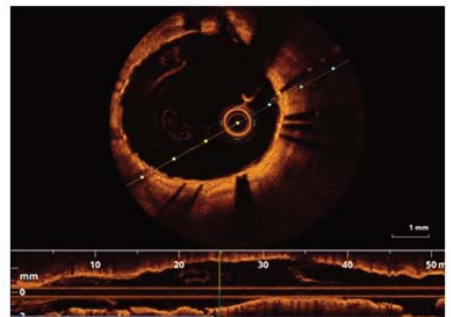
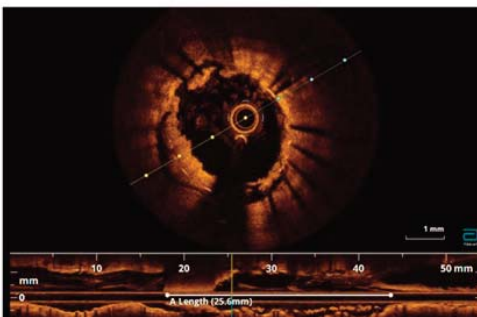
**Α. Τσαλγκίδης<sup>1</sup>, Χ. Ναλμπαντ<sup>1</sup>, Α. Θωμαΐδη<sup>1</sup>, Δ. Στάκος<sup>1</sup>, Δ. Τζιακάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Η φάρμακο-επεμβατική στρατηγική στην διαχείριση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) έχει αναδειχθεί ως αποτελεσματική κλινική πρακτική λόγω των γεωγραφικών περιορισμών της χώρας μας. Αν και το μειονέκτημα της στρατηγικής αυτής συγκριτικά με την πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία αγγειοπλαστική (PCI) είναι η μείωση της έκτασης του βιώσιμου μυοκαρδίου και η μειωμένη βατότητα, συνοδεύεται από την θεωρητικά τουλάχιστον την μείωση του ενδαγγειακού θρομβωτικού φορτίου. Το πλεονέκτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αφού είναι γνωστό ότι το υψηλό θρομβωτικό φορτίο κατά την πρωτογενή αγγειοπλαστική συνοδεύεται από επιπλοκές όπως περιφερική εμβολή, μειωμένο μυοκαρδιακό blush και το no-reflow φαινόμενο. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ο προσδιορισμός της βατότητας του ένοχου αγγείου αναλόγως του χρονικού διαστήματος μεταξύ θρομβόλυσης και PCI σε ασθενείς με STEMI. **Υλικό και Μέθοδος** Η μελέτη συμπεριέλαβε 39 ασθενείς (58±10 έτη, 34 άρρενες, 5 θήλυ) με θρομβολυθέν STEMI οι οποίοι και διακομίσθηκαν ή παραπέμφθηκαν στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο της Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής (01/2019-08/202) για διενέργεια στεφανιογραφίας και ακολούθως αγγειοπλαστικής διάσωσης ή καθυστερημένη προγραμματισμένη αγγειοπλαστική. Από την ανάλυση της μελέτης αποκλείσθηκαν οι ασθενείς με πολύ-αγγειακή νόσο και αδυναμία ανάδειξης του ένοχου αγγείου. Σε όλους τους ασθενείς υπολογίσθηκε το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ της θρομβόλυσης και της αγγειοπλαστικής διάσωσης, το ποσοστό βατότητας του ένοχου αγγείου καθώς και η παρουσία θρομβωτικού φορτίου ή όχι. **Αποτελέσματα** Όσον αφορά το χρονικό διάστημα μεταξύ θρομβόλυσης και αγγειοπλαστικής διάσωσης, 7 ασθενείς (18%) διακομίσθηκαν ή παραπέμφθηκαν το ίδιο 24ώρο (Ομάδα Α), 7 ασθενείς (18%) εντός του 1ου 48ώρου (Ομάδα Β), 7 ασθενείς (18%) εντός 3 έως 7 ημερών (Ομάδα Γ), 7 ασθενείς (18%) εντός 7 έως 14 ημερών (Ομάδα Δ) και 11 ασθενείς (28%) σε χρονικό διάστημα > ημερών (Ομάδα Ε). Η βατότητα του ένοχου αγγείου προ της αγγειοπλαστικής ήταν 5%, 7%, 8%, 8% και 8%. Παρουσία θρόμβου καταγράφηκε σε 4 μόνον περιστατικά (3 ασθενείς της Ομάδας Α και 1 ασθενή της Ομάδας Γ). **Συμπεράσματα** Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι τόσο η βατότητα του ένοχου αγγείου όσο και η πιθανότητα εμφάνισης θρόμβου είναι συνάρτηση του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ της θρομβόλυσης και της διαδερμικής αγγειοπλαστικής στην φαρμακο-επεμβατική αντιμετώπιση του STEMI.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA207 | ΠΟΛΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19****V. Belj<sup>1</sup>, E. Kalampokí<sup>1</sup>, S. Karatasitsa<sup>1</sup>, I. Giotopoulou<sup>1</sup>, A. Krokos<sup>1</sup>, A. Kotsia<sup>1</sup>, E. Pappa<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Η θρόμβωση στεφανιαίας ενδοπρόθεσης (stent) είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της αγγειοπλαστικής (PCI) και αποτελεί μία νοσολογική οντότητα με δυνητικά θανατηφόρα έκβαση. Τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στους συνήθεις προδιαθεσικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση θρόμβωσης, παρουσιάζεται πλέον και η λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 λόγω της προθρομβωτικής τάσης του ιού αυτού. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ Άνδρας 65 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, χρόνιας νεφρικής νόσου, παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής, καρδιακής ανεπάρκειας, ετεροζογου ομοκυστεϊναιμίας και στεφανιαίας νόσου με πολλαπλές αγγειοπλαστικές προσέρχεται με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με ανάρπασξη του ST (STEMI) στο πρόσθιο τοίχωμα. Αναφέρει λοίμωξη με SARS-CoV-2 προ 15 ημερών όπου αντιμετωπίστηκε με ρεμντεσιβίρη και ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή. Άνδρας 65 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου ενός αγγείου και αγγειοπλαστικής στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία (2021) διεκομίζεται από περιφερικό νοσοκομείο λόγω STEMI κατώτερου τοιχώματος ανεπιτυχώς θρομβολυθέν με τενεκτεπλάση. Προ 15ημέρου αναφέρει λοίμωξη με SARS-CoV-2 χωρίς λήψη ειδικής αντιικής θεραπείας. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Και οι δύο ασθενείς μεταφέρθηκαν άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Στον πρώτο ασθενή η αγγειογραφία ανέδειξε θρόμβωση σε stent του προσθίου κατιόντα (LAD) σε περιοχή με ανευρυσμάτιο καθώς και σοβαρή στένωση στον επιχείλιο (OM) ενώ τα υπόλοιπα stent από προηγούμενες αγγειοπλαστικές διατηρούσαν καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Πραγματοποιήθηκε οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) η οποία ανέδειξε μη καλή έκπτυξη του stent στον LAD με μεγάλη ποσότητα θρόμβου και στον ίδιο χρόνο πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική με μπαλόνι που απελευθερώνει φάρμακο (DEB). Τέσσερις μέρες αργότερα και αφού ο ασθενής έλαβε αναστολείς του υποδοχέα IIb/IIIa πραγματοποιήθηκε νέο OCT που ανέδειξε σημαντική μείωση του θρόμβου αλλά και πάλι υποεκτυγμένο stent που αντιμετωπίστηκε εκ νέου με τοποθέτηση μεγαλύτερης διαμέτρου DEB. Ο ασθενής τέθηκε σε τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή με ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη και αμιξαμπάνη για ένα μήνα, ενώ στη συνέχεια διεκόπη η ασπι-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ρίνη. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος του δεύτερου ασθενούς ανέδειξε σοβαρή στένωση εντός προηγούμενου stent στην RCA (με αυξημένο θρομβωτικό φορτίο) και διενεργήθηκε στον ίδιο χρόνο αγγειοπλαστική με stent που απελευθερώνει φάρμακο (DES) με καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η λοίμωξη COVID-19 πυροδοτεί μια κατάσταση υπερπηκτικότητας και εγείρει ανησυχίες για αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης των ενδοπροθέσεων ακόμα και σε ασθενείς με παλαιά stents (>1 έτους) που βρίσκονται υπό πλήρη ανταμπεταλιακή αγωγή.

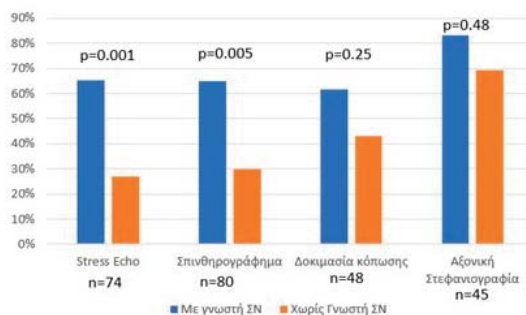
### AA208 | Συγκριτική καταγραφή των μεθόδων ανίχνευσης μυοκαρδιακής ισχαιμίας σε σχέση με τα αποτελέσματα της στεφανιογραφίας σε ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου

**Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Ν. Κασιόλλης<sup>1</sup>, Α. Βασιλειάδου<sup>1</sup>,  
Τ. Τζινιέρης<sup>1</sup>, Ν. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Α. Δημόπουλος<sup>1</sup>,  
Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η αξιόπιστη παρακολούθηση των ασθενών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) είναι εξαιρετικά σημαντική. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των ασθενών με ή χωρίς γνωστό ιστορικό ΣΝ αναφορικά με τη συσχέτιση των μεθόδων ανίχνευσης ισχαιμίας και μη επεμβατικής απεικόνισης με τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Υλικό/μέθοδος Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς με και χωρίς γνωστή ΣΝ, οι οποίοι υποβλήθηκαν προγραμματισμένα σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Τζανείου από τον 1/2024 έως τον 5/2024 έπειτα από παραπομπή λόγω θετικού stress echo, σπινθηρογραφήματος μυοκαρδίου, δοκιμασίας κόπωσης ή αξονικής στεφανιογραφίας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε αναλόγως με την κατανομή των δεδομένων των μεταβλητών, οπότε και διενεργήθηκαν παραμετρικά ή μη παραμετρικά τεστ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως  $p < 0.05$ . Αποτελέσματα Στη μελέτη συμμετείχαν 223 ασθενείς εκ των οποίων γνωστή ΣΝ είχαν οι 59 (26.5%) [διάμεση ηλικία τα 67 έτη (εύρος 41-84), 51 (86.4%) άντρες], ενώ οι ασθενείς χωρίς ΣΝ ήταν 164 [διάμεση ηλικία 66 (εύρος 39-93), 115 (70.1%) άντρες]. Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων δεν παρουσίαζαν ιδιαίτερες διαφορές (Πίνακας 1). Τα ευρήματα του στεφανιογραφικού ελέγχου ήταν πιο συχνά σχετιζόμενα με τα δεδομένα από τις απεικονιστικές μεθόδους στους ασθενείς με γνωστή ΣΝ [ $n=40/59$  (67.8%) έναντι 64/164 (39.0%),  $p < 0.001$ ]. Πιο συγκεκριμένα, από τους ασθενείς με θετικό stress echo ( $n=74$ ), οι ασθενείς με ΣΝ είχαν πιο συχνά συσχέτιση [65.4% (17/26) έναντι 27.1% (13/48),  $p=0.001$ ].



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

	Ασθενείς χωρίς ΣΝ (n=164)	Ασθενείς με ΣΝ (n=59)	p-value
Τυπική στηθάγχη (n %)	24 (14.6%)	15 (25.4%)	p=0.07
Κλάσμα εξώθησης % (Διάμεσος- εύρος)	60 (27-67)	55 (30-70)	p<0.001
Ενεργοί καπνιστές (n %)	63 (38.4%)	22 (37.3%)	p=0.88
Δυσλιπιδαιμία (n %)	120 (73.2%)	46 (78.0%)	p=0.47
Αρτηριακή Υπέρταση (n %)	106 (64.6%)	45 (76.3%)	p=0.10
Σακχαρώδης διαβήτης (n %)	57 (34.8%)	22 (37.3%)	p=0.73
Θετικό οικογενειακό ιστορικό (n %)	28 (17.1%)	7 (11.9%)	p=0.35
Παχυσαρκία (n %)	32 (19.5%)	9 (15.3%)	p=0.47

Ομοίως και οι ασθενείς με γνωστή ΣΝ που είχαν παραπεμφθεί με θετικό σπινθηρογράφημα (n=20) είχαν συχνότερα συσχέτιση σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν γνωστό ιστορικό ΣΝ (n=60) (65.0% έναντι 30.0% αντίστοιχα, p=0.005). Αντίθετα, σε ασθενείς που είχαν παραπεμφθεί λόγω θετικής δο-

κιμασίας κόπωσης δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συσχέτιση με τα ευρήματα της στεφανιογραφίας σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό ΣΝ (n=13) σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ΣΝ (n=35) (61.5% έναντι 42.9% αντίστοιχα, p=0.25). Ομοίως δεν υπήρχε διαφορά στους ασθενείς που παραπέμφθηκαν λόγω θετικής αξονικής στεφανιογραφίας με (n=6) ή χωρίς γνωστό ιστορικό ΣΝ (n=39) (83.3% έναντι 69.2% αντίστοιχα, p=0.48 Fishers Exact Test). Συμπεράσματα Οι ασθενείς με γνωστό ιστορικό ΣΝ που υποβλήθηκαν σε αναίμακτο έλεγχο ισχαιμίας είχαν καλύτερη συσχέτιση με τα ευρήματα του στεφανιογραφικού ελέγχου συγκριτικά με αυτούς χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιογραφίας νόσου.

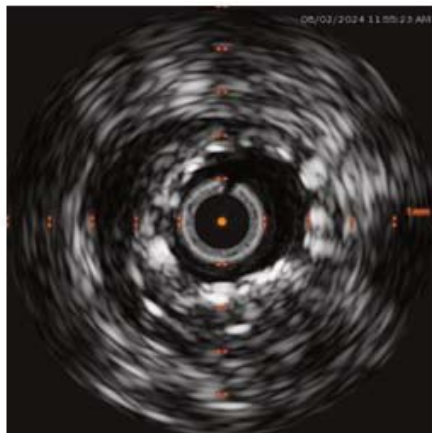
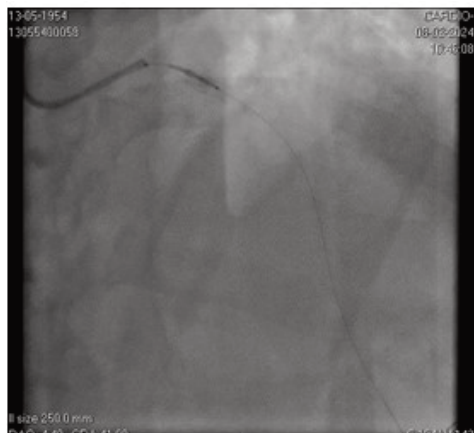
### AA209 | **A very complicated LAD angioplasty in a patient with in-stent restenosis and ischemic heart failure: dealing with adversities** **P. Oikonomou<sup>1</sup>, E. Kalampoki<sup>1</sup>, V. Beli<sup>1</sup>, E. Pappa<sup>1</sup>, A. Kotsia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Case presentation A 69 yo male was admitted to the cardiology department for a programmed percutaneous angioplasty to LAD after a recent coronary angiography that showed a severe occlusion in the middle part of the vessel. The patient had a history of PCI to LAD&RCA in 2008, type 2 DM, DLP, HFrEF (EF 35%) and nephrectomy due to renal cancer and subsequent CKD. (baseline creatinine= 3). Due to symptoms of worsening heart failure he was addressed for a SPECT, that turned out to be positive for ischemia. ICA showed additional ISR to proximal LAD, as well as RCA. During the PCI procedure and while moving forward the stent, it was trapped into the previous stenting position, making it impossible to withdraw. As a result, it was unloaded from the balloon and distorted. Eventually it was expanded in this position and dilated with non compliant balloons until 3.5mm. IVUS revealed stent underexpansion and LM dissection, that was not visible angiographically. The dissection was covered with an overlapping stent. IVUS guided after-dilatation was performed and the final angiographic result was good. A third stent was implanted in the medial lesion of LAD with a very good angiographic and IVUS result. The patient remained stable and uncomplicated for the rest of his hospital stay and was discharged on his initial medical treatment plus DAPT.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Abbreviations: LAD=left anterior descending, RCA= right coronary artery, LM= left main, IVUS=intravascular ultrasound, DM=Diabetes Mellitus, DLP=dyslipidemia, HFrEF=heart failure with reduced ejection fraction, CKD= chronic kidney disease, ICA= invasive coronary angiography, DAPT= dual antiplatelet therapy, SPECT= single-photon emission computed tomography



**AA210 | Αποτελεσματικότητα και ακρίβεια των συστημάτων Συνεχούς Καταγραφής Γλυκόζης σε εκλεκτικές καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις**  
**N. Μυλωνάκης<sup>1</sup>, Δ. Πρωτόγερος<sup>2</sup>, Γ. Λογοθέτης<sup>1</sup>, Μ. Σταμέλος<sup>1</sup>,  
Α. Κατσιάνης<sup>2</sup>, Α. Συκιώτης<sup>3</sup>, Φ. Ντάνου<sup>1</sup>, Α. Μητράκου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ερρίκος Ντυνάν Αττικής Β' Παθολογική Κλινική,

<sup>2</sup> Ερρίκος Ντυνάν Αττικής Γ' Καρδιοχειρουργική Κλινική,

<sup>3</sup> ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η υπεργλυκαιμία στις χειρουργικές επεμβάσεις οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η μείωση της γλυκόζης μέσω εντατικοποιημένης ινσουλinoθεραπείας με ινσουλίνη σχετίζεται με μειωμένες επιπλοκές και βελτιωμένη πρόγνωση. Ωστόσο οι διακυμάνσεις στην ευαισθησία της ινσουλίνης και η ανάγκη θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ρύθμιση της γλυκόζης γίνεται επίπονη. Έτσι υπάρχει ανάγκη για μια συσκευή που να μπορεί να παρακολουθεί αξιόπιστα τις τάσεις της γλυκόζης. Στόχος: Η μελέτη αυτή στοχεύει στην αξιολόγηση της απόδοσης και της εφαρμοσιμότητας των συστημάτων συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGM) κατά τη διάρκεια καρδιακών επεμβάσεων. Μεθοδολογία: Τοποθετήθηκε η συσκευή συνεχούς καταγραφής γλυκόζης Freestyle Libre 2.0 σε 11 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική καρδιακή χειρουργική επέμβαση. Οι συσκευές CGM τοποθετήθηκαν προεγχειρητικά, και οι τιμές του αισθητήρα συγκρίθηκαν με τις μετρήσεις γλυκόζης αίματος (BG), παρά τη κλίνη του ασθενή (POC), που ελήφθησαν από δείγματα αρτηριακού αίματος κατά την διάρκεια της επέμβασης. Η συχνό-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

τητα των διεγχειρητικών μετρήσεων BG καθορίστηκε από την ομάδα των αναισθησιολόγων, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους επιδραστικούς παράγοντες των CGM. Αποτελέσματα: Το Freestyle Libre 2.0 CGM λειτούργησε καλά και χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Παρείχε πιο πλήρη γλυκαιμικά δεδομένα και ανίχνευσε καλύτερα τις γλυκαιμικές τάσεις σε σύγκριση με τις τιμές BG. Συμπεράσματα: Η τεχνολογία συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης, όπως αντιπροσωπεύεται από το Freestyle Libre 2.0, δείχνει δυνατότητες βελτίωσης του γλυκαιμικού ελέγχου στο διεγχειρητικό περιβάλλον σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα ασθενών μέσω καλύτερης διαχείρισης των επιπέδων γλυκόζης αίματος εντός χειρουργικού χρόνου, με λιγότερες υπογλυκαιμίες και περιορισμένες διακυμάνσεις του σακχάρου.

*Λέξεις-κλειδιά: Συνεχής παρακολούθηση γλυκόζης, Γλυκόζη αίματος, POC, Σακχαρώδης Διαβήτης, Νοσοκομειακό περιβάλλον, Εκλεκτική Καρδιακή Χειρουργική, MARD*

#### AA211 | **Μελέτη της μικροκυκλοφορίας σε ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και μυοκαρδιακή βλάβη**

**Ε. Κλάδου<sup>1</sup>, Ε. Σκαλίδης<sup>1</sup>, Σ. Πετούσης<sup>1</sup>, Ε. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Ε. Σιδεράς<sup>1</sup>, Κ. Χατζηνικολάου<sup>1</sup>, Μ. Σμαραγδάκη<sup>1</sup>, Π. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Ε. Κουδούνα<sup>1</sup>, Δ. Καλογεράκης<sup>1</sup>, Ν. Πουλιδάκης<sup>1</sup>, Δ. Ανδριάνης<sup>1</sup>, Α. Ηλιάκη<sup>1</sup>, Ε. Μανουράκης<sup>1</sup>, Γ. Λαζόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Σημαντηράκης<sup>1</sup>, Γ. Κοχιαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Χαμηλός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί συνήθη αιτία προσέλευσης στο τμήμα επείγοντων περιστατικών. Αρκετοί ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία παρουσιάζουν στον εργαστηριακό έλεγχο παθολογική τιμή τροπονίνης. Η δυσλειτουργία της μικροκυκλοφορίας έχει μελετηθεί σε διάφορες μυοκαρδιακές παθήσεις. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μελέτες στη βιβλιογραφία που να ερευνούν τη δυσλειτουργία της μικροκυκλοφορίας ως αιτία μυοκαρδιακής βλάβης σε ασθενείς με υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες. Σκοπός Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η υπόθεση, ότι η δυσλειτουργία της μικροκυκλοφορίας σε ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία, οδηγεί σε μυοκαρδιακή βλάβη. Υλικά και μέθοδος Η στεφανιαία μικροκυκλοφορία εκτιμήθηκε με τη μέτρηση της στεφανιαίας εφεδρείας (Coronary Flow Reserve-CFR) και τον υπολογισμό του δείκτη μικροκυκλοφοριακής αντίστασης (Index of Microcirculatory Resistance- iMR), με τη μέθοδο της θερμοαραίωσης. Για τις μετρήσεις χρησιμοποιήθηκε το σύρμα πίεσης Pressure Wire X της Abbot. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο. Για την πρόκληση μέγιστης υπεραιμίας χρησιμοποιήθηκε είτε ενδοφλέβια χορήγηση ρεγαδενοσίνης 400μg, είτε αδενοσίνης 140μg/kg/min. Στενώσεις επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών >5% αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού. Αποτελέσματα Στη μελέτη έως τώρα έχουν συμπεριληφθεί πέντε ασθενείς. Ο πρώτος ασθενής που εντάχθηκε στη μελέτη, αφορούσε την ομάδα ελέγχου, με επεισόδιο υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας χωρίς αύξηση μυοκαρδιακών ενζύμων. Για την πρόκληση υπεραιμίας χρησιμοποιήθηκε αδενοσίνη. Τα αποτελέσματα σε αυτόν τον ασθενή ανέδειξαν πα-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

θολογική τιμή CFR (=1.5) και παθολογική τιμή IMR(=45). Οι υπόλοιποι τέσσερις ασθενείς που έχουν ενταχθεί έως τώρα, παρουσίασαν αύξηση μυοκαρδιακών ενζύμων (υψηλής ευαισθησίας τροπονίνη) μετά το επεισόδιο. Για την πρόκληση υπεραιμίας σε αυτούς τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ρεγαδενοσίνη. Οι τρεις από τους τέσσερις αυτούς ασθενείς παρουσίασαν φυσιολογικές τιμές τόσο CFR όσο και IMR. Οι τιμές CFR για αυτούς τους ασθενείς ήταν (2.8 , 5.3 , 4.9) και οι τιμές IMR ήταν (15, 12, 24 )αντίστοιχα. Ένας ασθενής αυτής της ομάδας παρουσίασε οριακή τιμή CFR = 2.2 και παθολογική τιμή IMR = 35. Συμπέρασμα: Ανάλυση των υπό εξέταση παραμέτρων και νέα δεδομένα καθώς εξελίσσεται η έρευνα αναμένονται με την ένταξη περισσότερων ασθενών, ώστε να διερευνηθεί αν η δυσλειτουργία της μικροκυκλοφορίας σχετίζεται με τη μυοκαρδιακή βλάβη που παρουσιάζεται σε ορισμένους ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία.

**Καρδιακή ανεπάρκεια II**

Πρόεδροι: **B. Μπιστόλα** (Αθήνα), **Z. Καλλινίκου** (Ηράκλειο)

Chairpersons: **V. Bistola** (Athens), **Z. Kallinikou** (Heraklion)

**AA212 | Δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης αριστερού και δεξιού κόλπου σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης**

**E. Τάτσης<sup>1</sup>, K. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>1</sup>, I. Φ. Κουλουρίας<sup>1</sup>, X. Φλωροπούλου<sup>1</sup>, I. Τσιαφούτης<sup>1</sup>, Λ. Μιχάλης<sup>2</sup>, K. Νάκα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή / Σκοπός:** Το μέγεθος του αριστερού κόλπου (LA), υπολογίζοντας τον όγκο του (LAV) με βάση την επιφάνεια σώματος (BSA) ενός ασθενή αποτελεί ένα από τα βασικά ηχοκαρδιογραφικά κριτήρια για την εκτίμηση της διαστολικής δυσλειτουργίας και την διάγνωση της Καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ). Η μελέτη των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου φαίνεται ότι αποτελεί ένα επιπλέον εργαλείο εκτίμησης της μοπαθέιας του αριστερού κόλπου. Υπάρχουν κάποιες μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικότητας του δεξιού κόλπου και την κλινική εικόνα σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του αριστερού (Strain LA) και δεξιού κόλπου (Strain RA) σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Υλικό/Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 άτομα (25 άτομα με ΚΑΔΚΕ και 25 άτομα χωρίς προβλήματα υγείας). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας (φλεβοκομβικός ρυθμός) και σε πλήρη διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη (Συμβατικές τεχνικές και Speckle Tracking Imaging). Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση του δείγματος ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων όσον αφορά τη τελο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Table1. Echocardiographic parameters

Parameter	Overall N	Total (N=50)	Patients with HFpEF (N=25)	Healthy controls (N=25)	p-value**
		Median (min, max)			
ESD LA (mm)	50	39.5(27.0,51.0)	42.5(38.0,51.0)	36.0(27.0,46.0)	<0.001
LAV (l) (cm <sup>3</sup> )	50	32.0(17.0,63.0)	34.5(29.0,63.0)	26.0 (17.0,36.0)	<0.001
Strain LA (%)	50	28.5(12.0,39.0)	23 (12.0,36.0)	32.0(24.0,39.0)	<0.001

συστολική διάμετρο (ESD) του αριστερού κόλπου (median ESD LA (mm) 42.5 vs. 36, Wilcoxon rank-sum p-value=<0.001), τον υπολογιζόμενο όγκο του αριστερού κόλπου ανά BSA (LAVi (cm<sup>3</sup> ) median 34.5 vs. 26, Wilcoxon rank-sum p-value = <0.001) καθώς και τους δεί-

κτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (median Strain LA (%) 23 vs. 32, Wilcoxon rank-sum p-value= <0.001). Επιπλέον οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του δεξιού κόλπου ( median Strain RA (%) 26 vs 32, Wilcoxon rank-sum p-value = <0.001) σε σχέση με τα υγιή άτομα. Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η σημασία των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης τόσο του αριστερού όσο και του δεξιού κόλπου ως εργαλεία που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην διάγνωση της ΚΑΔΚΕ.

### AA213 | **Μυοκαρδιακό έργο και Λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης** **E. Τάτσης<sup>1</sup>, K. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Ι. Φ. Κουλουλιάς<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>, Λ. Μιχάλης<sup>2</sup>, Κ. Νάκα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή / Σκοπός:** Οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης (ΚΑΔΚΕ) έχουν ικανοποιητική συνολική συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας, ενώ η διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό του συνδρόμου. Υπάρχουν κάποιες μελέτες που έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ έχουν επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας όπως αυτή εκτιμάται ηχωκαρδιογραφικά με τον υπολογισμό του δείκτη ολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (GLS). Αρκετές μελέτες δείχνουν την σπουδαιότητα του υπολογισμού του Μυοκαρδιακού Έργου (GMW) ως ηχωκαρδιογραφικός δείκτης εκτίμησης της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των ηχωκαρδιογραφικών δεικτών εκτίμησης της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Υλικό/Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 άτομα (25 άτομα με ΚΑΔΚΕ και 25 άτομα χωρίς προβλήματα υγείας). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε κλινική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας (φλεβοκομβικός ρυθμός) και σε πλήρη διαθωρακική ηχωκαρδιογραφική μελέτη με

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Table1. Echocardiographic parameters

Parameter	Total (N=50)	Patients with HFpEF (N=25)	Healthy controls (N=25)	p-value**
<b>Median (min, max)</b>				
<b>GWl (mmHg)</b>	1861.0(976.0,2476.0)	1806.0(976.0,2476.0)	2006.0(1376.0,2440.0)	0.16
<b>GWE (%)</b>	92.0(84.0,98.0)	91.0(84.0,97.0)	95.0(89.0,98.0)	<b>0.001</b>
<b>GLS LV (%)</b>	-19.0(-23.0,-14.0)	-18.0(-21.3,-14.0)	-19.7(-23.0,-16.0)	<b>0.001</b>

συμβατικές και εξειδικευμένες τεχνικές, με υπολογισμό των δεικτών ολικής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (GLS) και του Μυο-

καρδιακού Έργου (Global Work Index – GWl και Global Work Efficiency – GWE). Αποτελέσματα : Η στατιστική ανάλυση του δείγματος ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων όσον αφορά τον δείκτη ολικής μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (GLS) της αριστερής κοιλίας (LV) (median GLS LV (%) - 18.0 vs- 19.7, Wilcoxon rank-sum p-value=0.001). Επιπλέον οι ασθενείς με ΚΑΔΚΕ είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές του δείκτη GWE ( median GWE (%) 91 vs 95, Wilcoxon rank-sum p-value=0.001) σε σχέση με τα υγιή άτομα, ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων όσον αφορά τον δείκτη GWl (median GWl (mmHg)1806.0 vs 2006.0 , Wilcoxon rank-sum p-value = 0.16). Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΚΑΔΚΕ και των υγιών μαρτύρων σχετικά με την ολική επιμήκη μυοκαρδιακή παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και το Global Work Efficiency (GWE) υποδηλώνοντας την ύπαρξη πρώιμης υποκλινικής μυοκαρδιακής βλάβης σε αυτούς τους ασθενείς.

