

Συνάδελφοι-σες,



Πέρσι το καλοκαίρι κλιμάκιο της ΕΚΕ επισκέφτηκε το Καστελόριζο και εξέτασε για 2 ημέρες σχεδόν όλους τους κατοίκους με τη βοήθεια της εκεί μόνιμης συναδέλφου Μαρίας Σπυρίδων (συνάδελφοι που φυλάνε πραγματικές Θερμοπύλες).

Παρ' ότι η ΕΚΕ είναι καθαρά επιστημονική εταιρεία δεν παύει να ασχολείται και με τα επαγγελματικά του κλάδου. Έτσι επέτυχε αυξήσεις των τιμών στα καρδιολογικά απογευματινά ιατρεία. Σας

θυμίζω ότι από την εποχή προεδρίας του Αποστ. Ζαχαρούλη που επέτυχε εξαιρετικές τιμές κοστολόγησης των υπερήχων έχουμε να πετύχουμε διορθωτική τιμή. Επίσης διορθώθηκε η αδικία ώστε να μπορούν να δίνουν εξετάσεις οι συνάδελφοι που συμπληρώνουν την εκπαίδευση στα stress echo. Δεν μπορώ να αποφύγω τον πειρασμό και να μη προσθέσω το «κατόπιν ενεργειών του Γ. Κοχιαδάκη».

Ο καθηγητής Ενδοκρινολογίας της Ιατρικής Σχολής Πατρών Μάρκος έγινε γνωστός στο Πανελλήνιο από τα πρόσφατα ...γαλλικά του και τις επεξηγηματικές χειρονομίες στη Βουλή. Πρόκειται για τον πρώην πρόεδρο του ΚΕΣΥ με τον οποίο συνδιαλέγονταν οι επιστημονικές εταιρείες για το πρόγραμμα των Συνεδρίων. Τρέχα γύρευε δηλαδή.

## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

### **Η Επιρροή της Διάρκειας της Αντιβίωσης στα Αποτελέσματα της Χειρουργικής Καλλιέργειας της Βαλβίδας στην Λοιμώδη Ενδοκαρδίτιδα**

Επιμέλεια: Γρηγόρης Παττακός, [www.pattakos.com](http://www.pattakos.com)

*Gisler V, Dürr S, Irincheeva I, et al. Duration of Pre-Operative Antibiotic Treatment and Culture Results in Patients With Infective Endocarditis. J Am Coll Cardiol. 2020 ;76:31-40.*

Η χρονίως αναπάντητη ερώτηση στην λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα αφορά την καταλληλότερη χρονική περίοδο για χειρουργική παρέμβαση. Να χειρουργήσουμε άμεσα ή να αφήσουμε περισσότερο χρόνο να περάσει (και μέρες αντιβίωσης) για να αποστειρωθεί η βαλβίδα; Το ερώτημα αυτό έρχονται να απαντήσουν οι Gisler et al (μεταξύ τους και ο διεθνούς φήμης καρδιοχειρουργός T. Carrel από την Ελβετία). Οι συγγραφείς ανέλυσαν αναδρομικά τους παράγοντες που σχετίζονται με θετικές χειρουργικές καλλιέργειες μιας και έχει βρεθεί ότι οι θετικές χειρουργικές καλλιέργειες έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας.

#### **Ασθενείς:**

231 ασθενείς με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα που χρειάστηκαν επέμβαση από το 2005 έως το 2016. Από αυτούς οι 58 ασθενείς (25%) είχαν θετικές χειρουργικές καλλιέργειες της βαλβίδας και οι 173 (75%) είχαν αρνητικές. Μέσος όρος ηλικίας 62 ετών, 81%

άνδρες, 34% των περιπτώσεων ήταν σε προσθετική βαλβίδα, 29% των ασθενών είχε ενδοκαρδίτιδα και δεύτερης βαλβίδας και στο 42% των ασθενών η λοίμωξη ήταν από σταφυλόκοκκο.

