



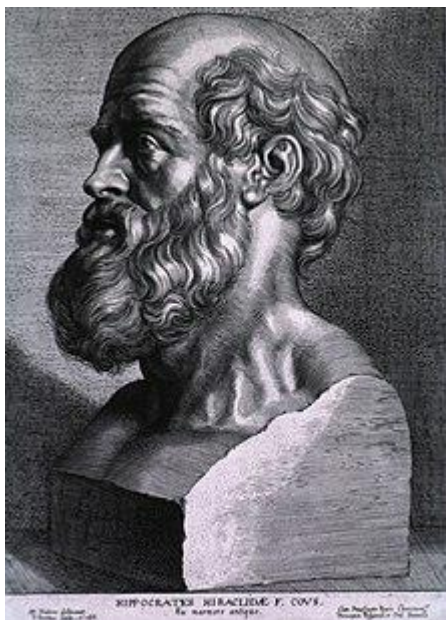
*Παλιοκαστρίτσα Κέρκυρα. Εδώ “έριξαν” τα κύματα τον Οδυσσέα και τον βρήκε η πριγκίπισσα Ναυσικά που τον έστειλε στην Ιθάκη.*

Συνάδελφοι/σες,

Καθυστερημένα πληροφορηθήκαμε την απώλεια ενός εκλεκτού, συναδέλφου και μεγάλου δάσκαλου. του Νίκου Παπάζογλου. Ας είναι ελαφρό το χώμα που τον σκεπάζει. Η μεγάλη του παρακαταθήκη είναι η ενθύμηση των μαθητών του της εκπαιδευτικής του δεινότητας.

Η τηλε-δημοσιογραφική αγυρτεία (με ελάχιστες εξαιρέσεις) στο θέμα της νεαρής με το βιτριόλι έκανε τον Πουαρώ και την Αγκάθα Κρίστι να μοιάζουν γατάκια. Επισκέπτονται λένε το χώρο της πολυκατοικίας σαν αξιοθέατο (ω τι κόσμος, Μπαμπά!). Ούτε τα μεγαθήρια της δικηγορίας με εξέπληξαν (κύλησε ο τέντζερης και βρήκε το καπάκι). Θα ασχοληθώ όμως με το θέμα από Ιατρικής πλευράς. Σε καμία περίπτωση δεν ψέγω την Δ/ντρια της Πλαστικής Χειρουργικής του Θριασίου που πήρε “σβάρνα» τα κανάλια και εξηγούσε τις επεμβάσεις και την κατάσταση της

34χρονης. Σοφά έπραξε και έκανε γνωστή την κλινική της στο πανελλήνιο (παλεύονται τα “ιερά τέρατα” του ιδιωτικού τομέα). Οι περισσότεροι από μας και ειδικά στην περιφέρεια προσδοκού(σα)με να νοσηλεύσουμε κάποιον επώνυμο. Λίγα λεπτά δημοσιότητα αλλά και προβολή του έργου μας. Αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας στους συντοπίτες μας και γινόμαστε αναγνωρίσιμοι. Αν δε τύχει και είναι υπουργός μέχρι νόμο μπορεί να φτιάξει ή να αλλάξει (δέστε παρακάτω). Μη ξεχνάμε τον αείμνηστο Ακαδημαϊκό Γρ. Σκαλκέα που ως εκπρόσωπος τύπου στη νοσηλεία του Ανδ. Παπανδρέου τον γνώρισε όλη η Ελλάδα. Το ερώτημα όμως για το οποίο δεν έχω απάντηση είναι πόσο μακριά μπορεί να φτάσει η εμπορευσιμότητα (όχι απαραίτητα οικονομική) νοσηλείας κάθε ασθενούς. Καλό είναι να θυμόμαστε τον όρκο του Ιπποκράτη που έχουμε δώσει.



***Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά.***

Με την κορονολαγνεία θέλω να ξέρω τι αισθάνεσθε όταν ακούτε συναδέλφους (όχι λοιμωξιολόγους) να δίνουν οδηγίες για τη χρήση των κλιματιστικών (air condition).