## AA214 | Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-ΝΑΤΡΙΟΥ 2 ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**N. Κατσιάδας<sup>1</sup>, Α. Ξανθόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Πατσιλινάκος<sup>1</sup>, Γ. Γιαμούζης<sup>2</sup>, I. Σκουλαρίγκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Ένας καρδιοπροστατευτικός μηχανισμός δράσης των αναστολέων των συμμεταφορέων γλυκόζης-νατρίου 2 (SGLT2i) είναι η αύξηση των τιμών του αιματοκρίτη. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί η επίδραση των SGLT2i στον αιματοκρίτη καθώς και στους βιοδείκτες του μεταβολισμού του σιδήρου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). **ΥΛΙΚΟ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθηκε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, προοπτικές μελέτες καθώς και σε post-hoc αναλύσεις. Εισήχθησαν μελέτες ασθενών με ΚΑ στους οποίους γινόταν έναρξη οποιουδήποτε SGLT2i και μέτρηση στις τιμές του αιματοκρίτη και/ή των βιοδεικτών του μεταβολισμού του σιδήρου το λιγότερο τέσσερις εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά συμπεριελήφθησαν 28 μελέτες από τις οποίες οι 24 αφορούσαν σε μεταβολές του αιματοκρίτη και οι 4 σε μεταβολές των βιοδεικτών του σιδήρου. Οι SGLT2i φάνηκε από όλες τις μελέτες ότι προκαλούν αύξηση των τιμών του αιματοκρίτη στους ασθενείς με ΚΑ. Επίσης ανεδείχθη ότι επηρεάζουν τους βιοδείκτες σιδήρου καθώς μειώνουν τις τιμές της φερριτίνης και της εψιδίνης ενώ αυξάνουν τις τιμές του διαλυτού υποδοχέα της τρανσφερίνης και της ερυθροποιητίνης. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι SGLT2i στους ασθενείς με ΚΑ αυξάνουν τις τιμές του αιματοκρίτη και επηρεάζουν τους βιοδείκτες του σιδήρου. Αυτό πιθανά οφείλεται στην βελτίωση της λειτουργικής ανεπάρκειας του σιδήρου που υπάρχει στους ασθενείς αυτούς.

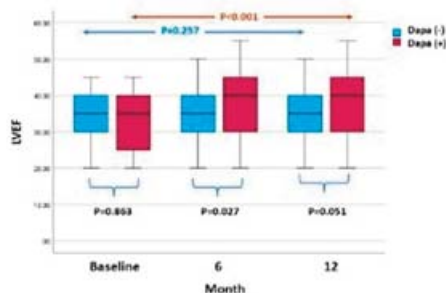
**AA215 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΝΤΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ, ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**  
**N. Κατσιάδας<sup>1</sup>, A. Ξανθόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Πατσιλινάκος<sup>1</sup>, Φ. Τρυποσκιάδης<sup>2</sup>, I. Σκουλαρίγκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

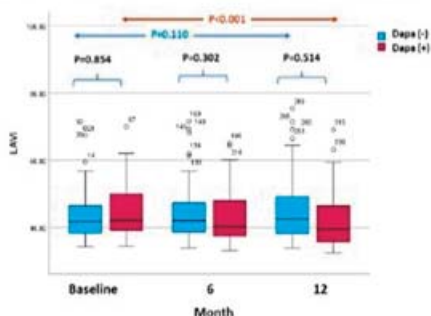
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Οι αναστολείς των συμμεταφορών γλυκόζης-νατρίου 2 (SGLT2i) είναι παράγοντες με σπουδαία καρδιαγγειακά οφέλη ενώ πρόσφατες μελέτες δείχνουν ευεργετικά αποτελέσματα στην καρδιακή λειτουργία και δομή. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της νταπαγλιφλοζίνης στους καρδιακούς βιοδείκτες και την καρδιακή δομή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθηκε μια μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΚΑ και ΣΔ και πρόσφατη νοσηλεία για απορρύθμιση ΚΑ. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης και στην ομάδα ελέγχου. Διενεργήθηκε έλεγχος βιοδεικτών (BNP, τροπονίνη) και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών στους 6 και στους 12 μήνες. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 118 ασθενείς (νταπαγλιφλοζίνη=60, ομάδα

**Εικόνα 1.** Αλλαγές στις τιμές του κλάσματος εξοθησής αριστερής κοιλίας (LVEF) στους 6 και 12 μήνες στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης και στην ομάδα ελέγχου



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**Εικόνα 2.** Αλλαγές στις τιμές του όγκου του αριστερού κόλπου (LAVi) στους 6 και 12 μήνες στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης και στην ομάδα ελέγχου



λοδιαστολικός και ο τελοσυστολικός όγκος της αριστερής κοιλίας. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νταπαγλιφλοζίνη σχετίστηκε με μείωση των τιμών των καρδιακών βιοδεικτών και με αντιστροφή της καρδιακής αναδιαμόρφωσης σε ασθενείς με ΚΑ και ΣΔ.

ελέγχου=58) συμπεριλήφθησαν. Στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης μειώθηκαν σημαντικά το BNP και η τροπονίνη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ( $p<0,001$ ). Το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας και η επιμήκης παραμόρφωση βελτιώθηκαν μόνο στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης ( $p<0,001$ ) (Εικόνα 1) ενώ και ο όγκος του αριστερού κόλπου μειώθηκε μόνο στην ομάδα της νταπαγλιφλοζίνης ( $p<0,001$ ) (Εικόνα 2). Και στις δύο ομάδες μειώθηκε ο τε-

## AA216 | Η πρόοδος στην αντιμετώπιση ασθενών με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια. Ανάλυση επιβίωσης ασθενών σε βάθος 15 ετίας Β. Κουτρούλης<sup>1</sup>, Γ. Χαλικιάς<sup>1</sup>, Μ. Μαλκότς<sup>1</sup>, Α. Τσαλγκίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπουρσούκης<sup>1</sup>, Χ. Ναλμπάντ<sup>1</sup>, Α. Θωμαΐδη<sup>1</sup>, Α. Λαντζουράκη<sup>1</sup>, Δ. Στάκος<sup>1</sup>, Δ. Τζιακάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Η Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείων σε καρδιολογική κλινική. Η θεραπεία αυτής της κλινικής οντότητας αναπτύσσεται ραγδαία καθώς νέα φάρμακα και τεχνικές εντάσσονται στην φαρμακευτική μας φαρέτρα με σκοπό την βελτίωση της ζωής των ασθενών και τη βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί την βελτίωση ή όχι στην αντιμετώπιση των νοσηλεύομενων ασθενών με Καρδιακή ανεπάρκεια στο πέρασμα του χρόνου συγκρίνοντας τη θνησιμότητα εντός νοσηλείας, τη διάρκεια της νοσηλείας και την πιθανότητα επαναεισαγωγής εντός 6μήνου από το εξιτήριο. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Η συγκεκριμένη μελέτη σχεδιάστηκε ως αναδρομική μελέτη παρατήρησης καταγράφοντας αρχεία από το Ηλεκτρονικό Αρχείο Καταγραφής Εισαγωγών/Εξιτηρίων που αφορά την Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης. Η μελέτη συμπεριέλαβε ασθενείς που εισήχθησαν με τη διάγνωση της Απορρύθμισης Καρδιακής Ανεπάρκειας - Οξέος Πνευμονικού Οιδήματος. Συγκεκριμένα συγκρίναμε ασθενείς με απορρύθμιση Καρδιακής ανεπάρκειας κατά τις περιόδους 2010-2013 (Ομάδα Α) και 2020-2023 (Ομάδα Β). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για απορρύθμιση Καρδιακής Ανεπάρκειας ήταν 663 (Ανδρες 453 - Γυναίκες 210) στην ομάδα Α και 546 (Ανδρες 315 - Γυναίκες 231) στην Ομάδα Β. Ο Μέσος όρος ηλι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

κίας στην ομάδα Α ήταν τα 79.8 ( 8.3 έτη), ενώ ο Μ.Ο. ηλικίας της ομάδας Β ήταν 77.4 ( 7 έτη). Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στο γκρουπ Β ήταν κατά 1 ημέρα λιγότερη έναντι του Α (2.67 vs 3.61 , p <0.05). Στο γκρουπ Α είχαμε 18 θανάτους εντός νοσηλείας, ενώ στο γκρουπ Β είχαμε 7 ( 2,7% vs 1,3 % , p <0.05). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις επανανοσηλείες των ασθενών έως και 6 μήνες μετά το εξιτήριο (7.5 % vs 7.3 %). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η θεραπεία των ασθενών με Καρδιακή ανεπάρκεια και η βελτίωση των συμπτωμάτων τους είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στην καθημέρα κλινική πράξη για τον θεράποντα ιατρό. Οι νεότερες θεραπείες για την Καρδιακή ανεπάρκεια φαίνεται πως είναι αποτελεσματικές και παρατηρείται σημαντική πρόοδος για αυτό το είδος ασθενών το οποίο αποτυπώνεται στην μείωση της διάρκειας νοσηλείας, καθώς και στην ελάττωση των θανάτων των νοσηλευόμενων ασθενών.

## AA217 | Σύγκριση χαρακτηριστικών και εκβάσεων ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια με βάση το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας.

### Η εμπειρία ενός γενικού νοσοκομείου

**Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΑΗΦ) αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας για τους ασθενείς άνω των 65 ετών και χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια πληθυσμού όσον αφορά την αιτία της, τη λειτουργικότητα της καρδιάς και τις συννοσηρότητες. Σκοπός ήταν η σύγκριση των χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων ασθενών με ΑΗΦ και η έκβαση αυτών με βάση τη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας. Μέθοδοι-υλικά: Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, τους κύριους κλινικούς φαινοτύπους και εργαστηριακές παραμέτρους κατά την ει-

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΔΟΣ (n=206)	LVEF ≥ 50% (n=101)	LVEF <50% (n=105)	p-value
<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>				
ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	109 (52.9%)	35 (34.7%)	74 (70.5%)	<0.001
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	82 (74-86)	82 (76-86)	82 (71-87)	0.674
<b>ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ</b>				
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	62 (30.1%)	10 (9.9%)	52 (49.5%)	<0.001
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	125 (60.7%)	74 (73.3%)	51 (48.6%)	<0.001
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	91 (44.2%)	44 (43.6%)	47 (44.8%)	0.889
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	183 (88.8%)	90 (89.1%)	93 (88.6%)	1.000
ΝΟΣΟΣ ΑΕΡΑΓΓΙΩΝ	67 (32.5%)	33 (32.7%)	34 (32.7%)	1.000
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	114 (55.3%)	57 (56.4%)	57 (54.3%)	0.781
ΚΑΛΠΙΣΜΑ	25 (12.1%)	11 (10.9%)	14 (13.3%)	0.672
<b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ</b>				
ΑΔΗΦ	155 (75.2%)	85 (84.2%)	70 (66.7%)	0.004
ΟΣΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	48 (23.3%)	16 (15.8%)	32 (30.5%)	0.014
ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	3 (1.5%)	0 (0%)	3 (2.9%)	0.247
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΙΣΔΩΓΗΣ</b>				
GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	57 (40-70)	55 (36.5-68.5)	58 (42.5-70.5)	0.291
CREATININE (mg/dl)	1.14 (0.94-1.49)	1.13 (0.91-1.5)	1.17 (0.97-1.49)	0.400
BASELINE CREATININE (mg/dl)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.4)	0.351
BASELINE GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	55 (44-77.25)	55 (41.5-74)	58 (45-78)	0.316
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ (mg/dl)	4 (3.8-4.25)	4 (3.8-4.2)	4.08 (3.8-4.3)	0.549
ΟΥΡΙΑ (mg/dl)	57 (44-85.25)	57 (45-85)	56 (43-82)	0.265
NT-proBNP (pg/ml)	5806 (3237-11561)	4676 (2612-9338)	7533 (3953-15672)	<0.001
HS-CNTN (pg/ml)	27.07 (13-71.3)	33.3 (16.4-99.86)	140 (45.9-1017)	<0.001
Na (mEq/L)	139 (137-141)	140 (137-141)	139 (137-141)	0.196
HbA1c (%)	6.05 (5.6-6.7)	6 (5.6-6.55)	6.1 (5.6-6.8)	0.721
K (mEq/L)	4.5 (4.15-4.94)	4.45 (4.15-4.8)	4.57 (4.15-4.98)	0.258
<b>ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ</b>				
LVEF (%)	45 (30-55)	55 (50-60)	30 (20-40)	<0.001
ePASP (mmHg)	40 (35-50)	45 (35-60)	40 (30-45)	<0.001
E/E'	16.5 (13.8-19)	16.5 (14-19.4)	16.5 (13.5-18.8)	0.317
LA VOL (ml/m <sup>2</sup> )	52 (43-64)	51.5 (42.75-63)	54 (43.5-70)	0.558

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

σαγωγή (NT-proBNP, κρεατινίνη [Cr], εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης [eGFR], γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη [HbA1c] κ.λπ.) των νοσηλεύμενων 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

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ (n=206)	LVEF > 50% (n=101)	LVEF <50% (n=105)	p-value
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	7 (5-10)	7 (5-9.5)	8 (5-10)	0.330
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	12 (5.8%)	4 (4%)	8 (7.6%)	0.374
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ)	8 (3.9%)	1 (1%)	7 (6.7%)	0.065
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	84 (47.2%)	47 (51.1%) [n=92]	37 (44%) [n=86]	0.297
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	0 (0-2)	1 (0-2)	0 (0-1)	0.173
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	62 (34.8%)	37 (40.2%) [n=92]	25 (29.1%) [n=86]	0.156
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.111
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ AHF ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	31 (17.4%)	16 (17.4%)	15 (17.4%)	1.000
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΛΟΓΩ AHF ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ (n=178)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.989
ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΕ 3 ΜΗΝΕΣ	28 (13.6%)	9 (8.9%)	19 (13.6%)	0.067
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	92 (56.4%)	51 (63%) [n=81]	41 (50%) [n=82]	0.115
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	1 (0-2)	1 (0-2)	0.5 (0-2)	0.072
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	66 (40.5%)	40 (49.4%) [n=81]	26 (31.7%) [n=82]	<b>0.026</b>
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ (n=163)	0 (0-1)	0 (0-2)	0 (0-1)	<b>0.02</b>
ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ ΛΟΓΩ AHF (n=163)	32 (19.6%)	16 (19.8%) [n=81]	16 (19.5%) [n=82]	1.000
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ ΛΟΓΩ AHF (n=163)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.945
ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΕ 6 ΜΗΝΕΣ	43 (20.9%)	20 (19.8%)	23 (21.9%)	0.735

κατά τη διάρκεια αυτού καταγράφηκαν για τους επιβιώσαντες οι επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), οι νοσηλείες για κάθε αιτία και λόγω AHF καθώς και η συνολική θνητότητα. Διαχωρισμός σε δύο ομάδες με βάση τη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (LVEF > 50% και LVEF < 0%). Αποτελέσματα: 101/206 (49%) νοσηλεύόμενοι ασθενείς είχαν διατηρημένο LVEF. Οι ασθενείς με διατηρημένο LVEF ήταν κατά πλειοψηφία γυναίκες με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και συχνότερα παρουσιάζονταν με οξεία απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας (ADHF). Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς με επηρεασμένο LVEF ήταν συχνότερα άνδρες με συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο, υψηλότερες τιμές NT-proBNP και τροπονίνης κατά την εισαγωγή καθώς και με υψηλότερη επίπτωση εμφάνισης οξέος πνευμονικού οιδήματος. Όσον αφορά τις υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους, οι ασθενείς με διατηρημένο LVEF εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές ePASP, ενώ απουσίαζαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον όγκο του αριστερού κόλπου και το λόγο E/E'. Τέλος, δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη θνητότητα, την επισκεψιμότητα στο ΤΕΠ και την ανάγκη επανανοσηλείας λόγω AHF έως και 6 μήνες μετά τη νοσηλεία, ωστόσο οι ασθενείς με διατηρημένο LVEF εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα επανανοσηλείων για όλες τις αιτίες (49.4% vs 31.7%, p=0.026). Συμπεράσματα: Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των δύο πληθυσμών, με τους ασθενείς με διατηρημένο LVEF να είναι συχνότερα γυναίκες με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και υψηλότερες τιμές ePASP, ενώ αντίθετα οι ασθενείς

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

με χαμηλότερο LVEF να είναι συχνότερα άντρες με κυρίαρχη τη στεφανιαία νόσο και τις υψηλότερες τιμές NT-proBNP. Δε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στις εκβάσεις των ασθενών έως και 6 μήνες μετά τη νοσηλεία, ωστόσο ενδιαφέρον προκαλούν τα υψηλότερα ποσοστά επανανοσηλείας για όλες τις αιτίες για τους ασθενείς με διατηρημένο LVEF, πιθανά λόγω περισσότερων μη καρδιαγγειακών συννοσηροτήτων.

**AA218 | Η έγκαιρη εμφύτευση τροποποιητή καρδιακής συστατικότητας (CCM) σαν σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο στον ιδανικά επιλεγμένο ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια, ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης και στενό QRS**

**Ε. Συμεωνίδου<sup>1</sup>, Κ. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Αρμούλαος<sup>1</sup>, Κ. Κατωγιάννης<sup>1</sup>, Β. Μπιστόλα<sup>1</sup>, Δ. Φαρμάκης<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Γ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Πρόσφατες θεραπευτικές εξελίξεις στην καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με KE 25-45%, (HFrEF) που δεν είναι κατάλληλοι για θεραπεία επανασυγχρονισμού, στηρίζουν την εμφύτευση του τροποποιητή καρδιακής συστατικότητας (CCM), που γεφυρώνει το μεγάλο χάσμα θεραπευτικών επιλογών σε αυτή την ομάδα. Βρέθηκε ότι τα οφέλη από τον CCM είναι μεγαλύτερα σε ασθενείς με καλύτερα διατηρημένο KE. Σκοπός: Παρουσιάζουμε 2 ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια στους οποίους εμφυτεύθηκε CCM με παρόμοια βραχυπρόθεσμη βελτίωση αλλά διαφορετική μακροπρόθεσμη έκβαση. Μέθοδοι: Δύο ασθενείς με HFrEF και ICD, άνδρας 58 ετών με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, EF 20%, NYHA III-IV, pVO2 1.22ml/kg/min, υποψήφιος για μεταμόσχευση καρδιάς και γυναίκα 70 ετών με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, EF 30%, NYHA III, pVO2 1.75ml/kg/min παρά τη βέλτιστη κατευθυνόμενη από τις κατευθυντήριες οδηγίες αγωγή (GDMT). Προ της εμφύτευσης καθώς και σε τακτά χρονικά διαστήματα μετά την εμφύτευση υποβλήθηκαν σε εκτίμηση ποιότητας ζωής, (KCCQ-12 και MLHFQ), υπερηχογραφική εκτίμηση με νεότερες τεχνικές, (Strain rate-speckle tracking), εκτίμηση 6min απόστασης βαδισής, 24ωρη καταγραφή Holter ρυθμού, εργομετρική αξιολόγηση και έλεγχο αρρυθμικού φορτίου. Διασφαλίσθηκε εξατομικευμένα η βέλτιστη απόδοση της συσκευής. Αποτελέσματα: Και στους 2 ασθενείς βελτιώθηκε σύντομα μετά την εμφύτευση η ποιότητα ζωής η λειτουργική κλάση NYHA και η 6-min απόσταση βαδίσματος. Οι υπερηχογραφικοί δείκτες παραμόρφωσης κόλπου, κοιλίας, το KE και οι εργομετρικοί δείκτες βελτιώθηκαν σταδιακά. Ο στροβιλισμός καρδιακής συχνότητας (HRT) και η μεταβλητότητα καρδιακής συχνότητας (HRV), προγνωστικοί δείκτες δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος HRT βελτιώθηκαν σημαντικά μετά 6 μήνες. Δεν αποκαλύφθηκαν νέες αρρυθμίες στις καταγραφές του ICD. Ο 1ος ασθενής παρουσίασε κακή συμμόρφωση στην αγωγή και τους διαιτητικούς περιορισμούς 9 μήνες μετά, με υποτροπή των συμπτωμάτων και κατόπιν λοίμωξης του αναπνευστικού κατέληξε. Η 2η ασθενής 12 μήνες μετά την εμφύτευση παρουσιάζει σταθερά θεαματική βελτίωση της ποιότητας ζωής και όλων των παραμέτρων παρακολούθησης. Συμπεράσματα: Η σωστή επιλογή του υποψήφιου ασθενή με HFrEF και στενό QRS για CCM με σεβασμό στους προτεινόμενους περιορισμούς, η έγκαιρη εμφύτευση του, συνεπικουρούμενη από την ατομική συμμόρφωση στη βέλτιστη αγωγή καθώς και η συχνή παρακολούθηση και αξιολόγηση είναι απαραίτητη για τη μέγιστη και σταθερή απόδοση του.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA219 | Ο ρόλος του υπερήχου πνεύμονα στη διάγνωση της υποκλινικής συμφόρησης σε ασθενείς με απορρυθμισμένη καρδιακή ανεπάρκεια****Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>,  
Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>,  
Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Ζ. Καλλινίκου<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>,  
Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η υπολειπόμενη πνευμονική συμφόρηση κατά την έξοδο σχετίζεται με κακή πρόγνωση σε ασθενείς που εισάγονται με οξεία απορρυθμισμένη καρδιακή ανεπάρκεια (ADHF) και ο προσδιορισμός της μέσω της φυσικής εξέτασης μπορεί να είναι δύσκολος. Το υπερηχογράφημα πνευμόνων (LUS) θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναγνώριση αυτών των ασθενών. Σκοπός: Να προσδιοριστεί η συχνότητα της υποκλινικής συμφόρησης χρησιμοποιώντας την παρουσία B-lines στο LUS κατά την έξοδο σε ασθενείς που εισήχθησαν λόγω ADHF, η τιτλοποίηση της θεραπείας με διουρητικά με βάση τα ευρήματα και η πιθανή επίδρασή της στις επανεισαγωγές λόγω ADHF. Μέθοδοι: Για περίοδο 1 έτους, όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική μας λόγω ADHF (n=633) χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην ομάδα ελέγχου (n=313) η εκτίμηση όγκου και συμφόρησης βασίστηκε αποκλειστικά στην κλινική εξέταση (ακρόαση πνευμόνων, οιδήματα, διευρυμένη σφαγιτιδική φλεβική πίεση καθώς και ηπατοσφαγιτιδικό αντανακλαστικό). Στην ομάδα LUS (n=320), εκτός από την κλινική εξέταση πραγματοποιήθηκε LUS (πρωτόκολλο 8 ζωνών) κατά το εξιτήριο και με βάση τα ευρήματα ο ασθενής κατηγοριοποιήθηκε είτε ως «wet lung» (> 3 b-lines σε τουλάχιστον 3 ζώνες) ή «dry lung». Στους ασθενείς με wet lung, η δόση της φουροσεμίδης προσαρμόστηκε ανάλογα. Αποτελέσματα: Με βάση τα ευρήματά μας στην ομάδα LUS, στο 36,6% των ασθενών αναγνωρίστηκε ότι είχαν «wet lung» παρόλο που με βάση την κλινική εξέταση θεωρήθηκαν ως ευογκαιμικοί. Όσον αφορά τους διαφορετικούς τύπους καρδιακής ανεπάρκεια, στην καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) το 46,84% των ασθενών βρέθηκε να έχει wet lung, στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFmrEF) το 28,37% των ασθενών βρέθηκε να έχει wet lung, και σε καρδιακή ανεπάρκεια με μέτρια μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFefEF) 26,7%. Στους ασθενείς που προσδιορίστηκαν ως wet lung σημειώθηκε αύξηση της δόσης της φουροσεμίδης (μέση αύξηση 25%). Όσον αφορά τις επανεισαγωγές λόγω ADHF σε ένα μήνα, στην ομάδα ελέγχου το ποσοστό ήταν 12,4% ενώ στην ομάδα LUS 3,7% (p<0,01). Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που εισήχθησαν λόγω ADHF αν και βρέθηκαν ευογκαιμικοί με βάση την κλινική εξέταση, φαίνεται να έχουν υποκλινική συμφόρηση, εύρημα που θα μπορούσε να επηρεάσει τη θεραπεία τους (όσον αφορά τη βέλτιστη δόση φουροσεμίδης), καθώς και την πρόγνυσή τους όπως φαίνεται ότι η βελτιστοποίηση της θεραπείας με βάση τα ευρήματα του LUS θα μπορούσε να οδηγήσει σε λιγότερες επανεισαγωγές.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA220 | Διαγνωστικός αλγόριθμος καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης με βάση τα H2FPEF και HFA-PEFF scores****X. Χήτας<sup>1</sup>, N. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, A. Σπυριδάκη<sup>1</sup>, B. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Σ. Αθηναίου<sup>1</sup>, A. Κωνσταντοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Πετρουλάκης<sup>1</sup>, Γ. Μητροπούλου<sup>1</sup>, Γ. Τριανταφύλλη<sup>1</sup>, Γ. Βαμβάκου<sup>1</sup>, Δ. Αναγνώστου<sup>1</sup>, M. Νικολάου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) βαίνει αυξανόμενη, ιδίως στους ηλικιωμένους. Η διάγνωση της HFpEF παρουσιάζει προκλήσεις, λόγω της υποκειμενική φύσης της δύσπνοιας και της παρουσία συννοσηροτότων που μιμούνται την συμπτωματολογία της. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν τη χρήση δύο scores, των HFA-PEFF και H2FPEF, στη διαγνωστική προσέγγιση της HFpEF. Σκοπός της μελέτης είναι η εφαρμογή των scores σε ηλικιωμένους ασθενείς και η δημιουργία διαγνωστικού αλγορίθμου. Υλικό Το δείγμα συλλέχθηκε με συνεχή δειγματοληψία και αποτελείται από 215 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 65+. Μέθοδος Υπολογίσαμε τα HFA-PEFF and H2FPEF scores για κάθε ασθενή και πραγματοποιήσαμε στατιστική ανάλυση με X2 στο SPSS. Αποτελέσματα Η διαστρωμάτωση κινδύνου παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα δύο scores ( $p < 0,0001$ ), ανεξάρτητα της παρουσίας δύσπνοιας. Το ποσοστό συμφωνίας ανάμεσα στα δύο scores είναι 54% για το σύνολο των ασθενών και 67% για ασθενείς με δύσπνοια. Δύσπνοια παρουσιάζαν 71 από τους 215 ασθενείς (33%). Η κατανομή των δύο scores στις τρεις κατηγορίες (χαμηλού, ενδιάμεσου, και υψηλού κινδύνου) σε ασθενείς με δύσπνοια παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Οκτώ ασθενείς με δύσπνοια είχαν υψηλή πιθανότητα με το H2FPEF score, και επτά εξ' αυτών (88%) είχαν επίσης υψηλή πιθανότητα με το HFA-PEFF score. Εννιά ασθενείς με δύσπνοια είχαν χαμηλή πιθανότητα με το H2FPEF score, και κανένας εξ' αυτών δεν είχε υψηλή πιθανότητα με το HFA-PEFF score. 54 ασθενείς με δύσπνοια είχαν ενδιάμεση πιθανότητα με το H2FPEF score, ενώ 11 εξ' αυτών (20%) είχε υψηλή πιθανότητα με το HFA-PEFF score. Συμπεράσματα Οι ασθενείς με δύσπνοια είναι σκόπιμο να ελεγχονται αρχικά με το H2FPEF score που διενεργείται εύκολα. Εάν η πιθανότητα είναι χαμηλή, η HFpEF μπορεί να αποκλειστεί. Εάν η πιθανότητα είναι υψηλή, υπάρχει 90% συμφωνία με το HFA-PEFF score και η HFpEF είναι πολύ πιθανή. Εάν η πιθανότητα είναι ενδιάμεση, οι κατευθυντήριες οδηγίες προ-