#### **Αποτελέσματα:**

Η θνητότητα ήταν 5%. Ασθενείς με σταφυλόκοκκο ή εντερόκοκκο είχαν αυξημένο κίνδυνο να έχουν θετικές χειρουργικές καλλιέργειες σε αντίθεση με ασθενείς που είχαν στρεπτόκοκκο ή άλλο μικρόβιο. Ασθενείς που είχαν θετικές χειρουργικές καλλιέργειες είχαν χαμηλότερο διάμεσο χρόνο αγωγής με αντιβίωση (6 ημέρες) έναντι αυτών που είχαν αρνητικές χειρουργικές καλλιέργειες (15 μέρες αντιβίωσης). Η παρουσία ξένου σώματος (προσθετική βαλβίδα ή βαλβιδοφόρο μόσχευμα) δεν σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θετικής καλλιέργειας στο χειρουργείο. Η μεγαλύτερη μείωση για πιθανότητα θετικής χειρουργικής καλλιέργειας έρχεται με τις πρώτες 7 μέρες αντιβίωσης. Όταν ολοκληρώνεται η δεύτερη εβδομάδα αντιβίωσης υπάρχει μια μικρή περαιτέρω μείωση κινδύνου αλλά πέραν των 21 ημερών δεν υπάρχει καμία διαφορά.

#### **Συμπεράσματα:**

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την απόφαση για τον καταλληλότερο χρόνο επέμβασης στην λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα. Η μελέτη αυτή έρχεται να ενισχύσει την νέα τάση που θέλει σχετικά άμεσο χειρουργείο μετά από περίπου μία εβδομάδα αντιβίωσης. Επίσης ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι δεν υπήρχε αυξημένος κίνδυνος θετικής καλλιέργειας στο χειρουργείο για ασθενείς που είχαν ενδοκαρδίτιδα προσθετικής βαλβίδας.

Infecting organism

Fungus

Enterococcus (vancomycin-resistant)

Staphylococcus

Multidrug resistant Gram-negative bacilli

Size and mobility of vegetation

>10 mm

Enlarging on antibiotics

Anterior leaflet mitral valve

Paravalvular infection

Heart block

Annular/periaortic abscess

Recurrent embolism

Severe valve regurgitation

Heart failure

Παράγοντες που ευνοούν το πρώιμο χειρουργείο στη ΛΕ. Γενικά η κλινική πρακτική έχει μετακινηθεί στην πρώιμη χειρουργική επέμβαση.

### Τα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου

*Knypl Kr. The abdominal aortic artery aneurysm and cardiovascular risk factors. E-Journal of Cardiology Practice, Vol. 18, N° 28 - 22 Jul 2020*

**Corneli M.** Which patients should we screen to detect an aneurysm of the abdominal aorta? Vol. 18, N° 29 - 29 Jul 2020

**Επιμέλεια: Κ. Μπέρμπης, καρδιολόγος**

Ως ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (abdominal aortic aneurysm, AAA) ορίζεται η διάταση του αυλού της αορτής πάνω από 3 cm ή περισσότερο από 50% του φυσιολογικού της αυλού. Επισυμβαίνουν συνήθως μετά την 6η δεκαετία της ζωής και είναι πιο συχνά στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τα AAAs συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα πριν την εκδήλωση μιας δραματικής επιπλοκής που είναι η ρήξη. Ο κίνδυνος για ρήξη σχετίζεται με τη διάμετρο, αυξάνεται όμως σημαντικά όταν ξεπεράσει σε διάμετρο τα 5.0 cm. Η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου.

Τα AAA είναι μια πολυπαραγοντική αγγειακή νόσος με υψηλή θνητότητα (υπολογίζεται ότι προκαλεί 200.000 θανάτους ετησίως) που σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας και είναι πιο συχνή στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ο επιπολασμός έχει υπολογισθεί σε 4.8%.