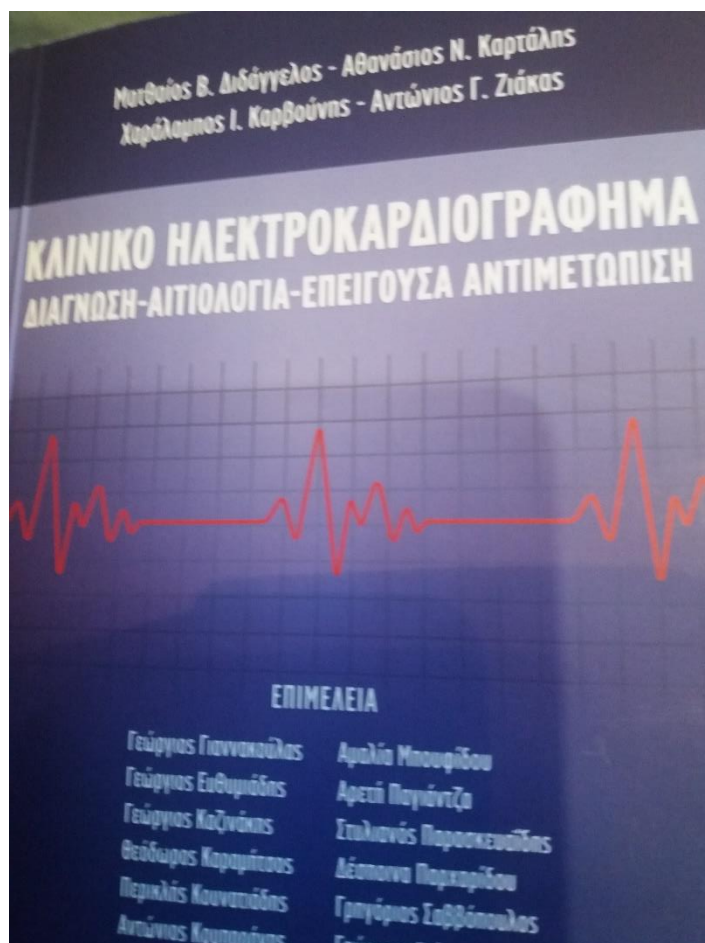
## **ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΚΕ**

Αφορά Πανεπιστημιακούς αλλά απλά να ξαναδιαπιστώσετε πόσο σοβαρό κράτος έχουμε και με τι σοβαρά θέματα ασχολείται. Ο παρακάτω

νόμος έτσι ήταν, τον άλλαξε ο ΣΥΡΙΖΑ (το 2019 με φωτογραφική ρύθμιση) και ήρθαν οι νέοι μπεζεβέγκηδες και τον ξανά-άλλαξαν. **Άρθρο 117 Διευθυντής Κλινικής:** «Απαγορεύεται η υποψηφιότητα προσώπων που αποχωρούν λόγω συμπλήρωσης του ανώτατου ορίου ηλικίας κατά τη διάρκεια της θητείας της προκηρυσσόμενης θέσης. Με απλά λόγια όσοι καθηγητές επιθυμούν να θέσουν υποψηφιότητα για Διευθυντές κλινικής πρέπει να έχουν τουλάχιστον μια ζετία μπροστά τους μέχρι τη συνταξιοδότηση (μένει να δούμε αν και τώρα είναι φωτογραφική).

Απίστευτο ρεκόρ: 5.500 video views και 30.000 θεάσεις του post στο facebook έγραψε την πρώτη ημέρα το διαδικτυακό για το κοινό webinar για τον κοροναϊό που έκανε από τα Γιάννενα ο τ. Πρόεδρος της ΕΚΕ Στ. Φούσας. Θα το ξαναπούμε «Ο Στέφανος δεν Παίζεται!» και όσο να πασχίζει η κα Παγώνη με τον Γ. Αυτιά θα “τρώει” σκόνη».

Ένα πολύ ενδιαφέρον βιβλίο για το κλινικό ΗΚΓ (εκδόσεις Κυριακίδη) μας έρχεται από την Α' Καρδιολογική του Αριστοτελείου. Κύριος συγγραφέας, ένας πολλά υποσχόμενος νέος συνάδελφος, ο Μ. Διδάγγελος.



Στη διδασκαλία του ΗΚΓ έχουν διακριθεί οι Κ. Μάλιος, Ν. Κολιόπουλος, Π. Τούτουζας, Παπαζάχος, Δ. Χατσέρας και τα πρώτα βιβλία που γαλούχησαν γενεές ήταν των H. Marriot, Goldberger, Swanton.