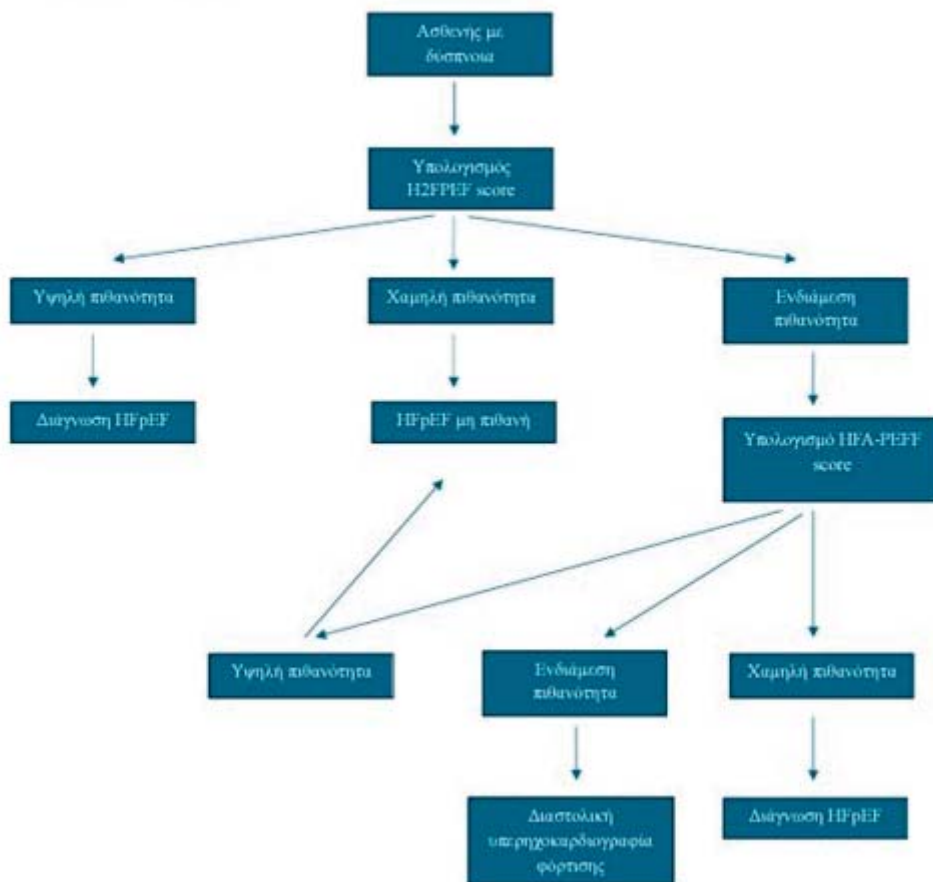
τείνου  
ν περι  
αίτρω  
έλεγχ  
όσο, ο  
ένα πιο  
λεπτο  
μερές  
υπερη  
χοκαρ  
διογρά  
φημα  
ηρεμία  
ς από  
εξειδι  
κευμέ  
νοκαρ  
διο-

**Πίνακας 1. Η κατανομή των H2FPEF and HFA-PEFF scores σε τρεις κατηγορίες (χαμηλού, ενδιάμεσου, και υψηλού κινδύνου)**

		H2FPEF			Σύνολο
		Χαμηλού κινδύνου	Ενδιάμεσου κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	
HFA-PEFF	Χαμηλού κινδύνου	1	3	0	4
	Ενδιάμεσου κινδύνου	8	40	1	49
	Υψηλού κινδύνου	0	11	7	18
Σύνολο		9	54	8	71

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

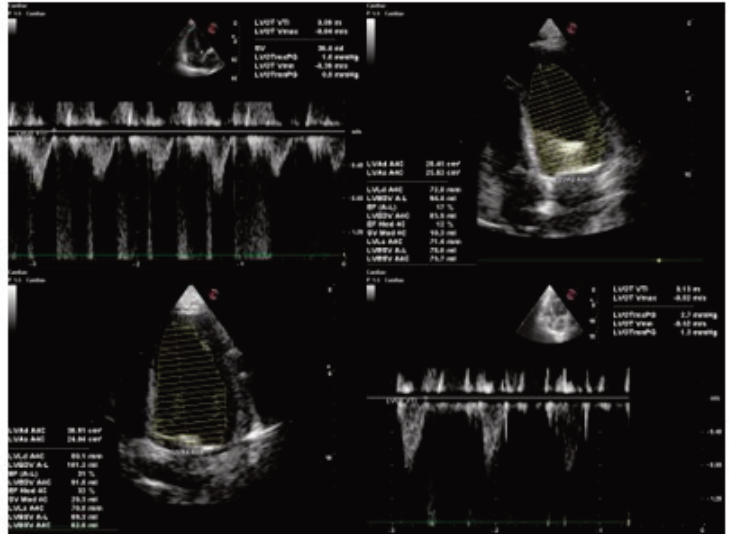
Διάγραμμα 1. Προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος για την HFpEF με χρήση των H2FPEF και HFA-PEFF scores.



λόγο μπορεί να επαναταξινομήσει ως και 20% των ασθενών αυτών σε υψηλού κινδύνου μετά από υπολογισμό του HFA-PEFF score και να οδηγήσει στη διάγνωση της HFpEF. Εάν οι ασθενείς παραμένουν ενδιάμεσου κινδύνου, προτείνεται περαιτέρω έλεγχος με διαστολική υπερηχοκαρδιογραφία φόρτισης. Ο προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος παρατίθεται στο Διάγραμμα 1.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024
**AA221 | ΚΑΡΔΙΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΘΡΑΚΥΚΛΙΝΗ: ΑΝΑΣΤΡΕΦΟΝΤΑΣ ΤΟ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ;**
**Β. Τάσση<sup>1</sup>, Ε. Χαματζόλα<sup>1</sup>, Σ. Πράπα<sup>1</sup>, Α. Κλώπα<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Μ. Θεοτοκάς<sup>1</sup>, Η. Ν. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Σταλίκας<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η καρδιακή δυσλειτουργία που σχετίζεται με τη θεραπεία του καρκίνου (Cancer therapy-related cardiac dysfunction (CTRCD) είναι μια προκλητική και απειλητική για τη ζωή επιπλοκή πολλών χημειοθεραπευτικών σχημάτων. Ασθενής 60 ετών εισάγεται στην Μονάδα Εμφραγμάτων με εικόνα καρδιογενούς καταπληξίας, κλάση D κατά SCAI . Πρόκειται για ασθενή με ατομικό αναμνηστικό διηθητικού αδενοκαρκινώματος



βάνει δοξορουβκίνη ως 3ης γραμμής θεραπεία λόγω προόδου της νόσου και ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης από 6μήνου, η οποία είχε αποδοθεί σε καρδιοτοξικότητα από δοξορουβκίνη. Αναφέρεται τελευταία δόση χημειοθεραπείας προ εβδομάδας της εισαγωγής. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ασθενής το τελευταίο εξάμηνο είχε συχνές νοσηλείες για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας ενώ η εφαρμογή της καρδιοπροστατευτικής θεραπείας που περιλάμβανε 2,5 mg ραμιπρίλης, 40 mg φουροσεμίδης, 5 mg βισοπρολόλης, και 25 mg είχε διακοπεί από μινός λόγω χαμηλών τιμών συστολικής αρτηριακής πίεσης, χωρίς να ανιχνευθεί βελτίωση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Κατά τις πρώτες μέρες νοσηλείας στην Μονάδα Εμφραγμάτων η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά ασταθής με μέγιστες δόσεις νοραδρεναλίνης, βαζοπρεσίνης, δοβουταμίνης και ενδοφλέβιας φουροσεμίδης χωρίς κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση οπότε και αποφασίστηκε η υποστήριξη της καρδιακής λειτουργίας με ενδοαορτική αντλία. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς σημειώθηκε η σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας, οι αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερης κοιλίας και η μειωμένη συσταλτικότητα της δεξιάς κοιλίας. Σταδιακά απογαλακτίστηκε από χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και ινотρόπων ενώ την 7η ημέρα από την τοποθέτηση της ενδοαορτικής αντλίας χορηγήθηκε λεβοσι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Ημέρες νοσηλείας	0	7 <sup>η</sup> εισαγωγή στην Μονάδα εμφραγμάτων	18 <sup>η</sup>	25 <sup>η</sup>	30 <sup>η</sup>	34 <sup>η</sup>	42 <sup>η</sup>	50 <sup>η</sup> έξοδος
Ενδοαορτική αντλία	-	-	1:1	1:1	1:3	αφαίρεση	-	-
Χορήγηση Ivosimendan				1 <sup>η</sup>			2 <sup>η</sup>	
Παράμετροι υπερηχογραφικής μελέτης								
ΚΕ (%)		15-20%	15-20%		20-25%			30%
ΤΔΔΑΚ(mm)		60	60		56			55
Όγκος παλμού (ml)		35	34		50			50
Ε/Α		>1	>1		>1			>1
Ε/Ε'		20	20		12			10
Διάμετρος ΔΕ κοιλίας (mm)		33	38		32			32
S'(cm/s)		8	8		13			13
PASP (mmHg)		45-50	45-50		30			25
TAPSE (mm)		12	12		18			18
Ανεπάρκεια μτροειδούς		μέτρια	μέτρια		μικρή			μικρή
Ανεπάρκεια τριγώνιας IVC (mm)		μέτρια	μέτρια		μικρή			μικρή
Αναπνευστική διακύμανση		22	16		15			13
		<50%	>50%		>50%			>50%

μενδάνη. 30 ημέρες μετά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο και ενώ η ενδοαορτική αντλία παρέμενε για 12 ημέρες, σε επαναληπτικό υπέρηχο καρδιάς παρατηρήθηκε βελτίωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας και του όγκου παλμού όπως φαίνεται στον Πίνακα και στην Εικόνα. Η ενδοαορτική αντλία αφαιρέθηκε ανεπίπλεκτα χωρίς η ασθενής να χρήζει αιμοδυναμικής υποστήριξης από αγγειοσυσπαστικά ή ινóτροπα και η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο μετά από 50 ημέρες νοσηλείας. Η ασθενής σε follow up 3 μηνών, δεν έχει επανεισαγωγή για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (στάδιο II κατά NYHA) Συμπερασματικά, η καρδιακή δυσλειτουργία που σχε-

τίζεται με τη θεραπεία του καρκίνου (CTRC) είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή πολλών χημειοθεραπευτικών σχημάτων. Η λεβοσιμενδάνη ενισχύει την ευαισθησία του μυοκαρδίου στο ασβέστιο δεσμεύοντας την πρωτεΐνη C με τρόπο εξαρτώμενο από το ασβέστιο. Η λεβοσιμεντάνη, στην περίπτωση μας ήταν αποτελεσματική στη διαχείριση του καρδιογενούς σοκ που σχετίζεται με την επαγόμενη από τη δοξουρουβική καρδιοπάθεια και την αναστροφή της συσταλτικότητας της καρδιάς. Τα δεδομένα σχετικά με την προστατευτική χρήση της λεβοσιμενδάνης σε ασθενείς με καρδιοτοξικότητα προέρχονται από δημοσιευμένες αναφορές περιστατικών και από πειραματικές μελέτες in vivo και in vitro. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερα δεδομένα σχετικά με τις καρδιοπροστατευτικές επιδράσεις της λεβοσιμενδάνης στο μυοκάρδιο και τη δυνατότητα άρσης της καρδιοτοξικότητας της δοξουρουβίνης για να θεωρηθεί ως θεραπευτική επιλογή σε τέτοιες περιπτώσεις. Μια διεπιστημονική διαχείριση με το συντονισμό της ομάδας Καρδιολογίας και Ογκολογίας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την έκβαση των ασθενών υψηλού κινδύνου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA222 | Διαχείριση πολυοργανικής ανεπάρκειας, μετά από αναταχθείσα ανακοπή, με χρήση αιμοδυναμικής παρακολούθησης. Ο ρόλος του Pulse Index Contour Continuous Output (PiCCO)****Μ. Πετρίδου<sup>1</sup>, Σ. Α. Μουράτογλου<sup>1</sup>, Ι. Αλευρούδης<sup>1</sup>, Σ. Μητσιάδης<sup>1</sup>, Σ. Τζήκας<sup>1</sup>, Γ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Β. Βασιλικός<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

**Εισαγωγή:** η διαχείριση ασθενών με καρδιογενή καταπληξία αποτελεί πρόκληση, ιδίως όταν αυτή επιπλέκεται από σπηκτική καταπληξία σε ασθενείς με επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας. Η δύσκολη ισορροπία της διατήρησης επαρκούς ενδοαγγειακού όγκου, αποτελεί δύσκολο εγχείρημα, για την επίτευξη του οποίου έχει προταθεί η χρήση διαφορετικών εργαλείων αξιολόγησης της ευογκαιμίας. Ο καθετήρας Pulse Index Contour Continuous Output (PiCCO) συνδέεται σε κεντρική φλεβική γραμμή και σε περιφερική αρτηριακή, δίνοντας τη δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης της καρδιακής παροχής και της ευογκαιμίας, ελαχιστοποιώντας τις πιθανές επιπλοκές μιας πιο επεμβατικής μεθόδου, όπως πχ η τοποθέτηση καθετήρα swan ganz. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με αναταχθείσα ανακοπή σε έδαφος ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας και στεφανιαίας νόσου, η οποία επιπλέχθηκε από μεικτή καρδιογενή και σπηκτική καταπληξία, η αντιμετώπιση της οποίας έγινε με αιμοδυναμική παρακολούθηση με τη χρήση του συστήματος PiCCO. Πρόκειται για 79χρονο άνδρα, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, ρευματικής πολυμυαλγίας και περιφερικής αγγειοπάθειας, που υπεβλήθη σε προγραμματισμένη στεφανιογραφία, λόγω στηθάγχης, από την οποία ανεδείχθη νόσος στελέχους και τριών αγγείων (Εικόνα 1). Την επιτυχή αγγειοπλαστική στο στέλεχος και τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (Εικόνα 2) διαδέχθη καρδιοαναπνευστική ανακοπή, λόγω οξείας θρόμβωσης των ενδοπροθέσεων (Εικόνα 3). Ο ασθενής, μεταφέρθηκε στη στεφανιαία μονάδα, όπου η νοσηλεία επιπλάκη με σπηκτική καταπληξία, καθώς και οξεία νεφρική βλάβη, η οποία αντιμετωπίστηκε με συνεχή φλεβοφλεβική κάθαρση. Επιτεύχθη αποκλιμάκωση της καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης και η βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας με αποκατάσταση της δούρησης. Εν τέλει, η νοσηλεία επιπλέχθηκε με νέο επεισόδιο σπηκτικής καταπληξίας, που οδήγησε σε πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο. Μέθοδος: δεδομένα από μετρήσεις PiCCO, χρησιμοποιήθηκαν για την στενότερη αιμοδυναμική παρακολούθηση και καλύτερη διαχείριση του ισοζυγίου υγρών/ηλεκτρολυτών. Το εξωαγγειακό πνευμονικό ύδωρ, αποτελεί έμμεσο δείκτη πίεσης ενσφίνωσης της πνευμονικής αρτηρίας, και οι μεταβολές του χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ευογκαιμίας και τη διαχείριση υγρών (Εικόνα 4). Αποτέλεσμα Παρά την περίπλοκη κλινική κατάσταση, ο ασθενής ανταποκρίθηκε θετικά στην πολυδιάστατη προσέγγιση διαχείρισης, με τη χρήση του PiCCO (Εικόνα 5). Συμπέρασμα Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει τις προκλήσεις και τις πολυπλοκότητες που εμπλέκονται στη διαχείριση της καταπληξίας και της πολυοργανικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με υποκείμενες συννοσηρότητες, αναδεικνύοντας τη σημασία μιας πολυεπίπεδης προσέγγισης στη βελτιστοποίηση των εκβάσεων των ασθενών.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024AA223 | **Παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των μη επεμβατικών παρεμβάσεων τηλεϊατρικής.**

**Φ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Μ. Καϊμακάμη<sup>1</sup>, Ο. Γραμμένος<sup>1</sup>, Σ. Ξανθοπούλου<sup>1</sup>,  
Λ. Τσιγκρίκη<sup>1</sup>, Π. Θεοδώρου<sup>1</sup>, Μ. Σιάρκος<sup>1</sup>, Δ. Χαρισσοπούλου<sup>1</sup>,  
Π. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Μαυρογιάννη<sup>1</sup>, Γ. Κουλαουζίδης<sup>1</sup>, Ι. Ζαρίφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Έχει αποδειχθεί, πως η τηλεϊατρική είναι ένα αποτελεσματικό μέσο παρακολούθησης και διαχείρισης των συμπτωμάτων των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλ' αυτά, η συμμόρφωση και εξοικείωση των ασθενών με τα προγράμματα τηλεϊατρικής αποτελεί μείζον ζήτημα στην επίτευξη των παραπάνω ωφελειών. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναφορικά με την συμμόρφωση των ασθενών στα μη επεμβατικά προγράμματα τηλεϊατρικής διαχείρισης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. **Υλικά και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση χρησιμοποιώντας τις πλατφόρμες αναζήτησης Pubmed, Cochrane Library και Google Scholar. Συμπεριλήφθηκαν όλες οι μελέτες που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 2013 και 2022. Μόνον οι μελέτες που χρησιμοποίησαν τεχνολογία μη επεμβατικής τηλεϊατρικής συγκαταλέ-

**Table 1.** Characteristics of studies

Study	Country/Centers	Follow-up period	Sample size Age (years)	Inclusion criteria	
TIM-HF2	Germany/200	12 months	1571(796 RPM, 775 UC) 70±10	LVEF ≤45%, or if >45% treated with oral diuretics; NYHA II or III; inpatient for HF within 12 last months	
OSICAT	France/13	18 months	990(507 RPM, 483 UC) 69.9±12.4	Inpatient for HF within 12 months ago	
BEAT-HF	USA/6	180 days	1437(722 RPM, 715 UC) 70.9±14.1	Older adults being inpatients for HF during recruitment	
ITEC-CHF	Australia/2	6 months	184(91 RPM, 93 UC) 70.1±12.3	EF≤40%	
e-Vita HF	Netherlands/9	12 months	150 RPM 67±11	Diagnosed with HF for at least 3 months	
Guzman-Clark et al	USA/141	12 months	3449 RPM 10.4	70.8±	No specific
HOMES-HF	Japan/27	12 months	181 (90 RPM, 91 UC) 67.1 ± 12.8	NYHA II-III; admission for HF within 30 days of enrolment	
Pekmezaris R et al	USA	90 days	104 (46 RPM, 58 UC) 59.9 ± 15.1	NYHA I-III	

	ADHERENCE				
	3 months	6 months	9 months	12 months	18 months
<b>TIM-HF2</b>	>85%	>85%	>85%	89.1 ± 14.1	-
<b>OSICAT</b>	74.0 ± 35.3	69.8 ± 36.0	68.8 ± 36.8	67.1 ± 37.1	65.7 ± 37.6
<b>BEAT-HF</b>	~70%	~60%	-	-	-
<b>ITEC-CHF</b>	-	45%	-	-	-
<b>Guzman-Clark et al</b>	62.85 ± 27.78	69.29 ± 24.17	-	69.17 ± 22.79	-
<b>HOMES-HF</b>	96.2 ± 8.7	90.4 ± 18.6	88.2 ± 21.1	90.9 ± 15.6	-
<b>Pekmezaris R et al</b>	50% with <10 up-loads	-	-	-	-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

χτηκαν. Αντίθετα, πιλοτικές μελέτες εξαιρέθηκαν. Αποτελέσματα: Συνολικά 6 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Η συμμόρφωση των ασθενών διέφερε σημαντικά μεταξύ των μελετών, κυμαινόμενη μεταξύ 50-90%. Αρκετοί παράγοντες αναγνωρίστηκαν ως υπεύθυνοι για τη μη συμμόρφωση των ασθενών με τα προγράμματα τηλεϊατρικής, όπως η έλλειψη τεχνικών δεξιοτήτων, ο τύπος χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας, η νεαρή ηλικία, η κατάθλιψη και η μη-λευκή φυλή. Συμπεράσματα: Η συμμόρφωση των ασθενών στα προγράμματα τηλεϊατρικής επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες. Απαιτούνται εξατομικευμένες στρατηγικές για την επίτευξη συμμόρφωσης προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ασθενών. Μερικές από αυτές περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των ασθενών, εξατομικευμένα προγράμματα φροντίδας και τακτική επικοινωνία με τους παρόχους υγείας.

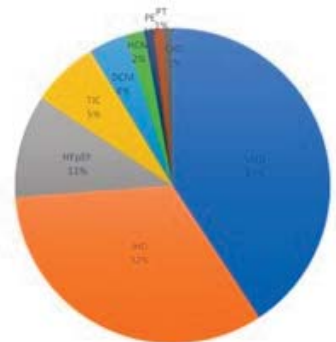
### AA224 | Κλινικοί φαινότυποι νοσηλευθέντων ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ή μη αντιρροπούμενη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια

**Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και η απορρύθμιση της χρόνιας αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηλείας ασθενών, με ακολούθως αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση των κλινικών φαινοτύπων των υποκείμενων νοσημάτων των νοσηλευθέντων ασθενών με οξεία ή απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και η εκτίμηση της νοσηρότητας και θνητότητας. Υλικό/ Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν τα αρχεία και τα δεδομένα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο καρδιολογικό τμήμα του νοσοκομείου, για το χρονικό διάστημα των πρώτων πέντε μηνών του τρέχοντος έτους, με σημειολογία οξείας καρδιακής ανεπάρκειας ή απορρύθμιση χρόνιας ως προς την υποκείμενη νόσο και την επακόλουθη νοσηρότητα και θνητότητα. Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθησαν 93 ασθενείς (54% άνδρες και 46% γυναίκες), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο μας, λόγω οξείας καρδιακής ανεπάρκειας ή απορρύθμιση χρόνιας, κατά τους πρώτους πέντε μήνες του τρέχοντος έτους. Η μέση ηλικία των ασθενών της μελέτης ήταν 77 έτη, ενώ η διάμεση τιμή αυτής ήταν 80 έτη. Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, 43% έπασχαν από σημαντικό βαθμού (μετρίου - σοβαρού) βαλβιδική νόσο , 32% από ισχαιμική καρδιοπάθεια , 11% από καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως, 5% από ταχυμοσπάθεια , 4% από διατακτικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια , 2% από μαζική πνευμονική εμβολή, 1% από υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακό επιπωματισμό και συγγενή καρδιοπάθεια αντιστοίχως (πίν. 1) Οι επανεισαγωγές λόγω υποτροπής της συμπτωματολογίας κυμάνθηκαν στο 20% για το υπό μελέτη χρονικό διάστημα. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα των νοσηλευθέντων ασθενών ήταν 4%. Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών της μελέτης ήταν άτομα προ-

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΟΞΕΙΑΣ Η ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ





**ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**

χωρημένης ηλικίας (> 70 ετών). Η συχνότερη υποκείμενη νόσος των νοσηλευθέντων ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ή απορρύθμιση χρόνιας ήταν η σημαντικού βαθμού βαλβιδική νόσος, ακολουθούμενη από την ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η ισχαιμική καρδιακή νόσος ήταν η κύρια αιτία ενδονοσοκομειακής θνητότητας των ασθενών της μελέτης.

**Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες II**

Πρόεδροι: **A. Πατριανάκος** (Ηράκλειο), **A. Μπριασούλης** (Αθήνα)

Chairpersons: **A. Patrianakos** (Heraklion), **A. Briasoulis** (Athens)

**AA225 | ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

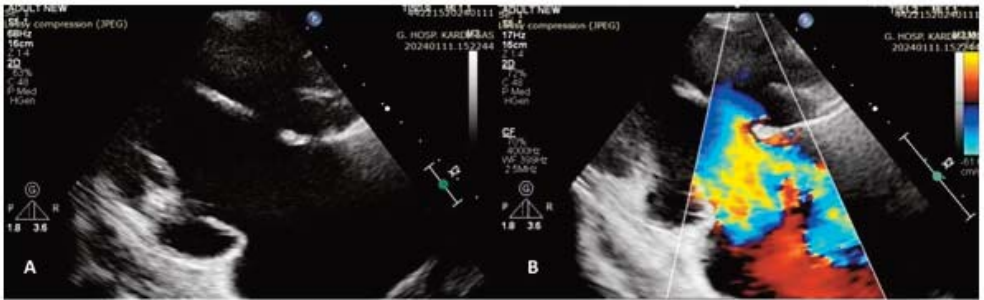
**I. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Σ. Δεσποτόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Αποστολοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Ράμμος<sup>2</sup>, Ν. Μιάρης<sup>3</sup>, Ν. Κάσινος<sup>3</sup>, Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

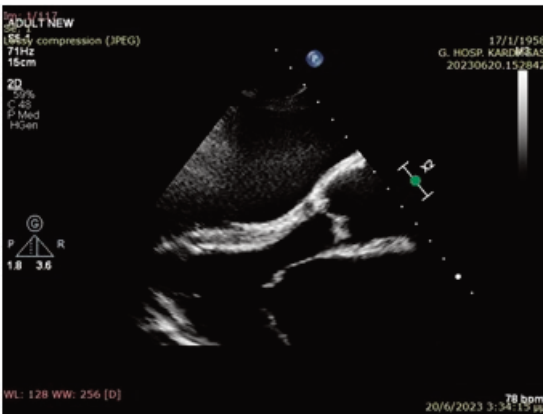
<sup>2</sup> ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (VSD) αποτελεί τη συχνότερη συγγενή καρδιοπάθεια (CHD) στα νεογνά, αντιπροσωπεύοντας το 40% των συγγενών ανωμαλιών, είτε ως μεμονωμένη ανωμαλία, είτε σε συνδυασμό με άλλες CHD, ενώ παρατηρείται και ως σκέλος σύμπλοκων CHD, όπως στην Τετραλογία Fallot ή τις μεταθέσεις μεγάλων αγγείων. Στους ενήλικες, ο επιπολασμός των VSD είναι σαφώς μικρότερος, αφού οι περισσότερες θα έχουν χειρουργηθεί στη βρεφική και παιδική ηλικία ή θα έχουν κλείσει αυτόματα. Οι VSD διακρίνονται σε μυϊκού τύπου VSD, σε VSD του χώρου εισόδου (inlet), σε VSD του χώρου εξόδου (outlet) και σε περιμεμβρανώδεις, οι οποίες είναι και η συχνότερη μορφή (80%).  
**Υλικό/Μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού του Παιδοκαρδιολογικού Ιατρείου και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων της κλινικής μας με χειρουργηθείσα VSD και σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα 65 ετών με χειρουργηθείσα περιμεμβρανώδη VSD προ 20ετίας με ικανοποιητική μετεγχειρητική πορεία, η οποία προσήλθε με συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, σταδιακά επιδεινούμενα μετά την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής προ 5 μηνών. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε σημαντική διάταση της δεξιάς κοιλίας με οριακή συστολική απόδοση και συνδό σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας. Οι γλωχίνες της τριγλώχινας έχουν απωλέσει το σημείο συναρμογής, με καθήλωση της διαφραγματικής. Από τον υπολογισμό της πρωτοδιαστολικής ταχύτητας ανεπάρκειας της πνευμονικής βαλβίδας (PRVmax: 1.9m/s), δεν προέκυψαν ιδιαίτερα αυξημένες πιέσεις στο πνευμονικό αγγειακό δίκτυο. Η αριστερή κοιλία ήταν φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με ικανοποιητική συνολική συστατικότητα. Συμπεράσματα: Οι περιμεμβρανώδεις VSD, μαζί με τις μυϊκού τύπου, είναι αυτές που δυνητικά μπορεί να κλείσουν αυτόματα στην παιδική ηλικία. Περίπου 30-50% θα εμφανί-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Εικόνα 1: Α. Οι γλwynίνες της τριγλώχινας έχουν απwλέσει το σημείο συναρμογής, με καθήλωση της διαφραγματικής Β. Σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας



Εικόνα 2: Σημαντική διάταση δεξιάς κοιλίας με διαστολική επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος

αποτελέσει αίτιο ανεπάρκειας τριγλώχινας, ιδίως αν επιπλακεί με βλάβη στην τριγλωχινική συσκευή, όπως συνέβη και στη δική μας ασθενή.