Η αορτή είναι μια ελαστικού τύπου αρτηρία, που αποτελείται από 3 στρώματα-χιτώνες (εσωτερικός, μέσος και εξωτερικός). Ο μέσος χιτώνας της αορτής, ο οποίος είναι και ο πιο παχύς, αποτελείται από ελαστικές ίνες και λεία μυϊκά κύτταρα. Υπάρχουν περισσότερες στρώσεις ελαστικών ινών στη θωρακική αορτή και ο αριθμός τους μειώνεται στην κοιλιακή αορτή. Το αορτικό τοίχωμα σε ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται από πάχυνση, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και μείωση στις ελαστικές ίνες. Αυτές οι αλλαγές προκαλούν διάταση του αορτικού αυλού και μπορούν να προάγουν τη δημιουργία ανευρυσμάτων.

Επιπλέον του μεγέθους που αποτελεί προγνωστικό δείκτη ρήξης, άλλες παράμετροι είναι η κατανομή της διατοχωματικής τάσης, ο βαθμός ασυμμετρίας, η παρουσία ενδοτοιχωματικών θρόμβων και ο ρυθμός αύξησης.

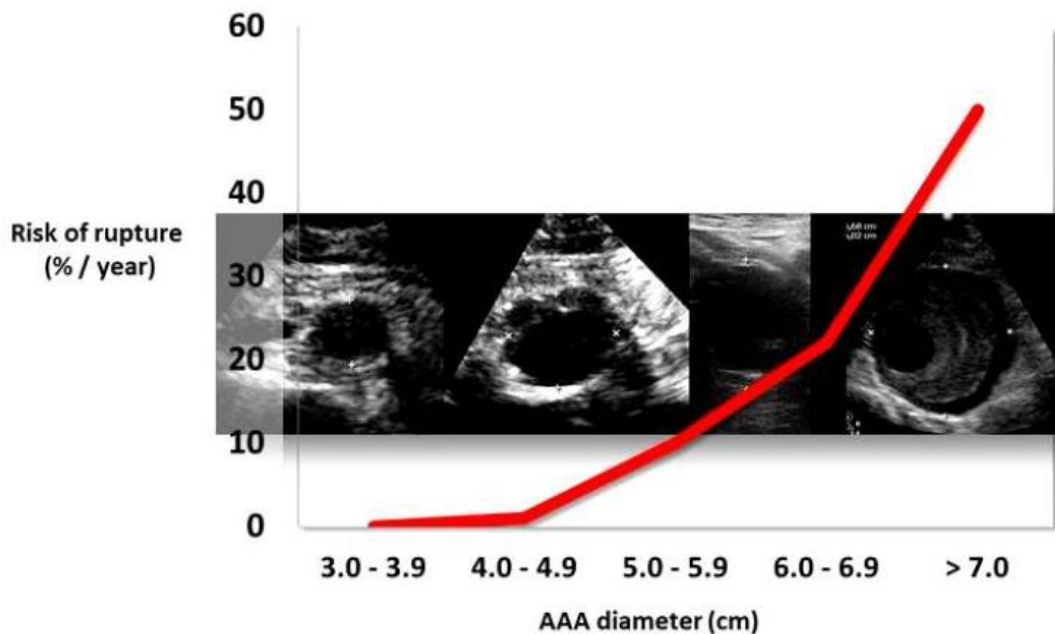
Τα AAAs ανευρίσκονται συνήθως κάτω από τις νεφρικές αρτηρίες και πριν το διχασμό της αορτής.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των AAAs είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, το άρρεν φύλο, η αθηρωμάτωση, η δυσλιπιδαιμία, το οικογενειακό ιστορικό και η γενετική προδιάθεση.