### **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ fast track**

*Με επιμέλεια του Κ. Ζέκιου καρδιολόγου σας αναλύουμε συνοπτικά το θέμα **ICD σε παιδιά με HCM**. Miron et al.; Predicting Sudden Death in Childhood HCM Circulation 2020 on line*

Όπως προαναφέραμε οι οδηγίες της ESC δεν ισχύουν για < 16 ετών. Η HCM διαγιγνώσκεται αρκετές φορές στην παιδική ηλικία με αρκετά ψηλό συνολικό 5ετή κίνδυνο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (SCD (9,1%, σημαντικά υψηλότερο από τους ενήλικες), αλλά δεν υπάρχει ακόμα κάποιο μοντέλο που να σταδιοποιεί τους 'μικρούς' μας ασθενείς με HCM. Μάλιστα, η απόφαση του κλινικού ιατρού γίνεται ακόμα πιο δύσκολη καθώς έχει φανεί ότι οι επιπλοκές από πιθανή εμφύτευση απινιδωτή (ιδιαίτερα επικαρδιακού) είναι πιο συχνές στα παιδιά καθώς και οι ψυχολογικές προεκτάσεις στον ευαίσθητο ψυχισμό τους.

Μια σοβαρή πρώτη προσπάθεια δημιουργίας ενός μοντέλου σταδιοποίησης κινδύνου για παιδιά με HCM έγινε στις ΗΠΑ όπου παρουσιάστηκε μια πολυκεντρική, αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε παιδιατρικούς ασθενείς με διεγνωσμένη HCM (PRIMaCY model).

Τα κριτήρια ένταξης ήταν 1) κλινική διάγνωση HCM, 2) πάχος κατωτεροπλαγίου τοιχώματος (LVPW) ή μεσοκοιλιακού διαφράγματος με z score >2, 3) ηλικία <18 έτη, 4) απουσία επεισοδίου SCD προ της διάγνωσης και 5) τουλάχιστον παρακολούθηση μετά τη διάγνωση.

Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο χρόνος από τη διάγνωση μέχρι πιθανό επεισόδιο SCD σε βάθος 5ετίας. Παρουσίασε καλή συσχέτιση μεταξύ προβλεπόμενου και παρατηρούμενου SCD event με

overall c-statistic 0,762. Βάσει της PRIMaCY το συνολικό ποσοστό SCD events υπολογίστηκε σε 2,8% των διεγνωσμένων ασθενών στο πρώτο χρόνο παρακολούθησης, 9,1% στο πενταετές και 15% στο δεκαετές, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για θάνατο από άλλα αίτια ήταν πολύ χαμηλότερα. Οι παράμετροι που μελέτησε είναι οι ακόλουθοι:

- 1) **Ηλικία διάγνωσης**- Φάνηκε ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία διάγνωσης κατά την παιδική ηλικία (από τα 5 έτη και μετά) τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος SCD (c-statistic 0,75). Η εμφάνιση HCM σε παιδιά <5 ετών παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο SCD απ' ότι αργότερα στην παιδική ηλικία (ωστόσο η διάγνωση σε μικρότερη ηλικία συσχετιζόταν με υψηλότερα ποσοστά non SCD death και μεταμοσχεύσεων με τα περισσότερα να συμβαίνουν εντός 1 έτους από τη διάγνωση).
- 2) **Οικογενειακό ιστορικό SCD**- Έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ θετικού οικογενειακού ιστορικού και αυξημένου κινδύνου SCD (ίσως η συγκεκριμένη δήλωση να είναι biased καθώς νεαροί ενήλικες συγγενείς με HCM να μην έχουν εμφανίσει ακόμα μείζον αρρυθμολογικό συμβάν και εν δευτέροις λόγω της σποραδικής εμφάνισης HCM στα παιδιά).
- 3) **Ιστορικό ανεξήγητης συγκοπής** εντός 6 μηνών από τη διάγνωση- αυξάνει τον κίνδυνο SCD 7,4 φορές (HR (95% CI)=7.40)
- 4) **Τεκμηριωμένη NSVT** (>3 συστολές, >120 bpm)-αυξάνει τον κίνδυνο SCD 2,8 φορές (HR ((95%CI) =2.87)
- 5) **Πάχος ΜΚΔ** και κατωτεροπλαγίου τοιχώματος βάσει z score>2- παρόλο που αποδείχτηκε γραμμική συσχέτιση (linear relationship) μεταξύ πάχους τοιχώματος και SCD risk, ο κίνδυνος αυτός έφτανε σε ένα plateau σε πολύ μεγάλο πάχος τοιχώματος. Αυτό δείχνει ότι



δεν υπάρχει ξεκάθαρο z-score threshold που να αποτελεί ανεξάρτητο δείκτη SCD.