συν αυτόματη σύγκλιση τα πρώτα 3 χρόνια της ζωής, συνήθως οι μικρές, περιοριστικές <3 mm, ενώ σπάνια μετά τα 4-5 έτη θα συμβεί αυτό το γεγονός. Η αυτόματη σύγκλιση γίνεται μέσω ιστού της διαφραγματικής γλwynίνας της τριγλώχινας, η οποία σχηματίζει ανεύρυσμα στη μεμβρανώδη μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ανεπάρκειας της τριγλώχινας, ο βαθμός της οποίας σχετίζεται με τη χρονική στιγμή της χειρουργικής αποκατάστασης της VSD. Η χειρουργική σύγκλιση των VSD αποτελεί ~8% συνόλου των επεμβάσεων CHD. Ωστόσο, και το ίδιο το χειρουργείο μπορεί να

## AA226 | Εκτροπικές μορφές υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας ή φυσιολογικές παραλλαγές;

**Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Ν. Μίριαρη<sup>2</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς<sup>2</sup>, Κ. Μιχαηλίδης<sup>3</sup>, Ε. Αλεξίου<sup>3</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

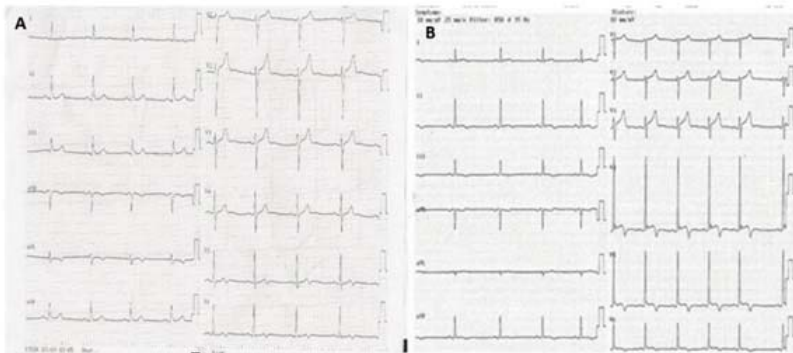
<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λάρισας

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) αποτελεί την πιο συχνή κληρονομώμενη καρδιοπάθεια και παρουσιάζει ευρύ φάσμα φαινοτυπικής και γενετικής έκφρασης,

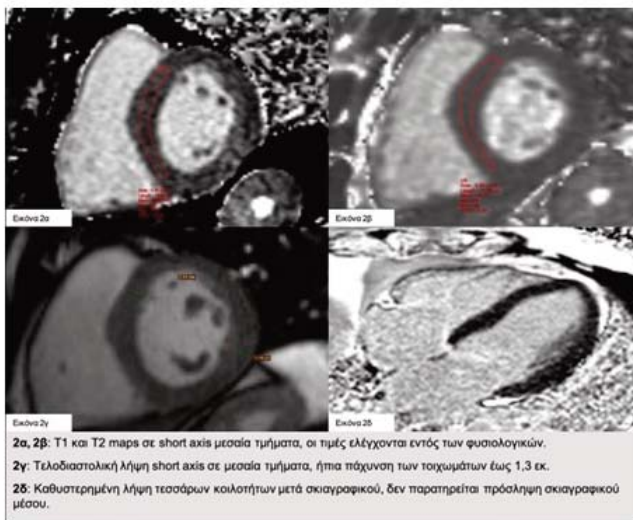
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

κλινικών εκδηλώσεων και φυσικής πορείας. Υπάρχει ωστόσο ένα ποσοστό ασθενών με παθολογικά αρνητικά κύματα T στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και ήπια ή/και καθόλου υπερτροφία



**Εικόνα 1:** ΗΚΓ του 1<sup>ου</sup> (Α) και 2<sup>ου</sup> (Β) περιστατικού αντίστοιχα

τοιχωμάτων χωρίς να πληρούνται τα κλασικά απεικονιστικά κριτήρια HCM. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί όντως να ανήκουν στο φάσμα της HCM, χωρίς να έχουν αναπτύξει την πλήρη κλινική εικόνα, λόγω ατελούς διεισδυτικότητας. **Υλικό:** Παρουσίαση περιστατικών της κλινικής μας με παθολογικό ΗΚΓ, χωρίς να έχουν αναπτύξει τον κλασικό φαινότυπο της HCM. **Αποτελέσματα:** 1ο Περιστατικό: Πρόκειται για ασθενή 48 ετών, νορμοτασικό, ο οποίος προσήλθε στα επείγοντα (ΤΕΠ) του νοσοκομείου μας αιτιώμενος οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στην ράχη κατά την κόπωση. Το ΗΚΓ εμφάνιζε



2α, 2β: T1 και T2 maps σε short axis μεσαία τμήματα, οι τιμές ελέγχονται εντός των φυσιολογικών.

2γ: Τελοδιαστολική λήψη short axis σε μεσαία τμήματα, ήπια πάχυνση των τοιχωμάτων έως 1,3 εκ.

2δ: Καθυστερημένη λήψη τεσσάρων κοιλιοτήτων μετά σκιαγραφικού, δεν παρατηρείται πρόσληψη σκιαγραφικού μέσου.

φλεβοκομβικό ρυθμό (SR) με πτώση του διαστήματος ST και διφασικά κύματα T στις απαγωγές I, aVL, V5-V6. Ο μυοκαρδιακός βιοχημικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (TTE) αποκάλυψε ήπια συγκεντρική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) με καλή συστολική απόδοση. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος, που ακολούθησε, δεν ανέδειξε κριτικές στενώσεις. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR), η οποία ανέδειξε συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων της ΑΚ (~13 mm), χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα από τη λοιπή μελέτη (εικόνα 2). 2ο Περιστατικό: Πρόκειται για άνδρα 24 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας αιτιώμενος αίσθημα παλμών από διημέρου. Το ΗΚΓ εμφάνιζε SR με αρνητικά κύματα T στις απαγωγές II, III, aVF, V3-

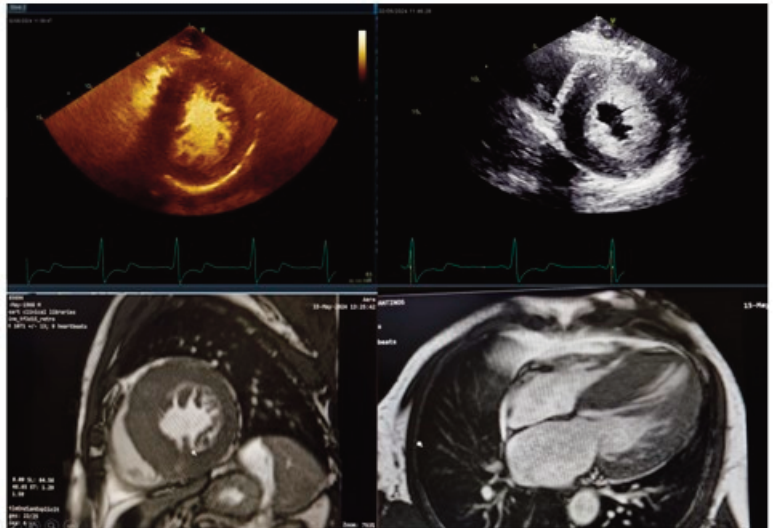
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

V6, ενώ από το TTE δεν ανευρέθησαν παθολογικά ευρήματα. Η τηλεμετρία και η δοκιμασία κόπωσης ήταν φυσιολογικές, όπως και η CMR που ακολούθησε. Συμπεράσματα: Η αναγνώριση ασθενών που δεν εκδηλώνουν τον κλασικό φαινότυπο HCM απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση, με το ΗΚΓ να αποτελεί το κατεξοχήν εργαλείο στη φαρέτρα του κλινικού καρδιολόγου για την πρώιμη διάγνωση υποκλινικών μορφών. Η CMR πολλές φορές θα αποδειχθεί επαρκής στη διαφοροδιάγνωση, ωστόσο οι δυνατότητές της περιορίζονται σε εκτροπικές μορφές της νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί νέοι δείκτες πρόγνωσης, στους οποίους ανήκουν το μέσο πάχος του τοιχώματος της κορυφής, η γωνία που δημιουργεί η ίδια η κορυφή και ο λόγος πάχους κορυφής/βασικού τοιχώματος>.3, προκειμένου να αυξηθεί η πιθανότητα ανεύρεσης ασθενών που θα αναπτύξουν μελλοντικά HCM.

### AA227 | Ταυτόχρονη συνύπαρξη 2 μυοκαρδιοπαθειών σε συμπτωματικό ασθενή Π. Κουβάτσος<sup>1</sup>, Κ. Παμπόρης<sup>1</sup>, Κ. Ευδωρίδης<sup>1</sup>, Α. Πασχάλης<sup>1</sup>

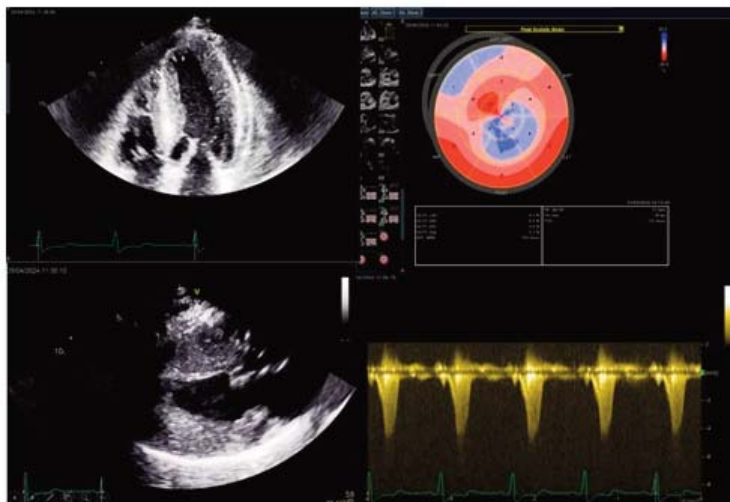
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η συνύπαρξη υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας και μη συμπαγούς μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας είναι σπάνιο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από ασύμμετρη πάχυνση του μυοκαρδίου και αυξημένες δοκιδώσεις. Υλικό και Μέθοδος Ασθενής 56 ετών πλήρως ασυμπτωματικός και με άριστη φυσική δραστηριότητα, προσήλθε στο τακτικό καρδιολογικό ιατρείο στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου και λήψη εργαστηριακού ελέγχου ρουτίνας για προγραμματισμένο χειρουργείο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε αυξημένη τιμή τροπονίνης ενώ από το ηλεκτροκαρδιογράφημα βρέθηκαν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις Υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας με βαθιά αρνητικά T V4-V6. Ακολούθως έγινε άμεση παραπομπή στο υπερηχογραφικό εργαστήριο από όπου διαπιστώθηκε σημαντική ασύμμετρη υπερτροφία του ΜΚΔ έως 17 mm, σημαντική δυναμική απόφραξη του χώρου εξόδου ( $V_{max} = 4.5 \text{ m/s}$ ). Παράλληλα διαπιστώθηκε αυξημένου βαθμού



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

δοκίδωση στο κατώτερο-οπίσθιο και πλάγιο τοίχωμα με λόγο κατά τόπους στην συστολή μη συμπαγούς/συμπαγούς μυοκαρδίου> και ήπια επηρεασμένη συστολική λειτουργία ( KE ~ 50% ) αλλά σημαντικά μειωμένη επιμήκη συστολική παραμόρφωση (GLS -5,7%). Ο ασθενής εισήχθη στη καρδιολογική κλινική ως πρωτοδιαγνωσθείσα υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια για



περαιτέρω αξιολόγηση του. Αποτελέσματα Από την κλινική, ηλεκτροκαδιογραφική και πλήρη υπερηχογραφική ( με τις νεότερες τεχνικές) αξιολόγηση του ασθενούς διαπιστώθηκε η ταυτόχρονη παρουσία υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας με απόφραξη του χώρου εξόδου της LV και του μη συμπαγούς μυοκαρδίου σε έναν κατά άλλα πλήρως ασυμπτωματικό ασθενή και με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό. Στα πλαίσια αξιολόγησης του αιφνίδιου καρδιαγγειακού θανάτου διενεργήθηκε MRI ΚΑΡΔΙΑΣ όπου επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα από το διαθωρακικό υπέρηχο υπέρ ταυτόχρονης παρουσίας υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας με διάχυτη ίνωση και μη συμπαγούς μυοκαρδίου. Συμπεράσματα Η φαινοτυπική έκφραση του LVNC και του HCM στον ίδιο ασθενή είναι ιδιαίτερα σπάνια. Από την βιβλιογραφία αναφέρεται ότι υπάρχουν μεταλλάξεις στα γονίδια που κωδικοποιούν τις πρωτεΐνες του σαρκομερίου με ορισμένες από αυτές να είναι συνδεδεμένες με την HCM και την LVNC. Έτσι μπορεί να δικαιολογηθεί η επικάλυψη των δύο μυοκαρδιοπαθειών σε έναν ασθενή. Όλοι οι ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια έχουν μεγάλο θρομβοεμβολικό κίνδυνο ανεξαρτήτως CHA 2 DS 2 -VASc και θα πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένα κέντρα.

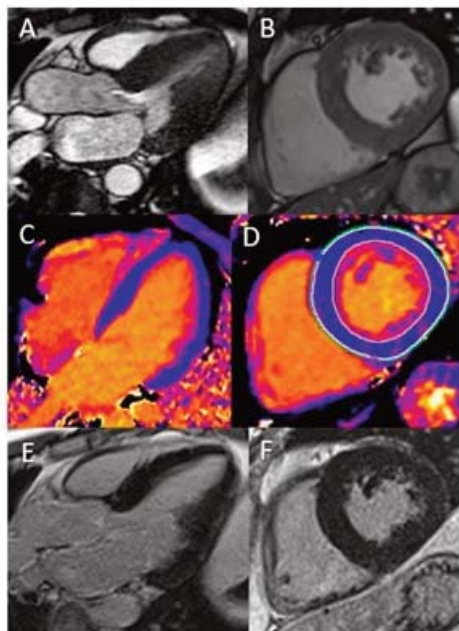
**AA228 | Anderson-Fabry cardiomyopathy: why cardiovascular magnetic resonance?**  
**N. Miaris<sup>1</sup>, C. Borguezan Daros<sup>1</sup>, B. Segulin<sup>1</sup>, A. M. Poenar<sup>1</sup>, S. Malara<sup>1</sup>,  
 C. Bucciarelli-Ducci<sup>1</sup>, J. Wong<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, London, United Kingdom

**Introduction/Aim:** Anderson-Fabry disease is a rare X-linked lysosomal storage disease. Mutations of the GLA gene encoding for the  $\alpha$ -galactosidase enzyme ( $\alpha$ -Gal A) cause inactivity of the enzyme leading to progressive multisystem cellular accumulation of its substrates, mainly gly-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

cosphingolipid globotriaosylceramide (GL-3). Left ventricular hypertrophy (LVH) is the main phenotypic cardiac manifestation, raising the imaging challenge of differential diagnosis. Population/Methods: We present a case of LVH, which was found to be due to Anderson-Fabry disease. Results: A 51-year-old male with a history of hypertension presented with episodes of shortness of breath, not related to exertion. Transthoracic echocardiography showed hyperdynamic left ventricular (LV) systolic function, asymmetrical LVH and partial mitral systolic anterior motion (SAM) with a resting peak gradient of  $\sim 20$  mmHg. A cardiovascular magnetic resonance (CMR) scan (1.5 T) confirmed the findings of asymmetrical LVH (maximum wall thickness 15 mm at basal-mid anteroseptum vs 9 mm at inferolateral wall) with a high-normal overall mass index (92 g/m<sup>2</sup>), partial mitral SAM, left ventricular outflow flow acceleration (peak recorded gradient  $\sim 16$  mmHg), and mild mitral regurgitation. The left ventricle was normal in size with an ejection fraction of 80% and mid to apical cavity systolic obliteration. Modified look-locker inversion recovery (MOLLI) T1 mapping revealed dif-



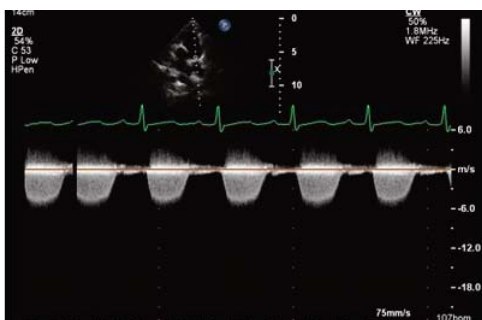
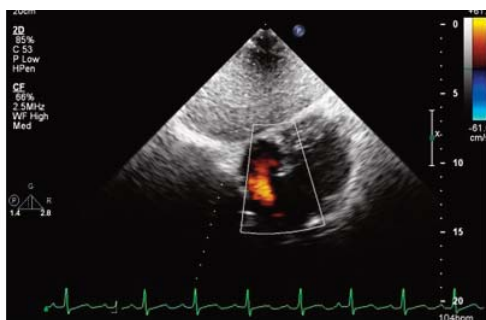
fusely reduced native T1 values (global T1 value of 889 ms measured in mid short-axis T1 map, reference range 955-1063 ms). Late gadolinium enhancement acquisition did not show any regions of late myocardial enhancement. Genetic testing confirmed the diagnosis of Anderson-Fabry disease. Conclusion: Despite the absence of the typical posterolateral LGE pattern, low native myocardial T1 times, representing myocardial sphingolipid accumulation (lipids shorten T1 times), raised the suspicion of Anderson-Fabry cardiomyopathy, which echocardiography was not sufficient to assess. This case highlights the unique strength of CMR in assessing cases with LVH. Precise measurement of wall thickness and LV mass, volumetric assessment, parametric mapping techniques and gadolinium enhancement acquisitions provide valuable information towards the correct identification of the underlying condition. Figure 1: (A) 3-chamber (systolic phase) and (B) mid short-axis (end-diastolic phase) showing asymmetrical left ventricular hypertrophy (basal septal to inferolateral wall thickness ratio  $>1.5$  in a hypertensive patient) with partial mitral systolic anterior motion and left ventricular outflow flow acceleration. (C) 4-chamber and (D) mid short-axis MOLLI T1 mapping. Global T1 times, measured by endocardial (red) and epicardial (green) contours drawn in mid short-axis T1 map with an off-set correction of 10% (white contour), were reduced, representing myocardial sphingolipid accumulation. (E) 3-chamber and (F) mid short-axis magnitude late gadolinium enhancement acquisition images showing no myocardial regions of late enhancement.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**AA229 | Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και πνευμονική εμβολή σε νεαρή γυναίκα: Μία σπάνια περίπτωση συγγενούς καρδιοπάθειας**  
**Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Ε. Χόντα<sup>1</sup>, Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>,  
 Ε. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Α. Νερατζούλης<sup>1</sup>,  
 Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Ζ. Καλλινίκου<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>,  
 Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>,  
 Γ. Μακρής<sup>1</sup>, Ε. Παπαοικονόμου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η επιβίωση των ασθενών με συγγενείς καρδιοπάθειες έχει βελτιωθεί χάρη στην ανάπτυξη νεότερων απεικονιστικών μεθόδων και αποτελεσματικών θεραπειών. Ωστόσο η καρδιαγγειακή θνησιμότητα των ασθενών αυτών παραμένει υψηλή με τα θρομβοεμβολικά επεισόδια να αποτελούν την κύρια αιτία καρδιαγγειακής θνητότητας. Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα 17 ετών με γνωστό ιστορικό μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και χειρουργικής περίδεσης πνευμονικής αρτηρίας σε βρεφική ηλικία, χωρίς οριστική επιδιόρθωση που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω επεισοδίου δυσαρθρίας και αναφερόμενου συγκοπτικού επεισοδίου. Η ασθενής εμφάνιζε χαμηλή τιμή αρτηριακής πίεσης και σοβαρή υποξυγοναιμία. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής σημειώνεται φλεβοκομβική ταχυκαρδία με υπερτροφία δεξιάς κοιλίας και από την ακρόαση καρδιάς παρούσα ολοσυστολικού φύσηματος. Έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου με εικόνα εκτεταμένου εμφράκτου στην κατανομή της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας με πλήρη απόφραξη της δεξιάς έσω καρωτιδας. Λόγω σοβαρής υποξυγοναιμίας έγινε αξονική τομογραφία θώρακος υψηλης ευκρινειας με εικόνα πνευμονικής εμβολής σε τμηματικούς και υπο-τμηματικούς κλάδους της αριστερής και δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας. Η ηχοκαρδιογραφική μελέτη έδειξε υποψία μεσοκοιλιακής επικοινωνίας κεντρικότερα της αορτικής βαλβίδας, παρουσία ευμεγέθους μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με αριστερο-δεξιά διαφυγή και σοβαρού βαθμού στένωση πνευμονικής αρτηρίας με σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση και αιμοδυναμική επιβάρυνση δεξιάς κοιλίας. Λόγω εγκατεστημένου εγκεφαλικού εμφράκτου και εκτεταμένης αγγειακής απόφραξης η ασθενής δεν υπεβλήθη σε θρομβόλυση και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Κατόπιν σταθεροποίησης, έγινε δεξιάς καθετηριασμός με εικόνα μεγάλης υποαορτικής μεσοκοιλιακής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με σημαντική αριστερο-δεξιά διαφυγή, και σοβαρή στένωση πνευμονικής αρτηρίας οφειλόμενη στην παρουσία περιόδου. Από τις αιμοδυναμικές παραμέτρους σημειώνονται:



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

μέση πίεση πνευμονικής αρτηρίας : 15mmHg, πίεσης ενσφήνωσης τριχοειδών : 12mmHg, πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις: 1 WU, Qp/Qs: 3. Η ασθενής εμφάνισε σταδιακή βελτίωση της νευρολογικής της σημειολογίας τις επόμενες ημέρες. Υπεβλήθη επιτυχώς σε χειρουργική σύγκλιση της μεσοκολπικής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Συμπεράσματα: Τα καρδιοεμβολιακή αιτιολογία αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σχετιζόμενα με μεσοκολπική επικοινωνία αποδίδονται είτε σε παράδοση εμβολή είτε σε εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, οι διαταραχές πηκτικότητας και η ενεργοποίηση αιμοπεταλίων αποτελούν τους κύριους μηχανισμούς πρόκλησης φλεβοθρόμβωσης σε αυτούς τους ασθενείς, με την ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης να αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο θρόμβωσης. Ο δεξιός καθετηριασμός θεωρείται επιβεβλημένος προεγχειρητικά ώστε να γίνει ακριβής εκτίμηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων με τιμές άνω των 5WU να αποτελούν αντένδειξη σύγκλισης της μεσοκολπικής επικοινωνίας.

#### AA230 | **Μια σπάνια περίπτωση μεγάλης χρόνιας περικαρδιακής συλλογής σε ασυμπτωματικό ασθενή**

**Ε. Τάτσης<sup>1</sup>, Α. Ε. Καλέση<sup>2</sup>, Α. Σακελλαροπούλου<sup>3</sup>, Χ. Φλωροπούλου<sup>1</sup>, Ι. Φ. Κουλουσίας<sup>1</sup>, Κ. Τζαβίδα<sup>1</sup>, Γ. Μανώλης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>4</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>4</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

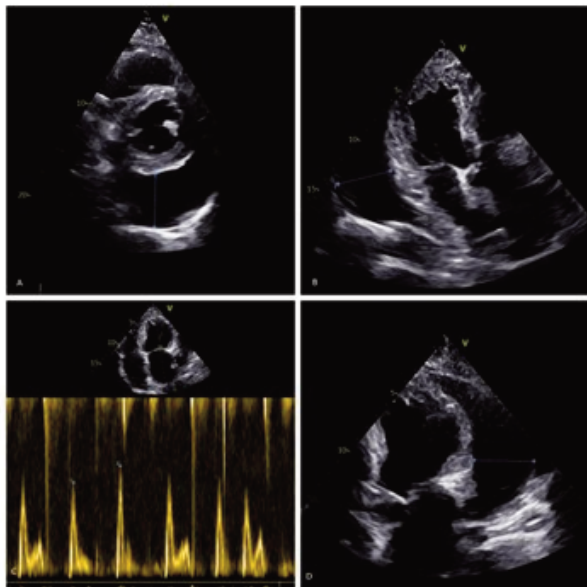
<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>4</sup> Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ

**Εισαγωγή /Σκοπός:** Η χρόνια περικαρδιακή συλλογή αποτελεί παθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή συσσώρευση περικαρδιακού υγρού, με κλινική εικόνα που ποικίλλει από έλλειψη συμπτωμάτων έως θωρακαλγία, δύσπνοια και εύκολη κόπωση, ενώ συνήθως η ένταση των συμπτωμάτων σχετίζεται με το μέγεθος της συλλογής. Η παρουσία μεγάλης περικαρδιακής συλλογής χωρίς στοιχεία επιπωματισμού και συμπτωμάτων θεωρείται ασυνήθης. Υλικό/Μέθοδος: Πρόκειται για την περίπτωση ενός 82χρονου άνδρα ασθενή με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, κολπική μαρμαρυγή, υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση ο οποίος παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) με αναφερόμενη αδυναμία και εύκολη κόπωση από 15νθήμερο. Ήταν αιμοδυναμικά και αεριομετρικά σταθερός, με αρτηριακή πίεση 105/70mmHg και SPO2: 96%. Από την κλινική εξέταση του καρδιαγγειακού ανευρέθηκαν βύθιοι καρδιακοί τόνοι, απουσία περιφερικών οίδημάτων και ήπια διάταση σφαγίτιδων φλεβών. Διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ήταν σε φλεβοκομβικό ρυθμό με 85 σφύξεις / λεπτό και παρουσίαζε χαμηλά δυναμικά του QRS και ακτινογραφία θώρακος που ανέδειξε αυξημένο καρδιοθωρακικό δείκτη. Ο ασθενής υπεβλήθη σε διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα απ' όπου διαπιστώθηκε μεγάλη περικαρδιακή συλλογή με μέγιστη διάμετρο τα 48 mm κυρίως πέριξ του οπίσθιου και του πλάγιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, χωρίς στοιχεία επιπωματισμού. Ο ασθενής έφερε διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα προ τριμήνου το οποίο ανέφερε την παρουσία μεγάλης περικαρδιακής



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

συλλογής. Εστάλη πλήρης ανοσο-λογικός, ιολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος από τον οποίο δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Εισήχθη στην καρδιολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση, παραμένοντας ασυμπτωματικός καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Αποτελέσματα : Λόγω της χρονιότητας και του μεγέθους της συλλογής διενεργήθηκε εκκενωτική και διαγνωστική παρακέντηση του περικαρδιακού υγρού η ανάλυση του οποίου δεν ανέδειξε στοιχεία υπέρ φλεγμονής ή κακοήθειας. Προ της εξόδου ο ασθενής υπεβλήθη σε επαναληπτικό διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε την παρουσία μικρής περικαρδιακής συλλογής εντοπισμένης στο οπίσθιο τοίχωμα. Συμπεράσματα: Η παρουσία μεγάλων ιδιοπαθών χρόνιων περικαρδιακών συλλογών

με απουσία συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα σπάνια. Αν και ασυμπτωματικοί, περίπου το ένα τρίτο αυτών θα παρουσιάσει επιπωματισμό. Η υψηλή κλινική υποψία είναι απαραίτητη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τέτοιων δυνητικά απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων.

## AA231 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

**Χ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Ζούμπα<sup>1</sup>, Γ. Αλμπαράζι<sup>1</sup>, Β. Βασιλακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo είναι ένα σύνδρομο αναστρέψιμης συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και η επίπτωσή της υπολογίζεται στο 1-2% των ασθενών που αρχικά διαγιγνώσκονται ως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Εκλυτικός παράγοντας του συνδρόμου το έντονο στρες. Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo με τη παράθεση της κλινικής εικόνας, του ΗΚΓ, των υπερηχογραφικών ευρημάτων της ασθενούς, του στεφανιογραφικού ελέγχου προς επιβεβαίωση της, της πορείας του συνδρόμου, της παρακολούθησής του, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και πρόγνωσης του. Υλικό-μέθοδος: ΗΚΓ εισόδου, εξόδου, στο μήνα και στους τρεις μήνες. U/S Καρδιάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, στο μήνα και στους τρεις μήνες, CT Θώρακος και Σ/Φ έλεγχος. Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ετών 82 προσκομίζεται με το ΕΚΑΒ στο τμήμα των επειγόντων

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

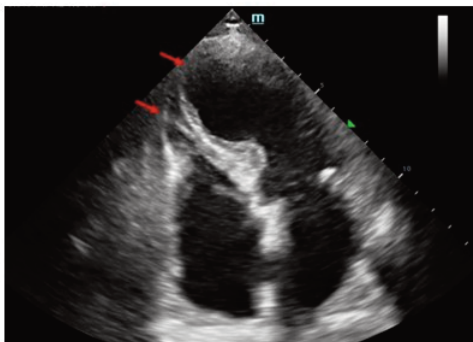
περιστατικών, με αναφερόμενο προκάρδιο άγλος τυπικό για ΟΣΣ. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται κολπική μαρμαρυγή υπό αντιπηκτική αγωγή και οξεία αγχώδη διαταραχή λόγω ενδοοικογενειακού επεισοδίου. Παρουσιάζονται τα ευρήματα του ΗΚΓ εισαγωγής και εξόδου όπου φανερώνει παθολογικές αλλοιώσεις όπως αρνητικά T σε όλες σχεδόν τις απαγωγές καθώς και τα ευρήματα της διαθωρακικής υπερηχογραφίας, μορφολογικές αλλαγές ως προς τη δομή αλλά και τη λειτουργικότητα. Αντιμετωπίστηκε ως NSTEMI λόγω τυπικής κλινικής εικόνας και αυξημένων επιπέδων TroP1 παρόλη τη προφανή U/S εικόνα του συνδρόμου. Στη συνέχεια διεκομίσθη προς Σ/Φ έλεγχο που απέβη αρνητικός. Συζήτηση: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων προσβάλλει μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες όπου στο υπερηχογράφημα καρδιάς χαρακτηριστικό εύρημα είναι η μορφολογία Japanese octopus trap. Η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Επιπλέον παρουσιάζεται συνοπτικά η θεραπευτική αντιμετώπιση και η κλινική πορεία της ασθενούς, με παράλληλη σύντομη αναφορά στα σχετικά με την περίπτωση δεδομένα της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας.