Σε μια cross-sectional μελέτη του 2020 (1.5 εκ γυναίκες και 0.8 εκ άνδρες) φάνηκε ότι σε γυναίκες <75 ετών ο κίνδυνος εμφάνισης AAA είναι αρκετά υψηλότερος σε σχέση με ότι έδειξαν προηγούμενες μελέτες. Οι ενεργοί καπνιστές εμφανίζουν πολύ υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης AAA (15 φορές υψηλότερο κίνδυνο οι γυναίκες καπνίστριες, 7 φορές υψηλότερο κίνδυνο οι άνδρες καπνιστές). Κάθε επιπλέον 4.0 kg/m<sup>2</sup> υψηλότερος δείκτης μάζας σώματος (BMI) σχετίζεται με ένα 14% επιπλέον κίνδυνο εμφάνισης AAA τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Κάθε 12.9 mmHg υψηλότερη συστολική ΑΠ σχετίζεται με ένα 22% υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης AAA και ιδίως μεταξύ ανδρών.



Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει τη σημασία του καπνίσματος στην εμφάνιση, ανάπτυξη και τέλος στη ρήξη των AAAs. Συνδέονται άμεσα με τα pack years καπνίσματος, ενώ ο κίνδυνος μειώνεται όσο αυξάνονται τα έτη από την διακοπή του καπνίσματος. Οι παράγοντες κινδύνου για την ρήξη ενός AAA είναι το θήλυ φύλο, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, το ενεργό κάπνισμα ή κάπνισμα στο παρελθόν, μειωμένη βεβιασμένη εκπνοή (FEV1) και η ανευρυσματική διάταση πάνω από 5.0 cm.



Aneurysm Size	1-yr Incidence of Rupture
	%
<5.5 cm	≤1.0
5.5–5.9 cm	9.4
6.0–6.9 cm	10.2
≥7.0 cm	32.5

Βιοδείκτες όπως τα λευκά αιμοσφαίρια, τα D-Dimers, η Troponin, το BNP, η CRP έχουν θέση στην αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης των AAAs. Οι βιοδείκτες αυτοί αποτελούν ένα πρώιμο σημείο ανάπτυξης φλεγμονής και οξειδωτικού stress. Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία του αγγειακού τοιχώματος και μπορούν να επάγουν την ανάπτυξη μελλοντικών AAAs.

Τα AAA συνήθως είναι ασυμπτωματικά με πρώτη εκδήλωση τη ρήξη (60-80% των ασθενών πεθαίνουν πριν φτάσουν σε νοσοκομείο) και από αυτούς που φτάνουν το 50-70% επιβιώνει.

Τα AAAs ανευρίσκονται συνήθως ως μια σφύζουσα μάζα στην κλινική εξέταση ή ως τυχαίο εύρημα σε υπηρηχογραφικό έλεγχο, CT ή MRI που διενεργήθηκαν για άλλους λόγους. Η πλειονότητα των AAAs παραμένουν ασυμπτωματικά και διαγιγνώσκονται τυχαία, για το λόγο αυτό η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι ιδιαίτερης σημασίας στην διάγνωση τους.

Τα πρώτα προγράμματα ελέγχου συμπεριέλαβαν μεγαλύτερης ηλικίας άνδρες, καπνιστές με υπέρταση. Στα επόμενα χρόνια, διενεργήθηκαν προγράμματα screening για ηλικιωμένες γυναίκες. Ο επιπολασμός των AAAs ανάμεσα σε άρρενες στα screening κυμαίνεται από 4.0% έως 7.6% και τα περισσότερα ανευρύσματα που ανιχνεύθηκαν ήταν μικρά ( $\leq 4$  to 4.5 cm). Μόνο 0.3% έως 0.6% των ασθενών είχαν AAAs 5.5 cm ή και περισσότερο.