- 6) **Διάμετρος αριστερού κόλπου**-συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο SCD στα 5 έτη.
- 7) **Peak LVOT gradient**-δεν σχετίζεται με αύξηση των SCD events μέχρι τα 100mmHg. Μάλιστα, σε peak gradients 100-120 mmHg παρουσιάζεται μείωση του κινδύνου SCD κατά 10 % .

Στην μελέτη δεν συμπεριελήφθησαν στοιχεία από νεότερες τεχνικές απεικόνισης, όπως LGE με MRI καρδιάς.

**Συμπερασματικά:** Πρόκειται για ένα πολλά υποσχόμενο μοντέλο με αποδεκτή θετική προγνωστική αξία, ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η παιδική και εφηβική ηλικία αποτελούν μια δυναμική διαδικασία όσον αφορά την ανάπτυξη του μυοκαρδίου και την φαινοτυπική έκφραση της νόσου. Χρειάζονται πιθανώς αλλαγές έτσι ώστε το μοντέλο να είναι συνακόλουθο των φαινοτυπικών αλλαγών της HCM και να αποκτήσει μεγαλύτερη θετική προγνωστική αξία. Στην υπάρχουσα μορφή μπορεί να αποτελέσει ένα βοηθητικό εργαλείο στην απόφαση για ορθή εμφύτευση ICD.

### Ακολουθούν δύο Quiz

**Which one of the following diagnoses is most likely in a 70-year-old man who reports progressive dyspnea on exertion for 2 weeks and whose ECG reveals deep, symmetric T-wave inversions in leads V2 and V3 with a flat ST segment?**

- Acute pericarditis
- Pulmonary embolism
- Unstable angina
- Aortic dissection
  
- In a person with symptoms consistent with myocardial ischemia, ECG evidence of deep, symmetric T-wave inversions in leads V2 and V3, accompanied by a flat ST segment, is suggestive of a critical stenosis of the proximal left anterior descending coronary artery (Wellens syndrome.) The ECG evidence is **indicative of unstable**

**angina** with high-risk coronary artery disease. Prompt evaluation, including coronary angiography, and treatment are warranted.

- This patient's presentation and ECG evidence do not suggest **acute pericarditis** as the cause of his dyspnea. The ECG evidence does not include the diffuse changes commonly seen in patients with acute pericarditis, namely ST-segment elevation in all leads except aVR, which shows ST-segment depression. Early in the course, the PR segment may appear depressed.
- In patients with **pulmonary embolism**, an ECG is most helpful when there is no history of cardiac or pulmonary disease, as the ECG findings are often nonspecific. Although massive acute pulmonary embolism may be associated with negative T waves in the precordial leads in an anterior epicardial ischemic pattern, clinically this patient's symptoms are more consistent with unstable angina.
- This patient's presentation does not suggest **aortic dissection**. Most patients with aortic dissection present with chest pain, and some have syncope.

**Which one of the following approaches to thromboembolism prophylaxis is most appropriate for a 30-year-old man who has newly diagnosed Graves disease complicated by atrial fibrillation (AF) and a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score of 0?**

- No additional medication is necessary
- Warfarin, with a target international normalized ratio of 2.0 to 3.0
- Ticagrelor 90 mg twice daily
- Aspirin 81 mg daily
- Low-molecular-weight heparin

No anticoagulation therapy is necessary in a patient who has AF associated with hyperthyroidism and no other thromboembolic risk factors.

Evidence suggests that embolic risk in patients with thyrotoxicosis and AF is not necessarily increased independent of other stroke risk factors. The 2014 ACC/AHA guideline recommends anticoagulation for such patients only if it is otherwise indicated according to CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk factors. This patient has a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score of 0 (i.e., low risk of thromboembolic events). For men with a score of 0 or women with a score

of 1, no antithrombotic therapy is recommended. Anticoagulation can be considered selectively for men with a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score of 1 and women with a score of 2 — and **is recommended for all men with a score  $\geq 2$  and women with a score  $\geq 3$ .**

**DOACs are the preferred agents**, although warfarin is recommended in patients with moderate-to-severe mitral stenosis or a mechanical heart valve. **Aspirin** is no longer recommended for prevention of thromboembolic events in patients with AF. **LMWH** is appropriate for patients with new-onset AF who have a thromboembolic event or a thrombus demonstrated on an echo; it is not recommended for AF in patients with a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score of 0. **Ticagrelor** is not the treatment of choice to prevent thromboembolism in patients with AF, especially those with a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score of 0.



Σίφνος

**Ιωάννης Γουδέβενος**  
Καθηγητής Καρδιολογίας  
Πρόεδρος ΕΚΕ