**AA232 | Takotsubo μυοκαρδιοπάθεια αριστερής και δεξιάς κοιλίας**  
**Ε. Λαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ζάχος<sup>1</sup>, Π. Βαλάκη<sup>1</sup>, Ι. Κρανίτσα<sup>1</sup>, Δ. Τσέργα<sup>1</sup>,**  
**Ε. Τσίνα<sup>1</sup>, Α. Καλέση<sup>2</sup>, Α. Δεστούνης<sup>2</sup>, Μ. Καλαθάρης<sup>1</sup>, Ν. Τζιώλας<sup>1</sup>,**  
**Ε. Μπράχος<sup>1</sup>, Κ. Τσατίρης<sup>1</sup>**

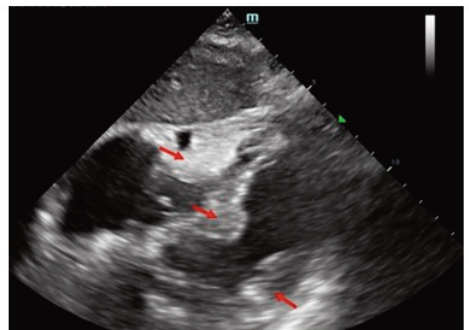
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η Μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo (TC) αποτελεί σύνδρομο οξείας αναστρέψιμης μυοκαρδιακής βλάβης. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι ασαφής, ενώ η διέγερση του συμπαθητικού έχει κεντρικό ρόλο. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μέσης ηλικίας, μετά την εμμηνοπαυση. Αντιπροσωπεύει μία καλοήγη κατάσταση, ωστόσο περισσότερο από το 50% των ασθενών μπορεί να έχουν επιπλοκές, όπως κοιλιακές αρρυθμίες, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), ανεπάρκεια μιτροειδούς, σχηματισμό θρόμβου στην ακινητική κορυφή και καρδιογενή καταπληξία. Η TC κύρια αφορά στην ΑΚ, ενώ η συμμετοχή της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) υπονομεύει την πρόγνωση των ασθενών. Η αμ-



Εικόνα 1: Ακινησία κορυφής αμφοτέρων των κοιλιών (κόκκινα βέλη).



Εικόνα 2: Υπερσπαστικότητα των βασικών τμημάτων αμφοτέρων των κοιλιών (κόκκινα βέλη).

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

φικοιλιακή TC δεν πρέπει να θεωρείται τόσο σπάνια οντότητα, αφού ανευρίσκεται σε 19-42% των περιστατικών με TC. Σχετίζεται με αιμοδυναμική αστάθεια και παρατεταμένη νοσοκομειακή νοσηλεία, ενώ σε ένα 6-7% οδηγεί σε θάνατο. Υλικό/Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό της καρδιολογικής κλινικής του νοσοκομείου μας με αμφικοιλιακή TC. Αποτελέσματα: Το περιστατικό αφορά σε γυναίκα 83 ετών με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω στηθάγχης ηρεμίας με ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα προσθίου εμφράγματος. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε σοβαρή έκπτωση της συστολικής λειτουργίας της ΑΚ με εκτεταμένη ακινησία κορυφής και υπερσυσπαστικά τα βασικά τμήματα αυτής. Η ΔΚ ήταν υπερσυσπαστική με εξαίρεση την ακινητική κορυφή της. Αν και η υπερηχογραφική εικόνα έθεσε την υποψία TC αμφότερων των κολιών, η ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο προκειμένου να αποκλειστεί το οξυ στεφανιαίο σύνδρομο. Η αγγειογραφία ανέδειξε αθηρωματικό στεφανιαίο δίκτυο χωρίς κριτικές στενώσεις. Η κλινική εικόνα της ασθενούς επιδεινώθηκε ραγδαία, με εμφάνιση καρδιογενούς καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα η ασθενής τελικά να καταλήξει. Συμπεράσματα : Καθώς το αμφικοιλιακό TC έχει δυσμενέστερη πρόγνωση σε σύγκριση με το TC της ΑΚ, είναι κριτικής σημασίας η ενδεδειγμένη εκτίμηση της ΔΚ, ώστε να υιοθετηθεί κατάλληλη και ταχύτερη στρατηγική διαχείρισης συμπεριλαμβανομένων συσκευών υποβοήθησης των κοιλιών ή ενδοαορτικής αντλίας.

**AA233 | ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟ ΣΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΣΕ ΝΟΣΟ KAWASAKI. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ****A. Παννακοπούλου<sup>1</sup>, A. Μπελεγρινός<sup>1</sup>, E. Καρανάσιος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Kawasaki αποτελεί κύρια αιτία επίκτητης καρδιοπάθειας στα παιδιά με τις στεφανιαίες βλάβες να είναι το σημαντικότερο αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας. ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφουμε την περίπτωση μιας νεαρής γυναίκας 22 χρονών η οποία σε ηλικία 4 μηνών νόσησε από νόσο Kawasaki, ανέπτυξε έμφραγμα μυοκαρδίου και χειρουργήθηκε σε ηλικία 5 ετών. ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέφος 4 μηνών με νόσο Kawasaki ανάπτυξε γιγαντιαίο ανεύρυσμα (>8mm) στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Είχε προηγηθεί χορήγηση γ-σφαιρίνης (δύο σχήματα). Το βρέφος τις επόμενες ημέρες εμφάνισε έντονη ανησυχία και κλάμα και εκδήλωσε έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανασπάσεις στις απαγωγές I, aVL, V4-V6. Αποφασίστηκε να γίνει θρομβόλυση με rtPA και χορηγήθηκε αγωγή με ασπιρίνη και εναλαπρίλη. Στα follow up το ΗΚΓ δεν είχε παθολογικά ευρήματα, και το παιδί ήταν ασυμπτωματικό. Στα επόμενα έτη το παιδί άρχισε να εμφανίζει συμπτώματα στη μέγιστη άσκηση, ενώ η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε ήπιου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς. Σε ηλικία 5 ετών υποβλήθηκε σε σπινθηρογράφημα με θάλιο, υπό γενική αναισθησία, το οποίο ανέδειξε αναστρέψιμη ισχαιμία στο πρόσθιο και προσθιοδιαφραγματικό τοίχωμα καθώς και στο πλάγιο τοίχωμα. Ακολούθησε στεφανιαία αγγειογραφία σε κέντρο του εξωτερικού, η οποία ανέδειξε εκτεταμένη, μετρίου βαθμού, στένωση στο εγγύς τμήμα του πρόσθιου κατιόντα. Αποφασίστηκε να διενεργηθεί αορτοστεφανιαία παράκαμψη χρησιμοποιώντας μόσχευμα αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας (LIMA) προς τον LAD. Κατά την επέμβαση εμφάνισε δύο επεισόδια

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

VT που ανατάχθηκαν ηλεκτρικά. Συστήθηκε συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής. Στα επόμενα έτη και μέχρι σήμερα, υπήρξε τακτική καρδιολογική παρακολούθηση με ΗΚΓ, echo καρδιάς και απλή δοκιμασία κοπώσεως, τα οποία ήταν φυσιολογικά. Η νεαρή γυναίκα παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων. Παρόλο που στο μέλλον, είναι πιθανό, να χρειαστεί επιπλέον παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία για να αυξηθεί η στεφανιαία αιμάτωση, τα αποτελέσματα 17 έτη μετά την επέμβαση είναι εξαιρετικά. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προσβολή των στεφανιαίων αρτηριών είναι η πιο συχνή και σοβαρή επιπλοκή σε Νόσο Kawasaki. Η έγκαιρη χορήγηση κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής είναι επιτακτική, ώστε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνητότητα από τις δυνητικά θανάσιμες καρδιαγγειακές επιπλοκές της νόσου.

**AA234 | Large Pericardial Cyst: The Role of The DaVinci Robotic System****J. Okafor<sup>1</sup>, N. Panagiotopoulos<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Cleveland Clinic London

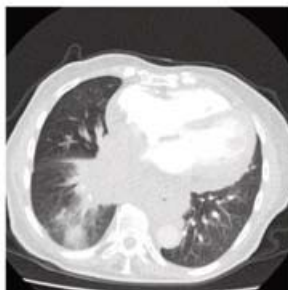
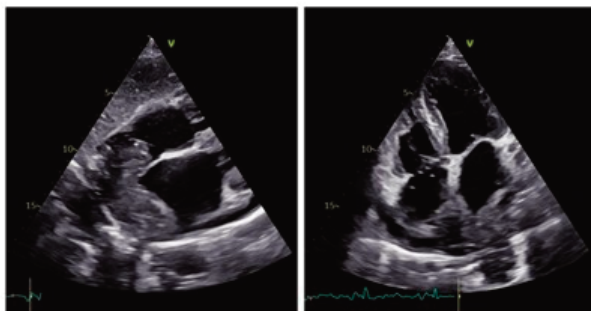
Pericardial cyst is a rare clinical entity that is usually identified incidentally. The DaVinci Robotic System (manufacturer) is a recent surgical advance that can be used in the surgical management of mediastinal pathology. We describe the features of a pericardial cyst as well as the surgical management of such lesions. A 29-year-old gentleman presenting with a 1-year history of unexplained exertional dyspnoea recurrent chest pains and palpitations. Clinical examination and laboratory workup were unremarkable as was the 12-lead electrocardiogram. Cardiac magnetic resonance (CMR) imaging revealed normal biventricular volumes with good systolic function. The left ventricular ejection fraction was 64% and there was no significant valvular pathology. A large 9x3cm pericardial cyst was identified which appeared to be occupying the lateral aspect of the right ventricle and causing minor external compression. The DaVinci Robot Xi was used for the resection of the pericardial cyst. Under general anaesthesia and with a double lumen endotracheal tube, 3 x 8mm incisions were performed to facilitate introduction of the camera, monopolar scissors and a bipolar grasper. The multiloculated cyst was identified, as per the CMR, above the pericardium and lateral to the right ventricle. Drainage followed by complete resection of the whole cyst was performed, while maintaining integrity of the pericardium. A right sided chest drain was inserted then removed later the same day. The patient was successfully discharged within 24hrs. Conclusion Pericardial cysts are a rare but important differential diagnosis when considering mediastinal lesions. As in this case, removal is commonly indicated for diagnostic purposes. Removal should also be considered in the context of infection and cyst growth which could lead to compression of the right ventricle. Surgical excision with a robotic approach is the favoured approach.

**AA235 | Μια σπάνια αιτία δύσπνοιας σε ασθενή με περικαρδιακή συλλογή****Δ. Οικονομίδης<sup>1</sup>, Α. Τασούλης<sup>2</sup>, Ε. Τάτσης<sup>2</sup>, Δ. Αναγνώστου<sup>2</sup>,****Ι. Φ. Κουλουλιάς<sup>2</sup>, Χ. Φλωροπούλου<sup>2</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΓΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Οι μάζες των καρδιακών κοιλοτήτων περιλαμβάνουν τους πρωτοπαθείς όγκους, τις δευτεροπαθείς μεταστάσεις και άλλου είδους μάζες, όπως θρόμβους. Οι μάζες κλι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

νικά μπορεί να είναι ασυμπτωματικές και να αποκαλυφθούν σε τυχαίο απεικονιστικό έλεγχο ή να εκδηλωθούν κλινικά ως απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Σκοπός της παρουσίασης του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να τονίσει την χρησιμότητα του ηχωκαρδιογραφήματος στην διαγνωστική προσπέλαση ασθενή με ιστορικού νεοπλασίας (Ca).  
 Υλικό/Μέθοδος: Γυναίκα 70 ετών, με ατομικό αναμνηστικό χειρουργηθέντος αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου προ 3 έτη για το οποίο έλαβε χημειοθεραπεία, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας προοδευτικά επιδεινούμενης από διμήνου με επιδείνωση από ημερών και συνοδό θωρακαλγία από ωρών. Κατά την παρουσία της στο ΤΕΠ ήταν ήπια ταχυπνοική με -18 ανάσες το λεπτό, ταχύκαρδη 110/min με καλή Αρτηριακή Πίεση. Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με κατάσπαση του PR διαστήματος τυπική περικαρδίτιδας και διαταραχές επαναπόλωσης. Εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με τις τιμές των δεικτών αποδόμησης ινικής και φλεγμονής να είναι παθολογικές. Το διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα και το διοισοφάγειο ανέδειξε μάζα στον αριστερό κόλπο που φαίνεται να εξορμάται από τις πνευμονικές φλέβες και να διηθεί το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Επιπλέον συνυπήρχε μικρή περικαρδιακή συλλογή χωρίς να προκαλεί σημεία επιπωματισμού. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε ευμεγέθη μάζα στη δεξιά πνευμονική πύλη και επιβεβαίωσε την κατά συνέχεια ιστού διήθηση στις πνευμονικές φλέβες. Η ασθενής διεκομίσθη σε κέντρο με θωρακοχειρουργική και ογκολογική υποστήριξη. Συμπεράσματα: Στο συγκεκριμένο περιστατικό που εμφανίστηκε με δύσπνοια, καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση διαδραμάτισε το ηχωκαρδιογράφημα στο οποίο απεικονίστηκε η μεταστατική βλάβη στην καρδιακή κοιλότητα μέσω των πνευμονικών φλεβών από την μάζα στον πνεύμονα που αποτελεί μετάσταση του αρχικού Ca παχέος εντέρου.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**Παρουσίαση Περιστατικού II**Πρόεδροι: **B. Γιαννακοπούλου** (Αθήνα), **A. Παπανικολάου** (Αθήνα)Chairpersons: **V. Giannakopoulou** (Athens), **A. Papanikolaou** (Athens)

**AA236 | Περίπτωση χρόνιας θρομβοεμβολικής πνευμονικής υπέρτασης λόγω ετερόπλευρης απόφραξης της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας**  
**Θ. Χρυσοχοΐδης Τράντας<sup>1</sup>, Π. Γουργιώτης<sup>1</sup>, Κ. Κούσκουρας<sup>2</sup>,  
 Μ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Χ. Φελουκίδης<sup>1</sup>, Β.Γροσομανίδης<sup>1</sup>, Τ. Γράντζα<sup>1</sup>,  
 Π. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Κακδέρης<sup>1</sup>, Β. Πάτσιου<sup>1</sup>, Σ. Α. Μουράτογλου<sup>3</sup>,  
 Α. Ζιάκας<sup>1</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ,  
 Κλινική Ακτινολογίας-Ακτινοδιαγνωστικής,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  
 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση (CTEPH) κατηγοριοποιείται ως group 4 πνευμονική υπέρταση κατά WHO και αποτελεί τη μοναδική κατηγορία που επιδέχεται πλήρους ίασης στην περίπτωση που κρίνεται εφικτή η διενέργεια πνευμονικής ενδαρτηρεκτομής. Η χρόνια ετερόπλευρη πλήρης απόφραξη της πνευμονικής αρτηρίας αποτελεί σπάνιο απεικονιστικό εύρημα. Υλικό και μέθοδος Πρόκειται για άνδρα 51 ετών με ατομικό ιστορικό κίρρωσης ήπατος, στο πλαίσιο της διερεύνησης της οποίας διαγνώστηκε σύνδρομο Budd Chiari. Για το λόγο αυτό λαμβάνει χρονίως αντιπηκτική αγωγή με βαρφαρίνη. Τα τελευταία έτη βρισκόταν σε σταθερή κατάσταση όσων αφορά την ηπατική λειτουργία (κατάταξη Child - Pugh A). Λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε ευρήματα πνευμονικής υπέρτασης. Παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Αποτελέσματα Διενεργήθηκε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης που ήταν θετικό για πιθανή απόφραξη της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας. Ακολούθησε αξονική αγγειογραφία θώρακος και κοιλίας που ανέδειξε πλήρη απόφραξη της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας κεντρικά στο ύψος της πύλης του αριστερού πνεύμονα [ΕΙΚΟΝΑ 1] καθώς και απόφραξη της κάτω κοιλίας φλέβας. Κατά τον δεξιό καθετηριασμό διαπιστώθηκε προτριχοειδική



[ΕΙΚΟΝΑ 1]: Αξονική αγγειογραφία πνεύμονα, με το κίτρινο βέλος φαίνεται η απότομη διακοπή της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας η οποία είναι ολικά αποφραγμένη

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

πνευμονική υπέρταση (mPAP 55mmHg, PAWP 7mmHg, PVR 9.8 W). Στην πνευμονική αγγειογραφία φάνηκε πλήρης απόφραξη της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας [ΕΙΚΟΝΑ 2] και μικρά περιφερικά ελλείμματα πλήρωσης της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας. Έγινε έλεγχος για μυελοϋπερπλαστικό νόσημα και θρομβοφιλία, που



[ΕΙΚΟΝΑ 2]: Αγγειογραφία πνευμόνων, με το κίτρινο βέλος απεικονίζεται η απουσία ροής στην αριστερή πνευμονική αρτηρία ενώ η δεξιά πνευμονική αρτηρία απεικονίζεται διογκωμένη.

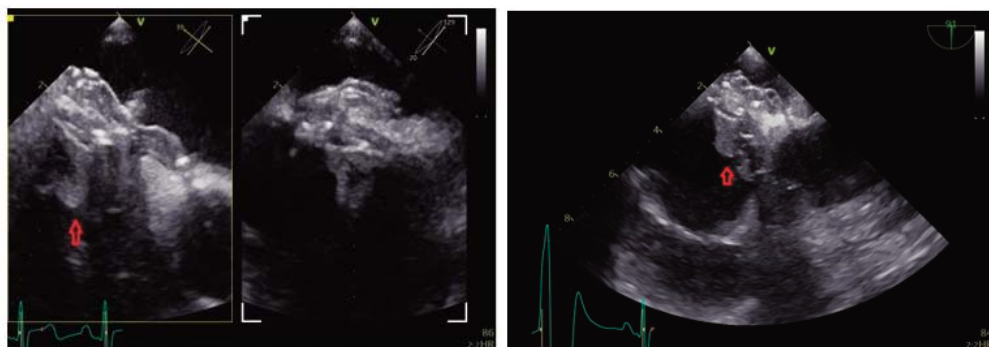
ήταν αρνητικός. Ο ασθενής αξιολογήθηκε όσον αφορά τη διενέργεια πνευμονικής ενδαρτηρεκτομής από εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού και κρίθηκε κατάλληλος με υψηλότερη ωστόσο θνητότητα (10%) λόγω των συννοσηροτήτων, ενώ δεν αποκλείστηκε η πιθανότητα επαναθρόμβωσης της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας μετά το χειρουργείο. Συμπεράσματα Η ετερόπλευρη CTEPH αποτελεί ασυνήθιστη περίπτωση και στη διαφοροδιάγνωση της περιλαμβάνονται η πνευμονική ατρησία, η στένωση και η ετερόπλευρη αγγειοσπαστική της πνευμονικής αρτηρίας. Ο απεικονιστικός έλεγχος αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για τη διάγνωση και τη διαχείριση των ασθενών αυτών, καθώς η αντιμετώπιση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ενδοαγγειακών θρόμβων και τις λοιπές συννοσηρότητες. [ΕΙΚΟΝΑ 1]: Αξονική αγγειογραφία πνεύμονα, με το κίτρινο βέλος φαίνεται η απότομη διακοπή της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας η οποία είναι ολικά αποφραγμένη [ΕΙΚΟΝΑ 2]: Αγγειογραφία πνευμόνων, με το κίτρινο βέλος απεικονίζεται η απουσία ροής στην αριστερή πνευμονική αρτηρία ενώ η δεξιά πνευμονική αρτηρία απεικονίζεται διογκωμένη

## AA237 | A rare case of device-related thrombosis after Patent Foramen Ovale closure despite optimal anticoagulant therapy

**C. Theodosopoulou<sup>1</sup>, M. Aggelaki<sup>1</sup>, G. Fotos<sup>1</sup>, E. Sidiropoulou<sup>1</sup>, S. Alexandris<sup>1</sup>, A. Christou<sup>1</sup>, P. Serafeim<sup>1</sup>, I. Karalis<sup>1</sup>, K. Flessa<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Introduction/Aim** Thrombosis related with a Patent Foramen Ovale (PFO) closure device is a rare complication, with incidence ranging from 0.2% to 2% and with a preference to the left atrium. This is an interesting case of thrombus attached to the occluder inside the right atrium despite dual antiplatelet therapy (DAPT). Methods A 45-year-old female presented to the Interventional Cardiology Department due to scheduled PFO closure device placement. The woman had a cryptogenic stroke on the age of 30 years old. At that time thrombophilia screening and 24-hour electrocardiographic monitoring had not revealed any pathology. However, the transoesophageal

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Thrombus attached to PFO occluder device in the right atrium (transoesophageal echocardiography)

Device-related thrombus of Gore Cardioform septal occluder device

echocardiographic study (TOE) had shown a patent foramen ovale. The patient was on single antithrombotic therapy with rivaroxaban for 15 years till the arrangement of the transcatheter PFO closure. A Gore Cardioform #30 septal occluder device was placed with no complications. A bubble test following the procedure revealed a small leakage through the device, which was planned to be examined again after 3 months. The TOE after 3 months showed the formation of a thrombus attached on the PFO closure device in the right atrium, despite DAPT. DAPT was ceased and anticoagulation with apixaban was initialized. Result A following TOE showed no change in the size and the morphology of the thrombus. The anticoagulant therapy altered to Vitamin K antagonist. The results are yet to be expected. Conclusion Device-related thrombosis with Gore Cardioform septal occluder may occur months or even years after the deposition, as it has been described in the bibliography. Most of the times it is an early complication due to lack of endothelialization. However, such cases as a late complication impose the necessity of further studies concerning the duration and type of antithrombotic therapy.

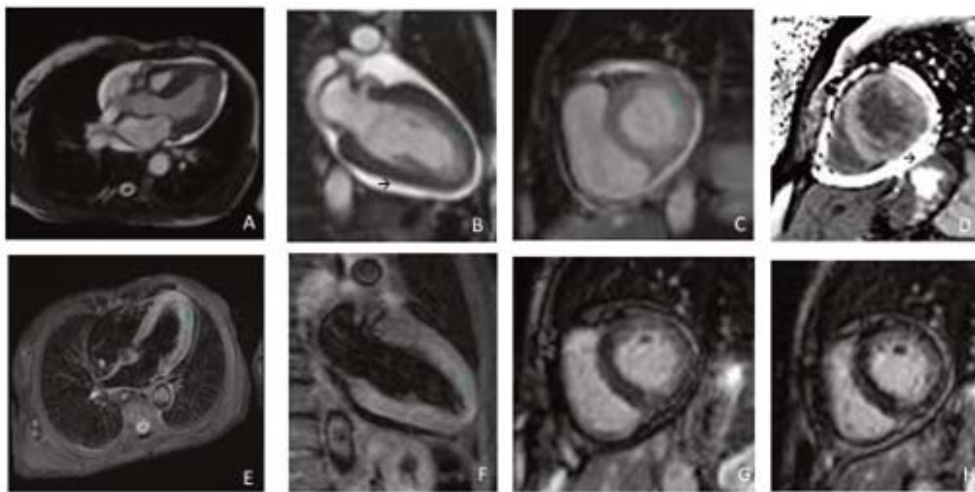
#### AA238 | ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΥΠΕΡΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑΣ

**Ε. Σερτεδάκη<sup>1</sup>, Π. Κωστάκου<sup>1</sup>, Κ. Λωρίτης<sup>1</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μπριασούλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) είναι μία σπάνια μορφή φλεγμονώδους μυοκαρδιοπάθειας με εκδηλώσεις ποικίλης βαρύτητας -από κεραυνοβόλο μυοκαρδίτιδα έως χρόνια περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια-, που χαρακτηρίζεται από ηωσινοφιλική διήθηση του μυοκαρδίου. Κλινικό Περιστατικό: Το παρόν περιστατικό αφορά μία γυναίκα 76 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, οστεοπόρωσης, ηπηρεωσινοφιλίας και άσθματος στα πλαίσια συνδρόμου Churg-Strauss, από χρόνια αγωγή με εισπνεομένη φλουτικαζόνη, βι-σοπρολόλη και δενοσουμάμπη, που προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας, λόγω αισθήματος δύσπνοιας στην ελάχιστη προσπάθεια από 24ωρου. Από την αντικειμενική εξέταση δεν ανευρέθηκαν ουσιώδη παθολογικά ευρήματα, ενώ εκ του εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε ηωσινοφιλία (8000κύτταρα/μm<sup>3</sup>) στο επίχρισμα περιφερικού αίματος, αυξημένα επί-



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

Ημισφαιρική Μυοκαρδιο- Μαγνητική τομογραφία καρδιάς διαπιστώνεται ανομοιογενής αυξημένη ένταση σήματος (\*) στις T1 (Α, Β, Γ) & T2 (Ε,Ζ) ακολουθεί, ιδίως στα μέσα και κορυφαία τμήματα της αριστερής κοιλίας, διάχυτη ανομοιογενή υπενδοκαρδιακή ενίσχυση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας, κατά τις καθυστερημένες λήψεις μετά την ενδοφλέβια χορήγηση γαδολίνιου (Δ, Γ, Η), καθώς και μέτρια περικαρδιακή συλλογή (->)

πεδα τροπονίνης I υψηλής ευαισθησίας (hsTnI:539\*1086ng/L, φ.τ.<9ng/L) και υψηλοί δείκτες φλεγμονής (CRP:79mg/L, φ.τ.<0,5mg/L). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρήθηκαν αρνητικά T κύματα στις απαγωγές V5-V6, ενώ εκ του υπερηχοκαρδιογραφικού ελέγχου ανεδείχθη αριστερά κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων με ήπια συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων (και εικόνα λαμπυρίζοντος μυοκαρδίου), με διατηρημένη συσταλτικότητα (κλάσμα εξωθήσεως:50-55%, χωρίς τμηματικές διαταραχές της τοιχωματικής κινητικότητας, αλλά ελαττωμένο συνολικό επίμηκες strain:12%), 1ου βαθμού διαστολική δυσλειτουργία, μικρού βαθμού ανεπάρκεια των κολποκοιλιακών βαλβίδων και μέτρια περικαρδιακή συλλογή(12mm). Η ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε σημαντικές βλάβες. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε ανομοιογενής αυξημένη ένταση σήματος στις T2 ακολουθίες, ιδίως στα μέσα και κορυφαία τμήματα της αριστερής κοιλίας, αύξηση των χρόνων T1, T2 και του εξωκυττάριου όγκου, διάχυτη ανομοιογενή υπενδοκαρδιακή ενίσχυση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας, κατά τις καθυστερημένες λήψεις μετά την ενδοφλέβια χορήγηση γαδολίνιου -ευρήματα συμβατά με οξεία μυοκαρδίτιδα-, καθώς και μέτρια περικαρδιακή συλλογή, χωρίς ενεργό φλεγμονή του περικαρδίου. Έτσι, ως οξεία μυοκαρδίτιδα σε έδαφος υπερηχοκαρδιογραφίας, η ασθενής ετέθη σε μεθυλπρεδνιζολόνη(0,5mg/kg/day), αλλά και σε πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας (ραμιπρίλη, βισοπρολόλη, φουροσεμίδη, επιπλερόνη) με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Σε επαναληπτικό υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της περικαρδιακής συλλογής(5mm), ενώ σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, 6 μήνες μετά, υποχώρηση της φλεγμονής. Συμπέρασμα: Το παρόν περιστατικό τονίζει τη θέση της μαγνητικής τομογραφίας στην αναίμακτη διάγνωση μιας σπάνιας κλινικής οντότητας με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των πασχόντων και έγκαιρη παρέμβαση, με την εισαγωγή των φαρμάκων θεραπείας της καρδιακής ανεπάρκειας, που συνεισφέρουν στην αποφυγή της μη αναστρέψιμης ιδιωτικής βλάβης, που η νόσος συνεπάγεται.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA239 | Νεαρός ασθενής με περικαρδίτιδα και στεφανιαία αγγειίτιδα στα πλαίσια κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα****Ε. Σερτεδάκη<sup>1</sup>, Α. Δημουλά<sup>1</sup>, Δ. Δελιαλής<sup>1</sup>, Π. Ναστάτος<sup>1</sup>, Α. Μηλιώτου<sup>1</sup>, Ρ. Πάτρας<sup>1</sup>, Π. Μανιθάβα<sup>1</sup>, Σ. Λαγουδάκου<sup>1</sup>, Α. Κατσιάνης<sup>1</sup>, Γ. Τομάζου<sup>1</sup>, Ν. Αγγέλης<sup>1</sup>, Ι. Πετρόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Τσαγάλου<sup>1</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα αποτελεί νεκρωτική αγγειίτιδα, που χαρακτηρίζεται από κοκκιωματώδεις βλάβες, κυρίως σε ανώτερους και κατώτερους αεραγωγούς και νεφρούς. Η καρδιακή συμμετοχή αφορά το 6-25% των ασθενών, με την περικαρδίτιδα να αποτελεί την πιο συχνή εκδήλωση, συνοδευόμενη, συχνά, από στεφανιαία αγγειίτιδα με απότοκα ισχαιμικά ή θρομβοεμβολικά επεισόδια, όπως στο παρακάτω περιστατικό. Κλινικό Περιστατικό: Άνδρας 37 ετών, καπνιστής, με νοσηλεία προ 10ημέρου λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου με παροδικές ανασπάσεις του ST διαστήματος στο κατώτερο τοίχωμα και διαλείποντα πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό, που αποδόθηκαν σε σπασμό της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA), και πρωτογενή αγγειοπλαστική στην RCA (3 stents σε εγγύς, μέσο και άπω τμήμα), υπό φαρμακευτική αγωγή, έκτοτε, με ασπιρίνη, τικαγρελόρη, αμλοδιπίνη, νιτρώδη και ατορβαστατίνη, προσήλθε λόγω αισθήματος δύσπνοιας από δώρου και υποτροπιάζοντος περικαρδιακού τύπου άλγος από 20ημέρου. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανευρέθηκαν αυξημένα D-dimers (3.12 mcg/mL), και υψηλοί δείκτες φλεγμονής (λευκοκυττάωση:195000/μL, CRP:93 mg/L, φ.τ.<0,5 mg/L). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε επιπέδωση του κύματος T στις προκάρδιες απαγωγές και, στο υπερηχοκαρδιογράφημα, καλή αμφικουλιακή λειτουργία, χωρίς μείζονα βαλ-



Κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα: Μαγνητική τομογραφία καρδιάς (Α,Β,Γ) με ευρήματα ενεργού περικαρδίτιδας (περικαρδική συλλογή και σκιαγραφική ενίσχυση του περικαρδίου). Αξονική τομογραφία θώρακος με στοιχεία θαιμής υάλου και πνευμονικά οζίδια (Δ). Στεφανιογραφία (Ε) με ανάδειξη εστιακών βλαβών (skip lesions) στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

βιδοπάθεια και μικρή περικαρδιακή συλλογή έμπροσθεν των δεξιών κοιλοτήτων. Ο ασθενής εισήχθη για περαιτέρω αντιμετώπιση και διερεύνηση. Διενεργήθη μαγνητική τομογραφία καρδιάς που ανέδειξε αποκλειστικά φλεγμονή του περικαρδίου. Ως περικαρδίτιδα, πιθανώς σε υποξεία φάση, ετέθη σε αγωγή με ασπιρίνη και κολχικίνη, ενώ έγινε τροποποίηση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (από τικαγρελόρη σε κλοπιδογρέλη, λόγω ιστορικού ρινορραγιών από παιδική ηλικία), χωρίς, όμως, σημαντική βελτίωση μετά από τρεις ημέρες θεραπείας. Στον εργαστηριακό έλεγχο, που εστάλη, ανευρεύθη υψηλή ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (115 mm/h), θετικά αντιπυρηνικά, c-ANCA & PR3-αντισώματα, και στην αξονική τομογραφία θώρακος που έγινε, στοιχεία θαμβής υάλου και πνευμονικά οζίδια άμφω. Βάσει των αποτελεσμάτων του ανοσολογικού και απεικονιστικού ελέγχου, καθώς και του ιστορικού του ασθενούς, τέθηκε η διάγνωση της κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα και έγινε έναρξη κορτικοστεροειδών (μεθυλπρεδνιζολόνη 0,5mg/kg/ημέρα) με επακόλουθη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και εξάλειψη του περικαρδιακού υγρού. Μάλιστα, το πρόσφατο στεφανιαίο επεισόδιο ερμηνεύθηκε ως εκδήλωση στεφανιαίας αγγειίτιδας στα πλαίσια της νόσου. Συμπέρασμα: Η κλινική υποψία συστηματικού νοσήματος σε νέους ασθενείς χωρίς παράγοντες κινδύνου με κλινικά σημαντική στεφανιαία νόσο πρέπει να είναι υψηλή, ιδίως επί συνυπάρχουσας περικαρδίτιδας, καθώς η ανοσοκατασταλτική αγωγή, εν προκειμένω, με κορτικοστεροειδή και rituximab, είναι η οριστική θεραπεία.