Οι μελέτες Viborg και Western Australia ανέλυσαν τη θνητότητα σε άνδρες ανάλογα με την ηλικία κατά την οποία διενεργήθηκε το screening. Ο επιπολασμός στις δυο μελέτες ήταν 4 και 7.2 cm αντίστοιχα. Στη Viborg trial η μείωση της θνητότητας δε διέφερε σε άνδρες ηλικίας 63-64 σε σχέση με άνδρες 66-73 ετών. Παρόμοια αποτελέσματα είχαμε και από τη Western Australia trial. Η Chistester trial συμπεριέλαβε γυναίκες 65-80 ετών και βρήκε χαμηλό επιπολασμό της νόσου, η διάμετρος στο 75% των περιπτώσεων ήταν από 3.0 cm έως 3.9 cm. Τα ποσοστά ρήξης ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες ήταν 0.2% και στις δύο ομάδες. Η διενέργεια screening μειώνει τόσο την θνητότητα όσο και τα επείγοντα χειρουργεία από AAAs. Υπολογίζεται ότι το screening 305 ανδρών προφυλάσσει από ένα θάνατο λόγω ρήξης AAAs ενώ το screening 1,000 ανδρών θα προλάβει 2 επείγοντα χειρουργεία λόγω ρήξης AAA. Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων screening το 2019, οι αμερικάνικες οδηγίες δεν συνιστούν screening ως ρουτίνα σε άνδρες ή γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ. Σε άνδρες 65-75 με ιστορικό καπνίσματος συστήνεται το screening ενώ σε γυναίκες ίδιας ηλικίας θα μπορούσε να εξεταστεί. Οι Ευρωπαϊκές οδηγίες συνιστούν screening με απλό υπέρηχο σε όλους τους άνδρες >65 ετών (Class I, Level A). Παρομοίως με την ευκαιρία διαθωρακικού υπερήχου συνιστούν και μια ματιά σε ασθενείς >65 ετών.

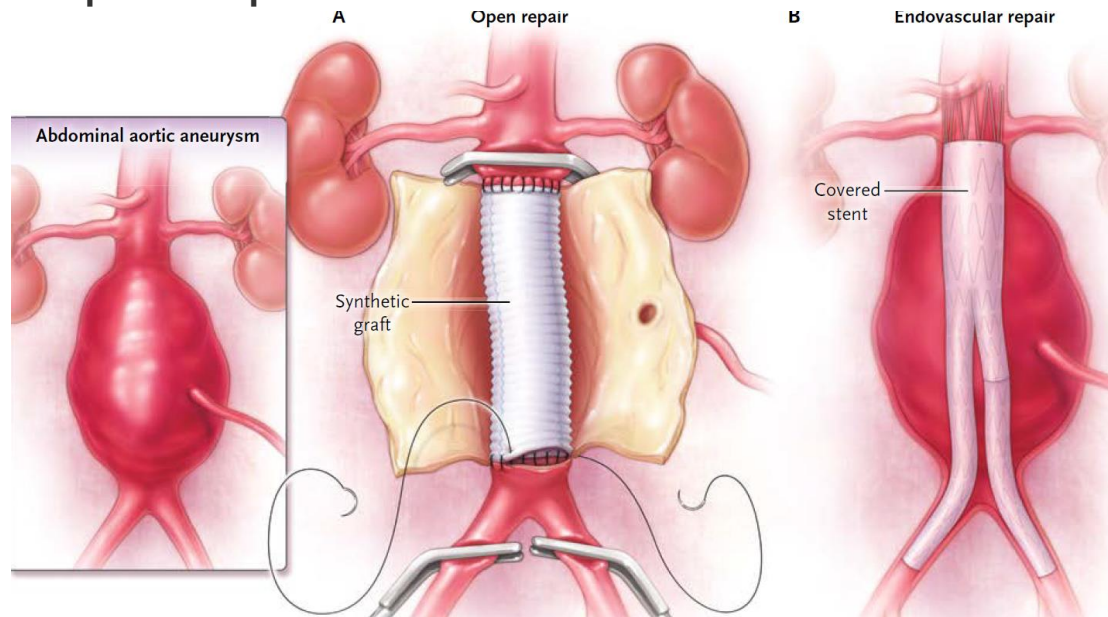
## Ασθενείς που χρήζουν screening για AAA

Άνδρες >65 years old
Άνδρες και γυναίκες >50 ετών με οικογενειακό ιστορικό 1 βαθμού.
Παρουσία αορτικού ανeurύσματος οπουδήποτε αλλού
Ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο
In women, the need for screening should be analysed on a case-by-case basis.
Ευκαιριακό μετά από διαθωρακικό υπέρηχο > 65 ετών.