### AA240 | **Επιτυχής ανάταξη αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε ασθενή με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας**

**Δ. Βλαχομήτρος<sup>1</sup>, Χ. Θεοχάρη<sup>1</sup>, Ν. Καβουκίδης<sup>1</sup>, Β. Ταφραλή<sup>1</sup>,  
Ι. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Δ. Καλαϊτζίδης<sup>1</sup>, Ν. Τσιάμης<sup>1</sup>, Χ. Κολέ<sup>1</sup>, Γ. Τσιτσινάκης<sup>1</sup>,  
Χ. Τούντας<sup>1</sup>, Α. Κίτσιου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

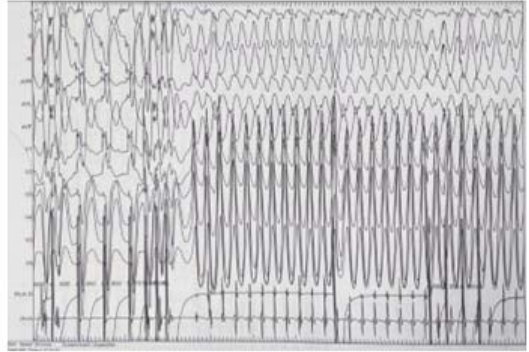
**Εισαγωγή/Σκοπός** Η καρδιακή ανακοπή αποτελεί την αιφνίδια διακοπή της καρδιακής δραστηριότητας με συνοδό αιμοδυναμική κατάρριψη του ασθενούς. Χρειάζεται άμεση παρέμβαση και έναρξη αναζωογόνησης με στόχο την ανάκτηση αυτόματης κυκλοφορίας (ROSC) του ασθενή και εν συνεχεία αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου που οδήγησε στην καρδιακή ανακοπή. Παρουσίαση περιστατικού

Παρουσιάζεται περιστατικό άνδρα ασθενή 65 ετών, με νοσηλεία στην Καρδιολογική Κλινική λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας, σε έδαφος εμφράγματος μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτικές βλάβες (MI-NOCA) προ 2 ετών. Ο ασθενής παρουσίασε επεισόδιο καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, χωρίς παρουσία μαρτύρων, στο θάλαμο νοσηλείας. Το επεισόδιο



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

έγινε αντιληπτό από παρακείμενο ασθενή. Έγινε άμεση προσέλευση των ιατρών και διενεργήθηκε εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (θωρακικές συμπίεσεις, IV αδρεναλίνη και διασωλήνωση) με επιτυχή ROSC. Το αρχικό ΗΚΓ έδειξε ασυστολία, ενώ μετά την ROSC ανέδειξε υπεροξύ STEMI προσθιοπλαιγίου τοιχώματος με ανάρσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές I, avL, V5-V6 με εικόνα κατόπτρου στις απαγωγές II, III, avF (Εικόνα 1). Λόγω μη δυνατότητας άμεσης πρωτογενούς αγγειοπλαστικής (μη εργάσιμη ώρα με κλειστό Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και μη δυνατότητα διακομιδής λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας), διενεργήθηκε επιτυχής θρομβόλυση με IV αλτεπλάση (100mg iv). Την επόμενη ημέρα ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφία η οποία δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών. Ο ασθενής μεταφέρθηκε για νοσηλεία 10 ημερών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου μας. Το υπερηχοκαρδιογράφημα, μετά την επιστροφή του στην Καρδιολογική Κλινική, ανέδειξε κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας 25%. Στο πλαίσιο της αιτιολογικής διερεύνησης του επεισοδίου αιφνιδίου θανάτου, ο ασθενής υπεβλήθη σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη κατά την οποία πραγματοποιήθηκε προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση με χορήγηση μονών, διπλών και τριπλών εκτάκτων κοιλιακών συστολών. Ο ασθενής εμφάνισε μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία κατά την προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση με χορήγηση τριπλών εκτάκτων κοιλιακών συστολών με συνοδό αίσθημα ζάλης και λιποθυμικής τάσης, η οποία ανατάχθηκε ηλεκτρικά (200J) (Εικόνα 2). Βάσει των ανωτέρω, ο ασθενής υποβλήθηκε σε εμφύτευση απινιδωτή. Συμπεράσματα: Στις περιπτώσεις νοσηλευόμενων ασθενών χωρίς την ύπαρξη συνεχούς ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης, ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος χωρίς την παρουσία μάρτυρα (unwitnessed sudden cardiac death) απαιτεί διερεύνηση του αιτίου που οδήγησε στην ανακοπή. Στο συγκεκριμένο περιστατικό η εικόνα STEMI, η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας καθώς και η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη οδήγησε στην απόφαση εμφύτευσης απινιδωτή.



### AA241 | Συγγενώς διορθωμένη μετάθεση μεγάλων αγγείων (L-TGA) με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας (AoS)

Σ. Πράπα<sup>1</sup>, Α. Κλώπα<sup>1</sup>, Β. Τάση<sup>1</sup>, Δ. Χαρίτος<sup>1</sup>, Ε. Χαματζόλα<sup>1</sup>, Η. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>

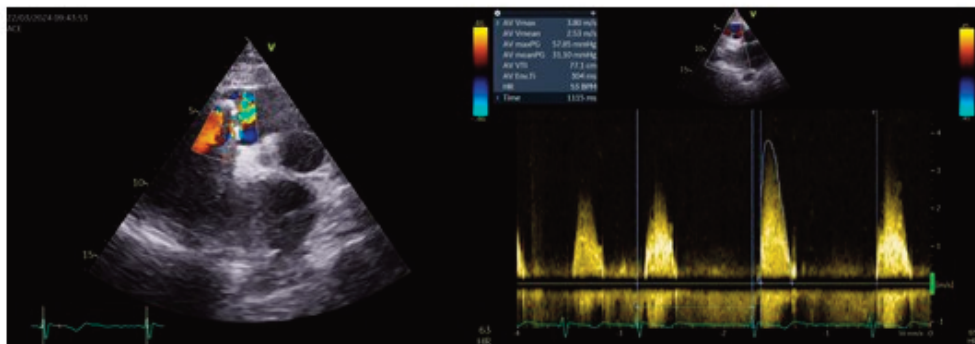
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η L-TGA είναι μια σπάνια συγγενής καρδιοπάθεια (0.05%) που χαρακτηρίζεται από ασύμφωνες κολποκοιλιακές και κοιλιοαρτηριακές συνδέσεις με “κοιλιακή αναστροφή”. Συνήθως συνοδεύεται από άλλες καρδιαγγειακές δυσπλασίες (μεσοκολπική, μεσοκοιλιακή επικιωνία, στένωση πνευμονικής, δυσπλαστική τριγλώχινα ή ανωμαλία του Ebstein). Αναφέρουμε μία σπάνια L-TGA με σοβαρού βαθμού AoS σε ενήλικα άντρα. Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 67 ετών, με L-TGA και χρόνια κολπική μαρμαρυγή. Στην ενήλικη ζωή είχε υπο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

βληθεί σε βαλβιδοπλαστική στην συστηματική τριγλώχινα βαλβίδα λόγω σοβαρής ανεπάρκειας και εν συνεχεία σε αντικατάστασή της. Δεν αναφέρονται συχνές νοσηλείες στο παρελθόν. Στο νοσοκομείο μας διακομίζεται λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας και οιδήματος ανα σάρκα και εισάγεται ως απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας με συνοδό λοίμωξη αναπνευστικού. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε εικόνα L-TGA με διάταση της συστηματικής κοιλίας (μορφολογικοί χαρακτήρες δεξιάς κοιλίας) και σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα (KE 30%). Η μορφολογικά αριστερή κοιλία στη δεξιά πλευρά ήταν και αυτή διατεταμένη, με επηρεασμένη συσταλτικότητα. Επιπλέον διαπιστώθηκε αμφικολπική διάταση, βιοπροσθετική βαλβίδα στη θέση της τριγλώχινας με μέτρια στένωση και μικρή ανεπάρκεια, και μικρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας με σοβαρή πνευμονική υπέρταση. Η αορτική βαλβίδα ήταν ασβεστωμένη σε σοβαρό περιορισμό στη διάνοιξη και σοβαρή (low flow- low gradient) AoS, με μέτρια ανεπάρκεια, ενώ η πνευμονική βαλβίδα δεν είχε περιορισμό στη διάνοιξη. Η αορτή εντοπιζόταν αριστερά και πρόσθια σε σχέση με το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας. Δε διαπιστώθηκε μεσοκοιλικό ή μεσοκοιλιακό έλλειμμα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια διουρητικά και αντιμικροβιακή αγωγή, με άμεση κλινική βελτίωση. Συζητήθηκε η στρατηγική αντιμετώπισης και προγραμματίστηκε στεφανιογραφία, με στόχο τη διαδερμική αντικατάσταση της στενωμένης αορτικής βαλβίδας. Ωστόσο αιφνίδια ο ασθενής εμφάνισε πτώση επιπέδου επικοινωνίας, για το οποίο και διασωληνώθηκε και κατέληξε λίγες ημέρες αργότερα λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

**Συμπεράσματα-Συζήτηση:** Η επιβίωση των ασθενών με L-TGA επηρεάζεται σημαντικά από τη λειτουργικότητα της συστηματικής δεξιάς κοιλίας και τη σοβαρότητα της τριγλωχνικής ανεπάρκειας. Αύξηση του μεταφορτίου, όπως συμβαίνει στη AoS, επιδεινώνει τη συμπτωματολογία τους και επηρεάζει την πρόγνωσή τους. Η συνύπαρξη σοβαρής AoS με L-TGA έχει περιγραφεί εξαιρετικά σπάνια και κυρίως σε περιπτώσεις δίπτυχης αορτικής βαλβίδας. Η διάγνωση αυτών των περιστατικών είναι πολύ δύσκολη, όπως επίσης και η βέλτιστη διαχείρισή τους.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024
**AA242 | Μονήρης στεφανιαία αρτηρία ως τυχαίο εύρημα σε προληπτικό απεικονιστικό έλεγχο**
**Σ. Μαδυτινού<sup>1</sup>, Ι. Στρατάκης<sup>1</sup>, Ν. Καμπουρίδης<sup>1</sup>, Ν. Παπουλίδης<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

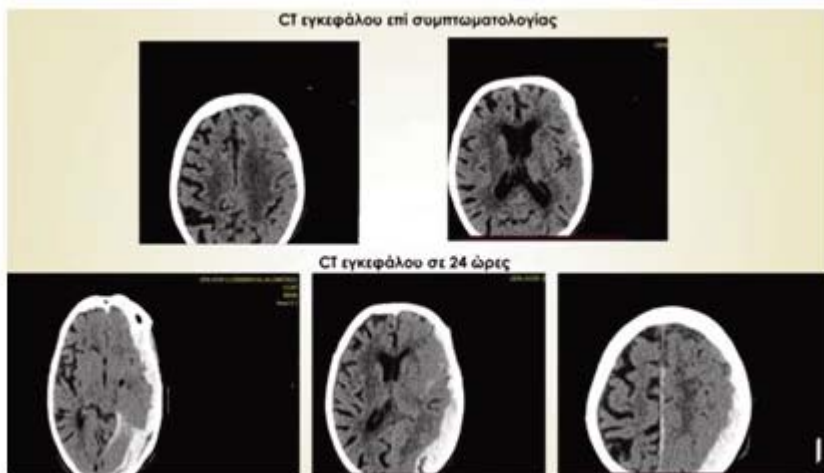
**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η απεικόνιση μίας σπάνιας συγγενούς ανωμαλίας της στεφανιαίας κυκλοφορίας, της μονήρους στεφανιαίας αρτηρίας, αποδεικνύοντας την αξία της πρόληψης μέσω του ενδεδειγμένου προσυμπτωματικού ελέγχου. Υλικό/Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα, δρομέα μεγάλων αποστάσεων, 65 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ιδιοπαθούς υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας που υποβάλλεται σε εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου στο πλαίσιο αθλητικού ελέγχου. Από το ιστορικό δεν παρουσιάζει συμπτώματα μυοκαρδιακής ισχαιμίας ακόμα και σε πολύ υψηλής έντασης άσκηση, η κλινική εξέταση είναι φυσιολογική, το ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς παθολογικά ευρήματα και το αρχικό υπερηχοκαρδιογράφημα φυσιολογικό. Σύμφωνα με τον αλγόριθμο της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασυμπτωματικούς > 65 ετών που υποβάλλονται σε άθληση, ο εξεταζόμενος, με SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) 3 και ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και της υψηλής έντασης άσκηση σε δυσπρόσιτες περιοχές, χρήζει περαιτέρω απεικονιστικού ελέγχου με διενέργεια αξονικής στεφανιογραφίας (CCTA). Αποτελέσματα: Η CCTA καταδεικνύει μονήρη στεφανιαία αρτηρία (SCA) που εκφύεται από τον δεξιό κόλπο του Valsalva με κοινό στέλεχος και τριχάζεται σε αριστερό πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD), περισπώμενη αρτηρία (LCx) και δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA). Ο LAD στο αρχικό τμήμα του ακολουθεί βραχέως ενδοτοιχωματική πορεία με το τοίχωμα της αορτικής ρίζας αντίστοιχα προς τον δεξιό κόλπο, το εγγύς τμήμα έχει ήπια συμπίεση μεταξύ αορτής και δεξιάς κοιλίας 30% και το μέσο και περιφερικό του τμήμα πορεύεται στην πρόσθια μεσοκοιλιακή αύλακα και φτάνει μέχρι την κορυφή της καρδιάς. Η LCx στο εγγύς τμήμα ακολουθεί βραχέως ενδοτοιχωματική πορεία με το τοίχωμα της αορτικής ρίζας αντίστοιχα προς τον δεξιό κόλπο, και ακολούθως έχει οπισθοαορτική πορεία, και καταλήγει στην αριστερή κολποκοιλιακή αύλακα. Η RCA έχει φυσιολογική ανατομική πορεία. Calcium score 180 AU. Συμπεράσματα: Η SCA αποτελεί μια πολύ σπάνια συγγενή ανωμαλία των στεφανιαίων αγγείων με επίπτωση 0,024%-0,066% στους ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία, με την πλειονότητα αυτών να παραμένουν ασυμπτωματικοί και η διάγνωση να τίθεται από έλεγχο ρουτίνας. Ο στοχευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος αναδεικνύει αυτά τα περιστατικά, η κατάλληλη διαχείριση των οποίων είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή χωρίς να αγνοούμε τη σημασία μιας λειτουργικής δοκίμασας στην ανάδειξη ή μη μυοκαρδιακής ισχαιμίας.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA243 | Επιπεπλεγμένη λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε ασθενή με flail οπίσθιας μιτροειδικής γλωχίνας****N. Ζελεβάρης<sup>1</sup>, B. Νεύρας<sup>1</sup>, Γ. Τυρίκος<sup>1</sup>, N. Μεντεσιδης<sup>1</sup>, Π. Καρακάσης<sup>1</sup>, X. Κατσιούλης<sup>1</sup>, N. Μηλαράς<sup>2</sup>, E. Κοϊμψίδου<sup>1</sup>, K. Ρώσσιος<sup>1</sup>, B. Εφραιμίδου<sup>1</sup>, E. Κοκκάλη<sup>1</sup>, Γ. Γκουντή<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Ασθενής, θήλυ, 83 ετών, προσήλθε λόγω παρατενόμενου εμπυρέτου έως 39ο C, από μηνός, με συνοδό εύκολη κόπωση. Ανέφερε λήψη αμοξικιλίνης/ κλαβουλανικού οξέος προ 10 ημέρου, με υποτροπή του εμπυρέτου μετά τη διακοπή της. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κυτταρίτιδα στο δεξιό κάτω άκρο με εκροή πύου, περιφερικά οιδήματα, διατεταμένες σφαγίτιδες, δεκατική πυρετική κίνηση και ένα ολοσυστολικό φύσημα 3/6 στην κορυφή της καρδιάς με μασχαλαία αντανάκλαση, με φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Από το ατομικό της αναμνηστικό διαπιστώθηκε, γεροντική άνοια, δυσλιπιδαιμία και σιδηροπενική αναιμία. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Ο ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό. Διενεργήθηκε διαθωρακικός ηχοκαρδιογραφικός έλεγχος που κατέδειξε διατηρημένη συστολική απόδοση αριστεράς κοιλίας, με ένα ευκίνητο μόρφωμα στη θέση της μιτροειδούς βαλβίδας, το οποίο προέπιπτε εντός του αριστερού κόλπου κατά τη συστολή, δημιουργώντας σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια αυτής, με στοιχεία σοβαρής πνευμονικής υπέρτασης (εικ. 1). Διενεργήθηκε διοισοφαγία μελέτη με διαπίστωση flail της οπίσθιας μιτροειδικής γλωχίνας (P3 φεστονίου), εξαιτίας εκφυλιστικής βλάβης αυτής (EROa: 0.43m<sup>2</sup>, Rvol: 91ml) (εικ. 1). Πάρθηκαν αιμοκαλλιέργειες από δυο περιφερικές φλέβες, και έγινε έναρξη αγωγής με πιπερακιλίνη/ ταζομπακτάμη, φουροσεμίδα 120mg και ενοξαπαρίνη 40mg. Από



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Streptococcus constellatus* (πολυευαίσθητος). Ενώ η ασθενής παρουσίαζε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, ούσα απύρετη, την 7η ημέρα εμφάνισε επεισόδιο έκπτωσης επιπέδου συνείδησης, με δεξιά ημιπληγία και κλίμακα Γλασκώβης 8/15 (2/2/4). Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποκάλυψε επι-υποσκληρίδιο αιμάτωμα και υπαραχνοειδή αιμορραγία (6,8mm) μετωποκροταφικά αριστερά (εικ. 2). Εκτιμήθηκε από Νευροχειρουργούς, συστήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση λόγω αυξημένης ευαλωτότητας της ασθενούς, με την αιμορραγία να επεκτείνεται τις επόμενες 48 ώρες (εικ. 2), οπότε και η ασθενής κατέληξε. Συζήτηση Η ασθενής εμφάνισε επεισόδιο επιβεβαιωμένης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (ΛΕ) βάσει των αναθεωρημένων κριτηρίων κατά Duke (1 μείζον, 3 ελάσσονα). Οι νευρολογικές επιπλοκές σε ασθενείς με ΛΕ απαντούν σε ποσοστά έως και 35%. Οι μικροαιμορραγικές επιπλοκές (βλάβη στα "vasa vasorum"), χωρίς νευρολογική σημειολογία, εμφανίζονται στο 85% των ασθενών, χωρίς να τροποποιούν την έκβασή τους, με τον *Staphylococcus aureus* να αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί προκαλούν βλάβη στο μέσο χιτώνα των αγγείων προκαλώντας μυκωτικά ανευρύσματα, που ρήγνυνται με καταστροφικές συνέπειες. Συμπέρασμα Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία είναι συχνή επιπλοκή της ΛΕ, με ολέθριες επιπτώσεις, που δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής του κλινικού καρδιολόγου.



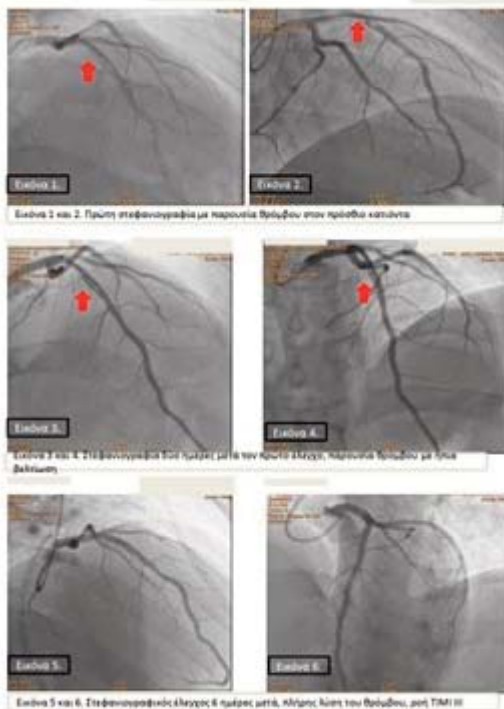
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**AA244 | Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου μη αθηρωματικής αιτιολογίας, με παρουσία θρόμβου in-situ σε νέο ασθενή με πρωτοδιαγνωσθείσα θρομβοφιλία**

**N. Κακούρη<sup>1</sup>, Ε. Ανδρικού<sup>1</sup>, Α. Αναδιώτης<sup>1</sup>, Α. Παννέλη<sup>1</sup>, Π. Σταύρου<sup>1</sup>, Μ. Γκέκα<sup>1</sup>, Σ. Σπανοδήμος<sup>1</sup>, Ε. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Σ. Πατσιλινάκος<sup>1</sup>**

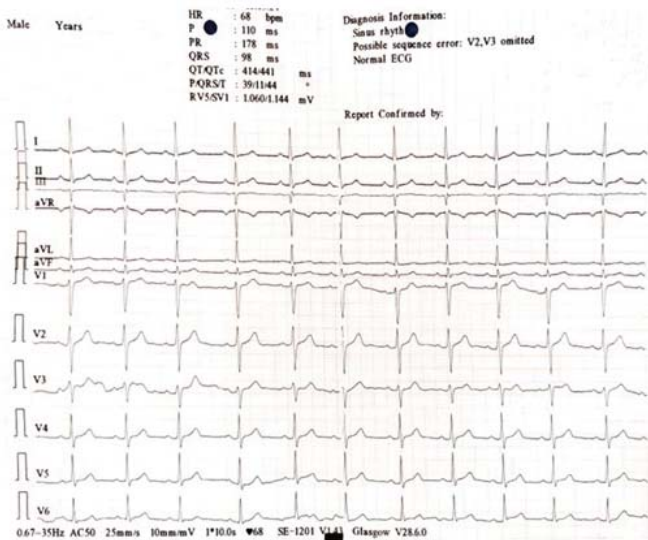
<sup>1</sup> ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Σκοπός:** Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μη αθηρωματικής αιτιολογίας σε νέους ασθενείς αποτελεί σπάνιο εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για εύρεση της πιθανής αιτιολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ως αποτέλεσμα παρουσίας θρόμβου εντός στεφανιαίας αρτηρίας με απουσία αθηρωματικής πλάκας (Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries- MINOCA). Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 29 ετών καπνιστής προσήλθε αιτώμενος θωρακικό άλγος οπισθοστερνικά μετά από έντονη γυμναστική από ώρας, χωρίς να αναφέρει πρόσφατη λοίμωξη. Ήταν αιμοδυναμικά στάθερος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Από την διαθωρακική υπερηχογραφική μελέτη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών διαπιστώθηκε αριστερή κοιλία χωρίς τμηματικές υποκινησίες, ανιούσα αορτή εντός φυσιολογικών ορίων και περικάρδιο ελεύθερο. Απο τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε κίνηση τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας ως 17000 ng/l. Αποτελέσματα: Τέθηκε σε διπλή αντιπηκταλική αγωγή και χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη και εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε παρουσία μεγάλης ποσότητας θρόμβου in situ στον πρόσθιο κατιόντα χωρίς να προκαλεί πλήρη απόφραξη του αγγείου με ροή TIMI 3. Παρατηρήθηκε παρουσία μυοκαρδιακής γέφυρας στο 2ο τριτημόριο του πρόσθιου κατιόντα χωρίς να προκαλεί στένωση του αγγείου>%, ενώ δεν παρατηρήθηκαν αθηρωματικά αγγεία. Τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης IIB/IIIa και παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός και ασυμπτωματικός. Ο δευτερος στεφανιογραφικός έλεγχος μετά απο δύο ημέρες ανέδειξε βελτιωμένη εικόνα θρόμβου στο 1ο τριτημόριο του πρόσθιου κατιόντα και αποφασίστηκε συνέχιση της συντηρητικής αντιμετώπισης. Μετά το πέρας 6 ημερών από την πρώτη στεφα-



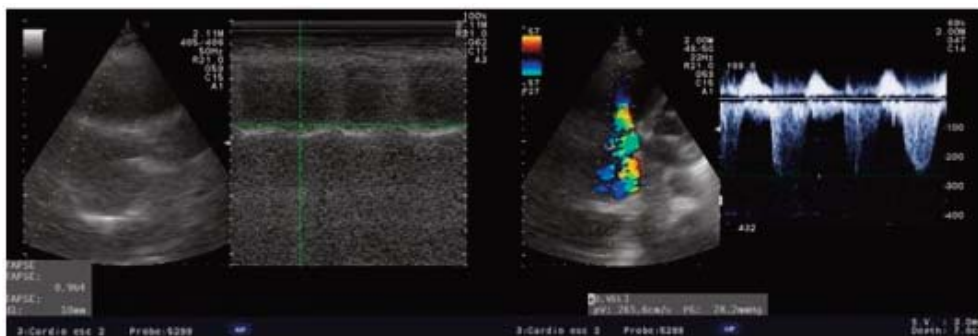
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

νιογραφία έγινε νέος έλεγχος από όπου φάνηκε πλήρης λύση του θρόμβου και αγγείο βατό με TIMI 3 ροή ενώ δεν παρατηρήθηκε αθηρωματική πλάκα στον προσθιο κατιόντα. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν θετικός (μετάλλαξη παράγοντα V Leiden) και ο ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολόγο για περαιτέρω έλεγχο και κατάλληλη θεραπεία ενώ παράλληλα συστήθηκε έλεγχος με μαγνητική τομογραφία καρδιάς για αποκλεισμό άλλης πιθανής αιτίας. Συμπεράσματα: Σε νέους ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, εκτός της αθηρωμάτωσης, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην διαφορική διάγνωση των ασθενών τα MINOCA. Απαραίτητος είναι ο στεφανιογραφικός έλεγχος καθώς και περαιτέρω έλεγχος με εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις όπως η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ώστε να τεθεί οριστική διάγνωση.