Η διενέργεια επανελέγχου σε ασθενείς με μικρά AAAs (<5.5cm) εξετάστηκε από τον Bown et al. Η πλειοψηφία των μικρών ανeurυσμάτων μεγαλώνουν αργά, υπάρχει όμως μεγάλη διακύμανση στο ρυθμό ανάπτυξης μεταξύ ασθενών. Ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης μικρών 3.0 cm AAAs σε άνδρες ήταν 1.28 mm ανά έτος, ενώ ο μέσος ρυθμός αύξησης μεγαλύτερων ανeurυσμάτων (με διάμετρο πάνω από 5cm) ήταν 3.61mm, οι καπνιστές είχαν μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης. Μεταξύ των γυναικών ο κίνδυνος ρήξης για όλα τα μεγέθη AAAs ήταν 4 φορές μεγαλύτερος από τους άνδρες.

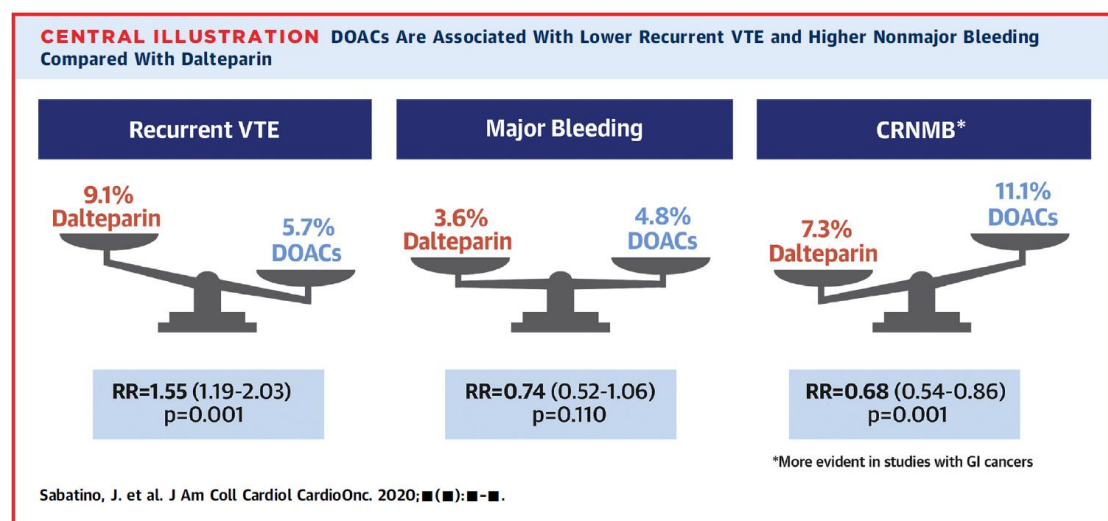


## Αντιμετώπιση



## Συμπεράσματα

Η πρόληψη των AAAs είναι υψίστης σημασίας καθώς η φαρμακευτική θεραπεία των ανευρυσμάτων βρίσκεται ακόμη στη φάση των κλινικών δοκιμών και η μοναδική θεραπεία είναι χειρουργική-επεμβατική. Μπορούμε να πετύχουμε τον προφυλακτικό στόχο με τακτικό έλεγχο και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Η στρατηγική μπορεί να επεκταθεί σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς (ειδικά στους καπνιστές) με την διενέργεια screening και πιο συγκεκριμένα υπερηχογραφικό έλεγχο.



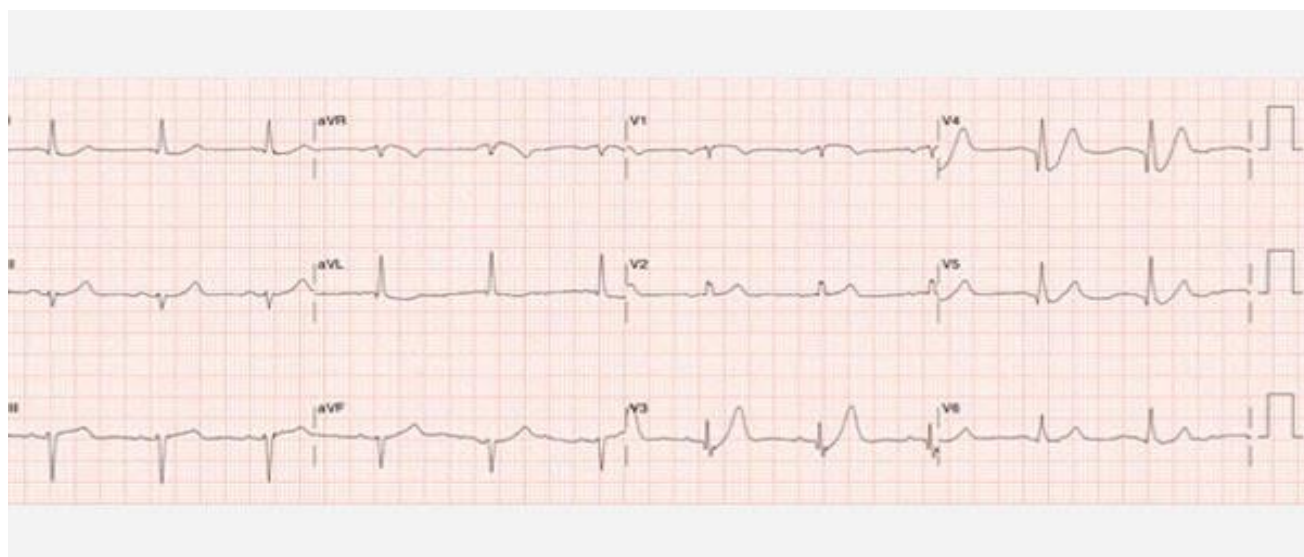
Μετα ανάλυση 4 τυχαιοποιημένων μελετών έδειξε ότι τα DOACs αποδείχθηκαν μη κατώτερα των ΧΜΒΗ στους ενεργούς

καρκίνοπαθείς με υποτροποιάζουσα θρομβοεμβολική νόσο (VTE) όσον αφορά τις υποτροπές, τις σοβαρές αιμορραγίες αλλά όχι και τις κλινικά σημαντικές αιμορραγίες (CRNMB) ειδικά στους ασθενείς με καρκίνο του γαστρεντερικού.

*Σαφή όμως απάντηση για το τι κάνουμε σε μια γυναίκα 75 ετών με ενεργό καρκίνο πνεύμονα όταν παρουσιάσει θρομβοφλεβίτιδα ή κολπική μαρμαρυγή δεν έχουμε.*

## QUIZ

75 χρονών άνδρας με ΣΔ, σύνδρομο ύπνου άπνοιας παρουσιάστηκε στα επείγοντα με πόνο στο επιγάστριο που αντανακλούσε στον αριστερό ώμο. Το ΗΚΓ ήταν το παρακάτω. Τι έχει ο ασθενής και πως θα ενεργούσατε;



Ο ασθενής καθυστέρησε να καθετηριασθεί - προφανώς το ΗΚΓ δεν αξιολογήθηκε σωστά- και είχε κλειστό LAD. Παρ' ότι το αγγείο άνοιξε η εικόνα εξελίχθηκε σε πρόσθιο εκτεταμένο ΕΜ. Σε περίπτωση που τα στεφανιαία ήταν ανοιχτά θα μπορούσε να είναι Takotsubo.