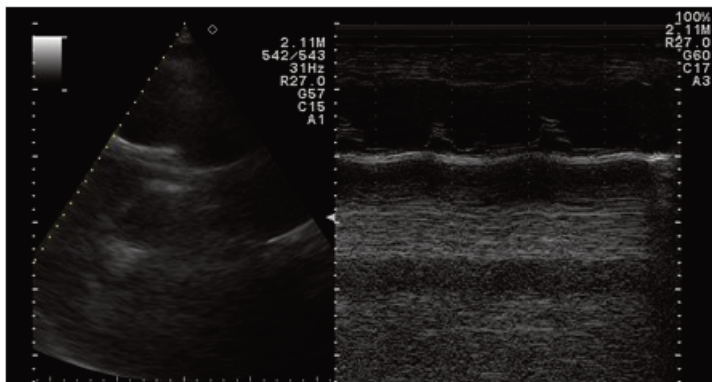


**AA245 | Χρήση λεβοσιμενδάνης σε μεμονωμένη ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας**  
**Γ. Τυρίκος, Β. Νεύρας<sup>1</sup>, Ν. Ζελεβάρης<sup>1</sup>, Ν. Μεντεσίδης<sup>1</sup>, Χ. Κατσιούλης<sup>1</sup>,  
 Π. Καρακάσης<sup>1</sup>, Κ. Ρώσσιος<sup>1</sup>, Β. Εφραϊμίδου<sup>1</sup>, Ε. Κοκκάλη<sup>1</sup>, Γ. Γκουντή<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή** Ασθενής, θήλυ, 73 ετών προσήλθε αιτιώμενη προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια από μηνός και οιδήματα κάτω άκρων. Διαπιστώθηκε επίσης η ύπαρξη ασκίτικης και αμφοτερόπλευρων πλευριτικών συλλογών. Από ατομικό αναμνηστικό ανέφερε καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, χρόνια κολπική μαρμαρυγή, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και πρόσφατο ακρωτηριασμό αριστερού κάτω άκρου. Ο διαθωρακικός ηχωκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σημαντικά επηρεασμένη λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας με διατηρημένη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια τριγύχινας βαλβίδας και σοβαρή πνευμονική υπέρταση (Right Ventricular Systolic Pressure=55 mmHg) (εικ. 1). Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας της ασθενούς, παρά την παρακέντηση των πλευριτικών και της ασκίτικης συλλογής και τη χορήγηση στάγδην διουρητικής αγωγής και δοβουταμίνης σε μέγιστη ανεκτή δόση, τέθηκε ενδοφλέβιο διάλυμα λεβοσιμενδάνης με ροή 0,1 mcg/kg/min, 2 ημέρες μετά τη διακοπή της δοβουταμίνης. Η ασθενής παρουσίασε καλή αιμο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

δυναμική ανταπόκριση με σταδιακή αύξηση της διούρησης και ικανοποιητική αποσυμφόρηση, το οποίο απεικονίστηκε και στις ηχοκαρδιογραφικές μετρήσεις (εικ. 2). Εξήλθε 8 ημέρες μετά την χορήγηση λεβοσιμενδάνης και με συνολική διάρκεια νοσηλείας 28 ημέρες. Χορηγήθηκε πλήρης αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα

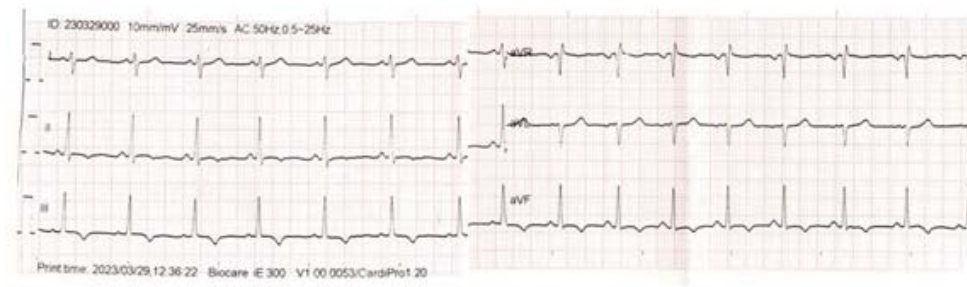


εξώθησης και συστήθηκε επανέλεγχος στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για πιθανή επαναληπτική δόση λεβοσιμενδάνης σε 1 μήνα, καθώς και στεφανιογραφικός έλεγχος σε δεύτερο χρόνο. Συζήτηση Η λεβοσιμενδάνη είναι εκλεκτικός αναστολέας της φωσφοδιεστεράσης III που ενισχύει την ευαισθησία συσταλτικών πρωτεϊνών στο ασβέστιο, αυξάνοντας την καρδιακή συστολική λειτουργία. Η χορήγησή της ενδείκνυται για τη θεραπεία οξείας μη αντιρροπούμενης χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, σε περίπτωση αποτυχίας της συμβατικής φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι μελέτες που αφορούν την χρήση της σε μεμονωμένη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια είναι περιορισμένες. Κυρίως συγκρίνουν την καλύτερη αποτελεσματικότητα της λεβοσιμενδάνης σε σχέση με τη δοβουταμίνη ως θετικά ινότροπα φάρμακα, λόγω της μείωσης των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων και βελτίωσης της συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας. Περαιτέρω μελέτες θα μπορούσαν να ανοίξουν νέες προοπτικές στην αποτελεσματικότερη θεραπεία της μεμονωμένης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Συμπέρασμα Η χρήση της λεβοσιμενδάνης αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών με ανθεκτική στα διουρητικά μεμονωμένη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA246 | ΜΥΞΩΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΟ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ****Α. Παννακοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Στειρόπουλος<sup>1</sup>, Α. Καλλικούρδης<sup>2</sup>, Π. Σχορετσανίτης<sup>2</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>, Γ. Καλαβρουζιώτης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ",<sup>2</sup> Α' ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το καρδιακό μύξωμα (ΚΜ) είναι η πιο κοινή μορφή πρωτοπαθούς καρδιακού όγκου (50-85%) με εκτιμώμενη επίπτωση 0,03 % στο γενικό πληθυσμό. Εντοπίζεται κυρίως στον αριστερό κόλπο. ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφεται περίπτωση μυξώματος αριστερού κόλπου σε έφηβο που υποβλήθηκε σε επιτυχή χειρουργική αφαίρεση του όγκου. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αγόρι 14 ετών με ιστορικό ζάλης και αστάθειας από μηνός, επεισόδια κυάνωσης και ψυχρότητας δεξιού κάτω άκρου εισήχθη για διερεύνηση. Υποβλήθηκε σε ΗΚΓ, σε διαθωρακικό(ΤΤΕ) και διοισοφάγειο(ΤΕΕ) υπερηχοκαρδιογράφημα, σε MRI εγκεφάλου, και σε doppler αγγείων κάτω άκρων. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην κλινική εξέταση αναδείχθηκε ήπιο συστολικό φύσημα και απουσία περιφερικών σφίξεων στο δεξιό άκρο πόδα, στο ΗΚΓ αναστροφή του κύματος T στις II, III, aVF, ενώ στο ΤΤΕ αλλά και στο ΤΕΕ αναδείχθηκε ύπαρξη ευκίνητου εμμεγέθους μορφώματος εντός του αριστερού κόλπου διαστάσεων 39x45 mm εκφυόμενο με μίσχο από το μεσοκολπικό διάφραγμα πολύ κοντά στον μιτροειδικό δακτύλιο. Το μόνιωμα προέβλεπε από την μιτροειδή βαλβίδα στην αριστερή κοιλία προκαλώντας ήπια αποφρακτικά φαινόμενα. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε ισχιαμικές βλάβες λόγω παρουσίας πολλαπλών εγκεφαλικών εμφράκτων. Το υπερηχογράφημα των αγγείων των κάτω άκρων ανίχνευσε επιμήκη υπερηχογενή ενδοαυλική σχηματισμό κατά μήκος του αρχικού τμήματος της ΔΕ μηριαίας αρτηρίας πλησίον του διχασμού αυτής. Την 2η μέρα νοσηλείας του ο έφηβος υποβλήθηκε σε καρδιοχειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του μυξώματος του αρ. κόλπου & ταυτόχρονα σε αγγεοχειρουργική εμβολεκτομή από την κοινή και επιτολής μηριαία αρτηρία. Το παιδί έλαβε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (τινζαπαρίνη, innohep) για 7 ημέρες, στην συνέχεια ριβαροξαμπάνη (xarelto) pos για δύο μήνες και μετά salospir pos. Έλαβε επίσης, αντιβιοτική αγωγή και διουρητικά κατά την νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Η βιοψία του εξαιρεθέντος όγκου έδειξε μύξωμα. Ο έλεγχος για Carney Complex που έγινε από το ογκολογικό τμήμα ήταν αρνητικός. Ενάμισυ μήνα μετά, το παιδί εμφάνισε σημαντική περικαρδιακή συλλογή και υποβλήθηκε σε περικαρδιοκέντηση αιματηρού



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

υγρού. Εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση και στο ετήσιο follow up δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συμπερασματικά, το υπερηχοκαρδιογράφημα συνιστάται ως μη επεμβατικό διαγνωστικό εργαλείο που μπορεί να διαγνώσει σχεδόν όλες τις περιπτώσεις καρδιακού μυξώματος. Απαιτείται άμεση χειρουργική παρέμβαση μετά την τεκμηρίωση της διάγνωσης καθώς σχετίζεται με εξαιρετική πρόγνωση και με χαμηλό ποσοστό υποτροπής.

**AA247 | Ενδιαφέρουσα περίπτωση υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας σε νεογνό διαβητικής μητέρας με καλή ρύθμιση σακχάρου**  
**Ε. Γρηγοράκη<sup>1</sup>, Γ. Σέρβος<sup>2</sup>, Μ. Χαρακίδα<sup>3</sup>, Ε. Κοεμτζίδου<sup>4</sup>, Α. Αλεξάκη<sup>5</sup>, Α. Νίκα<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>3</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

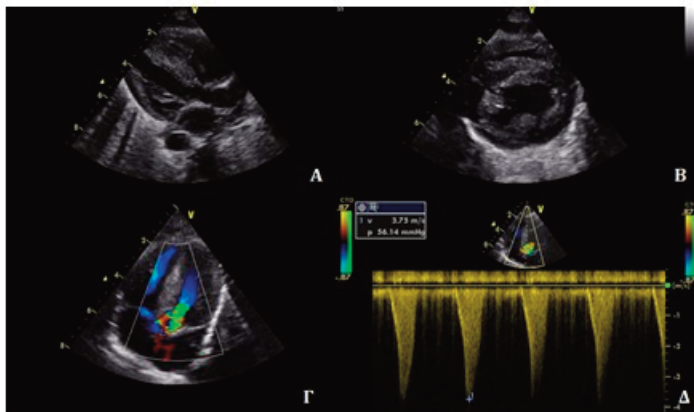
<sup>4</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ,

<sup>5</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) κύησης έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα συγγενών καρδιοπαθειών (ΣΚ) και παρουσία υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ) στο νεογνό που επηρεάζει συνήθως το μεσοκοιλιακό διάφραγμα (ΜΚΔ) και έχει παροδικό χαρακτήρα. Το 13-44% νεογνών διαβητικών μητέρων παρουσιάζει ΥΑΚ, όπου στο 40% σχετίζεται με συγγενή υπερινσουλινισμό και σύνδρομα αντίστασης στην ινσουλίνη. Καλή ρύθμιση της μητρικής γλυκόζης αίματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΥΑΚ. Υλικό και μέθοδος Παρουσιάζεται περίπτωση άρρενος μακροσωμικού νεογνού μητέρας με καλώς ρυθμιζόμενο ΣΔ (MODY t3) που διακομίστηκε κατά το πρώτο 24ωρο ζωής λόγω κυάνωσης και συστολικού φυσήματος 2-3/6 προς αποκλεισμό ΣΚ, κατόπιν έναρξης αλπροσταδίνης. Αποτελέσματα Το ηχοκαρδιογράφημα εισαγωγής ανέδειξε φυσιολογική ανατομία καρδιάς και μεγάλων αγγείων, σοβαρή ασύμμετρη υπερτροφία ΑΚ ιδίως του ΜΚΔ (ΜΚΔ 10mm/ΟΤ 7mm, z-scores>) και καλή συνολική συσταλτικότητα. Παρουσίαζε μετρίου βαθμού ανεπάρκεια κολποκοιλιακών βαλβίδων, με αυξημένες πιέσεις δεξιάς κοιλίας συμβατές με παραμένουσα εμβρυική κυκλοφορία (ΡΡΗΝ). Ο βοτάλειος πόρος ήταν βατός με αμφίδρομη ροή. Για την αντιμετώπιση της πνευμο-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

νικής υπέρτασης έγινε διακοπή της αλπροσταδίνης και χορηγήθηκε εισπνεόμενο μονοξειδίο του αζώτου προς μείωση των πνευμονικών αντιστάσεων. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρατηρήθηκε απόφραξης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (ΧΕΑΚ) ( $V_{max}$  3.8m/s, PG 60mmHg) και έγινε έναρξη β-αποκλειστή. Σημειώθηκε σταδιακή υποχώρηση της απόφραξης στο ΧΕΑΚ, ενώ η



υπερτροφία του ΜΚΔ σημείωσε μικρή βελτίωση. Στα πλαίσια διερεύνησης ΥΑΚ και με δεδομένη της εμπεριστατωμένα καλή ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου της μητέρας εστάλη έλεγχος για νόσο Pompe, ενδογενών διαταραχών του μεταβολισμού και ιολογικός που ήταν αρνητικοί. Η ανάλυση όλων των εξονίων του γονιδιώματος (WES) αποκάλυψε μετάλλαξη στο γονίδιο HNF1A σε ετεροζυγωτία, συμβατή ΣΔ MODY t3 μεταβιβαζόμενο με αυτοσωμικό επικρατή τρόπο. Οι τιμές γλυκόζης του νεογνού παρέμειναν φυσιολογικές καθόλη τη νοσηλεία του. Στην επανεκτίμηση, 6 μήνες μετά το εξιτήριο παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση της ΥΑΚ. Συμπεράσματα Η παρουσία κυάνωσης στο πρώτο 24ωρο ζωής μπορεί να σχετίζεται με PRPH και να μην οφείλεται σε ΣΚ. Το περιστατικό αυτό υποστηρίζει ότι νεογνά μητέρων με γενετικώς μεταβιβαζόμενο ΣΔ εν δυνάμει μπορεί να παρουσιάσουν ΥΑΚ ασχέτως των επιπέδων γλυκόζης της μητέρας. Στη διαφορική διάγνωση εμμένουσας ΥΑΚ θα πρέπει να συμπεριληφθούν εξετάσεις για γενετικά νοσήματα (σ.Noonan), νοσήματα μεταβολισμού, νευρομυϊκά νοσήματα (v. Pompe) και σαρκομερικές μεταλλάξεις.

#### AA248 | «Όκοσα Φάρμακα Ούκ Ίηται, Σίδηρος Ίηται», Παρουσίαση Σπάνιου Περιστατικού Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας

**A. Πλαϊτής<sup>1</sup>, A. E. Καλέση<sup>1</sup>, Δ. Π. Ζαμπέλης<sup>1</sup>, A. Βασιλειάδου<sup>1</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, T. Τζινιέρης<sup>1</sup>, A. Καλύβη<sup>1</sup>, I. M. Μπεχλιβάνη<sup>1</sup>, N. Καραμηνάς<sup>1</sup>, X. Καψοκόλη<sup>1</sup>, Σ. Λιναρδάκης<sup>1</sup>, Γ. Σκαλής<sup>1</sup>, Γ. Γαβριελάτος<sup>1</sup>, N. Κάσινος<sup>1</sup>, A. Θεοδόσης-Γεωργιάδης<sup>1</sup>, N. Πατσουράκος<sup>1</sup>, E. Campos<sup>2</sup>**

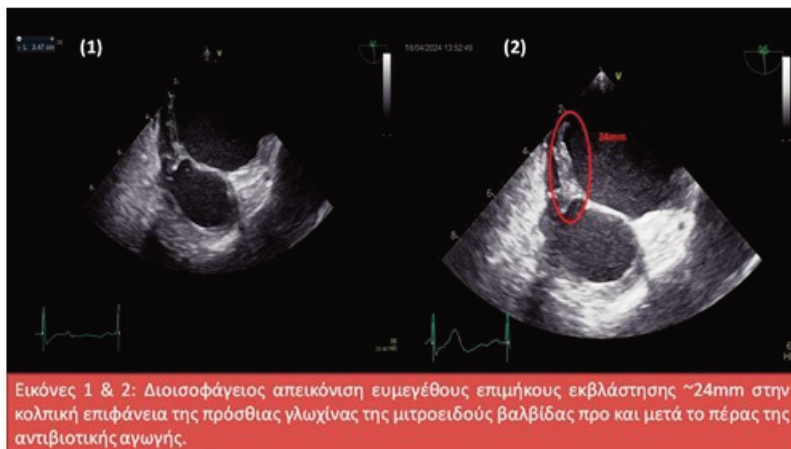
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός** Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (ΛΕ) είναι μια σχετικά σπάνια νόσος με επίπτωση -5 ανά 100.000 ατόμων πληθυσμού ανά έτος. Η *Granulicatella Adiacens* είναι ένα πα-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

θογόνο που υπάρχει φυσιολογικά στη στοματική κοιλότητα και στον εντερικό βλεννογόνο, χωρίς να εμπλέκεται συχνά σε λοιμώξεις, διατηρώντας την ικανότητα να προκαλέσει βακτηριαιμία και ΛΕ, συχνά με μεγάλες εκ-



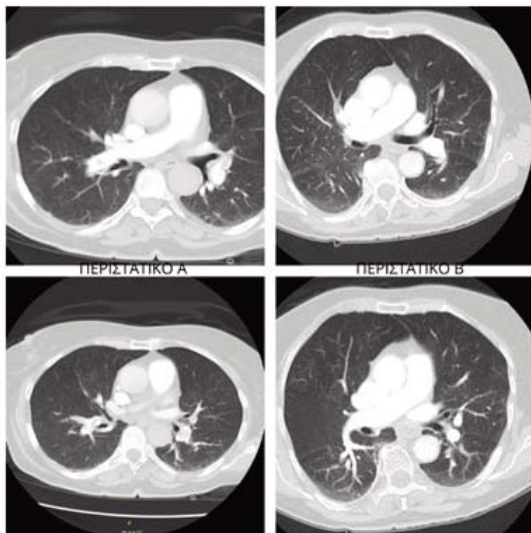
Εικόνες 1 & 2: Διοισοφάγειος απεικόνιση ευμεγέθους επιμήκουσ εκβλάστησης ~24mm στην κοιλική επιφάνεια της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας προ και μετά το πέρας της αντιβιοτικής αγωγής.

βλαστήσεις, παρουσιάζοντας σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ΛΕ από *Granulicatella Adiacens*. Υλικό και Μέθοδος Το περιστατικό αφορά έναν άνδρα 71 ετών που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος παρατείνόμενο εμπύρετο από δεκαπενθημέρου, ενώ από το ιστορικό του προκύπτουν πρόπτωση πρόσθιας γλωχίνας μιτροειδούς βαλβίδας με μετρίου βαθμού ανεπάρκεια αυτής και παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή υπό απιξαμπάνη. Επιπροσθέτως, ο ασθενής ανέφερε παροδική ουλορραγία προ εβδομάδων. Στη διαθωρακική και διοισοφάγειο ηχωκαρδιογραφική μελέτη ανευρέθη επιμήκης ευμεγέθης εκβλάστηση ~24mm στην κοιλική επιφάνεια της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας. Βάσει των τροποποιημένων κριτηρίων του Duke τέθηκε η διάγνωση της ΛΕ και έγινε έναρξη εμπειρικής ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με γενταμικίνη, αμπικιλλίνη και κεφτριαξόνη. Σε τρίτα σετ αιμοκαλλιιεργιών απομονώθηκε *Granulicatella Adiacens* και, με λοιμωξιολογική συμβολή και βάσει αντιβιογράμματος, έγινε συνέχιση αντιβιοτικής αγωγής με γενταμικίνη και κεφτριαξόνη για 2 εβδομάδες συνολικά, ενώ λόγω επακόλουθης νεφρικής επιβάρυνσης έγινε συνέχιση αγωγής μόνο με κεφτριαξόνη για 4 ακόμα εβδομάδες. Σε απεικονιστικό έλεγχο δεν ανευρέθησαν αποστήματα ή σηπτικά έμβολα στον εγκέφαλο, στο θώρακα ή στην κοιλία. Αποτελέσματα Ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός και απύρετος καθ'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και μέχρι την ολοκλήρωση της αγωγής, χωρίς να ανευρίσκεται *Granulicatella Adiacens* ή άλλος μικροοργανισμός σε νέο έλεγχο αιμοκαλλιιεργιών. Ωστόσο, στον ηχωκαρδιογραφικό επανέλεγχο δεν διαπιστώθηκε μείωση του μεγέθους της εκβλάστησης, οπότε ο ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας. Συμπεράσματα Η *Granulicatella Adiacens* αποτελεί σπάνιο αίτιο ΛΕ, που μπορεί να συνοδεύεται συχνά από πτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή με >% των περιπτώσεων να χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

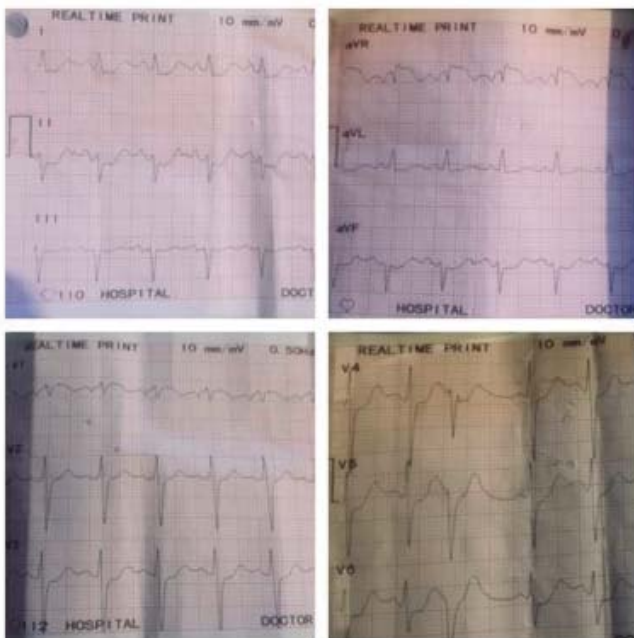
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024
**AA249 | Όταν τα συμπτώματα και τα ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά δεν ταιριάζουν με την διάγνωση**
**Ε. Τάσης<sup>1</sup>, Δ. Οικονομίδης<sup>2</sup>, Κ. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>,  
 Ι. Κουλουλιάς<sup>1</sup>, Χ. Φλωροπούλου<sup>1</sup>, Ι. Τσιαφούτης<sup>1</sup>**
<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο - ΕΕΣ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Πολλές φορές οι ασθενείς με πνευμονική εμβολή έχουν φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενώ έχουν καταγραφεί περιπτώσεις στις οποίες εμφανίζουν φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ακόμη πιο σπάνια μοτίβο S1Q3T3, εμφάνιση RBBB ή/και μετατόπιση του ηλεκτρικού άξονα. Σκοπός της παρουσίασης της συγκεκριμένης σειράς περιστατικών είναι να αναδείξει την δυσκολία της διάγνωσης της πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς που τα κλινικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα δεν συνάδουν με τη νόσο. Υλικό/Μέθοδος: Πρόκειται για δύο γυναίκες 65 και 75 ετών, με ατομικό αναμνηστικό μεγαλακρίας και σκλήρυνσης κατά πλάκας αντίστοιχα οι οποίες προσήλθαν στο ΤΕΠ, λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης φέροντας συνοδό κάκωση κεφαλής, χωρίς πρόδρομα συμπτώματα. Κατά την παρουσία τους στο ΤΕΠ και οι δύο ήταν αιμοδυναμικά και αερομετρικά επηρεασμένες. Αποτελέσματα: Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας το οποίο ανέδειξε και στις δύο περιπτώσεις φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ανάσπαση του διαστήματος ST στην απαγωγή aVR και κατασπάσεις του διαστήματος ST στις απαγωγές II, III, aVF, V2-V6 και εστία πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με τις τιμές των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης, νατριουρητικών πεπτιδίων και αποδόμησης ινικής να είναι παθολογικές. Το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε και στις δύο περιπτώσεις ικανοποιητική συνολική συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας, φυσιολογικών διαστάσεων δεξιά κοιλία με επηρεασμένη λειτουργικότητα στο πρώτο περιστατικό ενώ στο δεύτερο περιστατικό διάταση δεξιάς κοιλίας με επηρεασμένη απόδοση. Διενεργήθηκε άμεσα αξονική τομογραφία πνευμονικών αρτηριών η οποία ανέδειξε εκτεταμένη πνευμονική εμβολή σε αμφότερους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας. Οι ασθενείς τέθηκαν σε εντατική ενυδάτωση, η αιμοδυναμική αστάθεια και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις αποκαταστάθηκαν, τέθηκαν σε αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και αργότερα με νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά, και οι ασθενείς βελτιώθηκαν κλινικά. Σε δεύτερο χρόνο έγινε στεφανιογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αιμοδυναμική





ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ναμικά σημαντικές στενώσεις. Στην πρώτη περίπτωση η πνευμονική εμβολή συνδέθηκε με το ιστορικό μεγαλακρίας της ασθενούς, ενώ στη δεύτερη περίπτωση από τη διερεύνηση ανευρέθηκε Ca παχέος εντέρου. Συμπεράσματα: Ανεξαρτήτως αιτιολογίας μια εκτεταμένη πνευμονική εμβολή μπορεί να προκαλέσει συγκοπτικό επεισόδιο όπως στις δύο ασθενείς μας. Φάνηκε στην συγκεκριμένη σειρά περιστατικών ότι και η πνευμονική εμβολή θα μπορούσε να μιμηθεί ηλεκτροκαρδιογραφικά ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος, υπογραμίζοντας την βαρύτητα και έκταση της νόσου.

## AA250 | Ευμεγέθης αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία μεταξύ δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και στεφανιαίου κόλπου

**Σ. Πράπα<sup>1</sup>, Α. Κλώπα<sup>1</sup>, Β. Τάση<sup>1</sup>, Δ. Κυριακοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Δημάρη<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Η. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Α. Τρίκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Οι αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες των στεφανιαίων αρτηριών (coronary artery fistulas- CAF) είναι σπάνιες ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων (συχρότητα 0.002%). Η αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία μεταξύ δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και στεφανιαίου κόλπου (CAF RCA-CS) είναι εξαιρετικά σπάνια (7% όλων των CAF). Οι περισσότεροι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν προκάρδιο άλγος, αίσθημα παλμών, συγκοπή ή να είναι ασυμπτωματικοί, και η διάγνωση να γίνεται τυχαία κατά τη διενέργεια στεφανιογραφίας στην ενήλικη ζωή. Αναφέρουμε μια περίπτωση CAF RCA-CS σε νεαρό άνδρα. Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 38 ετών με θετικό οικογενειακό ιστορικό για στεφανιαία νόσο και γνωστή CAF RCA-CS. Η διάγνωση είχε τεθεί με μαγνητική καρδιάς/ αξονική στεφανιογραφία, σε ηλικία 36 ετών, στα πλαίσια διερεύνησης αισθήματος παλμών. Στο νοσοκομείο μας διακομίζεται λόγω προκάρδιου άλγους και αισθήματος παλμών μετά από ψυχοπιεστικό γεγονός και διαπιστώνεται αύξηση τροπονίνης. Έγινε εισαγωγή ως οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (NSTEMI). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός, χωρίς

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

έκτακτες συστολές και χωρίς οξεία ισχαιμία. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε αριστερή κοιλία καλής συσταλτικότητας και δεξιά κοιλία οριακών διαστάσεων με καλή συσταλτικότητα. Από τη στεφανιογραφία φάνηκε ότι η δεξιά στεφανιαία αρτηρία (επικρατούσα) ήταν εκτατικό αγγείο με διαδοχικές ελικώσεις σε όλο το μήκος του, χωρίς σοβαρές βλάβες, και στο επίπεδο του οπισθοπλάγιου κλάδου (posterior left ventricular artery-PLV) παρατηρήθηκε ευμεγέθης επικοινωνία με το στεφανιαίο κόλπο. Τα συμπτώματα του ασθενούς αποδόθηκαν στην αρτηριοφλεβώδη επικοινωνία και προτάθηκε καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Η μαγνητική καρδιάς δεν ανέδειξε μεταβολή στα ευρήματά της σε σχέση με την προηγούμενη απεικόνιση και το Holter ρυθμού 24ώρου δεν κατέγραψε παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής αρνήθηκε τη χειρουργική αντιμετώπιση και εξήλθε ίδια βουλήσει. Σε follow-up 4 μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματικός. Συμπεράσματα-Συζήτηση: Μερικοί ασθενείς με CAF μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί και σταθεροί για μεγάλο διάστημα. Ωστόσο, συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν απότομα ή και πιο βαθμιαία. Οι περισσότερες CAF μεγαλώνουν με την πάροδο του χρόνου και απαιτείται επιδιόρθωση, είτε διαδερμικά είτε χειρουργικά. Η αυτόματη σύγκλιση της επικοινωνίας είναι σπάνια, και μόνο σε μικρές CAF. Επεμβατική αντιμετώπιση συνιστάται σε συμπτωματικούς ασθενείς, σε ευμεγέθεις CAF όπως στο δικό μας περιστατικό.