Όχι αρχικό R, εγκοπή στο αρνητικό σκέλος του QRS στις προκάρδιες, πτώση του ST και ψηλά οξυκόρυφα κύματα

T. **De Winter sign** NEJM 2008;359 2071

## ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ-ΝΕΑ της ΕΚΕ

Εκλογές είχαν τα αδέρφια Καρδιολόγοι της Κύπρου και η σύνθεση του νέου ΔΣ είναι: Πρόεδρος: Δρ. Θεόδωρος Χριστοδουλίδης, Αντιπρόεδρος: Δρ. Λάμπρος Κυπρής, Γραμματέας: Δρ. Ηλίας

Παπασάββας, Βοηθός Γραμματέα: Δρ. Μάριος Λεμονιάτης, Ταμίας: Δρ. Ήρα Ηρακλέους Μούστρα, Μέλη: Δρ. Γεωργία Δανιήλ, Δρ. Ιωσήφ Μουτήρης, Δρ. Κωνσταντίνος Μακρίδης, Πρώην Πρόεδρος: Δρ. Χρίστος Χρίστου. Το βέβαιον είναι ότι η συνεργασία και εκπαίδευση που έχει εδραιωθεί όλα τα προηγούμενα χρόνια θα συνεχισθεί πιο ισχυρή.

Σας είχα προαναγγείλει το webinar που οργάνωσε ο Στέφανος Φούσας στις 20/7 με τη στοχευμένη ενημέρωση των ηλικιωμένων για τον κοροναϊό (οι οίκοι ευγηρίας αποτελούν την αχίλλειο πτέρνα της πανδημίας). Η επιτυχία ήταν μεγάλη (>13 000 την παρακολούθησαν - μόνο οι ΠΕΡΣΕΣ στην Επίδαυρο την ξεπέρασαν) αλλά άλλος είναι ο λόγος που το ξανα υπενθυμίζω. Οι περισσότεροι που διατελούμε στην ΕΚΕ κυρίως στις θέσεις των προέδρων δεν συνεχίζουμε να προσφέρουμε με την εμπειρία μας και το ενδιαφέρον μας όσο θα μπορούσαμε. Αρκετοί επιδιόμαστε ταυτόχρονα στη δημιουργία νέων επιστημονικών εταιρειών. Νομίζω ότι οποιαδήποτε παρέμβαση ή πρωτοβουλία από πρώην ακόμη και όταν δεν ζητείται είναι ευπρόσδεκτη. Ο Κος Φούσας αποτελεί παράδειγμα για το ενδιαφέρον να προβάλλει την ΕΚΕ από οποιαδήποτε θέση διακονεί.

## ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΜΕΛΩΝ ΕΚΕ

[Eligibility for PCSK9 inhibitors based on the 2019 ESC/EAS and 2018 ACC/AHA guidelines.](#) [Konstantinos C Koskinas](#), [Baris Gencer](#), [David Nanchen](#), et al. First Published 20 Jul 2022 Eur J Prev Cardiol. Στην Ελβετία το 51% των ασθενών με ΟΣΣ είναι κατάλληλοι για θεραπεία με PCSK9i σύμφωνα με τα 2019 ESC/EAS κριτήρια έναντι 14% σύμφωνα με 2018 ACC/AHA αντίστοιχα.

JAMA Cardiology | [Original Investigation](#)

## Evaluation of Stress Cardiac Magnetic Resonance Imaging in Risk Reclassification of Patients With Suspected Coronary Artery Disease

[Panagiotis Antiochos](#), MD; [Yin Ge](#), MD; [Kevin Steel](#), DO; [Yi-Yun Chen](#), MD, MPH; [Scott Bingham](#), MD; [Shuaib Abdullah](#), MD; [J. Ronald Mikolich](#),





Με ευχές για να περάσετε καλά το υπόλοιπο του καλοκαιριού, χρόνια πολλά σε Σωτηρίες, Σωτήρηδες, Μαρίες και Παναγιώτηδες. Θα ανανεώσουμε την επικοινωνία τον Σεπτέμβρη. Τον Αύγουστο δεν υπάρχουν ειδήσεις όπως έχει πει ο Umberto Eco.



Αυτό το μέρος λίγοι θα το αναγνωρίσετε αφού εκεί δεν γίνονται συνέδρια και είναι μόνο για celebrities και σκαφάτους.