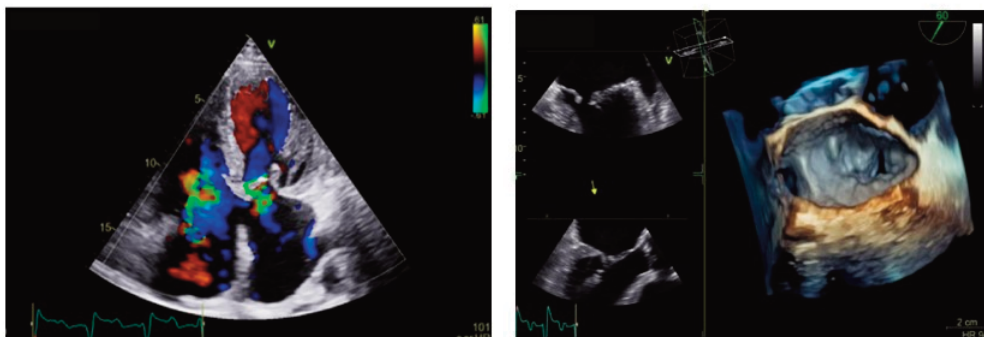


## AA251 | Περιστατικό συγγενούς καρδιοπάθειας με επιδείνωση λόγω συννοσηρότητας κατά τη τρίτη ηλικία

**Δ. Ντιλούδη<sup>1</sup>, Α. Καλέση<sup>1</sup>, Α. Βασιλειάδου<sup>1</sup>, Π. Σκάντζικας<sup>1</sup>,  
Δ. Μπαρμπαγιάννης<sup>1</sup>, Ε. Μπούσουλα<sup>1</sup>, Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς<sup>1</sup>,  
Ν. Πατσουράκος<sup>1</sup>, Ν. Κάσιнос<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας «Δ. Μπελντέκος», Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**Εισαγωγή** Η σημαντική πρόοδος που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην αντιμετώπιση των συγγενών καρδιοπαθειών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών αυτών ως την ενήλικη ζωή, με μια ανεπίπλεκτη αρχικά περίοδο. Αρκετά συχνά ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να εμφανιστούν εκτός των σχετιζόμενων με τη συγγενή καρδιοπάθεια επιπλοκών, συννοσηρότητες ανεξάρτητες αυτής που ειδικά όταν αφορούν στο καρδιαγγειακό σύστημα έχουν ως αποτέλεσμα την περαιτέρω αιμοδυναμική επιβάρυνση του. Μέθοδος/ Αποτελέσματα Το περιστατικό αφορά έναν άντρα 68 ετών με ιστορικό πρωτογενούς μεσοκοιλιακής επικοινωνίας άνευ παρακολούθησης, ο οποίος εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω προσθίου εμφράγματος, και υπεβλήθη σε πρωτογενή αγγειοπλαστική του προσθίου κατιόντα κλάδου. Η διαθωρακική μελέτη που διενεργήθηκε κατά τη νοσηλεία του ανέδειξε ακινησία κορυφής καθώς και τη γνωστή πρωτογενή μεσοκοιλιακή επικοινωνία με συνοδό διάταση της δε-

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ξιάς κοιλίας, μικρή ανεπάρκεια των κολποκοιλιακών βαλβίδων, χωρίς όμως στοιχεία πνευμονικής υπέρτασης. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ειδικό κέντρο συγγενών καρδιοπαθειών για αντιμετώπιση, επιστρέφοντας ωστόσο μερικούς μήνες μετά στο νοσοκομείο με δύσπνοια, συμφόρηση και παρουσία κολπικού πτερυγισμού αγνώστου ενάρξεως. Παρά το γεγονός ότι το μέγεθος των κοιλιών παρέμενε σχετικά αμετάβλητο, οι ανεπάρκειες των κολποκοιλιακών βαλβίδων ήταν πλέον σημαντικές και ο ασθενής παρουσίαζε έμμεσα σημεία πνευμονικής υπέρτασης (Σχήμα 1). Από τη διοισοφάγειο μελέτη που πραγματοποιήθηκε, με τη χρήση και της 3d ανασύνθεσης αναδείχθηκε η παρουσία σχισμής στην πρόσθια γλωχίνα της αριστερής κολποκοιλιακής βαλβίδας (Σχήμα 2). Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς, ακόμη και μετά την ηλεκτρική ανάταξη που ακολούθησε, ποσοτικοποιήθηκε ως τουλάχιστον μετρίου βαθμού. Αποφασίστηκε η διενέργεια αριστερού και δεξιού καθετηριασμού, χωρίς να διαπιστώνεται αιμοδυναμικά σημαντική στένωση των στεφανιαίων αγγείων και με το δεξιό καθετηριασμό να αναδεικνύει το step up κατά την οξυμετρία, μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία 25mmHg, χαμηλές πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις 1.9 Wood Units και λόγο Qp/Qs 3.3. Με αυτά τα δεδομένα ο ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση της πρωτογενούς μεσοκολπικής επικοινωνίας και της σχισμής που προκαλούσε την ανεπάρκεια της μιτροειδούς, με δυσμενή δυστυχώς έκβαση. Συμπεράσματα Οι ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια θα πρέπει να παρακολουθούνται αδιαλείπτως σε ειδικά κέντρα. Η έγκαιρη αντιμετώπιση τους είναι εξαιρετικής σημασίας για την πρόγνωση τους, ενώ η εμφάνιση συννοσηροτήτων και επιπλοκών μπορεί να επιφέρει σημαντική αιμοδυναμική επιβάρυνση αυξάνοντας σε αρκετές περιπτώσεις τη θνητότητα.

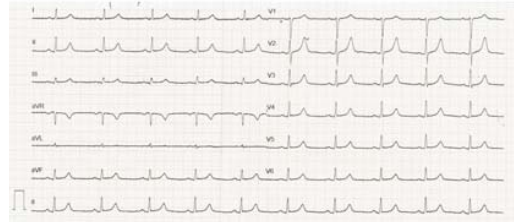
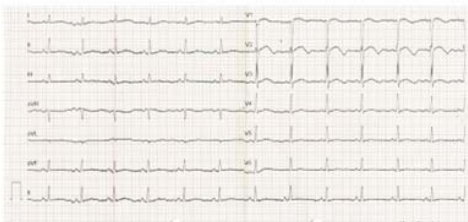
**AA252 | Αντιμετώπιση των επιπλοκών παράτασης του QT διαστήματος. Περίπτωση φαρμακοεπαγόμενου αποτραπέντος αφινιδίου καρδιακού θανάτου**

**Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, Ε. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Α. Νεραντζούλης<sup>1</sup>, Ε. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>1</sup>, Ζ. Καλλινίκου<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο μακρού QT χαρακτηρίζεται από παράταση του QT διαστήματος με κίνδυνο κακοήθων αρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου επί απουσίας οργανικής καρδιακής νόσου. Μπορεί να είναι συγγενές ωστόσο είναι απαραίτητη η διαφορική διάγνωση από άλλα αναστρέψιμα αίτια όπως είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η οξεία ισχαιμία και η φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να το πυροδοτήσουν. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με αποτραπέντα αιφνίδιο καρδιακό θάνατο λόγω επίκτητης παράτασης του QT διαστήματος στα πλαίσια της λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής. Μέθοδοι-Υλικά: Γυναίκα 60 ετών, κατακεκλιμένη από 2μηνου λόγω κατάγματος ισχίου με ιστορικό χρόνιας ψυχωσικής συνδρομής υπό Εσιταλοπράμη και Αμισουλπρίδη και πρόσφατης έναρξης αντιβιοτικής αγωγής με Σιπροφλοξασίνη διεκομίσθη σε ανακοπή με καταγραφή κοιλιακής μαρμαρυγής ως αρχικού ρυθμού. Άμεση έναρξη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και ηλεκτρική καρδιοανάταξη με επαναφορά φλεβοκομβικού ρυθμού. Από τα αέρια αίματος διαπιστώθηκε γαλακτική οξέωση και υποκαλιαιμία (K 3,2mEq/L), ενώ από το ΗΚΓ δε διαπιστώθηκαν οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις πλην της εκσεσημασμένης παράτασης του QT (QTc 581msec). Εργαστηριακός έλεγχος με ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής και τροπονίνης και διενέργεια αξονικής εγκεφάλου, θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό χωρίς οξεία παθολογία από τα συμπαγή όργανα, το εγκεφαλικό παρέγχυμα και τα αγγεία. Λήψη καλλιεργείων αίματος και ούρων και εισαγωγή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας υπό ενδοφλέβια αγγειοσυσπαστικά, θειικό μαγνήσιο, υποκατάσταση καλίου και αντιβιοτική αγωγή με Πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Αποτελέσματα: Επί σταθεροποίησης της ασθενούς μεταφορά στην Καρδιολογική κλινική. Διενέργεια διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα, τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής με διακοπή των φαρμάκων που παρατείνουν το QT (Αμισουλπρίδη, Εσιταλοπράμη και Σιπροφλοξασίνη) και έναρξη Προπρανολόλης. Holter ρυθμού 24ωρου χωρίς σύμπλοκη κοιλιακή αρρυθμιογένεση και διενέργεια στεφανιογραφικού ελέγχου με ανάδειξη οριακής στένωσης στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου και σύσταση για συντηρητική αντιμετώπιση. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά σταθερή με σταδιακή αποκατάσταση του QT διαστήματος, ενώ διενεργήθηκε και έλεγχος στους συγγενείς πρώτου βαθμού με λήψη ιστορικού και ηλεκτροκαρδιογράφημα, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εξιτήριο με σύσταση για διενέργεια γενετικού ελέγχου, συνέχιση Προπρανολόλης και επανекτίμησης στο Αρρυθμιολογικό ιατρείο. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη σημασία της εξατομικευμένης και προσεκτικής χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων που παρατείνουν το διάστημα QT ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου όπως είναι αυτοί με ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αυτοί που λαμβάνουν ήδη τέτοια φάρμακα, καθώς μπορεί να προδιαθέσει σε θανατηφόρες αρρυθμίες.



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024**AA253 | Οξύς αορτικός διαχωρισμός: καταγραφή κλινικής περίπτωσης που επιβίωσε από μια νόσο που δεν έχει τέλος****A. Ηλιάδου<sup>1</sup>, Ν. Σπ. Ιωακειμίδης<sup>1</sup>, Δ. Βαλασιάδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/σκοπός:** Ο αορτικός διαχωρισμός είναι μια ασυνήθιστη, απειλητική για τη ζωή και επείγουσα χειρουργική καρδιαγγειακή νόσος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η κλινική εικόνα είναι ταχέως επιδεινούμενη. Καταστροφικές επιπλοκές μπορούν να παρουσιαστούν οποιαδήποτε στιγμή και σε κάθε στάδιο της ανάρρωσης, οδηγώντας σε υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθιστώντας έτσι το διαχωρισμό μια χρόνια νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της πορείας ασθενούς που προσήλθε με οξύ διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής και επιβίωσε. Υλικό και μέθοδος: Άνδρας ασθενής ηλικίας 51 ετών προσέρχεται για πρώτη φορά λόγω θωρακικού άλγους από το ύψος του τραχήλου μέχρι το επιγάστριο αιφνίδιας έναρξης. Έχει ατομικό ιστορικό χρόνιας ηπατίτιδας Β (HBV) υπό αντι-ική αγωγή. Στην δεύτερη προσέλευση, 20 μέρες αργότερα, προσέρχεται λόγω εμπυρέτου 39oC από 12ωρου. Μετά από 9 μήνες προσέρχεται εκ νέου με εντοπισμένο άλγος στο ύψος της αριστερής κλείδας από διημέρου. Αποτελέσματα: Στην πρώτη προσέλευση, ηλεκτροκαρδιογραφικά εμφανίζει ανασπάσεις στις απαγωγές II, III, aVF, V1 και V6. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτουν υψηλά Δ-Διμερή (5060 ng/ml). Διενεργείται αξονική αορτογραφία και παρατηρείται εικόνα διαχωριστικού ανευρύσματος από το ύψος της ανιούσας θωρακικής αορτής μέχρι και τις λαγόνιες αρτηρίες κατά DeBakey τύπου Ι. Διακομίζεται και χειρουργείται επιτυχώς με τοποθέτηση μοσχεύματος από Dacron υλικό, ενώ λαμβάνονται αντι-υπερτασική αγωγή και ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Στην δεύτερη προσέλευση, παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένους δείκτες φλεγμονής, μείωση του αιματοκρίτη κατά 9%, αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη και υπερηχογραφικά αιμοπερικάρδιο μεγέθους 5 cm, που επιβεβαιώνεται και από αξονική τομογραφία. Λαμβάνει ως θεραπεία κολχικίνη και κορτιζόνη από τους θεράποντες καρδιοχειρουργούς. Στην τρίτη προσέλευση, διαπιστώνεται υπερηχογραφικά διαχωρισμός (flap) της αριστερής υποκλειδίου και της ανώνυμης αρτηρίας. Διενεργείται άμεσα αγγειογραφία θωρακικής αορτής, που επιβεβαιώνει τα ευρήματα. Ο ασθενής παραπέμπεται σε τριτοβάθμια δομή, νοσηλεύεται και διαπιστώνεται χρόνιος διαχωρισμός, που δε χρήζει άμεσης παρέμβασης. Γίνονται συστάσεις για στενή παρακολούθηση από τους θεράποντες και επαγρύπνηση του ασθενούς σε περίπτωση εμφάνισης νέας κλινικής εικόνας. Συμπεράσματα: Οι κλινικοί γιατροί οφείλουν να την τοποθετούν τον αορτικό διαχωρισμό πάντα στη διαφορική τους διάγνωση, να έχουν επίγνωση των θανατηφόρων επιπλοκών του και να εξετάζουν τις κατάλληλες επιλογές διάγνωσης και διαχείρισης.

**AA254 | Αγγειοσυσπαστική στηθάγχη με διαλείπουσες διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής - πορεία σε αχαρτογράφητα νερά. Παρουσίαση κλινικού περιστατικού****E. Παπουτσάκη<sup>1</sup>, Γ. Αλετράς<sup>1</sup>, E. Μπαχλιτζανάκη<sup>1</sup>, Δ. Κορέλα<sup>1</sup>,  
Θ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Στρατινάκη<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>,  
E. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, E. Φουκαράκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

**Εισαγωγή:** Αγγειοσυσπαστική στηθάγχη ορίζεται ως η νοσολογική οντότητα στο φάσμα του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου που οφείλεται σε μυοκαρδιακή ισχαιμία ,χωρίς όμως να συνυπάρχει μυοκαρδιακή νέκρωση όπως αυτή διαπιστώνεται από την αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων.Σπάνια επιπλέκεται από σύμπλοκη κοιλιακή αρρυθμογένεση ή διαταραχές αγωγής. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικού περιστατικού με αγγειοσυσπαστική στηθάγχη επιπλεγμένο με δευτέρου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Μέθοδοι -Υλικά: Γυναίκα 56 ετών καπνίστρια με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, υποθυρεοειδισμού και καταθλιπτικής συνδρομής υπό εσिताλοπράμη διεκομίσθη λόγω διαλειπόντων επεισοδίων στηθάγχης διάρκειας λίγων λεπτών ακολουθούμενα από αίσθημα ζάλης και συνοδά προσυγκοπτικά επεισόδια . Από προηγούμενη διερεύνηση σε τακτική βάση με καταγραφέα ρυθμού 24ωρου διαπιστώθηκε διαλείπουσα ανόσπασση του ST με επεισόδια 2ου βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού με αναπαραγωγή της προς διερεύνησης συμπτωματολογίας. Κατά την προσέλευση η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις ή διαταραχές αγωγής από το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ανάδειξη μυοκαρδιακής ενζυμικής κίνησης και εισήχθη στην καρδιολογική κλινική υπό διπλή αντιθρομβωτική αγωγή δεδομένης της πιθανότητας οξέος στεφανιαίου συνδρόμου για συνεχή παρακολούθηση ρυθμού. Αποτελέσματα: Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα, ωστόσο λίγες ώρες αργότερα η ασθενής ανέφερε οπισθοστερνική δυσφορία διάρκειας λίγων λεπτών συνοδευόμενη από διαλείπουσα ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα κατωτέρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και δευτέρου βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Τοποθετήθηκε προσωρινός βηματοδότης με αυτόματη υποχώρηση των ανασπάσεων και ύφεση της συμπτωματολογίας λίγα λεπτά αργότερα. Μεταφέρθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, χωρίς ανάδειξη αθηρωματικής νόσου και με την αγγειοσυσπαστική στηθάγχη ως πιθανότερη διάγνωση έγινε έναρξη διλτιαζέμης και ενδοφλέβιων νιτρωδών, ενώ έγινε και αντικατάσταση της εσिताλοπράμης από υδροξυζίνη. Μετά από εκτενή συζήτηση με την ασθενή και δεδομένου του υψηλού βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού κατά τη διάρκεια των επεισοδίων και της ανάγκης χορήγησης μη διϋδροπυριδινικών αναστολέων διαύλων ασβεστίου αποφασίστηκε η εμφύτευση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη. Η ασθενής εξήλθε ασυμπτωματική, ενώ κατά τον επανέλεγχο ανέφερε βραχεία στηθαγχικά επεισόδια χωρίς προσυγκοπή καθώς και κεφαλαλγία πιθανά οφειλόμενη στα νιτρώδη. Τόσο από το interrogation του βηματοδότη όσο και από τον καταγραφέα ρυθμού 72ωρου αναδείχτηκε ελάχιστη κοιλιακή βηματοδότηση κατά τη διάρκεια των αναφερόμενων στηθαγχικών ενοχλημάτων και έγινε τιτλοποίηση της δόσολογίας της διλτιαζέμης και διακοπή των νιτρωδών. Συμπέρασμα: Πρόκειται για μία περίπτωση ασθενούς με αγγειοσυσπαστική στηθάγχη επιπλεγμένη με διαταραχές της αγωγής, χωρίς όμως να υπάρχουν σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα για τη διαχείρισή της .Η εμφύτευση βηματοδότη αποτελεί μια πιθανή αντιμετώπιση δεδομένου της ανάγκης για λήψη μη-διϋδροπυριδινικών αναστολέων διαύλων ασβεστίου και σε κάθε περίπτωση η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται εξατομικεύμενα και με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.

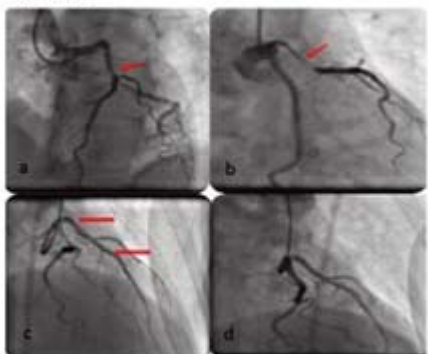
ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024AA255 | **Συμβατική αγγειοπλαστική για την αντιμετώπιση μιας μη συμβατικής νόσου**

**Μ. Αμπελιώτης<sup>1</sup>, Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Ι. Σταυρινούδης<sup>1</sup>, Α. Παρασκευά<sup>1</sup>,  
Δ. Αφενδούλης<sup>1</sup>, Ν. Σμυρνιούδης<sup>1</sup>, Π. Βούτας<sup>1</sup>, Σ. Γαρουφαλής<sup>1</sup>,  
Μ. Βορριά<sup>1</sup>, Σ. Βουγαζιανός<sup>1</sup>, Α. Καρτάλης<sup>1</sup>, Ν. Παπαγιάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Σκοπός του παρόντος περιστατικού είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας κλινικής οντότητας, του αυτόματου διαχωρισμού των στεφανιαίων αγγείων, που μπορεί να οδηγήσει σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Περιγράφουμε την περίπτωση μιας νεαρής γυναίκας που μετά από έντονη σωματική άσκηση παρουσίασε οξύ πρόσθιο έμφραγμα, απότοκο οξέος διαχωρισμού του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LAD). Υλικό και Μέθοδος : Ασθενής 36 ετών, θήλυ, καπνίστρια, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω οξέος οπισθοστερνικού άλγους από ώρας. Αναφέρει έντονη φυσική δραστηριότητα προ ημέρας. Κατά την προσέλευσή της στο ΤΕΠ εμφάνισε κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία και απινιδώθηκε επιτυχώς. Ακολουθώντας το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εικόνα υπεροξέος προσθίου εμφράγματος, με υπερηχογραφική εικόνα σοβαρά επηρεασμένης συστολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας και ακινησίας του προσθίου τοιχώματος. Οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με εμμονή του άλγους και αιμοδυναμικά ασταθής. Αποτελέσματα : Κατά το στεφανιογραφικό έλεγχο αναδείχθηκε επιμήκης ομαλή στένωση του LAD εγγύς έως την έκφυση του πρώτου διαγώνιου κλάδου (D1) (εικόνα 1a και 1b). Δεν υπήρξε ανταπόκριση στην ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρωδών και δεν αναδείχθηκαν στενώσεις στα υπόλοιπα αγγεία, στοιχεία που συνηγορούν υπέρ τύπου II οξέος διαχωρισμού του αγγείου. Έγινε απευθείας έκπτυξη ενός 3,5x12 DES από το στόμιο του LAD ως το στόμιο του D1, με άμεση βελτίωση της κλινικής και ΗΚΓκής εικόνας της ασθενούς (εικόνα 1c και 1d). Την επομένη, λόγω υποτροπής του θωρακικού άλγους και των ανασπάσεων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, οδηγήθηκε εκ νέου στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Αναδείχθηκε εκτεταμένη θολερότητα εντός του εμφυτευθέντος stent, υποδεικνύοντας οξεία θρόμβωση αυτού ή επέκταση του αιματώματος του διαχωρισμού (εικόνα 2a κόκκινο βέλος) καθώς και νέο ή υπολειπόμενο ιστίο διαχωρισμού στο εγγύς άκρο του stent (εικόνα 2a μπλε βέλος). Έγιναν διαδοχικές διαστολές με μη διατατό μπαλόνι (3,5x12) σε όλο το μήκος του stent, με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα (εικόνα 2b). Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Στην πε-

Εικόνα 1



γειογραφικό αποτέλεσμα (εικόνα 2b). Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Στην πε-

Εικόνα 2



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

ρίπτωσης όμως που υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια ή ενεργός μη ελεγχόμενη ισχαιμία τότε η αγγειοπλαστική είναι μία επιλογή όπως στην ασθενή μας. Δύο χρόνια μετά η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, με τις στρες δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβληθεί να είναι αρνητικές για μυοκαρδιακή ισχαιμία.

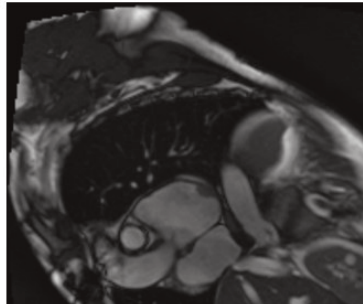
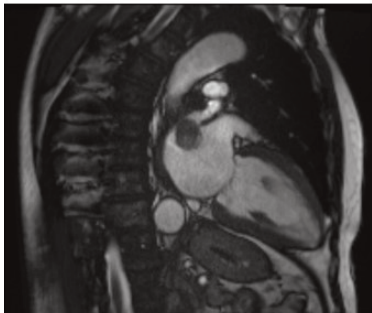
**AA256 | ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΝΕΑΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ**

**Γ. Παπάζογλου<sup>1</sup>, Α. Ανδρέαδου<sup>2</sup>, Π. Λάμπρου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΟΥΣΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

<sup>2</sup> ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Τα πρωτοπαθή σαρκώματα της καρδιάς αποτελούν 1 σπάνια οντότητα, ωστόσο αποτελούν τον δεύτερο πιο συχνό τύπο νεοπλασιών στην καρδιά. Αποτελούν το 95% των κακόηθων καρδιακών όγκων και εμφανίζονται με διαφορετική ιστολογία. Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος είναι το αγγειοσάρκωμα και ακολουθεί το ραβδομυοσάρκωμα, το μεσοθηλίωμα και το ινοσάρκωμα. Το λειομυοσάρκωμα αντιστοιχεί σε 0,019% των κακόηθων καρδιακών νεοπλασμάτων σε νεκροτομικές μελέτες. Η μαγνητική καρδιάς αποτελεί την «χρυσή» μέθοδο εκλογής για την διάγνωση. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την χειρουργική εκτομή σε συνδυασμό με την χημειοθεραπεία και την ραδιοθεραπεία, όμως η πρόγνωση παραμένει φτωχή. Η επανεμφάνιση του όγκου τοπικά και η δημιουργία μεταστάσεων του πρωτοπαθούς λειομυοσάρκωματος είναι υπαρκτή. Σκοπός: Η περιγραφή ασθενούς άντρα 75 ετών που εμφάνισε πρωτοπαθές λειομυοσάρκωμα καρδιάς που εξορμάται από το οπίσθιοπλάγιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου και διαπερνά την μιτροειδή βαλβίδα κατά την φάση της διαστολής στο μεγαλύτερο της τμήμα, το οποίο αντιμετωπίστηκε με χειρουργική εκτομή. Σε λιγότερο από 8 μήνες παρουσίασε νέα εντόπιση στον αριστερό κόλπο, στο ύψος της αριστεράς άνω και σύστοιχης κάτω πνευμονικής φλέβας που αποδίδεται σε υποτροπή του αρχικού εξαιρεθέντος όγκου. Επίσης πλησίον και έμπροσθεν του σχηματισμού αυτού παρουσίασε και δεύτερο παρόμοιο σχηματισμό πιο υπερηχογενές, σε επαφή με το τοίχωμα του αριστερού κόλπου της



τάξης ολίγων χιλιοστών. Υλικό-Μέθοδοι: άντρας 75 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου διαγνώσθηκε με μύξωμα αριστερού κόλπου σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη λόγω συμπτωματολογίας δύο



ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024 / SATURDAY, NOVEMBER 2<sup>nd</sup> 2024

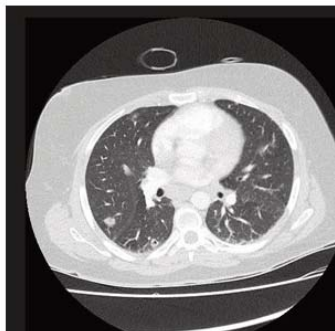
σπνοιας στην κόπωση. Διενεργήθηκε βιοψία που ανέδειξε πλειόμορφο λειομυο- σάρκωμα, το οποίο αντιμετωπίστηκε με χειρουργική εκτομή. Ο ασθενής 8 μήνες μετά παρουσίασε υποτροπή με την εμφάνιση 2 νέων σχηματισμών στον αριστερό κόλπο και έναρξη συνδυαστικής θεραπείας με χημειοθεραπευτικά φάρμακα, γεμισταβίνη και δοσηταξέλη.

**AA257 | Κρυπτογενής ενδοκαρδίτιδα τριγλώχινας σε non-IVDU ασθενή νοσηλεύομένη για λοίμωξη αναπνευστικού που επεπλάκη με σύνδρομο PRES**

**Π. Χρονόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Παπασταύρου<sup>1</sup>, Κ. Τρίγκα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής 43 ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου έως 39οC απο ημερών με συμπτωματολογία λοίμωξης αναπνευστικού. Αναφέρεται ψυχιατρικό ιστορικό κατάθλιψης χωρίς να αναφέρεται ή διαπιστώνεται ενδοφλέβια χρήση ουσιών. Η ασθενής λόγω επηρεασμένης γενικής κατάστασης εισάγεται στην Παθολογική κλινική. Αποστέλλεται εργαστηριακός έλεγχος όπου αναδεικνύεται μικροβιαμία από *S.aureus* και εικόνα σε CT θώρακος με πολλαπλές οζώδεις βλάβες, οι περισσότερες με αρχόμενη κοιλοποίηση που αναγνωρίζονται διάσπαρτα στους πνεύμονες με την δ/δ να περιλαμβάνει τα σπηττικά έμβολα, ειδικές λοιμώξεις ή και β'εναποθέσεις. Κατόπιν των ανωτέρω η ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Υπερήχων Καρδιάς προς διερεύνηση με υπερηχοκαρδιογραφία. Αναδείχθηκε στην διαθωρακική και πιο χαρακτηριστικά στην διοσοφάνγιο μελέτη ενδοκαρδίτιδα τριγλώχινας με ευμεγέθη εκβλάστηση στην πρόσθια γλωχίνα της τριγλώχινας και μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας. Εδόθη σύσταση για συντηρητική αντιμετώπιση με εντατική αντισταφυλοκοκκική αντιβιοτική αγωγή. Στην κλινική πορεία της ασθενούς παρουσίασε επεισόδια επιληπτικών κρίσεων όπου διερευνήθηκε με εκ νέου υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο χωρίς ανάδειξη ενδοκαρδίτιδας των αριστερών κοιλοτήτων και μαγνητική εγκεφάλου όπου ανέδειξε εκτεταμένες περιοχές παθολογικού σήματος σε T2/FLAIR ακολουθίες αναγνωρίζονται σε αμφότερα τα εγκεφαλικά και παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια, εκτενέστερες κυρίως μετωποβρεγματοϊνιακά. Τα ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με σύνδρομο PRES. Σταδιακά βελτιώθηκε η κλινική κατάσταση της ασθενούς ενώ έλαβε αντιβιοτική αγωγή 4 εβδομάδων. Στον επανέλεγχο τα ευρήματα της μαγνητικής εγκεφάλου βρίσκονται σε αποδρομή ενώ σταθερά είναι και τα υπερηχογραφικά ευρήματα με



μείωση των διαστάσεων της εκβλάστησης και μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας και ήπια διάταση των δεξιών κοιλοτήτων.

